

ANSA RANTANEN

LT, yleislääketieteen kliininen opettaja
Turun yliopisto

PÄIVI KORHONEN

dosentti, yleislääketieteen professori, ylilääkäri
(yleislääketiede)
Turun yliopisto ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

JYRKI KORKEILA

dosentti, psykiatrian professori, ylilääkäri
Turun yliopisto ja Satakunnan sairaanhoitopiiri, Harjavalan sairaala

KIRJALLISUUTTA

- 1 Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S ym. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J* 2016;37:2315–81.
- 2 Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S, toim. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017-tutkimus. Terveysten ja hyvinvoinnin laitost, Raportti 4/2018.

Masennusoireet liittyvät epäterveellisiin elintapoihin.

- 3 Rantanen AT, Korkeila JJA, Kautiainen H, Korhonen PE. Non-melancholic depressive symptoms increase risk for incident cardiovascular disease: A prospective study in a primary care population at risk for cardiovascular disease and type 2 diabetes. *J Psychosom Res* 2020;129:109887.
- 4 Luger TM, Suls J, Vander Weg MW. How robust is the association between smoking and depression in adults? A meta-analysis using linear mixed-effects models. *Addict Behav* 2014;39:1418–29.



VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALLT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

Valtimotautiriskiä arvioidessa on hyvä kiinnittää huomiota masennusoireisiin

- Masennusoireet liittyvät moniin valtimotautien riskitekijöihin. Ne voivat lisätä riskiä itsenäisesti ja heikentää valtimotautiin sairastuneiden ennustetta.
- Erityyppisten masennusoireiden taustalla voi olla erilaisia patofysiologisia mekanismeja, jotka vaikuttavat niihin liittyvään sairastuvuuteen.
- Epätypilliset, ei-melankoliset masennusoireet näyttävät liittyvän metabolisiin häiriöihin, minkä vuoksi nimenomaan ne saattavat lisätä valtimotautien riskiä.
- Masennusoireiden seulonta ja epätypillisten oireiden huomiointi saattaa olla hyödyllistä valtimotautien ehkäisyssä.

Valtimotautien riskin arvio on perusterveydenhuollossa toimivien lääkäreiden tavanomainen tehtävä. Riskin arvioinnissa ja sen pienentämiseen pyrittäessä huomiota kiinnitetään tyypillisesti hyvin tunnettuihin, muovattavissa oleviin riskitekijöihin: tupakointiin, kohonneeseen verenpaineeseen, rasva- ja sokeriarvoihin sekä ylipainoon. Terveisiin elintapoihin ja tarvittaessa ehkäisevään lääkitykseen sitoutuminen on valtimotautien ehkäisyssä keskeistä.

Eurooppalainen valtimotautien ehkäisy-suositus kehottaa huomioimaan myös psykososiaaliset riskitekijät potilaan kokonaisriskiä muovavina tekijöinä (1). Ne voivat olla elintapojen kohentamisen ja hoitoon sitoutumisen esteenä (1).

Psykososiaalisista riskitekijöistä eräitä merkittävimpiä ovat masennusoireet. FinTerveys 2017 -tutkimuksen mukaan 8 % suomalaisista naisista ja 6 % suomalaisista miehistä sairastaa depressiota (kliininen masennustila) ja lievempiä masennusoireita on 13 %:lla naisista ja 9 %:lla miehistä (2).

Masennusoireet ovat perusterveydenhuollon väestössä todennäköisesti vielä yleisempiä. Esimerkiksi omassa keski-ikäisten satakuntalaisten aineistossamme masennusoireita oli viidesosalla tutkittavista, kun lisääntyneiden masennusoireiden kriteerinä käytettiin Beckin depressioasteikon pistemäärää ≥ 10 (3).

Masennusoireet ovat yhteydessä moniin tunnettuihin valtimotautien riskitekijöihin (4–6). Masennusoireiden ja valtimotautien välillä vaikuttaisi olevan myös itsenäinen, muista riskitekijöistä riippumaton kaksisuuntainen yhteys (7). Lisäksi masennusoireiden tiedetään heikentävän valtimotautiin sairastuneiden potilaiden ennustetta (8). Valtimotautiriski näyttää kasvavan sitä enemmän, mitä vakavampia masennusoireet ovat (9).

