

Haiman kystiset muutokset

Ali Ovissi, Osastonlääkäri, HUS-Kuvantaminen

Jukka Sirén, Ylilääkäri, HYKS Vatsaelinkirurgian klinikka

Haiman tuumorit eli muhkurat jaetaan solideihin, kystissolideihin ja kystisiin tuumoreihin. Haiman kystiset muutokset ovat yllättävän (?) yleisiä. Mitä tarkempia radiologisia tutkimuksia käytetään, sitä enemmän näitä löydetään muuten terveiltä ihmisiltä: UÄ 0,2 %, TT 3 %, MRI 14 % ja MRCP jopa 45 %:lla ei-haimaoireisista ihmisistä. Löydökset pitäisi pystyä jakamaan kahteen kategoriaan: no/very low risk of cancer ja niihin joissa riski on kouriintuntuva. Kystiset muutokset on kuitenkin kaikki arvioitava, sillä jopa 8–20 % haimasyövistä sisältää kystisen komponentin ja toisaalta yleisimmät kystiset muutokset, intraduktaaliset polypoottiset musinoottiset neoplasiat (IPMN), ovat premaligneja muutoksia. Ensin mainittuun hyvänlaatuiseseen kuuluvat kystiset muutokset ovat pseudokystat, seroosi kystadenooma, tietyt sivutiehyt-IPMN-muutokset sekä alle 0,5cm kokoluokan kystat (joita kuvantamismenetelmillä ei tarkemmin pystytä luokittelemaan). Huomioonotettavat, eli malignit tai premalignit muutokset ovat musinoottiset kystat, jotka jaetaan IPMN-muutoksiin (päätiehyt-, sivutiehyt- sekä sekatyypin) ja musinoottisiin kystisiin neoplasioihin (benigni/maligni). Lisäksi tähän ryhmään kuuluvat solidin kasvaimen kystinen degeneraatio (duktaalinen adenokarsinooma tai neuroendokriininen neoplasia) sekä solidi pseudopapillaarinen neoplasia.

Kystisen haimamuutoksen diagnostiikan kulmakivet perustuvat potilaasta käytettävissä oleviin tietoihin, kuvantamiseen sekä näiden pohjalta oppineen parhaaseen arvaukseen. Näiden perusteella potilaat joko leikataan tai ei leikata, leikkauksen sijaan seurataan tai ei seurata. Kuvantamistutkimuksessa kiinnitetään huomiota kystien lukumäärään, sijaintiin, klassisiin löydöksiin sekä kystien mahdolliseen yhteyteen haiman päätiehyeseen. Lisäksi on huomioitava liittyykö kystaan kiinteä komponentti.

Suomessa ensimmäinen kysymys on onko potilaalla alkoanamneesi tai pankreatiittianamneesi. Pseudokystat ovat yleensä unilokulaarisia, ohutseinäisiä kystiä ja anamneesissa on useimmiten pankreatiitti ja haimassa lisäksi monesti krooniseen pankreatiittiin sopivat löydökset.

Jos pankreatiittianamneesia ei ole, tilanne mutkistuu. Haiman kystiset muutokset luokitellaan inflammatorisiin kystiin, non-neoplastisiin kystiin, kystisiin neoplasioihin, kystisesti degeneroituneisiin yleensä kiinteisiin haimatumoreihin sekä muihin (muutama prosentti).

Inflammatorisia ovat pseudokystat ja ns. groove pancreatitis. Non-neoplastisia todelliset kystat, retentiokystat, pienet musinoottiset non-neoplastiset kystat (joita ei voida luokitella varmuudella rententiokytaksi tai IPMN-pohjaisiksi).

Kystisiä neoplasioita ovat seroosi kystinen neoplasia, musinoottiset neoplasiat (musinoottinen kystinen neoplasia ja IPMN) sekä solidi (!) pseudopapillaarinen neoplasia.

Erilaisia postimerkkejä on edellä kuvattujen lisäksi kymmenittäin.

Yli 90 % neoplastisista kystista muodostavat IPMN, seroosi kystadenooma ja musinoottinen kystinen neoplasia. Radiologisen löydöksen merkitys näiden diagnostiikassa on 90 % luokkaa.

Luennolla käydään läpi eri kystatyyppien klassiset löydökset esimerkkikuvineen ja myöskin se, mitä millekin löydökselle yleensä tehdään.