

Maksakirroosi

10.9.2025

Maksakirroosi on vakava sairaus. Valtaosa sairastuneista sairastaa kirroosia tietämättään, sillä sairaus kehittyy yleensä hitaasti, ja potilas on pitkään oireeton tai vähäoireinen. Maksakirroosiin ei ole parantavaa hoitoa. Hoidon tavoitteena on hidastaa ja estää taudin eteneminen, suojata maksaa lisävaurioilta sekä ehkäistä ja hoitaa mahdollisia liitännäissairauksia. Kirroosin ennuste on hyvä, jos sairaus todetaan ajoissa.

Yleistä

Pitkäaikaisen maksasairauden voi aiheuttaa esimerkiksi alkoholi, metaboliset riskitekijät, rasvamaksa, virusinfektiot, autoimmunisairaudet tai lääkkeet. Edetessään sairaus vaurioittaa maksaa rakenteellisesti ja aiheuttaa toiminnallisia muutoksia.

Suomessa yleisin maksasairaus on rasvamaksa (ks. erillinen [potilasversio](#)), jota esiintyy yli 30 prosentilla aikuisväestöstämme, ja sen esiintyvyys kasvaa edelleen.

Krooninen maksavaurio voi johtaa maksafibroosiin, jossa maksan terve kudus muuttuu arpikudokseksi. Yleensä maksan arpeutuminen vaatii pitkäaikaisen raskitteen, mutta voi joskus kehittyä varsin nopeastikin.

Maksafibroosi on maksan arpeutumisen ensimmäinen vaihe, ja jos se pahenee, se voi johtaa maksakirroosiin.

Maksakirroosin riskitekijät ja riskin arviointi

Merkittäviä riskitekijöitä maksakirroosille ovat krooniset maksasairaudet, runsas alkoholin käyttö, pistohuumeiden käyttö, tyyppin 2 diabetes ja ylipaino.

Suomessa kehitetty [CLivD-maksa-riskilaskuri](#) auttaa arvioimaan vakavien maksasairauksien kehittymisen riskiä potilailla, joilla on maksasairauden riskitekijöitä (ei koske harvinaisia maksasairauden aiheuttajia).

Mikäli potilas on yli 35-vuotias ja katsotaan, että hänellä on riski saada maksakirroosi, käytetään riskin arvioimisessa fibrosis-4-testiä (FIB-4). Alle 35-vuotiaille riskiryhmiin kuuluville käytetään ensisijaisesti ELF-testiä (enhanced liver fibrosis test) tai maksan jäykkyyden mittausta elastografialla.

Ehkäisy

Maksakirroosin ehkäisyssä keskeistä on riskitekijöiden hallinta. Elämäntavoissa tulee kiinnittää huomiota tupakointiin, liialliseen alkoholin käyttöön ja muihin päihteisiin, epäterveellisiin ruokailutottumuksiin ja riittämättömään fyysiseen aktiivisuuteen.

M – Metabolisten riskitekijöiden hallinta
A – Alkoholin käytön lopettaminen
K – Kuntoilun tärkeys, kahvia ei tarvitse välttää
S – Savukkeiden eli tupakoinnin lopettaminen
A – Aterioiden eli terveellisen ruokavalion merkitys

Diagnoosi ja tutkimukset

Maksakirroosin tunnistaminen eli diagnoosi perustuu tutkimuksiin.

Varhaisessa vaiheessa olevan kirroosin toteamiseen käytetään elastografiaa.

Elastografia on ultraäänitekniikkaan perustuva kuvantamismenetelmä, joka mittaa kudoksen elastisuutta eli joustavuutta. Se on kivuton ja nopea tutkimus, joka auttaa tunnistamaan ja seuraamaan maksasairauksia, kuten maksakirroosia. Ennen elastografia-tutkimusta suositellaan vähintään 2 tunnin (mielellään 4 tunnin) paastoa ja raskaan fyysisen rasituksen välttämistä.

Elastografian tulokset voivat olla epäluotettavia, jos potilaan painoindeksi (BMI) on yli 35 kg/m² tai jos potilaalla on nestettä vatsaontelossa (askitesta).