Masennusoireet ja valtimotautien muovattavissa olevat riskitekijät

Masennusoireet liittyvät epäterveellisiin elintapoihin, kuten tupakointiin ja liikkumattomuuteen. Onkin ehdotettu, että masennusoireiden vaikutus valtimotauteihin välittyisi nimenomaan terveyskäyttäytymisen kautta (10). Masennusoireista tai depressiosta kärsivät tupakoivat 40 % todennäköisemmin kuin niistä kärsimättömät (4). Masennusoireiden on lisäksi todettu vähentävän tupakoinnin lopettamisen todennäköisyyttä (11).

Kaksi kolmesta depressiota sairastavasta ei liiku kansainvälisten suositusten mukaisesti (12). Brittiläisessä Whitehall II -kohorttitutkimuksessa todettiin kahdeksan vuoden seurannan aikana, että lähtötilanteen masennusoireet vähensivät todennäköisyyttä ylittää liikuntasuosituksen (13). Toisaalta säännöllinen fyysinen aktiivisuus vähensi masennusoireiden ilmaantumisen todennäköisyyttä (13). Epäterveellisten elintapojen lisäksi masennusoireiden yhteyttä valtimotautiriskiin voi selittää se, että masennusoireista kärsivät saattavat sitoutua muita

- 5 Meng L, Chen D, Yang Y, Zheng Y, Hui R. Depression increases the risk of hypertension incidence. *J Hypertens* 2012;30:842–51.
- 6 Mannan M, Mamun A, Doi S, Clavarino A. Is there a bi-directional relationship between depression and obesity among adult men and women? Systematic review and bias-adjusted meta-analysis. *Asian J Psychiatr* 2016;21:51–66.
- 7 Wiium-Andersen MK, Wiium-Andersen IK, Prescott EIB, Overvad K, Jørgensen MB, Osler M. An attempt to explain the bidirectional association between ischaemic heart disease, stroke and depression: A cohort and meta-analytic approach. *Br J Psychiatry* 2019. DOI:10.1192/bjp.2019.130
- 8 Meijer A, Conradi HJ, Bos EH, Thoms BD, van Melle JP, de Jonge P. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: A meta-analysis of 25 years of research. *Gen Hosp Psychiatry* 2011;33:203–16.
- 9 Seldenrijk A, Vogelzangs N, Batelaan NM, Wieman I, van Schaik DJF, Penninx BJWH. Depression, anxiety and 6-year risk of cardiovascular disease. *J Psychosom Res* 2015;78:123–9.
- 10 Whooley MA, de Jonge P, Vittinghoff E ym. Depressive symptoms, health behaviors, and risk of cardiovascular events in patients with coronary heart disease. *JAMA* 2008;300:2379–88.
- 11 Doyle F, Rohde D, Rutkowska A, Morgan K, Cousins G, McGee H. Systematic review and meta-analysis of the impact of depression on subsequent smoking cessation in patients with coronary heart disease: 1990 to 2013. *Psychosom Med* 2014;76:44–57.
- 12 Schuch F, Vancampfort D, Firth J ym. Physical activity and sedentary behavior in people with major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2017;210:139–50.
- 13 Azevedo Da Silva M, Singh-Manoux A, Brunner EJ ym. Bidirectional association between physical activity and symptoms of anxiety and depression: The Whitehall II study. *Eur J Epidemiol* 2012;27:537–46.
- 14 Grenard JL, Munjas BA, Adams JL ym. Depression and medication adherence in the treatment of chronic diseases in the United States: A meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2011;26:1175–82.
- 15 Li Z, Li Y, Chen L, Chen P, Hu Y. Prevalence of depression in patients with hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2015;94:e1317.

heikommin kroonisten sairauksien lääkehoitoon (14).

Masennusoireiden yhteyttä myös muihin muovattavissa oleviin valtimotautien riskitekijöihin on selvitetty laajasti, mutta tutkimusnäyttö varsinkin kohonneesta verenpaineesta ja metabolisista riskitekijöistä on kirjavaa. Yli neljäsosalla verenpainetautipotilaista on masennusoireita (15).

