



Sepelvaltimotautikohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja

Mitä uutta päivityksessä?

- Uusina antitrombooteina mukana ovat ADP-estäjistä tikagrelori ja prasugreeli sekä uudet oraaliset antikoagulantit.
- Hoidon organisoinnista, hoitopolusta ja ensihoidosta on uusi oma kappale.

Hoidon organisointi

Äkillisiin sydäntapahtumiin sairastuvien potilaiden tulisi hakeutua hoitoon ensihoitopalvelun kautta. Sepelvaltimotautikohtaus epäiltäessä potilaalle annetaan heti 250–500 mg asetyylisalisyylihappoa ja nitraattisuihke. Ensihoitopaikassa tehdään työdiagnosi ja vaaran arvio esitietojen, kliinisen tutkimuksen ja EKG:n perusteella. Sepelvaltimotautikohtauspotilas lähetetään päivystyksellisesti sairaalahoitoon. Hoitopaikka valitaan vaaran arvioinnin perusteella. Hoidon ja kuljetuksen aikana EKG:tä tulee monitoroida jatkuvasti. Toimiva hoitoketju edellyttää hyvää suunnitteluyhteistyötä ensihoidon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken.

Diagnosi ja vaaran arvio

Vaara kuolla tai kokea sydänperäinen haittapahtuma arvioidaan esitietojen, kliinisen tutkimuksen, EKG-löydösten ja sydänlihaskäytännön määritysten perusteella. Myös pisteytysjärjestelmiä voidaan käyttää. Troponiini ja EKG ovat tärkeimmät elementit, koska ne kuvastavat kliinisistä tiedoista riippumatonta lyhyen aikavälin vaaraa.

Hoitolinjan valinta pohjautuu vaaran arviointiin. Suuren vaaran potilailla ei yleensä tarvita varjoainekuvauksen lisäksi muita tutkimuksia. Pienen vaaran potilailla diagnostiikka ja pidemmän aikavälin vaaran arvioissa on apua etenkin kliinisestä kuormituskokeesta, jota tarvittaessa täydennetään sydämen kaikukuvauksella.

Diagnosi ja vaaran arvio

Diagnosia ja vaaran arviointia täydennetään troponiinimääritysten, seurannan ja tarvittaessa sydämen kaikukuvauksen perusteella. Myös pisteytysjärjestelmiä voidaan käyttää. Troponiini ja EKG ovat tärkeimmät elementit, koska ne kuvastavat kliinisistä tiedoista riippumatonta lyhyen aikavälin vaaraa. Troponiinarvon tulkinnessa on muistettava, että troponiipitoisuus suurenee myös ilman iskeemistä sydänsairautta.

Lääkehoito

Antitromboottinen lääkehoito. Lääkitys asetyylisalisyylihappolla (ASA)^A ja pienimolekyylisellä hepariinilla^A tai toissijaisesti fondaparinuuksilla^B aloitetaan kaikille potilaille, joilla on työdiagnosina sepelvaltimotautikohtaus. ADP-estäjä^A (klopidogreeli, prasugreeli tai tikagrelori) aloitetaan suuren vaaran sepelvaltimotautikohtauspotilaille ASA:n ja LMWH:n tai fondaparinuuksien rinnalla, ellei ole syytä epäillä päivystyksellistä leikkaustarvetta. Lääkityksessä huomioidaan alueelliset hoito-ohjeet ja -käytännöt.

Muu lääkehoito. Beetasalpaajalääkitys voidaan aloittaa helpottamaan rintakipua ja pienentämään rytmihäiriöiden ja uusintainfarktin

riskiä, ellei sille ole vasta-aiheita^B. Nitraatilla hillitään akuuttia iskemiaa ja rintakipua, mutta sen ennustetta parantavasta vaikutuksesta ei ole näyttöä^C. Statiinilääkitys aloitetaan diagnoosin varmistumisen jälkeen kaikille potilaille heidän kolesteroliarvoistaan riippumatta.

Varjoainekuvaus ja revaskularisaatio

Varhainen varjoainekuvaus ja revaskularisaatio yhdistettynä riittävään antitromboottiseen lääkitykseen vähentävät vakavia sydäntapahtumia suuren vaaran potilailla^A. Varjoainekuvaus tulisi tehdä mahdollisimman pikaisesti^B, viimeistään 2–3 vuorokauden kuluessa. Sepelvaltimoiden pallolaajennus taas pitäisi tehdä heti varjoainekuvauksen jälkeen^B, ja ohitusleikkaus tulisi tehdä samalla sairaalahoitajaksolla^B. Pienen vaaran potilaiden lyhyen aikavälin ennusteeseen ei voida vaikuttaa välittömällä invasiivisella tutkimuksella ja hoidolla^A.