Biopsiaa eli näytepalojen ottoa tarvitaan harvemmin. Biopsiaa voidaan kuitenkin tarvita erityisesti silloin, jos diagnoosi on epäselvä tai tarvitaan lisätietoa taudista.

Verinäytteen maksatutkimukset (ALAT, ASAT, AFOS tai GT) eivät välttämättä kerro, onko kyse kirroosista.

Maksakirroosin vaikeuden ja ennusteen määrittämiseen käytetään kahta tapaa: Child-Pugh-luokitusta ja MELD-pisteytystä.

Oireet

Potilas voi olla pitkään oireeton tai vähäoireinen, kunnes tauti dekompensoituu, jolloin ennuste huononee jyrkästi.

Dekompensoitumisella tarkoitetaan sitä, että sairaus on edennyt sellaiseen vaiheeseen, jossa elimistö ei enää kykene ylläpitämään normaalia toimintaa ilman lääketieteellistä hoitoa.

Maksakirroosin varhaisvaiheessa oireet ovat usein epämääräisiä: väsymystä, uupumusta, ruokahaluttomuutta, lihaskatoa ja heikentynyttä fyysisistä kuntoa.

Pidemmälle edenneeseen maksakirroosiin liittyviä tavallisia oireita ovat hengenahdistus (48–88 %) lihaskrampit (64 %), kutina (39 %), pahoinvointi ja oksentelu (yli 50 %), sekavuus ja tajunnan tason muutokset, seksuaalitoimintojen häiriöt ja unihäiriöt. Iholla ja silmänvalkuuaisissa voi esiintyä keltaisuutta ja vatsaonteloon voi kertyä askitesta. Taudin edetessä voi ilmetä myös laajentuneita vatsan laskimoita ja perna voi suurentua.

Potilaan ja hänen omaistensa tulee seurata maksasairauden oireita, sillä osa oireista saattaa vaatia välitöntä hoitoa.

Hoito

Hoidon tavoitteena on hidastaa ja estää taudin eteneminen, suojata maksaa lisävaurioilta sekä ehkäistä ja hoitaa mahdollisia liitännäissairauksia.

Potilaan ja läheisten kanssa yhdessä tehdään hoitosuunnitelma ja hänelle ja hänen läheisilleen annetaan tietoa sairaudesta ja sen hoidosta.

Hoitoon kuuluvat kirroosin aiheuttajien, kuten virushepatiittien hoito, sekä elintapamuutokset. Lääkitystä voidaan tarvita komplikaatioiden estämiseksi ja hoitamiseksi.

Koska piilevät hammastulehdukset ovat tavallisia kirroosipotilailla, säännöllinen suun terveyden hoito on tärkeä osa maksakirroosipotilaan hoitoa.

Potilaalle suositellaan kansallisen rokotusohjelman mukaisia rokotuksia tehosteineen sekä lisäksi rokotteita hepatiitti A:ta ja B:tä vastaan, influenssa- ja Covid-19-rokotetta sekä pneumokokki-rokotetta.

Elämäntavat puntariin

Sekä maksakirroosin ehkäisyssä että hoidossa on keskeistä terveelliset elämäntavat, kuten alkoholin käytön ja tupakoinnin lopettaminen, liikunta, tarvittaessa painon pudottaminen ja terveellinen ruokavalio.

Alkoholi ja muut päihteet

Riippumatta maksakirroosin taustalla olevasta syystä, alkoholinkäyttö suositellaan lopettamaan kokonaan kaikilta maksakirroosipotilailta. Tämä on erityisen tärkeää alkoholimaksataudissa.

Alkoholin käyttö on tärkein yksittäinen syy maksakirroosille Suomessa.

Mitä enemmän alkoholia käytetään, sen suurempi on maksakirroosin riski. Mitään turvallista alkoholin käyttö määrää ei voida asettaa. Erityisesti metabolista rasva-maksaa sairastavilla vähäinenkin alkoholinkäyttö lisää maksakirroosin ja maksasyövän riskiä.