Yli 22 000 tutkimuspotilasta sisältäneen meta-analyysin mukaan masennusoireet saattavat olla kohonneen verenpaineen itsenäinen riskitekijä: Verenpainetaudin ilmaantuvuus oli masennusoireista kärsivillä 40 % suurempi kuin ei-masentuneilla (5). Toisaalta masennusoireiden on todettu liittyvän ennemminkin tietoisuuteen kohonneesta verenpaineesta kuin itse verenpainetasoon (16).

Masennusoireet lisäävät lihavuuden ilmaantumisen riskiä mahdollisesti vain vähän (6), mutta on huomattava, että ne voivat liittyä epäterveellisiin ja tehottomiin laihdutuskeinoihin (17). Masennusoireet näyttävät lisäävän tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuutta, ja depression on diabeetikoilla lähes kaksi kertaa muuta väestöä yleisempää, mutta tutkimustulokset eivät ole täysin yhdenmukaisia (18,19).

Suomalaisessa FIN-D2D-väestötutkimuksessa selvitettiin 2 712 keski-ikäisen tutkittavan masennusoireita ja niiden yhteyttä sokeriaineenvaihdunnan häiriöihin Pirkanmaan, Etelä-Pohjanmaan ja Keski-Suomen sairaanhoitopiireissä (20). Monimuuttujamallissa, jossa huomioitiin sosiodemografiset ja tietyt biologiset tekijät, elintavat ja sairastavuus, sokeriaineenvaihdunnan häiriöt eivät lisänneet masennusoireiden todennäköisyyttä (20). Rasva-aineenvaihdunnan häiriöiden ja masennusoireiden yhteys on vielä epäselvempi. Depressiopotilailla on havaittu sekä suuria että pieniä LDL-lukemia (21).

Masennusoireet lisäävät valtimotautiriskiä myös itsenäisesti

Masennusoireiden itsenäisestä, muista riskitekijöistä riippumattomasta yhteydestä valtimotautiriski on runsaasti näyttöä. Esimerkiksi kolmekymmentä tutkimusta ja yli 890 000 tutkimuspotilasta kattaneessa meta-analyysissä masennusoireiden arvioitiin lisäävän sepelvaltimotaudin ilmaantumisen riskiä 30 % verrattuna oireista kärsimättömiin henkilöihin

(22). Aivohaverin ilmaantuvuuden on arvioitu lisääntyvän 50 % masennusoireiden mukana (23).

Yhteiset patofysiologiset mekanismit voivat selittää masennusoireiden ja valtimotautien elintavoista ja muista riskitekijöistä riippumattomuutta yhteyttä. Vaikka depression patogeneesi on vielä monilta osin epäselvä, on siihen usein liitetty hypotalamus-aivolisäke-lisämunuaisakselin hyperaktiivisuus, joka saattaa liittyä myös lisääntyneeseen valtimotautiriskiin (24,25).

Autonomisen hermoston toimintahäiriö, joka ilmenee esimerkiksi vähentyneenä sykevälivaihteluna, liittyy sekä depression että valtimotautien kehittymiseen (26,27). Inflammatio on keskeinen mekanismi niin ateroskleroosissa kuin masennusoireiden patofysiologiassa, ja inflammaatio voi toimia yhdistävänä tekijänä metabolisten häiriöiden ja depression välillä (28).

Masennusoireiden luokittelu tutkimuksissa ja kliinisessä työssä on järkevää

Tutkimusnäyttö masennusoireiden ja valtimotautien ja niiden hyvin tunnettujen riskitekijöiden yhteydestä on osin ristiriitaista. Tämä saattaa johtua esimerkiksi masennusoireiden moninaisuudesta ja depression muista vaihtelevista piirteistä. Havainnollista on, että diagnosoitaessa depressiota psykiatrisen tautiluokituksen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) (29) mukaan, depressiodiagnoosin voi saada 270 eri oirekokonaisuudella (30). Erityyppisten masennusoireiden taustalla voi olla erilaisia patofysiologisia mekanismeja, mikä voi johtaa eri oireytypien erilaiseen hoitovasteeseen ja yhteyteen somaattisen sairastuvuuden kanssa.

