

KIRURGISIA LEIKKAUKSIA, JOITA EI TULISI TEHDÄ

Lääketiede on kehittynyt valtavasti viime vuosikymmeninä. Monia leikkauksia on lakattu tekemästä. Lobotomia on ilmeisin esimerkki, mutta myös muun muassa syöpähoidoissa kajotaan entistä vähemmän potilaiden kehoon.

On arvioitu, että noin kolmannes sairaaloidemme toiminnasta liittyisi kirurgisiin leikkauksiin ja toimenpiteisiin. Kirurgia on siis merkittävä osa sairaaloidemme joka-päiväistä toimintaa. Suomen Kirurgiyhdistys täyttää 100 vuotta vuonna 2025 ja tuon vuosisadan aikana kehitys kirurgian alalla on ollut huimaa.

Yhä vaativampia leikkauksia voidaan tehdä ja täten parantaa sairauksia, joissa ei ennen voitu parantavaa hoitoa tarjota. Tällaisen vaativan kirurgian mahdollistaa kirurgisten tekniikoiden kehitys, tehohoidon parantuminen sekä tautien biologisen perustan lisääntynyt ymmärrys.

Lääketieteen kehitys ja uudet tutkimustulokset ovat tuoneet mukanaan tarkempaa tietoa ja terävöittäneet ymmärrystä kirurgis-

ten toimenpiteiden vaikutuksista, hyödyistä, mutta myös haitoista. Lisääntyneen tiedon myötä monet aiemmin yleisesti käytetyt leikkauksen menetelmät ovat osoittautuneet tarpeettomiksi tai jopa haitallisiksi potilaan kannalta.

Leikkaukset, joita emme kirurgian sisällä enää suosittele voidaan karkeasti jakaa kahteen pääryhmään: 1) Leikkaukset, joiden hyöty on hävinnyt lääketieteen kehityksen myötä ja 2) Leikkaukset, joiden alkuperäinen tarkoituskin ehkä oli kyseenalainen ja jotka saattoivat aiheuttaa enemmän haittaa kuin hyötyä.

LEIKKAUKSET, JOIDEN HYÖTY ON HÄVINNYT LÄÄKETIETEEN KEHITYKSEN MYÖTÄ

Syövän parantavan hoidon perusta on useimmissa syöpämuodoissa ollut ja yhä on kasvaimen täydellinen kirurginen poisto eli radi-



Vatsan alueen syöpien hoidossa perinteiset avoleikkaukset ovat vähentyneet merkittävästi.

kaalinen resektio. Tämä tarkoittaa syövän poistamista tarpeeksi suurilla tervekkudusmarginaaleilla, eli leikkaamalla myös tietty määrä tervettä kudosta ympäriltä.

Syöpäkirurgiassa on viimeisten muutaman vuosikymmenen aikana tapahtunut huomattavaa kirurgian de-eskalaatioita eli siirtymistä yhä kudosta säästävempiin, potilaan toipumisen kannalta parempiin ja vähemmän kehoon kajoaviin leikkauksiin. Tähän kehitykseen on myös vaikuttanut syöpäbiologian lisääntynyt ymmärrys ja sitä myötä yhä tehokkaampien liitännäishoitojen eli syövän lääkinnällisten hoitojen kehitys.

Esimerkkeinä kirurgian de-eskalaatiosta voidaan mainita rintasyövän ja ihosyövän hoidossa tapahtuneet merkittävät muutokset. Vielä 2000-luvun alussa tehtiin laajoja imusolmukealueiden poistoja näiden syöpien yhteydessä, vaikka suurin osa poistetuista imusolmukkeista osoittautuikin terveiksi. Suuret satunnaistetut kansainväliset tutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että rajoitettu imusolmukkeiden poisto on yhtä

tehokas toimenpide, mutta vähentää potilaaseen kohdistuvia riskejä ja leikkaukseen liittyviä komplikaatioita, kuten leikkauksen jälkeistä imunesteturvotusta eli lymfedeemaa. Tämä kehitys on huomattavasti parantanut potilaiden elämänlaatua syöpähoitojen jälkeen.

Rintasyövässä vielä 1980-luvulla yleisin leikkaus oli koko rinnan ja kainaloimusolmukkeiden poisto, kun taas nykyään noin 80 prosenttia potilaista leikataan rinnan säästävällä tekniikalla ja pelkän vartijaimusolmukkeen poistamisella. Vartijaimusolmuke on ensimmäinen imusolmuke, johon syöpä leviäisi, ja jos se on terve, ei muita imusolmukkeita tarvitse hoitaa.