Alkoholin käyttöön liittyviä maksahaittoja lisäävät merkittävästi muut maksa-sairaudet, korkea ikä, naissukupuoli, ylipaino ja erityisesti keskivartalolihavuus, diabetes sekä muut riskitekijät (tupakointi, tietynlainen suoliston bakteerikoostumus ja perimä).

Muiden päihteiden, esim. suonensisäisten huumeiden, käyttöön saattaa liittyä maksan rasittuminen ja virushepatiittiriski.

Ylipaino ja lihavuus

Ylipaino ja lihavuus, etenkin keskivartalon alueella, ovat merkittäviä edenneen maksasairauden riskitekijöitä, ja diabetes kasvattaa vakavien maksatapahtumien riskiä.

Kroonista maksasairautta sairastavilla ylipainoisilla tai lihavilla potilailla on tavoitteena 10 prosentin painonlasku vuoden kuluessa esimerkiksi ruokavaliota ja elämäntapoja muuttamalla. Samalla tulee huolehtia riittävästä proteiinin saannista, jotta lihasmassa säilyy.

Liikunta

Maksakirroosia sairastavalle myös liikunta on tärkeää, jotta kunto ja lihasvoimat säilyvät ja paranevat.

Liikunta vähentää maksan rasva-pitoisuutta painon laskusta riippumatta. Sekä kestävyys- että lihaskuntoharjoittelu vähentävät maksan rasvapitoisuutta 20–30 prosenttia.

Tupakointi

Tupakointi lisää sairastavuutta ja kuolleisuutta. Tupakoinnin on todettu eläinkokeissa lisäävän maksan arpeutumista (fibroittumista), ja ihmisillä tehdyissä tutkimuksissa on todettu, että tupakointiin liittyy suurempi maksa-kirroosin riski.

Tupakointi suositellaan lopettamaan, etenkin jos potilaalla on jo todettu maksa-sairaus.

Ravitsemus

Terveellisiä kansallisia ravitsemus-suosituksia suositellaan myös maksa-potilaille, sillä niillä voidaan estää ja hoitaa riskitekijöitä ja maksan rasvoittumista.

Ruokavalion tulee olla monipuolinen, vähäsuolainen ja kasviproteiineja suosiva. Aterioiden välillä tulisi olla maksakirroosipotilailla enintään 2–3 tuntia, eli päivittäisiä ruokailukertoja on noin kuusi.

Ruokavaliosta tulee pyrkiä vähentämään vähäkuituisia hiilihydraatteja ja tyydyttynyttä rasvaa, mutta kahvin juontia ei tarvitse välttää, sillä siitä saattaa olla jopa hyötyä.

Mahdolliset ravintoainepuutteet tulee hoitaa mukaan lukien kalsium, magnesium, fosfaatti, rauta, D- ja B12-vitamiini, tiamiini ja foolihappo. Myös K-vitamiinipuutoksen mahdollisuus tulee muistaa potilailla, joilla on keltaisuutta tai kolestaattinen maksasairaus (maksasairaus, jolle on ominaista sappinesteen virtauksen heikkeneminen maksasta).

Tiettyjen luontaistuotteiden, kasvisrohdosvalmisteiden ja ravintolisien kanssa tulee olla erityisen varovainen, sillä ne voivat aiheuttaa maksavaurioita.

Kirroosin komplikaatioiden hoito

Maksakirroosiin liittyy komplikaatioita, kuten enkefalopatiaa (maksavaurion yhteydessä esiintyvä aivosairaus), askitesta eli nesteen muodostusta tai laskimolaajentumien vuotoa.

Näiden estämiseen käytetään tiettyjä lääkkeitä, mutta maksafibroosin tai kirroosin hoitoon ei ole olemassa tiettyä lääkettä, jolla voitaisiin saada aikaan fibroosin väheneminen.

Komplikaatiota voidaan hoitaa myös kirurgisesti tai tietyillä toimenpiteillä.

