

Mika Lehto ja Heikki Mäkyinen

Sydänhypintä eilen, tänään ja huomenna

”Halwu, halwaus, werikohtaus... – Mainituista edellä käyviä oireita tässä taudissa ovat: huime, päänwiemistys eli heidytyt, korwain suhina, sydänhypintä...”

Elias Lönnrot, Suomalaisen Talonpojan kotilääkäri, 1839.

Kuvaus sopii hyvin ansioituneen kliinikon tekemäksi havainnoksi sydämen rytmihäiriön, todennäköisimmin eteisvärinän yhteydestä aivohalvaukseen (1). Tämä lienee ensimmäinen maininta eteisvärinästä suomalaisessa kirjallisuudessa ja saattaa olla jopa ensimmäinen maailmanlaajuinen maininta eteisvärinän yhteydestä aivohalvaukseen. Tunnistamisestaan alkaen eteisvärinä on ollut joko muuta sydäntautia potevien potilaiden rytmihäiriö tai, kuten Lönnrot totesi, ”jälkipuolella ikää” ilmaantuva ongelma.

Ensimmäisissä eteisvärinän yleisyyttä kuvaavissa kirjoituksissa reumakuumeeseen liittyvää hiippaläpän ahtaumaa sairastavat ovat edustaneet jopa 50 %:a eteisvärinäpotilaista. Nykyisin reumakuume on länsimaissa äärimmäinen harvinaisuus, ja sen yleisyys kehittyvissäkin maissa pienenee selvästi. Sen sijaan väestön ikääntyminen, etenkin hyvin iäkkäiden kansalaisten määrän lisääntyminen sekä laajenevat mahdollisuudet rytmihäiriön diagnosointiin lisäävät seuraavan kahdenkymmen vuoden aikana eteisvärinäpotilaiden määrän mahdollisesti jopa kaksinkertaiseksi nykyisestä (2).

Tämä Aikakauskirjan teemanumero keskittyy eteisvärinään, yleisimpään ja merkityksellisimpään rytmihäiriöön. Olemme kasanneet tiiviiseen pakettiin ajankohtaiset artikkelit keskeisiltä kansallisilta asiantuntijoiltamme.

Eteisvärinän tuntemus ja tutkimus on laajentunut voimakkaasti. Kun PubMed vuonna 1997 tunnisti 880 eteisvärinään liittyvää artikkelia (hakusana ”atrial fibrillation”), vastaava haku antaa jo vuodelta 2017 pitkälti yli 5 000 osumaa. Vaikka tieto eteisvärinän mekanis-

meista, joita professorit Juhani Junttila ja Heikki Huikuri tässä numerossa meille kuvaavat, on merkittävästi lisääntynyt, rytmihäiriön estoon tähtäävän hoidon kehitys on käytännössä rajoittunut kajoavan hoidon edistykseen. Käytössä olevien lääkkeiden määrä on lääkehoidon turvallisuusnäkökulmien vuoksi pikemminkin vähentynyt, kun on opittu ymmärtämään, että sinusrytmin säilyttämisellä tähdätään ensisijaisesti oireisuuden vähentämiseen (3,4).

Teemanumero pyrkii valottamaan eteisvärinän ehkäisyä ja estoa sekä kajoavaa ja lääkehoitoa. Paitsi väestön ikääntymisen, myös ylipainoisuuden lisääntymisen vuoksi eteisvärinäpotilaiden määrä lisääntynee. Ylipaino näyttää olevan keskeinen tekijä eteisvärinän ilmaantumisessa, ja siksi väestön painon kurissa pitäviin toimiin, kuten riittävään liikuntaan, tulee kaikin tavoin tukea ja kannustaa (5). Tästä tärkeästä aiheesta teemaan kirjoittavat Antti Kivelä ja Jussi Naukkarinen.

Kun eteisvärinä on kertaalleen ilmaantunut, sen uusiutuminen on hyvin todennäköistä, ja merkittävämmäksi tämän pitkäaikaissairauden hoitokohteeksi – etenkin ikääntyvässä eteisvärinää sairastavassa väestössä – on noussut aivohalvauksen ehkäisy. Toistaiseksi ainoa eteisvärinän hoitomuodoista, jolla on selvä ennustenyttö, on aivohalvauksen esto asianmukaisella antikoagulaatiolla (Mustonen ym. tässä numerossa). Vaihtoehtona antikoagulaatiohoidolle voidaan tietyissä tilanteissa käyttää myös vasemman eteiskorvakkeen sulkutoimenpidettä, jonka käyttöä kuvaavat toimenpiteen uranuurtajat Suomessa, Juha Lund ja Sami Paikarinen.

