

Vastine edellisiin

Kiitämme Riku Palannetta, Noora Skantsia ja Anne Vakkuria mielenkiinnosta artikkeliamme kohtaan ja sitä koskevista arvokkaista kommentteista.

Veren hyytymisjärjestelmään vaikuttavien lääkehoitojen tautus toimenpiteiden yhteydessä todellakin vaihtelee kansallisesti eri erikoisalojen ja hoitoyksiköiden välillä, kuten Palanteen ym. kommentteistakin voidaan huomata. Tähän vaikuttavat luonnollisesti erilaisten toimenpiteiden hemostaattisen vaativuuden vaihtelun lisäksi käytössä olevat erilaiset hoitosuositukset ja asiantuntijoiden näkemyserotkin.

Kaikkein tärkein asia ennen jokaista toimenpidettä on potilaan hemostaasin selvittäminen. Tätä heikentävät metaboliset tekijät, kuten maksan (hyyttymistekijäsynteesi) ja munuaisten toimintahäiriöt, pieni hemoglobiinipitoisuus ja trombosyyttimäärä sekä kohonnut verenpaine. Kaikki nämä tekijät tulisi ottaa huomioon mahdollisen antitromboottisen hoidon lisäksi. Esimerkiksi pelkkää INR-arvoa ei tulisi käyttää heijastamaan koko hyytymisen homeostaasia. INR-arvon pieni vaihtelu ei merkitse kokonaisuuden kannalta lopulta kovinkaan paljoa, jos edellä mainituissa tekijöissä on poikkeavuuksia, joita ei ole huomattu tai joihin ei ole puututtu. Samoin tarkkojen aikamäärien antaminen antitromboottisten hoitojen tautotukseen lienee vähemmän merkityksellistä, mikäli muut hyytymiseen vaikuttavat tekijät ovat kunnossa.

Artikkelissamme esitetyt suositukset antitromboottisista hoidoista ennen aivo-selkäydinnäytteen otamista on laadittu yhdessä HUS:n hyytymishäiriöitä hoitavien lääkäreiden ja neurologien kanssa (1). Olemme keskustelleet ohjeistuksesta uudelleen vielä tätä vastinetta varten, ja ohjeistus on laatijoidensa

mielestä edelleen ajankohtainen. Se on tarkoitettu sovellettavaksi vain aivo-selkäydinnestenynteen ottoon eikä muihin tilanteisiin, kuten leikkaushoitoon. Voidaan miettiä, onko toimenpiteen tarkoituksellakin vaikutusta veren hyytymistä koskevaan suositukseen: neurologien suorittamana kyse on diagnostisesta toimenpiteestä, jossa aivo-selkäydinnestettä tiputetaan koeputkeen. Anestesia- ja lääkehoitojen suorittaessa vastaavaa toimenpidettä tarkoitus on hoitaa potilasta viemällä selkäydintilaan puudutetta. Itse infuusio ja lääkeaineet saattavat vaikuttaa verenpuutteen paikallisesti, mutta tämä aihepiiri ei ole tuttu neurologeille. Anestesiologiassa on lisäksi mahdollista valita yleisanestesia, mikäli spinaalipuudutus katsotaan liian riskialttiiksi, mutta neurologiassa aivo-selkäydinnestenynteen ottoa ei voi korvata muilla toimenpiteillä.

Ajatus kansallisesta eri erikoisalojen yhteisestä veren hyytymiseen vaikuttavien lääkkeiden tautussuosituksesta on tosiaan kannatettava. Sen toteuttamista esimerkiksi Käypä hoito -suosituksen puitteissa voitaisiin ajatella. Leikkausta edeltävän arvioinnin Käypä hoito -suositus on julkaistu 23.6.2014. Sitä voitaisiin laajentaa esimerkiksi Toimenpiteitä edeltävä arviointi ja veren hyytymiseen vaikuttavat lääkkeet -otsikon suuntaisesti, jolloin työryhmään otettaisiin Palanteen ym. ehdotuksen mukaisesti anestesia- ja lääkehoitojen ja kirurgien lisäksi myös hyytymissairauksiin erikoistuneita lääkäreitä ja neurologeja. Eri erikoisalojen konsensusnäkemykset lisäävät potilasturvallisuuttakin.

Haluamme kiittää myös emeritusprofessori Heikki Peltolaa arvokkaasta pohdinnasta. Näkemykset lasten meningiitin diagnostiikasta ovat tärkeitä ja huomioon otettavia. Päivystystilanteissa on luultavas-

ti parasta välttää ehdottomuutta. Pienissä syrjäseudun yksiköissä tietokonetomografian saantiviiveen vuoksi voi joskus olla parasta tehdä ensin lannepisto, mikäli epäilyä kohonneesta aivopaineesta ei ole. Tärkeintä selvän kliinisen bakteerimeniingitiipäilyn yhteydessä on mikrobilääkehoidon kiireellinen aloitus, eivätkä mitkään tutkimusviiveet oikeuta sen aloituksen viivästyttämistä.

Keskeisimpänä sääntönä lienee kuitenkin suositus tehdä nimenomaan aikuisille ensin pään tietokonetomografia. Toisinaan taustalla onkin jokin muu oireiden aiheuttaja kuin bakteerimeniingiitti, esimerkiksi lukinkalvonalainen tai muu kallonsisäinen vuoto tai muu tilaa ottava prosessi, jolloin potilaan tila voi heikentyä lannepistosta. ■

KIRJALLISUUTTA

1. Armstrong E, Lassila R, Laakso E, ym. Neurologian klinikan ohje: polikliininen lannepisto ja antitromboottinen lääkehoito 5.6.2018. HUS 2018. www.hematology.fi/sites/default/files/uploads/lannepisto_pai-vitys_2018.pdf.

SARI ATULA, dosentti, osastonylilääkäri

Kliiniset neurotieteet, neurologia, Helsingin yliopisto ja neurologian klinikka, HYKS

ANNE PESONEN, LT, vs. osastonylilääkäri

Leikkaus- ja anestesiaosasto, Meilahden sairaala, ATeK, HYKS

MARKUS FÄRKKILÄ, professori

Kliiniset neurotieteet, neurologia, Helsingin yliopisto