

Maksapesäkkeen tutkimusalgoritmi

Dosentti, osastonylilääkäri Eija Pääkkö, OYS, Radiologian klinikka

OYS:ssa on käytössä radiologien sekä kirurgi- ja sisätauti-gastroenterologien kanssa yhteistyössä laadittu maksapesäkkeiden tutkimusstrategia. Ohjeet on laadittu ensimmäisen kerran v. 2001 ja päivitetty tarpeen mukaan, viimeksi v. 2009. Uusin päivitys koski varjoainetehosteisen ultraäänen käyttöä.

Tutkimusohjeet katsottiin tarpeellisiksi luoda vaihtelevien käytäntöjen vuoksi. Ei ollut yhteisiä sääntöjä siitä, millaisia jatkotutkimuksia tehdään tai milloin pesäkkeitä kontrolloidaan. Tehtiin runsaasti toistuvia biopsioita benigneistäkin muutoksista.

Tutkittua tietoa tutkimusalgoritmeista on niukasti saatavilla. Ohjeet perustuvat moniin lähteisiin: American College of Radiology on laatinut v. 2006–2008 päivitetyt tutkimusstrategiat maksapesäkkeiden ja maksametastaasien kuvantamisesta. Lisäksi on käytetty yksittäisiä tieteellisiä julkaisuja ja omaa kokemusta.

Ohjeet eivät kata kaikkia tilanteita ja harmaita alueita jää. Ohjeiden tarkoituksena on katkaista tutkimusketju mahdollisimman varhain benignien, tavallisten pesäkkeiden kohdalla ja ohjata jatkotutkimukseen epäilyttävät pesäkkeet huomioiden syöpäpotilaat ja maksasairaudesta kärsivät.

Varjoainetehosteinen ultraääni toimii hyvänä alkututkimuksena ja portinvartijana. Sen avulla voidaan valtaosa benigneistä muutoksista diagnosoida oikein ja välttää turhat jatkotutkimukset. Tietokonetomografia on edelleen tärkein ja kattavin menetelmä syövän detektiossa ja levinneisyyden selvittelyssä. Magneettikuvaus on toisaalta todettu spesifimmäksi menetelmäksi maksapesäkkeiden karakterisaatiossa ja sensitiivisimmäksi menetelmäksi pesäkkeiden detektiossa.

Ohjeiden ansioista (turhat) biopsiat ovat vähentyneet. Tietokonetomografian ja magneettikuvauksen käyttö on ohjautunut oikeaan suuntaan, epäselvien pesäkkeiden jatkotutkimukseen ja syöpäpotilaiden kuvaukseen.

MAKSAPESÄKKEIDEN TUTKIMUSSTRATEGIA

Nuorilla (< 35-vuotiailla) ensisijainen tutkimus uä:n/varjoainetehosteisen uä:n jälkeen on MK, ellei tiedossa ole malignoomaa. UÄ- tutkimuksessa käytetään varjoainetta rutiinisti, jos todetaan pesäke, joka ei ole kysta. Syöpäpotilaiden uä-tutkimuksessa käytetään varjoainetta maksametastaasin poissulkuun (suolisto- ja rintasyöpöpotilailla aina, munasarjasyöpöpotilailla primääristi ja pesäkkeiden seurannassa). Mikäli potilaalla on krooninen hepatiitti tai kirroosi, on pesäkebiopsian yhteydessä yleensä otettava myös maksan parenkyybibioopsia

	Ei malignoomaa	Malignooma	Biopsia
Kysta	Ei jatkotutkimuksia		
Hemangiooma	Tyyppillinen va-uä, TT tai MK → ei jatkotutkimuksia Uä < 2-3 cm runsaskaik. pesäke, uä-kontr 3 kk (ellei va-uä käytössä)	Va-uä, MK tai TT	Ellei tyyppillinen Jos benigni biopsia, uusi biopsia/seuranta 3 kk ja 12 kk
FNH	Tyyppillinen va-uä, TT tai MK → ei jatkotutkimuksia. Yksi kontrolli 6 kk (uä, jos näkyy, muuten MK tai TT)	MK	Epätyypillinen tai > 5 cm (harkinnan mukaan) Jos benigni biopsia, uusi biopsia/seuranta 3 kk ja 12 kk
Epäselvä pesäke >1cm	Muuten terve maksa → va-uä. MK (tai TT) Maksasairaus ja kohonnut syöpäriski → MK	va-uä, TT tai MK	Ellei tyyppillinen benigni Jos benigni biopsia, uusi biopsia/seuranta 3 kk ja 12 kk
Epäselvä <1cm muutos, karakterisoimattomissa oleva	Seuranta sillä menetelmällä millä todettu	(MK:sta voi olla hyötyä)	
Tyyppillinen maligni			Biopsia harkinnan mukaan (Jos HCC tai uusi pesäke kolorektaalisyöpöpotilailla, ei biopsiaa välttämättä tarvita)