Depressiota onkin suositeltu luokiteltavaksi alatyyppeihin tutkimuksissa ja kliinisessä työssä. Depressio voidaan oireperusteisesti jakaa kaikkein suoraviivaisimmin kahteen luokkaan: melankoliseen eli tyypilliseen ja ei-melankoliseen eli epätyypilliseen alatyyppeihin (31). DSM-tautiluokituksessa melankolinen ja epätyypillinen (atyyppinen) ovat varsinaisen depressiodiagnoosin tarkenteita (29) (taulukko 1).

On huomioitava, etteivät atyyppinen ja ei-melankolinen depressio siten ole toistensa yksiselitteisiä synonyymejä. Melankolinen ja ei-melankolinen depressio eroavat toisistaan erityisesti neurovegetatiivisten oireiden ja mielialan reaktiivisuuden mukaan. Melankolisia eli



TAULUKKO 1.

Melankolisen ja ei-melankolisen (epätyypillisen) depression piirteet

Psykiatrisen tautiluokituksen (DSM-5) mukaan.

| Melankolinen depressio | Ei-melankolinen (epätyypillinen) depressio |
|---|--|
| Mielihyvän menettäminen kaikissa tai lähes kaikissa toiminnoissa | Mielialan reaktiivisuus (esim. jokin positiivinen tapahtuma tai sellaisen mahdollisuus parantaa mielialaa) |
| Reagointi miellyttäviin ärsykkeisiin puuttuu | Pitkään ilmennyt taipumus tuntea itsensä hylätyksi ihmisuhteissa (ei rajoitu mielialahäiriöjaksoihin), mistä aiheutuu merkittävää sosiaalista ja ammatillista häitää |
| Masennus on säännöllisesti pahempaa aamuisin | Liikaunisuus |
| Liiallinen tai suhteeton syylisyydentunne | Lyijymäinen halvas (lyijynraskauden tuntemukset käsissä ja jaloissa) |
| Merkittävä psykomotorinen hitaus tai levottomuus | Merkittävä painon nousu |
| Merkittävä painon lasku tai anoreksia | Ruokahalun lisääntyminen |
| Masentuneen mielialan erityislaatu, jota luonnehtii syvä alakuloisuus, epätoivo ja/tai nyrpeys tai tyhjä mieliala | Melankolisten tai katatonisten piirteiden kriteerit eivät täytyneet saman sairausjakson aikana |

- 16 Rantanen AT, Korkeila JJA, Löyttyniemi ES, Saxén UKM, Korhonen PE. Awareness of hypertension and depressive symptoms: A cross-sectional study in a primary care population. *Scand J Prim Health Care* 2018;36:323–8.
- 17 Vraný EA, Hawkins MAW, Wu W, Stewart JC. Depressive symptoms and weight loss behaviors in U.S. adults. *Eat Behav* 2018;29:107–13.
- 18 Yu M, Zhang X, Lu F, Fang L. Depression and risk for diabetes: A meta-analysis. *Can J Diabetes* 2015;39:266–72.
- 19 Wang F, Wang S, Zong Q-Q ym. Prevalence of comorbid major depressive disorder in type 2 diabetes: A meta-analysis of comparative and epidemiological studies. *Diabet Med* 2019;36:961–9.
- 20 Mäntyselkä P, Korniloff K, Saaristo T ym. Association of depressive symptoms with impaired glucose regulation, screen-detected, and previously known type 2 diabetes: Findings from the Finnish D2D Survey. *Diabetes Care* 2011;34:71–6.
- 21 Persons JE, Fiedorowicz JG. Depression and serum low-density lipoprotein: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2016;206:55–67.
- 22 Gan Y, Gong Y, Tong X ym. Depression and the risk of coronary heart disease: A meta-analysis of prospective cohort studies. *BMC Psychiatry* 2014;14:371.

tyypillisiä masennusoireita ovat esimerkiksi unettomuus, painon lasku, heikentynyt ruokahalu sekä tunteiden ja mielialan vähentynyt reaktiivisuus (29). Epätyypillisiä, ei-melankolisia masennusoireita ovat puolestaan liikaunisuus, lisääntynyt ruokahalu ja painonnousu sekä mielialan reaktiivisuus (29).

