



Suolistobakteerit sepelvaltimotautidissa

Japanilaiset tutkijat vertailivat sepelvaltimotautipotilaiden ja terveiden verrokkien suolistomikrobeja. Terveillä verrokeilla ei esiintynyt sepelvaltimotaudin riskitekijöitä. Bakteereja tunnistettiin ribosomaalista 16S RNA:ta sekvensoimalla. Sepelvaltimotautia sairastavilla *Bacteroides vulgatus*- ja *dorei*-kannat olivat vähentyneet.

Sen jälkeen tutkijat selvittivät näiden bakteerien vaikutuksia ateroskleroosin syntymiseen hiirimallissa. Hiirimallissa ateroskleroosi hidastui näiden suolistobakteerien vaikutuksesta. Potilasnäytteissä lipopolysakkaridin pitoisuudet olivat suurempia sepelvaltimotautia sairastavilla kuin terveillä verrokeilla. Tutkijoiden näkemys on se, että nämä tulokset nivoutuvat yhteen tulehdushypoteesin kanssa eli bakteeritaalinen lipopolysakkaridi vapautuu vereen ja aktivoi tulehdusta valtimoissa ja johtaa kiihtyneeseen ateroskleroosiin. (Yoshida ym. *Circulation* 2018;138:2486)

ST-nousuttomassa infarktissa kannattane avata kaikki suonet

Infarktipotilaiden sepelvaltimon avaaminen mekaanisesti pallolaajenuksella parantaa ennustetta. Entä tuleeko infarktipotilaan kaikki ahtaumat hoitaa vai pelkästään infarktin aiheuttanut tukkeuma? Brittiläiset tutkijat lähestyivät ongelmaa tutkimalla Lontoossa vuosien 2005–2015 välillä hoidetut 37 491 ST-nousutonta infarktipotilasta, joista 21 857:llä (58 %) oli monen suonen tauti. Tutkimuksessa arvioitiin kuolleisuutta keskimäärin 4,1 vuoden seurannassa. Kysymyksessä ei ole satunnaistettu tutkimus, joten vertailussa potilaiden riskejä korjattiin ”taipumispiisteityksellä”. Potilaiden, joille tehtiin täydellinen revaskularisaatio eli kaikki merkittävät ahtaumat hoidettiin pallolaajenuksella, ennuste oli merkittävästi parempi. ST-nousuttomilla infarktipotilailla on käytännössä pyritty mahdollisimman täydelliseen revaskularisaatioon. Tämä on käytännön toiminnan kannalta niin keskeinen kysymys, että satunnaistetulle tutkimukselle olisi tarvetta. (Rathod KS ym. *J Am Coll Cardiol* 2018;72:1989)

Perkutaaninen aorttaläppätoimenpide sopii pienen riskin potilaille

Aorttaläpän perkutaaninen asennus (TAVI) on tuonut aorttaläppätoimenpiteet suuren operatiivisen riskin potilaiden ulottuville. TAVI on osoittautunut osaavissa käsissä turvallisiksi näillä potilailla. Voisiko TAVI soveltua myös pienen operatiivisen riskin potilaille? Yhdysvaltalaiset tutkijat aloittivat etenevän monikes-

kustutkimuksen, johon otettiin 200 potilasta 11 keskuksista. Potilailla oli oireinen aorttastenoosi. Heitä potilaita verrattiin 719:ään kirurgisesti hoidettuun vastaavanlaiseseen potilaaseen. Kyseessä ei siis ollut satunnaistettu tutkimus. Kolmenkymmenennen päivän kuluttua TAVI-ryhmässä kuolleisuus oli 0 % vs 1,7 % kirurgisessa ryhmässä. TAVI-ryhmässä ei ollut yhtään aivoinfarktia vs 0,8 % kirurgisesti hoidetuilla. Pysyvän tahdistimen sai TAVI-ryhmässä 5 % ja avoimesti leikatuilla 4,5 %. Hämmäntävää oli se, että TAVI ryhmässä kuvantamistutkimuksessa havaittiin 14 %:lla subkliinistä läppätromboosia. Siten pienen riskin potilailla lyhyessä seurannassa TAVI on ainakin yhtä hyvä hoito kuin kirurginen. (Wacksman R ym. *J Am Coll Cardiol* 2018;72:2095)

Allaoleva uutinen on korjattu 16.1.2019. Sisäänottokriteeri ja lääkkehoidon kesto, täsmennetty tuloksia.

PCSK9:n estäjä alirokumabi sydäninfarktin jälkihoidossa

Uudet parenteraalisesti annosteltavat PCSK9:n estäjät ovat tulleet familiaalisen hyperkolesterolemian hoitoon. Yhdysvaltalaiset tutkijat selvittivät satunnaistetussa, sokkoutetussa 18 924 potilaan monikeskustutkimuksessa, kannattaako alirokumabihoito sepelvaltimotautikohtauksen jälkeen potilailla, joilla LDL-kolesterolipitoisuus oli intensiivisestä statiinihoidosta huolimatta vähintään 1,8 mmol/l. Potilaat, jotka olivat sairastaneet edeltävästi sepelvaltimotautikohtauksen (tavallisimmin sydäninfarktin), satunnaistettiin saamaan subkutaanisesti alirokumabia tai lumelääkettä kahden viikon välein. Yhdistelmäpäävastemuuttujana seurattiin sydänkuolleisuutta, sydän- ja aivoinfarkteja ja sairaalahoitoa vaatinutta epästabiilia anginaa. Keskimääräinen seuranta-aika oli 2,8 vuotta. Yhdistelmäpäätetapahtumia oli 903 (9,5 %) alirokumabiryhmässä ja 1 052 (11 %) lumeryhmässä. Alirokumabin hyöty oli sitä parempi, mitä suurempi oli lähtötilanteen LDL-kolesterolipitoisuus. Alirokumabiryhmässä kokonaiskuolleisuus oli 3,5 % ja lumeryhmässä 4,1 %, mutta ero ei ollut merkittävä. (Schwartz GG ym. *N Engl J Med* 2018;379:2097)



JUKKA LEHTONEN
HYKS Meilahden sairaala,
Kardiologian klinikka