



Vatsa-aortan pullistumien seulonta Ruotsissa

Revennyt vatsa-aortan pullistuma on melko yleinen vanhojen miesten kuolinsyy. Pullistuman löytyminen ajoissa kaikukuvausseulonnalla mahdollistaa suunnitellun toimenpiteen sen hoitamiseksi ja vähentää näin kuolleisuutta. Ruotsissa vuosina 2011–2012 yli 65-vuotiaista miehistä 400–500 kuoli vatsa-aortan pullistuman repeämään.

Ruotsissa on kutsuttu asteittain vuodesta 2006 alkaen 65-vuotiaat tai sitä vanhemmat miehet aortan kaikukuvausseurantaan. Aortta määritellään pullistuneeksi, jos sen halkaisija on 30 mm tai enemmän. Vuonna 2015 seulonta on saatu kansallisesti kattavaksi.

Vuosina 2006–2015 seulontaan kutsuttiin 302 957 miestä, joista 84 % osallistui seulontaan. Seulonnalla löydettyjen vatsa-aortan pullistumien esiintyvyydeksi saatiin 1,5 %. Pullistumista 29 % oli leikattu 4,5 vuoden kuluttua. Pullistuman aiheuttama kuolleisuus pieneni merkittävästi. Ruotsissa seulontaohjelman oletetaan ehkäisevän 90 ennen aikaista vatsa-aortan pullistuman repeämästä johtuvaa kuolemaa ja sillä saavutetaan 577 laatupainotteista elinvuotta 7 770 euron hinnalla per laatupainotteinen elinvuosi.

Ruotsalaisten kokemukset väestön seulonnasta vatsa-aortan pullistumien löytämiseksi osoittavat, että seulonta voidaan järjestää yksinkertaisilla toimenpiteillä ja pienillä kustannuksilla ja ihmisillä on innokkuutta osallistua siihen. Kuusikymmentäviisivuotiaiden miesten aortan seulominen kertaalleen tehtävällä kaikukuvauksella on ruotsalaisten kokemuksen mukaan tehokasta ehkäisevää terveydenhuoltoa ja suuresti kustannusvaikuttavaa. Koska seulonnat alkavat Suomessa? (Wanhainen A ym. Circulation 2016;134:1141)

Kriittistä alaraajaiskemiamia voi hoitaa valikoiduilla potilailla ilman kajoavia hoitoja

Kriittiseen alaraajaiskemiaan liittyy suuri amputaatio-riski, huono elämänlaatu ja merkittävä kuolleisuus. Suositusten mukaan diagnostiset toimenpiteet ja verenkiertoa parantavat kajoavat toimenpiteet, joiden tarkoitus on helpottaa kipua ja ehkäistä amputaatio, ovat aiheellisia tässä potilasryhmässä. Toimenpiteet eivät kuitenkaan aina ole mahdollisia, mikä johtuu monisairaista komplikaatioille herkistä potilaista tai

yksinkertaisesti siitä, ettei verenkiertoa voida toimenpiteillä parantaa. Näissä tapauksissa konservatiivinen hoito on kivun lääkitsemistä, haavahoitoa ja tilanteen vaikeutuessa mahdollisesti amputaatio. Kriittisen iskemian hoidon tuloksellisuutta kuvataan elossaololuvuilla ilman amputaatioon ajautumista. Suurin osa tutkimuksista on keskittynyt kuvaamaan kajoavien toimenpiteiden jälkeisiä tuloksia ja varsin vähän tiedetään konservatiivisen hoidon tuloksista.

Takautuvassa tutkimuksessa katsottiin kriittistä iskemiaa sairastavien potilaiden elossaoloaika sekä elossa olo aikaa ilman amputaatiota potilailla, joille tehtiin kajoavia toimenpiteitä verenkierron parantamiseksi tai hoidettiin pelkästään konservatiivisesti. Kriittinen iskemia määriteltiin lepokivuksi tai kudospuutospotilaalla, jolla nilkkatasolla systolinen paine on alle 50 mmHg tai varvaspaine alle 30 mmHg. Potilaat jaettiin kolmeen ryhmään, jotka olivat verenkiertoa parantava toimenpide kuuden viikon aikana, toimenpide yli kuusi viikkoa diagnoosin jälkeen ja konservatiivinen hoito.

Potilaita tässä hollantilaisten tutkimuksessa oli yhteensä 144, he olivat iältään keskimäärin 71-vuotiaita, ja 67 % hoidettiin kajoavalla toimenpiteellä (joko ohitusleikkaus tai suonensisäinen toimenpide) alle kuudessa viikossa diagnoosista, 18 % viivästyneesti ja 15 % konservatiivisesti. Mediaaniseuranta-aika oli 99 viikkoa. Suurin osa (71 %) kajoavasta hoidosta oli suonensisäisiä toimenpiteitä. Ikä, krooninen obstruktiivinen keuhkosairaus ja sydänsairaus ennustivat itsenäisesti lyhyempää elossaoloaika ja ikä, krooninen obstruktiivinen keuhkosairaus ja kohonnut verenpaine lisäsivät amputaatio-riskiä.

Tutkimus antaa toivoa sille, että jatkossa on mahdollista määrittää alaryhmiä kriittistä iskemiaa sairastavista potilaista, joita voidaan hoitaa konservatiivisesti yhtä tuloksekkaasti kuin kajoavilla toimenpiteillä, ja näin voidaan välttää toimenpiteisiin sisältyvät riskit. (Santema TB ym. Eur J Vasc Endovasc Surg 2017;53:371)



SAILARITTA VUORISALO
HYKS, verisuonikirurgian klinikka