Hypotalamus-aivolisäke-lisämunuaisakselin häiriintynyt toiminta saattaa liittyä erityisesti melankoliseen depressioon (32), kun inflammatoriset ja metaboliset häiriöt voivat olla merkittävämpiä epätyypillisessä depressiossa (33). Inflammaatio vaikuttaa liittyvän depression yksittäisistä oireista erityisesti väsymykseen, energian puutteeseen, unihäiriöihin ja ruokahalun muutoksiin (34). Metabolomiikkaa hyödyntäen on saatu viitteitä erillisen, epäsuotuisaan kardiometaboliseen profiiliin liittyvän niin sanotun immunometabolisen depressioulottuvuuden olemassaolosta (35). Aiheesta on äskettäin julkaistu kattava katsaus (36), johon tutustumista suosittelemme immunometabolisen depression käsitteestä syvällisemmin kiinnostuneille lukijoille.

Epätyypillinen depressio saattaa olla naisilla yleisempää kuin miehillä (37). Tutkimustieto tyypillisen ja epätyypillisen depression taudinkulusta ja oireiden vaikeusasteesta on vaihtelevaa.

Toistaiseksi ei myöskään ole vakuuttavaa näyttöä jonkin hoitomuodon ensisijaisuudesta melankolisessa tai epätyypillisessä depressiossa, vaikka melankolisesti oireilevien on perinteisesti ajateltu hyötyvän enemmän lääke- tai sähköhoidosta kuin psykoterapiasta.

Epätyypilliset, ei-melankoliset oireet saattavat olla erityisen vaarallisia

Masennusoireiden moninaisuus on huomioitu vain harvoissa masennusoireiden ja valtimotautien tai niiden riskitekijöiden välistä yhteyttä selvittävässä tutkimuksessa. Tutkimuksissa, joissa masennusoireet on jaoteltu melankolisiin ja ei-melankolisiin tai epätyypillisiin, eri masennusoireityyppien ja epäedullisten elintapojen yhteyks on ollut vaihteleva. Sen sijaan metabolisten riskitekijöiden on toistuvasti havaittu olevan tavallisempia ei-melankolisista tai epätyypillisistä kuin melankolisista masennusoireista kärsivillä.

Brittiläisessä yli 150 000 henkilön kohortissa epätyypillisen depression todettiin liittyvän metaboliseen oireyhtymään, ylipainoon ja lihavuuteen (37). Suomalaisessa 4 500 keski-ikäistä henkilöä kattaneessa tutkimuksessa havaittiin, että ei-melankolisista masennusoireista kärsivillä oli lähes kaksinkertaisella todennäköisyydellä metabolinen oireyhtymä melankolisista masennusoireista kärsiviin verrattuna (38).

Epätyypillisen depression on seurantalutkimuksissa havaittu lisäävän lihavuuden ja metabolisen oireyhtymän ilmaantuvuutta (39,40). Sveitsiläisessä väestöpohjaisessa kohorttitutkimuksessa lähtötilanteessa epätyypillistä depressiota sairastavien joukossa lihavuuden ilmaantuvuus lähes nelinkertaistui ei-masentuneisiin verrattuna yli viiden vuoden seurannan aikana (39). Metabolisen oireyhtymän ilmaantuvuus oli 2,5-kertainen (40).

Tietääksemme vain muutama tutkimus on selvittänyt eri depressio- tai masennusoireityyppien vaikutusta valtimotautien ilmaantuvuuteen. Yli 28 000 yhdysvaltalaisesta tutkittavasta sisältäneessä väestötason seurantalutkimuksessa epätyypillinen ja tyypillinen depressio ennustivat valtimotautien ilmaantuvuutta yhtä voimakkaasti kolmen vuoden seurannan aikana, kun hyvin tunnetut valtimotautien riskitekijät oli huomioitu (41). Vakioituissa malleissa epätyypillinen depressio liittyi 1,8-kertaiseen ja ei-epätyypillinen depressio 1,4-kertaiseen valtimo-

