

### Tikagrelorin oheisvaikutukset

Tikagrelori on adenosiinidifosfaatin (ADP) reseptorin salpaaja, joka vaikuttaa P2Y<sub>12</sub> ADP -reseptoriin. Sitä käytetään verihituleiden toiminnan estämiseen akuutissa sepelvaltimotautossa erityisesti invasiivisesti hoidetuilla potilailla.

Ranskalainen tutkimusryhmä tutki adenosiinin metaboliaa 60 sydäninfarktipotilaalla. He havaitsivat, että tikagrelorilla hoidetuilla veren adenosiinipitoisuudet ovat merkittävästi suuremmat kuin klopidoogreelillä hoidetuilla, koska tikagrelori estä adenosiinin ottoa punasoluihin. Suurentuneet adenosiinipitoisuudet voivat estää verihituleiden aggregaatiota ja laajentaa sepelvaltimoita sekä mahdollisesti suojata iskemian haittavaikutuksilta. Siten on mahdollista, että tikagrelorin oheisvaikutukset selittävät osan sen eduista klopidoogreeliin verrattuna. (Bonello L ym. J Am Coll Cardiol 2014;63:872)

### Trombektomia ei hyödytä

ST-nousuinfarktissa (STEMI) sepelvaltimoon syntyy verisuonivaurion seurauksena hyytymä, joka tukkii verenvirtauksen. Siten on johdonmukaista ajatella, että tämän hyytymämöykyn poistaminen infarktin hoidon yhteydessä ennen sepelvaltimon pallolaajennusta ja stentin asettamista voisi parantaa pallolaajennuksen lopputulosta.

Ruotsalaiset tekivät satunnaistetun, etenevän tutkimuksen SCAAR-rekisterin puitteissa. Tutkimukseen osallistui 7244 potilasta. Pääasiallinen päätetapahtuma oli 30 päivän kuolleisuus. STEMI:n hoidossa koko-

naiskuolleisuus oli 2,8 % trombektomiaryhmässä ja 3,0 % verrokkeilla. Sairaalahoitossakaan ei esiintynyt merkittävä eroa ryhmien välillä. Aivoinfarkteja tai muita komplikaatioita ryhmien välillä oli yhtä paljon. Näin ollen sydäninfarktin yhteydessä kaikille tehty trombektomia ei juuri vaikuta merkittäviin kliinisiin tapahtumiin. (Fröbert O ym. N Engl J Med 2013;369:1587)

### Eteisvärinän ensilinjan hoito

Katetriablaatio etsii paikkaansa flimmerin hoidossa. Voisiko se olla ensilinjan hoito kuten PCI-sydäninfarktissa? Kanadalaiset tutkijat satunnaistivat 127 aikaisemmin hoitamattomia, oireista, kohtauksittaista eteisvärinää sairastavaa potilasta kansainvälisten hoitosuositusten mukaiseen lääkehoitoon tai katetriablaatioon. Potilaat olivat keskimäärin 56-vuotiaita, hieman yli puolet miehiä, neljänneksellä korkea verenpaine. Diabeetikkoja tai vajaatoimintapotilaita ei juuri ollut, ja vasemman kammion toiminta ja rakenne oli potilailla normaali. Heitä seurattiin 24 kuukautta. Katetriablaatiassa tamponaatio kehittyi 6 %:lle. Ensisijaisena tuloksena mitattiin eteisvärinän esiintymistä seurannassa. Flimmerit uusiutuivat usein molemmissa ryhmissä. Antikoagulaatiota annettiin nykyisten hoito-ohjeiden mukaisesti. Lääkehoitoryhmässä 72,1 %:lla eteisvärinä uusi kahden vuoden seurannan aikana, kun ablaatioryhmässä vain 54,5 %:lla. Kummassakaan ryhmässä kukaan ei kuollut eikä saanut aivoinfarktia. Elämälaatukselyssä tulokset eivät eronneet ryhmien välillä. (Morillo CA ym. JAMA 2014;311:692)

### Nivuset vai ranne STEMIsissä?

ST-nousuinfarktissa (STEMI) pallolaajennus on lähes aina ensisijainen hoito. Reittivalinta herättää vielä intohimoja. STEMIsissä potilaat saavat vahvan antitromboottisen ja anti-koagulaatiohoidon. Nivusten kautta tehdyssä toimenpiteessä vuodot voivat olla ongelma, kun potilailla on vaikeuksia olla selällään ja pienetkin liikahdukset väärällä hetkellä voivat pahentaa nivusten tihkuttamista.

Tšekkiläiset ja kanadalaiset tutkijat selvittivät satunnaistetussa tutkimuksessa, jossa 707 STEMI-potilasta arvottiin joko ranne- tai nivusreittiryhmiin ja reittien hyötyjä ja haittoja seurattiin. Vain 3 % siirtyi satunnaisesti reittivaihtoehdosta toiseen. Tärkein mittaustulokset olivat vuodot ja kuolleisuus 30 ensimmäisen päivän aikana. Vuodot erosivat reittien välillä selvästi; ranneryhmässä haittatapahtumia oli 1,4 % ja nivusryhmässä 7,2 %. Kuolleisuudessa ei esiintynyt eroja lyhyellä eikä pitkällä aikavälillä. Ranneryhmäläiset eivät tarvinneet verensiirtoja, ja sairaalahoitoaikana ilmenneet suonikomplikaatiot olivat harvinaisempia. Rannereitin seurauksena saattaa tulla pitkittyneitä kipuja, mutta nekin helpottuvat muutaman viikkojen kuluessa. Siten kirjoittajat ehdottavat, että rannereitin käyttö on perusteltua, jos toimenpiteentekijä hallitsee tämän reitin. (Bernat I ym. J Am Coll Cardiol 2014;63:964)



**JUKKA LEHTONEN**  
HYKS Meilahden sairaala, Kardiologian klinikka