

Pitäisikö TAVI-toimenpiteet keskittää vai hajauttaa?

TAVI-toimenpiteet (transcatheter aortic valve implantation) aloitettiin Suomessa vuonna 2008 vaikean aorttaläppäahtauman hoitona. Alkuvaiheessa toimenpiteitä tehtiin vain potilaille, jotka eivät olleet leikkauskelpoisia. Tutkimusnäytön laajennuttua TAVI on vähitellen käytännössä korvannut avosydänkirurgian yli 75-vuotiaiden potilaiden hoidossa.

Valtaosa toimenpiteistä tehdään reisivaltimon kautta paikallispuudutuksessa, jolloin potilaat pyritään kotiuttamaan jo seuraavana päivänä. Lyhyen sairaalahoidon ja toipumisajan takia TAVI-toimenpide on yleensä nuorempienkin potilaiden toivoma vaihtoehto, joka on myös kustannusvaikuttavampi kuin avosydänleikkaus (1).

2010-luvulla TAVI-toimenpiteiden määrät kasvoivat nopeasti ja katetriläppiä alettiin asentamaan Euroopassa yhä pienemmissä sairaaloissa ilman hoidon aiheiden ja laadun seurantaa. Niinpä Euroopan kardiologiseura antoi vuonna 2017 suosituksen, jonka mukaan TAVI-toimenpiteitä tulee tehdä vain sairaaloissa, joissa tehdään myös avosydänkirurgiaa, ja kaikki toimenpidepäätökset tulee tehdä yhteistyössä sydänkirurgien kanssa ns. sydänryhmässä.

Vuonna 2018 tuli Suomessa voimaan keskittämisasetus, joka lopetti TAVI-toiminnan keskussairaaloissa. Lääkärilehden verkkosivuilla julkaistu jälki-analyysi (2, tiivistelmä s. 283) vahvistaa, että suomalainen toimenpidekardiologia on korkeatasoista. Keskussairaaloiden TAVI-tulokset vuosina 2015–2018 kestävät kansainvälisen vertailun (1–3): 30 päivän kuolleisuus oli 2,9 %, kun se oli suomalaisissa yliopistosairaaloissa samaan aikaan 1,2–3,2 % (4).

Nykyisin vain yliopistosairaaloissa tehtävien TAVI-toimenpiteiden kokonaismäärä

on tasaantunut hieman yli tuhanteen vuodessa. Tekniikat ja välineet ovat parantuneet ja potilaat ovat keskimäärin nuorempia ja parempikuntoisia. Tämä on parantanut hoitotuloksia: 30 päivän kuolleisuus on laskenut noin 1 %:iin (5). Esimerkiksi Tyks Sydänkeskuksessa 30 päivän kuolleisuus oli vuosina 2021–2022 reisivaltimoreitin kautta hoidetuilla potilailla vain 0,3 %, ja muut merkittävät toimenpidekomplikaatiot ovat harvinaisia.

Kannattaisiko TAVI-toimenpiteiden uudelleenhajauttaminen, jos juuri päivitetty keskittämisasetus ei estäisi jatkossa keskussairaaloitoimenpiteitä? Ehdottomia lääketieteellisiä esteitä hajauttamiselle suurimpiin keskussairaaloihin ei ole. Toisaalta merkittäviä toimenpidejonoja ei ole tällä hetkellä missään päin Suomea. Lisäksi hajauttaminen pienentäisi lääkäri- ja keskuskohtaisia potilasvolyymeja, mikä voi tutkimustiedon valossa huonontaa toimenpiteiden tuloksia.

TAVI-toimenpiteiden aiheet ovat edelleen laajenemassa. Väestön ikääntyminen tulee myös lisäämään niiden tarvetta, mikä saattaa muuttaa nykytilannetta. Toisaalta nykyaikaiseen yksilölliseen TAVI-hoitoon tarvitaan laajeneva ja kallis välinevalikoima, jonka ylläpito lisää kustannuksia pienissä yksiköissä.

Hätäavosydänkirurgian tarve on hyvin valituilla potilailla pieni, eikä se käytännössä rajoita toimenpiteen suorituspaikkaa. Oleellista on, että toimenpiteen tarve ja käytettävän katetritoimenpiteen kokonaisuus arvioidaan etukäteen huolellisesti sydänryhmässä. Tiivis yhteistyö yliopistosairaalan kanssa voisi mahdollistaa riittävän kokemuksen saamisen keskussairaalan toimenpideryhmään, mikäli tietyn tyyppiset TAVI-toimenpiteet päädyttäisiin tekemään keskussairaalan tiloissa. On ymmärrettävää, että monipuolisempaan palveluvalikoimaan liittyy paikallisesta näkökulmasta paljon myönteisiä seikkoja. •

JUHANI AIRAKSINEN

sisätautien ja kardiologian erikoislääkäri, emeritusprofessori
Turun yliopisto ja Tyks Sydänkeskus

ANTTI YLITALO

sisätautien ja kardiologian erikoislääkäri, dosentti, ylilääkäri
Tyks Sydänkeskus

KIRJALLISUUTTA

- 1 Kuck KH, Leidl R, Franksenstein L ym. Cost-effectiveness of SAPIEN 3 transcatheter aortic valve Implantation versus surgical aortic valve replacement in German severe aortic stenosis patients at low surgical mortality risk. *Adv Ther* 2023;10.1007/s12325-022-02392-y
- 2 Rissanen TT, Repo I, Kaukonen T ym. Aorttaläppäahtauman katetrihoito oli turvallista myös keskussairaaloissa. *Suom Lääkärilä* 2023;78:e34708 (tiivistelmä tämän lehden sivulla 283).
- 3 Reardon MJ, Van Mieghem NM, Popma JJ ym. Surgical or transcatheter aortic-valve replacement in intermediate-risk patients. *N Engl J Med* 2017;376:1321–31.
- 4 Mäkilä T, Jalava MP, Husso A ym. Ten-year experience with transcatheter and surgical aortic valve replacement in Finland. *Ann Med* 2019;51:270–9.
- 5 Kapadia SR, Makkar R, Leon M ym. Cerebral embolic protection during transcatheter aortic-valve replacement. *N Engl J Med* 2022;387:1253–63.

SIDONNAISUUDET

Juhani Airaksinen: Luento- ja asiantuntijapalkkiot (AstraZeneca, Bayer, Boehringer-Ingelheim, Pfizer), apurahat laitokselle (Sydäntutkimussäätiö).

Antti Ylitalo: Ei sidonnaisuuksia.