- 23 Li M, Zhang X-W, Hou W-S, Tang Z-Y. Impact of depression on incident stroke: A meta-analysis. *Int J Cardiol* 2015;180:103–10.
- 24 Crawford AA, Soderberg S, Kirschbaum C ym. Morning plasma cortisol as a cardiovascular risk factor: Findings from prospective cohort and Mendelian randomization studies. *Eur J Endocrinol* 2019;181:429–38.
- 25 Pariante CM, Lightman SL. The HPA axis in major depression: Classical theories and new developments. *Trends Neurosci* 2008;31:464–8.
- 26 Kidwell M, Ellenbroek BA. Heart and soul: Heart rate variability and major depression. *Behav Pharmacol* 2018;29:152–64.
- 27 Hillebrand S, Gast KB, De Mutsert R ym. Heart rate variability and first cardiovascular event in populations without known cardiovascular disease: Meta-analysis and dose-response meta-regression. *Europace* 2013;15:742–9.
- 28 Chan KL, Cathomas F, Russo SJ. Central and peripheral inflammation link metabolic syndrome and major depressive disorder. *Physiology* 2019;34:123–33.
- 29 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5.painos*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- 30 Baumeister H, Parker G. Meta-review of depressive subtyping models. *J Affect Disord* 2012;139:126–40.
- 31 Penninx BWJH, Milaneschi Y, Lamers F ym. Understanding somatic consequences of depression: biological mechanisms and the role of depression symptom profile. *BMC Medicine* 2013;11:129.
- 32 Jurueña MF, Bocharova M, Agustini B, Young AH. Atypical depression and non-atypical depression: Is HPA axis function a biomarker? A systematic review. *J Affect Disord* 2018;233:45–67.
- 33 Lamers F, Milaneschi Y, Vinkers CH, Schoevers RA, Giltay EJ, Penninx BWJH. Depression profilers and immuno-metabolic dysregulation: Longitudinal results from the NESDA study. *Brain Behav Immun* 2020;88:174–83.
- 34 Jokela M, Virtanen M, Batty GD ym. Inflammation and specific symptoms of depression. *JAMA Psychiatry* 2016;73:87–8.
- 35 Alshehri T, Mook-Kanamori DO, van Dijk KW ym. Metabolics dissection of depression heterogeneity and related cardiometabolic risk. *Psychol Med* 2021;1–10.
- 36 Milaneschi Y, Lamers F, Berk M, Penninx BWJH. Depression heterogeneity and its biological underpinnings: Toward immuno-metabolic depression. *Biol Psychiatry* 2020;88:369–80.

tautien ilmaantuvuuteen ei-depressiivisiin verrattuna, mutta depressioryhmien välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä (41).

Omassa tutkimuksessamme havaitsimme Beckin depressioasteikolla mitattujen ei-melankolisten masennusoireiden liittyvän suurentuneeseen valtimotauriskiin satakuntalaisessa 45–70-vuotiaassa väestössä kahdeksan seuranta-vuoden aikana (3). Valtimotaudin ilmaantumisen todennäköisyys oli 1,7-kertainen ei-melankolisista oireista kärsivillä masennusoireita kokemattomiin verrattuna. Lähtötilanteessa melankolisia masennusoireita raportoineet eivät puolestaan eronneet heistä, joilla masennusoireita ei ollut. Riskin lisääntymistä eivät selittäneet sosiodemografiset tekijät tai valtimotautien hyvin tunnetut riskitekijät.

Masennusoireiden seulonta osaksi valtimotautien riskin arviota?

Masennusoireiden havaitseminen ja depression tunnistaminen voi perusterveydenhuollossa olla vaikeaa, varsinkin jos potilas tuo esille pääosin somaattisia oireita tai hänellä ei ole tyypillisiä masennusoireita. Ei-melankoliset masennusoireet saattavat olla suomalaisessa perusterveydenhuollon väestössä noin kaksi kertaa tavallisempia kuin melankoliset oireet (3,38).

Perusterveydenhuollon lääkärinkunnan on tärkeää oppia tunnistamaan myös epätyypilliset masennusoireet muun muassa todennäköisesti erityisesti niihin liittyvän suurentuneen valtimotauriskin vuoksi. Vaikka rutiinomaisesta depression seulonnasta ei ole hyötyä, seulontaa suositellaan Suomessa harkittavaksi riskiryhmiin kuuluville (42).

Varsinkin huonosti hoitoon sitoutuneilla, valtimotauriskissä olevilla potilailla depression

seulonta voisi olla hyödyllistä. Kuten eurooppalainen suositus (1) ehdottaa, mielestämme masennusoireiden seulontaa kannattaisi harkita osaksi valtimotautien riskin arviota.