Ihosyöpäkirurgiassa kuten erimerkiksi melanoomakirurgiassa on aiemmin suositeltu hyvinkin laajoja tervekkudusmarginaaleja, mutta nykyisten hoitosuositusten mukaan pienemmät marginaalit riittävät takaamaan turvallisen hoidon. Tämä de-eskalaatio vähentää leikkausten negatiivisia seurauksia kuten esimerkeiksi arpiongelmia ja leikatun



alueen toiminnallisia häiriöitä, mikä parantaa potilaan elämänlaatua.

Vatsan alueen syöpien hoidossa perinteiset avoleikkaukset ovat myös vähentyneet merkittävästi, ja ne on korvattu mini-invasiivisilla tekniikoilla, kuten tähystysleikkauksilla ja robottikirurgialla. Nämä tekniikat vaativat vain pieniä viiltoja mikä vähentää leikkaukskomplikaatioiden riskiä ja nopeuttaa potilaan toipumista huomattavasti. Robotiikka tarjoaa kirurgille myös paremman hallinnan ja tarkkuuden sekä leikkausekonomian etenkin, kun leikkauksia tehdään lantion alueella.

Urologian alalla eturauhasen liikakasvun kirurginen hoito on myös vähentynyt tehokkaampien lääkehoitojen myötä, joilla liikakasvua voidaan hillitä ilman, että leikkauksia tarvitaan. Aikaisemmin tätä hyvin yleistä ongelmaa hoidettiin pääasiassa kirurgisesti, mutta nykyiset lääkkeet, esimerkiksi 5-alfa-reduktaasi-inhibiittorit ja alfa-salpaajat, ovat osoittautuneet hyvin tehokkaiksi ja vähentäneet leikkausten tarvetta.

Ortopediassa reumaleikkaukset, kuten artrodeesit eli nivelen jäykistysleikkaukset ja synovektomiat eli nivelten puhdistusleik-

Egas Monizille myönnettiin vuonna 1949 Nobelin lääketieteen palkinto lobotomian kehittämisestä.

kaukset, olivat aiemmin yleisiä reumasairauksista kärsiville potilaille. Nykyisin kuitenkin tehokkaat reumalääkkeet ovat vähentäneet myös näiden leikkausten tarvetta, mikä auttaa potilaita saavuttamaan hoitotasapainon ilman kirurgisia toimenpiteitä ja niiden aiheuttamia riskejä. Tämä kehitys mahdollistaa myös potilaiden paremman liikkuvuuden säilymisen ja vähentää leikkausten jälkeisiä komplikaatioita. Reumakirurgian painopiste onkin siirtynyt rekonstruktiviseen tekonivelkirurgiaan, kun se katsotaan tarpeelliseksi.

Verisuonikirurgiassa avoleikkaukset ovat vähentyneet merkittävästi, koska endovaskulaariset eli verisuonen sisäiset menetelmät ovat korvanneet niitä. Näitä hoitomenetelmiä käytetään esimerkiksi aortan laajentuman eli aneurysman hoidossa sekä valtimoiden ahtaumien hoidossa. Nämä toimenpiteet tarjoavat vaihtoehdon, jossa kehoon kajoetaan aiempaa vähemmän. Tämä vähentää verenvuodon, infektioiden ja muiden komplikaatioiden riskiä ja mahdollistaa potilaalle turvallisemman toipumisprosessin.

Vatsaelinkirurgian osalta umpilisäkkeen tulehdus (appendisiitti) on perinteisesti hoidettu kirurgisesti, mutta nykyisin on osoitettu,

että tulehdusta voidaan hoitaa antibiooteilla tietyissä tapauksissa. Tämä lähestymistapa vähentää leikkauksia ja voi olla hyvä vaihtoehto esimerkiksi hauraiden potilaiden umpisuolentulehduksen hoidossa tai jos potilas ei toivo leikkausta. Nykyään tiedämme, että suuri osa mahahaavoista eli ulkustaudista johtuu helicobakteerin aiheuttamasta mahalaukun limakalvon tulehduksesta ja noin 10–15 prosentille helicobakteerin kantajista kehittyy elämän aikana ulkustauti. Helicobakteerin voi mahalaukusta häätää ja täten aikaisemmin kohtalaisen tavallinen mahahaavan oireita helpottava leikkaus vagotomia eli kiertäjähermon katkaisu on nyt poistunut.

LEIKKAUKSET, JOIDEN HYÖTY OLI KYSEENALAINEN LÄHTÖKOHTAISESTI

Toiseen ryhmään kuuluvat leikkaukset, joiden hyöty on todettu vähäiseksi tai jopa haitalliseksi. Vaikka tavoitteena on aina ollut potilaan auttaminen, nämä toimenpiteet ovat usein perustuneet puutteelliseen tietoon sairauden biologiasta ja hoidon tehokkuudesta.