Lääkehoito

Vaikean maksasairauden yhteydessä joudutaan miettimään myös muuta lääkitystä (kipu- ja SSRI-lääkkeet, opiaatit, rauhoittavat) tarkasti (ks. [suosituksen taulukko](#)).

Tulehduskipulääkkeitä tai aspiriinia käytettäessä on huomioitava mahasuoliikanavan verenvuotoriski.

Alkoholiriippuvuuden hoitoon käytettyjen lääkkeiden turvallisuus tulee tarkistaa erikseen kunkin valmisteen osalta (esimerkiksi tietokannoista Pharmaca Fennica tai Heparbase), samoin diabeteslääkkeiden soveltuvuus maksakirroosipotilaille. Protonipumpun estäjät (tietyt vatsansuojalääkkeet) voivat lisätä bakteeri-infektioiden riskiä.

Veren hyytymiseen vaikuttavien lääkkeiden osalta suositellaan suoria antikoagulantteja varfariinin sijaan.

Jopa puolella kirroosipotilaista todetaan osteopenia ja joka 3. sairastaa osteoporoosia. Tästä syystä kirroosipotilaille tulisi tehdä luustontiheysmittaus ja seurantamittaukset 3–5 (PBC:tä sairastaville 2–3) vuoden välein.

Osteoporoosin ja osteopenian hoidosta on olemassa [oma potilasversionsa](#).

Maksansiirto

Maksansiirto soveltuu hoidoksi osalle maksakirroosia sairastavista. Alustava arvio maksansiirron tarpeesta ja potilaan soveltuvuudesta maksansiirtoon tehdään kotipaikkakunnan yliopisto- tai keskussairaalan gastroenterologisessa yksikössä.

Alkoholimaksasairaudessa maksansiirron arviointiprosessi voidaan yleensä aloittaa vasta siinä vaiheessa, kun potilas on ollut normaalissa arjessaan riittävän kauan ja pysyvästi täysin päihtetön.

Syitä, milloin maksansiirtoa ei voida tehdä, ovat muun muassa vaikea sydän- tai keuhkosairaus, levinnyt maksasyöpä, vaikea infektio (esim. sepsis), aktiivinen

päihdeongelma, hoitoon sitoutumattomuus (potilas on tietoisesti ja toistuvasti lyönyt laimin tarvitsemansa hoidon ja seurannan), riittämätön psykososiaalinen tuki tai potilaan jälkihoito ei onnistu, vaikea ja pitkäaikainen mielenterveyden ongelma tai vaikea hauraus.

Lopullinen päätös maksansiirrosta tehdään HUS:n Elinsiirto- ja maksakirurgian yksikössä, jonne Suomessa tehtävät maksansiirrot on keskitetty.

Kuntoutus

Kuntoutus on tärkeä osa maksakirroosin hoitoa, sillä se ehkäisee maksakirroosiin liittyvää haurautta ja parantaa elämänlaatua. Maksapotilaan kuntoutus sisältää fyysisen aktiivisuuden ylläpitämisen, ravitsemuksen parantamisen ja tarvittaessa fysioterapian. Kuntoutusta järjestävät Kela, työeläkevakuutusyhtiöt ja työnantajat ja työterveyshuolto yhdessä.

Seuranta

Maksakirroosipotilaan seurantaan kuuluvat säännölliset lääkärikäynnit, joissa arvioidaan taudin etenemistä ja hoidon vaikutuksia. Potilaan tilaa ja maksasairauden etenemistä seurataan laboratoriotutkimuksilla.

Potilaan tila tulisi arvioida 6–12 kuukauden välein, jos maksasairaus on oireeton eikä potilaalla ole merkittäviä maksan toimintahäiriöitä.

Työkykyä tulisi arvioida etenkin siinä vaiheessa, kun maksasairaus on edennyt pitkälle. Ajokykyä ja ajoterveyttä arvioitaessa tulee huomioida myös muut riippuvuussairaudet, kuten alkoholi, muut päihitteet ja lääkkeiden haitallinen käyttö.

Seurannassa tarkkaillaan myös mahdollisia komplikaatioita ja tehdään tarvittaessa muita tutkimuksia.

