

Stabiilin sepelvaltimotaudin kajoava hoito perustuu iskemian osoittamiseen

O kulostenoottisella refleksillä tarkoitetaan sepelvaltimoahtautuksen stenttaamista ilman näyttöä iskemiasta. Käsitteen lanseerasivat Topol ja Nissen (1995) 15 vuotta sitten kuvaamaan tilannetta, jossa kardiologi tuntee vastustamattomasti halua hoitaa jokainen angiografiassa näkemänsä sepelvaltimoahtaus. Tämän heijasteen laukeaminen saattaa johtaa turhiin hoitotoimenpiteisiin, joista on potilaalle enemmän haittaa kuin hyötyä (Soran ym. 2000).

Kaikki sepelvaltimoiden angiografiassa todetut ahtaumat eivät aiheuta sydänlihaskeskittämää. Noin kolmasosa angiografian perusteella merkittäviksi arvioituista ahtaumista osoittautuu merkityksettömiksi, kun kaventuman fysiologista vaikutusta sydänlihaksen verenkiertoon tutkitaan painevaijerimittauksella tai sydämen perfuusiokuvauksella (Tonino ym. 2009). Iskemian osoittaminen on erityisen tärkeää silloin, kun potilaan oireet ovat lieviä tai luonteeltaan epätyypillisiä. Merkityksettömän ahtauman kajoava hoito saattaa johtaa toistuviin angiografioihin, koska oireet palaavat nopeasti toimenpiteen aiheuttaman luvun vaikutuksen hävittyä. Lisäksi kaikkiin PCI (percutaneous coronary intervention) -toimenpiteisiin liittyy komplikaatioiden vaara, joka on pelkän stenttitromboosin osalta 0,5–1 % vuoden seurannassa.

Suomalaisten ikävakioitu sepelvaltimotautikuolleisuus on 30 vuodessa pienentynyt noin 80 %, mutta tämä on vain vähäisessä määrin kajoavien hoitotoimenpiteiden ansiota. Myönteinen kehitys selittyy pääosin muutoksilla ruokavaliossa ja riskitekijöissä (Vartiainen ym. 2009). Väestön kolesteroliarvojen pieneneminen, tupakoinnin väheneminen ja verenpaineen laskeminen selittävät yhdessä noin puolet kuolleisuuden vähenemisestä.

Myös kajoava hoito on kehittynyt kolmen vuosikymmenen aikana, mutta kuolleisuuden pienenemisestä ohitusleikkaukset ja PCI:t selittävät alle 10 %. Akuutissa sepelvaltimotautikohtauksessa näyttö kajoavien tutkimusten ja hoitotoimenpiteiden ennustevaikutuksesta on varsin selvä. Toisaalta vakaaoreisissa rintakivussa ei ole pystytty osoittamaan, että rutiinimaisista PCI-toimenpiteistä olisi hyötyä ennusteen kannalta (Boden ym. 2007). Stabiilin sepelvaltimotaudin PCI on lähinnä oireiden hoitoa, ja ohitusleikkauksellakin ennuste paranee vain taudin vaikeimmissa muodoissa.

Mistä sitten johtuu, että stabiilin sepelvaltimotaudin PCI:llä ei ole ennustetta parantavaa vaikutusta, vaikka ennusteenäyttö on akuuteissa kohtauksissa selvä? Selitys on yksinkertainen, kun on opittu ymmärtämään sepelvaltimotaudin patofysiologiaa. Akuuteissa kohtauksissa syynä on useimmiten ateroskleroottisen plakin repeämä ja tromboosi. Akuutin iskemian aiheuttava tukkeuma on yleensä helppo tunnistaa ja hoitaa. Tukkeuman poistolla voidaan estää uhkaavan sydänlihaskeskittämisen kehittyminen.

Stabiilissa sepelvaltimotaudissa yksittäisen ahtauman hoitaminen ei pienennä plakkirepeämisen todennäköisyyttä muualla sepelvaltimopuustossa. On tavallista, että ateroskleroosin aiheuttamia seinämämuutoksia on laaja-alaisesti koko sepelvaltimopuuston alueella, vaikka angiografisesti olisi todettavissa vain yksi merkittävä ahtaus. Sen sijaan tehokas ehkäisevä lääkehoito pienentää plakkirepeämisen riskiä kaikkialla valtimoiden sisäpinnolla. Erityisesti statiineilla on osoitettu olevan



Raimo Kettusen ym. katsaus Stabiilin sepelvaltimotaudin hoito sivulla 720.

PÄÄKIRJOITUS

plakkeja stabiloiva vaikutus, mikä heijastuu infarktien vähenemiseen ja ennusteen paranemiseen. Siksi sekundaaripreventio on stabiiliin sepelvaltimotaudin hoidon kulmakivi.

Kajoavia toimenpiteitä tarvitaan ensisijaisesti oireiden hoitoon – ennusteen paranemiseen voidaan tähdätä silloin, kun sydänlihasiskemia on laaja-alaista. ■



MIKA LAINE, dosentti, sisätautien ja kardiologian erikoislääkäri
HYKS, sydäntutkimusosasto



OLAVI LAMMINTAUSTA, LL, sisätautien ja kardiologian erikoislääkäri
HYKS, sydäntutkimusosasto

SIDONNAISUUDET

Mika Laine: Asiantuntijapalkkio (Astra-Zeneca, Lilly, Novartis), koulutus/kongressikuluja yrityksen tuella (Medicines Company)

Olavi Lammintausta: Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

- Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, ym. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med* 2007;356:1503–16.
- Soran O, Fledman A, Cohen H. Oculostenotic reflex and iatrogenesis fulminans. *Circulation* 2000;101:e198–9.

- Tonino PA, De Bruyne B, Pijls NH, ym. Fractional flow reserve versus angiography for guiding percutaneous coronary intervention. *N Engl J Med* 2009; 360:213–24.
- Topol EJ, Nissen SE. Our preoccupation with coronary luminology: the dissociation between clinical and angiographic

findings in ischemic heart disease. *Circulation* 1995;92:2333–42.

- Vartiainen E, Peltonen M, Laatikainen T, ym. FINRISKI-tutkimus: Sekä miesten että naisten sydän- ja verisuonisairauksien riski pieneni viime vuosina. *Suom Lääkäril* 2008;63:1375–81.