Neurokirurgian alalla lobotomia on yksi tunnetuimmista esimerkeistä kirurgisesta toimenpiteestä, jolla oli vakavia ja parantumattomia seurauksia potilaalle. Tässä toimenpiteessä otsalohkojen yhteydet taaemmas aivoihin katkaistiin ja se muutti huomattavasti potilaan persoonallisuutta. Toimenpide oli suosittu erityisesti 1900-luvun puolivälissä skitsofrenian hoidossa, mutta se aiheutti potilaille merkittäviä haittoja, jotka osoitautuivat ylittävän mahdolliset hyödyt. Lobotomia ei enää pidetä hyväksyttävänä

hoitomuotona. Mainittakoon kuitenkin, että **Egas Monizille** myönnettiin vuonna 1949 Nobelin lääketieteen palkinto juuri lobotomian kehittämisestä.

Käsikirurgiassa tenniskyynärpäävaivaa eli olkaluun nivelnastaan kiinnittyvien jänteiden rasituksesta johtuvaa kiputilaa leikattiin aiemmin runsaasti, mutta tutkimukset ovat osoittaneet, että suurin osa tapauksista paranee itsestään konservatiivisella hoidolla, kuten liikerajoituksella, fysioterapialla ja tulehduskivuläläkkeillä. Leikkauksen hyödyt



KUVAN LÄHDE: GETTY IMAGES / UNSPLASH

eivät oikeuta siihen liittyviä riskejä ja komplikaatioita, minkä vuoksi useimmissa tapauksissa leikkaus ei ole tarpeellinen.

Ortopediassa polven meniskin eli nivelkierukan poistot olivat pitkään yleisiä, mutta tutkimusten myötä on todettu, että monet meniskivammat paranevat konservatiivisesti ilman leikkausta. Vain vakavimmat tapauk-

set hyötyvät leikkauksesta, mikä on johtanut kirurgisten toimenpiteiden vähentymiseen. Akillesjänteen puhdistusleikkaukset ja diagnostiset artroskopioidit eli nivelen tähtystysleikkaukset ovat myös osoittautuneet tarpeettomiksi suurimmassa osassa tapauksista. Suurin osa potilaista hyötyy enemmän fysioterapiasta ja muista konservatiivisista

hoidoista. Myös olkapään akromioplastiat, joissa osa olkalisäkkeestä poistetaan kivun lievittämiseksi, ovat osoittautuneet monissa tapauksissa tarpeettomiksi. Fysioterapia on usein tehokkaampi vaihtoehto ilman leikkaukseen liittyviä riskejä.

UUSI TIETO LISÄÄ TEHOKKUUTTA

Ymmärrys siitä, mitkä leikkaukset ovat hyödyllisiä ja mitkä eivät, kehittyi lääketieteen tutkimusten ja uusien menetelmien myötä. Monet vanhat leikkaustavat on korvattu modernimmilla, vähemmän kehoon kajoavilla ja turvallisemmilla hoitomuodoilla, ja joistakin on luovuttu kokonaan haittavaikutusten vuoksi.

Tämä kehitys parantaa potilaiden elämänlaatua ja vähentää terveydenhuollon resursseihin kohdistuvaa kuormitusta. Näin lääketiede pyrkii uuden tiedon ja oivallusten kautta jatkuvasti mukautumaan niin, että hoito on mahdollisimman tehokasta ja turvallista jokaiselle potilaalle.

Tämä on myös linjassa **Hippokrateen** valan ja Suomessa käytettävän lääkärivalan kanssa: ”Työssäni noudatan lääkärin etiikkaa ja käytän vain lääketieteellisen tutkimustiedon tai kokemuksen hyödyllisiksi osoittamia menetelmiä. Tutkimuksia ja hoitoja suositellessani otan tasapuolisesti huomioon niistä potilaalle koituvan hyödyn ja mahdolliset haitat”.

—
Malin Sund on Helsingin yliopiston kirurgian professori, Helsingin yliopistollisen sairaalan HUSin ylilääkäri ja Suomen kirurgiyhdistyksen puheenjohtaja.

Ville Sallinen on Helsingin yliopiston dosentti, Helsingin yliopistollisen sairaalan HUSin osastonylilääkäri ja Suomen kirurgiyhdistyksen varapuheenjohtaja.

Malin Sund ja Ville Sallinen puhuvat artikkelin aiheesta Tieteen päivillä Helsingissä 10.1.2025.