Palliatiivinen hoito ja ennakoiva hoitosuunnitelma

Kun maksakirroosi on edennyt pitkälle ja ennuste on huono, on tarpeen tehdä elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma eli palliatiivinen hoitosuunnitelma. Se laaditaan yhdessä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa huomioiden potilaan ja läheisten toiveet ja tarpeet.

Ennakoiva hoitosuunnitelma kirjataan potilaan sairauskertomukseen.

Maksakirroosi lukujen valossa

Pitkäaikaiseen, säännölliseen alkoholin käyttöön liittyvät maksakirroosit ovat yleistyneet viime vuosikymmeninä.

Suomessa maksakirroosin esiintyvyys on arviolta noin 1 %.

Maksakirroosi on toiseksi merkittävin syy työikäisten aktiivisen työelämän lyhenemiseen.

Maksasairaudesta huolimatta 42 % sairastuneista on työelämässä, ja maksakirroosia sairastavista työelämässä olevista 83 %:lla on oman ilmoituksensa mukaan vähän tai ei lainkaan poissaoloja. 17 % maksakirroosia sairastavista on poissa töistä noin 10–20 päivää vuodessa.

Suomessa tehtiin vuonna 2020 yhteensä 75 maksansiirtoa, joista 17 tehtiin alkoholimaksatautiin sairastaville.

Maksan siirron jälkeen työikäisillä on hyvät edellytykset palata takaisin työelämään, sillä keskimäärin 37 % heistä palaa takaisin työelämään.

Suomessa maksakirroosikuolleisuus on Länsi-Euroopan korkeinta, ja se on nousussa. Vuonna 2020 rekisteröitiin 2 700 kuolemaa, joissa kuolinsyynä oli maksatauti tai maksasolusyöpä.

Vertaistukea ja lisätietoa

[Munuais- ja maksaliitto](#) tukee sairastuneiden ja elinsiirron saaneiden sekä heidän läheistensä hyvinvointia ja valvoo heidän oikeuksiaan. Sivustoilta löytyy tietoa erilaisista [maksasairauksista](#) sekä niiden komplikaatioista, kuten [maksakirroosista](#). Liitto järjestää vertaistukea, koulutuksia ja tapahtumia, jotka auttavat potilaita ja heidän perheitään selviytymään sairauden kanssa.

- Terveyskirjasto: [Maksakirroosi](#)
- Terveyskylä: [Maksasairaudet](#)

Potilasversiossa mainitut organisaatiot antavat lisätietoa aiheeseen liittyen. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin Käypä hoito -toimitus ei vastaa muiden organisaatioiden antaman tiedon laadusta tai luotettavuudesta.

Tekijät

Potilasversion tekstin on Lääkäriseura Duodecimin [Käypä hoito -suositusten](#) pohjalta kirjoittanut potilaiden osallisuutta tukeva toimittaja **Kirsi Tarnanen**.

Kiitämme Munuais- ja maksaliittoa potilasversion kommentoinnista sen luonnosvaiheessa.

Tekstin ovat tarkistaneet Käypä hoito -työryhmän puheenjohtaja, gastroenterologian professori **Perttu Arkkila** Helsingin yliopistosta ja HUS Vatsakeskuksesta, kokoava kirjoittaja ylilääkäri **Arno Nordin** HUS Vatsakeskuksesta, gastroenterologian professori **Ville Männistö** Itä-Suomen yliopistosta ja Kuopion yliopistollisesta sairaalasta sekä Käypä hoito -toimittaja, professori **Eero Mervaala** Helsingin yliopistosta ja Suomalaisesta Lääkäriseurasta Duodecimista.

Vastuun rajaus

Käypä hoito- ja Vältä viisaasti -suositukset ovat asiantuntijoiden laatimia yhteenvetoja yksittäisten sairauksien diagnostiikan ja hoidon vaikuttavuudesta. Ne eivät korvaa lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen omaa arviota yksittäisen potilaan parhaasta mahdollisesta diagnostiikasta, hoidosta ja kuntoutuksesta hoitopäätöksiä tehtäessä.