Lopuksi

Perusterveydenhuollossa työskentelevän lääkärin on syytä muistaa masennusoireet ja muut psykososiaaliset riskitekijät potilaan valtimotauriskia arvioiessaan. Toisaalta masennuspotilaita hoidettaessa on tärkeää kartoittaa valtimotautien muiden riskitekijöiden olemassaolo ja huomioida masennuslääkkeiden mahdolliset metaboliset haittavaikutukset.

Terveystieteen edistämisen valttikortit, liikunta, terveellinen ruokavalio ja tupakoimattomuus, ovat täsmähoitoa masennusoireita ja valtimotauriskia lisäävän inflammaation rauhoittamiseen. Potilaan motivointi ja sitouttaminen näihin on yleislääkärin tärkeä tehtävä, johon pitkäaikaiset hoitosuhteet ja hoidon jatkuvuus luovat hyvät edellytykset.

Tulevaisuuden tutkimusasetelmissä masennusoireiden ja depressioiden jaottelu alatyyppeihin voisi selkeyttää niin depression patofysiologiaa kuin niiden yhteyttä somaattiseen sairastuvuuteen. Eri alatyyppeiden huomiointi voisi auttaa myös löytämään uusia, kohdennettuja hoitomuotoja. ●

SIDONNAISUUDET

Ansa Rantanen: Apurahat (Tyks-säätiö, Suomen yleislääketieteen säätiö). Päivi Korhonen: Hallituksen jäsenyys (Suomen Verenpaineyhdistys ry), luentopalkkiot (Orion), korvaus koulutusaineiston tuottamisesta (Kustannus Oy Duodecim). Jyrki Korkeila: Luentopalkkiot (Sunovion, Lundbeck, Janssen-Cilag, Amgen, Hus, PPSHP, PSHP), neuvottelukunnan jäsenyys (Lundbeck, Janssen-Cilag), matka-, majoitus- tai kokouskulut (Sunovion, Lundbeck).

ENGLISH SUMMARY | www.laakarilehti.fi/english

Depressive symptoms should be considered while assessing a patient's cardiovascular risk

- 37 Brailean A, Curtis J, Davis K, Dregan A, Hotopf M. Characteristics, comorbidities, and correlates of atypical depression: Evidence from the UK Biobank Mental Health Survey. *Psychol Med* 2019;1–10.
- 38 Seppälä J, Vanhala M, Kautiainen H ym. Prevalence of metabolic syndrome in subjects with melancholic and non-melancholic depressive symptoms. A Finnish population-based study. *J Affect Disord* 2012;136:543–9.

- 39 Lasserre AM, Glaus J, Vandeleur CL ym. Depression with atypical features and increase in obesity, body mass index, waist circumference, and fat mass: A prospective, population-based study. *JAMA Psychiatry* 2014;71:880–8.
- 40 Lasserre AM, Strippoli M-PF, Glaus J ym. Prospective associations of depression subtypes with cardio-metabolic risk factors in the general population. *Mol Psychiatry* 2017;22:1026–34.

- 41 Case SM, Sawhney M, Stewart JC. Atypical depression and double depression predict new-onset cardiovascular disease in U.S. adults. *Depress Anxiety* 2018;35:10–7.
- 42 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. *Depressio. Käypä hoito -suositus 11.3.2021*. www.kaypahoito.fi

ANSA RANTANEN
M.D., Clinical Instructor in General
Practice
University of Turku

PÄIVI KORHONEN
JYRKI KORKEILA

Depressive symptoms should be considered while assessing a patient's cardiovascular risk

Depressive symptoms are associated with many traditional, modifiable cardiovascular risk factors, and they are also independently associated with cardiovascular disease (CVD). Thus, they should be considered as risk modifiers when assessing cardiovascular risk. The association of depressive symptoms and CVD may be explained by shared pathophysiological pathways. However, inconsistencies in evidence have led to the recommendation to take the diversity of depression and depressive symptoms into consideration in research and clinical practice. A straightforward classification of depressive symptoms is their division into melancholic or typical and non-melancholic or atypical subtypes. These subtypes might be attributable to different pathophysiological mechanisms, and thus relate differently to CVD. Specifically, atypical depressive symptoms such as hypersomnia, increased appetite and weight gain have been associated with metabolic disturbances and increased risk for CVD. Their detection, even by screening, could be beneficial in prevention of CVD in primary care settings.