Huominen on kulman takana, ja varautuminen suurenevan potilasjoukon hoitamiseksi tulisi aloittaa jo nyt. Rytmihallinnan osalta lääkehoitorintamalla ei valitettavasti ole tiedossa merkittävästi parempia ja turvallisempia lääkkeitä (6). Eteisvärinän katetriablaatiohoidot ovat kuitenkin kehittyneet, joskin potilasjoukon ”sweet spot” lienee kohta ohitettu, kun suuret ikäluokatkin saavuttavat jo 70 vuoden iän. Lisäksi ei tiedetä, mikä on paras rytmihallintastrategia hyvin iäkkäille potilaille. Nuorempien potilaiden ablaatiohoitoa kannattaneet kuitenkin käyttää aktiivisemmin, ja mikäli alustavat tulokset vajaatoimintapotilaiden ablaatiohoidosta osoittautuvat odotuksen mukaisiksi, tätä hoitomuotoa laajennettaneen tähänkin potilasryhmään (7).

Antikoagulaatiohoidon osalta varfariinin rooli tulee väistämättä pienenemään. Jo muuttaman vuoden kuluessa suorat antikoagulantit menettävät patenttinsa, eikä rinnakkaisvalmisteiden myötä ole enää mielekästä pitää yllä laajamittaista varfariinihoidon INR-seurantaa. Aika ja tulossa olevat tutkimukset näyttävät, kilpaileeko eteiskorvakkeen sulkusuorien antikoagulanttien kanssa eteisvärinäpotilaiden aivohalvauksen estossa.



MIKA LEHTO, LKT, dosentti, sisätautien ja kardiologian erikoislääkäri, osastonlääkäri
HYKS, Sydän- ja keuhkokeskus



HEIKKI MÄKYNEN, LKT, dosentti, sisätautien ja kardiologian erikoislääkäri, osastonylilääkäri
TAYS Sydänsairaala

Hoidosta puheen ollen ”...sydänhyppinässä, korvain suhinassa ja muissa senlaisissa wioissa on hywä, wälistä haistella äkiätä eli wäkwätä etikkaa, liikuskella wiriästi ulkona raittiissa ilmassa, hieroa, hiwutella, sukia ja harjata ruumista, joko kuiwiltaan eli kukkawiinoilla taikka öljyllä.” (1).

Nautinnollisia lukuhetkiä teemanumeron parissa! ■

KIRJALLISUUTTA

1. Lönnrot E. Suomalaisen talonpojan kotilääkäri. Helsinki: Prantätty G. O. Waseniuksen tykönä 1839.
2. Lane DA, Skjøth F, Lip GYH, ym. Temporal trends in incidence, prevalence, and mortality of atrial fibrillation in primary care. *J Am Heart Assoc* 2017;6. DOI: 10.1161/JAHA.116.005155.
3. The task force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J* 2016;37:2893–962.
4. Eteisvärinä. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2017 [päivitetty 9.6.2017]. www.kaypahoito.fi.
5. Magnussen C, Niiranen TJ, Ojeda FM, ym. Sex differences and similarities in atrial fibrillation epidemiology, risk factors, and mortality in community cohorts results from the BiomarCaRE Consortium (Biomarker for cardiovascular risk assessment in Europe). *Circulation* 2017;136:1588–97.
6. Albert CM, Stevenson WG. The future of arrhythmias and electrophysiology. *Circulation* 2016;133:2687–96.
7. Marrouche NF, Brachmann J, Andresen D, ym. Catheter ablation for atrial fibrillation with heart failure. *N Engl J Med* 2018;378:417–27.

SIDONNAISUUDET

Mika Lehto: Tutkimusrahoitus (Astra-Zeneca, Boehringer-Ingelheim, Bristol-Meyers Squibb – Pfizer Allianssi, Bayer), luennoitsija ja/tai muut asiantuntijatehtävät (Meda, MSD, Boehringer-Ingelheim, Bayer, Sanofi-Aventis, Astra-Zeneca, Orion, BMS-Pfizer, St Jude Medical), tukea työnantajan määräämiin ammatillisiin koulutustilaisuuksiin (Bayer, BMS-Pfizer, MSD, Sanofi-Aventis, Boehringer-Ingelheim, St Jude Medical, Medtronic, Boston Scientific), osakeomistus (Orion)

Heikki Mäkynen: Luento-/asiantuntijapalkkio (Bayer, BMS-Pfizer, Boston Scientific, Johnson & Johnson Finland, MSD, Medtronic Finland Oy), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Bayer, Boehringer-Ingelheim, Boston Scientific, Johnson & Johnson Finland, Medtronic Finland Oy, St Jude Finland)