

Vastine edelliseen

Laajalle lukijakunnalle tarkoitussa artikkelissamme (Duodecim 7/2012) Kervinen ym. kiinnittävät huomiota vasemman sepelvaltimon päärunгон ahtaumaa sairastavan pienen mutta ennusteen kannalta tärkeän potilasryhmän hoitoon. Kirjoittajat myöntävät, että hoitosuositukset puoltavat ohitusleikkausta ensisijaiseksi revaskularisaatiomenetelmäksi näille potilaille, kuten esitimme. Alan kotimaisina edelläkävijöinä (ks. Mäkilallio ym. 2007) he haluavat kuitenkin ”tuorempien tutkimusten valossa” nostaa pallolaajennuksen ainakin tasaveroiseksi vaihtoehdoksi tietyissä tapauksissa. Kirjoittajat vetoavat muun muassa Capodannon ym. (2011) meta-analyyysiin, joka ei ehtinyt vaikuttamaan nykyisiin hoitosuosituksiin. Tälle meta-analyyksille ei kuitenkaan välttämättä voida antaa kovin suurta painoarvoa tulevaisuuden suosituksissa, sillä analyysi perustuu vain yhden vuoden seurantaan. Mitä lyhyempi seuranta-aika on, sitä paremmat tulokset saadaan vähemmän kajoavalla hoitomenetelmällä. Tämä johtuu siitä, että kajoavamman hoidon eli leikkauksen välittömät komplikaatiot vaikuttavat pääte-tapahtumien määrään enemmän kuin mahdollisesti saatava pitkäaikaishyöty. Lisäksi on huomattava, että pallolaajennuksen mahdollistamiseksi mukana analysissa ovat vain vasemman päärunгон taudin helpoimmat tapaukset. Kun pallolaajennushoidon muutaman vuoden seurantoja arvioidaan, kannattaa muistaa, että ohitusleikkauksessa käytettävien valtimosiirteiden auki pysyvyydestä on julkaistu erinomaisia yli 20 vuoden seurantatuloksia.

Kervinen ym. perustelevat pallolaajennuksen ennusteellista paremmuutta tai ainakin yhdenvertaisuutta ohitusleikkaukseen verrattuna vasemman sepelvalti-

mon päähaaran taudin hoidossa myös niin sanotun SYNTAX-tutkimuksen kolmen vuoden tuloksilla (Kappetein ym. 2011). Tämän tutkimuksen tekijät ovat päätelemässään kuitenkin varovaisempia. He nimittäin toteavat, että johtopäätösten tekemiseen tarvitaan pidempiä seuranta-aikoja ja tulokset ovat vasemman päärunгон tautia sairastavien osalta niin sanottuja alaryhmätuloksia, joilla on korkeintaan ”hypoteesia luovaa arvoa” jatkotutkimuksissa. Tutkimusraportti on kyllä huomioitu referoimissamme alan yhdysvaltalaisissa hoitosuosituksissa, mutta näkemys ohitusleikkauksen ensisijaisuudesta ei niissä muuttunut. Saman tutkimuksen neljän vuoden tuloksia on esitelty vasta abstrakteina. Tutkijat itse ovat edelleen varovaisia: pallolaajennus saattaa olla hyväksyttävä vaihtoehto ohitusleikkaukselle (Holmes ym. 2011). Kokeneet interventioasiantuntijat pitävät vähintäänkin täsmentäviä jatkotutkimuksia tarpeellisina (Fajadet ja Chieffo 2012). Olemmekin Kervisen ja muiden kirjoittajien kanssa samaa mieltä siitä, että lopulliset näytöt ovat vasta tulossa. Käynnissä on useita päärunгон taudin hoitoon kohdistuvia tutkimuksia. Mekin toivomme, että vähemmän kajoava hoitomenetelmä eli pallolaajennus on jonain päivänä oikeasti näyttöön perustuvaa käypää hoitoa mahdollisimman monissa sepelvaltimotaudin ilmentymisissä. Ainakin yksinään esiintyvän päähaara-ahtauksen ja muiden anatomialtaan sopivien tapausten hoidossa siltä voidaan toki odottaa myös hyviä pitkäaikaistuloksia.

Suositukset eivät ole kategorisia ohjeita, joten niistä voidaan ja pitääkin poiketa, mutta perustellusti. Uusien tutkimustulosten soveltamisessa vakavan ennusteeseen vaikuttavan taudin hoidossa suositamme varovaisuutta ja kriittisyyt-

tä. Hoitopäätösten puntarointi eri hoitomenetelmien osajien kesken on näissä tapauksissa ensiarvoisen tärkeää. Jos tuoreetkaan laajan kansainvälisen asiantuntijajoukon tekemät hoitosuositukset eivät vastaa hoitokäytäntöä, sekä suositusten laatijoilla että käytäntöjen luojilla on peiliin katsomisen paikka. Ei vähiten siksi, että suositusten laatijat ja käytäntöjen luojat – joukossa suomalaisiakin – ovat usein samoja henkilöitä. ■

RAIMO KETTUNEN, professori, ylilääkäri
PHKS, sisätautien klinikka

MIKA LAINE, dosentti, osastonylilääkäri
HYKS, kardiologian klinikka

MARTTI LEPOJÄRVI, dosentti, osastonylilääkäri
OYS, operatiivinen tulosalue

KIRJALLISUUTTA

- Capodanno D, Stone GW, Morice MC, ym. Percutaneous coronary intervention versus coronary artery bypass graft surgery in left main coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol* 2011;58:1426–32.
- Fajadet J, Chieffo A. Current management of left main coronary artery disease. *Eur Heart J* 2012;33:36–50b.
- Holmes DR, Cannon LA, Stähle E, ym. Four-year follow-up of the SYNTAX Trial: Optimal revascularization strategy in patients with three-vessel disease and/or left main disease. Posterisitys. TCT-konferenssi, San Francisco 2011. www.syntaxscore.com
- Kappetein AP, Feldman TE, Mack MJ, ym. Comparison of coronary bypass surgery with drug-eluting stenting for the treatment of left main and/or three-vessel disease: 3-year follow-up of the SYNTAX trial. *Eur Heart J* 2011;32:2125–34.
- Mäkilallio T, Niemelä M, Kervinen K, ym. Vasemman sepelvaltimon päähaaran pallolaajennus ja stenttien asennus. *Duodecim* 2007;123:1083–8.