Verenvuotovaara

Verenvuoto on yleisin ei-iskeeminen komplikaatio. Verenvuotokomplikaatioiden välttämiseksi tulee minimoida antitromboottisen hoidon kesto, välttää antitromboottisten lääkkeiden turhaa yhdistämistä ja vaihtoa, määrittää annokset oikein (huomioitava erityisesti korkea ikä ja lieväkin munuaisten vajaatoiminta) ja suosia varttinävaltimoreittiä. Lisäksi tulee harkita mahansuojälääkkeen tarvetta, välttää turhia verensiirtoja, jos hemoglobiinipitoisuus on yli 80 g/l, ja välttää antitromboottisen hoidon lopetusta lievissä verenvuodoissa. Vakavissa vuotoissa on pyrittävä aktiivisesti etsimään ja hoitamaan vuodon syy ja palautta-

maan antitromboottinen hoito heti, kun se on turvallista.

Erityisryhmät

Ikääntyneiden uusintakohtauksiin, sairaalahoidon tarpeeseen ja elämänlaatuun voidaan vaikuttaa revaskularisaatiolla yhtä paljon kuin nuorempien, jos potilaalla ei ole toimintakykyä merkittävästi haittaavaa muistihäiriötä eikä merkittävää aivo-, munuais- tai keuhkosairautta^C.

Munuaisten krooninen vajaatoiminta suurentaa kuolleisuutta ja verenvuotovaaraa. Kreatiniinipuhdistuma on arvioitava iäkkäiltä, pienikokoisilta ja munuaisten vajaatoimintaa sairastavilta potilailta. Munuaisten vajaatoiminta on huomioitava lääkkeiden annoksia määritettäessä. Jos kreatiniinipuhdistuma on alle 30 ml/min, antikoagulaatiohoito edellyttää erityistä varovaisuutta.

Jatkohoito

Seuranta ja kuntoutus. Sepelvaltimotaudin vaaratekijöihin puututaan varhain jo sairaalajakson aikana. Pitkäaikaisseuranta vastaa vaakaan sepelvaltimotaudin sekundaaripreventiota. Pysyvä jatkoseuranta toteutetaan yksilöllisesti, vähintään 6–12 kuukauden välein. Seurantakäynneillä tulee kiinnittää huomiota potilaan vointiin, arvioida lääkitys ja pyrkiä suurentamaan lääkannokset tavoitemääriinsä, havaita mahdollinen depressio ja arvioida suoritus-, työ- ja ajokyky. Sepelvaltimotautia sairastavien liikuntapainotteinen kuntoutus pienentää kokonais- ja sydänkuolleisuutta ja vaikuttavaa edullisesti sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöihin^A.

Lääkehoito. ASA-lääkitystä jatketaan pysyvästi, ellei sille ole vasta-aiheita^A. ADP-estäjähoitoa taas jatketaan yleensä 12 kuukautta, ellei potilaan verenvuotoriski ole suurentunut. Jos potilas tarvitsee pysyvää antikoagulanttihoitoa, verihiutale-estäjien käyttö voitaneen lopettaa 12 kuukauden kohdalla. Statiini hyödyttää kaikkia sepelvaltimotautipotilaita.

ACE:n estäjät ovat hyödyllisiä suuren vaaran potilaille, erityisesti diabeetikoille^A ja vasemman kammion toimintahäiriöstä kärsiville^A. Beetasalpaajahoitoa jatketaan pysyvästi niillä sepelvaltimotautipotilailta, joilla on sydämen vajaatoiminta tai vasemman kammion toimintahäiriö. Nitraattilääkitystä ei tarvita, jos potilaalla ei esiinny angina pectoris -oiretta^C. ■

Koko suositus on luettavissa: www.kaypahoito.fi

KARI NIEMELÄ (pj.), SAILA VIKMAN, RAIMO KETTUNEN, MARKKU KUUSMA, HEIKKI MIETTINEN, MATTI NIEMELÄ, MIKKO PIETILÄ, MARJA PUURUNEN, ILKKA TIERALA, LEENA UUSITALO, ANTTI YLITALO
Asiantuntija: MARKKU ESKOLA

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä

Summary

Update on Current Care Guideline: Acute coronary syndrome: unstable angina and myocardial infarction without ST elevation

Diagnosis, risk assessment, and treatment of acute coronary syndrome should be done promptly, beginning from the first medical contact. Treatment is based on risk assessment. Antithrombotic treatment contains aspirin, LMWH, and clopidogrel, prasugrel or ticagrelor, according to local practice. High risk patients benefit from early invasive treatment. Bleeding complications should be avoided especially in patients with kidney disease or in elderly patients. Effective secondary prevention begins during the hospital stay. All patients should have an individual rehabilitation and follow-up plan after acute treatment.