

VAHVAA SYDÄNANESTESIOLOGISTA TUTKIMUSTA KESKUSSAIRAALASSA

Perioperatiivisen seurannan tietokanta on mahdollistanut sydänanestesiologi Jan-Ola Wistbackan dosentuurin

Ritva Jokela

Mitä tutkimustyö on antanut Sinulle?

► Olen ensisijaisesti klinikko. Kliinisessä työssä törmää jatkuvasti kysymyksenasetteluihin ja ongelmiin, joihin haluaisi saada vastauksen. Käytännön tapoja tehdä kliinistä työtä on paljon ja mielipiteitä vielä sitäkin enemmän. Tutkimustyön avulla on mahdollista analysoida sekä omia että muiden käyttämiä menetelmiä, koska ainoastaan systemaattinen lähestymistapa auttaa orientoitumaan tässä viidakossa. Välttämättä kysymyksiin ei aina saa lopullista vastausta.

Jan-Ola Wistbacka

- Syntynyt Jepualla 1952
- LL Turun yliopistosta 1977
- Anestesiologian erikoislääkäri Oulusta 1984
- LT Oulun yliopistosta 1994
- SLL:n myöntämä Sydänanestesian erityispätevyys 1995
- European Board of Cardiovascular Perfusion'in myöntämä perfuusiosertifikaatti 1995
- Anestesiologian dosentti Oulun yliopistosta 1.10.2011
- Osastonylilääkäri Vaasan keskussairaalassa, jonka sydänleikkausyksikössä vastannut sydänanestesiologiasta ja perfuusiosta 1994–2006. Sen jälkeen ollut mukana kehittämässä preoperatiivista anestesiapoliklinikkaa osana Leiko-toimintaa. Siirryttyään osa-aikaeläkkeelle vuonna 2010 on toiminut eri tehtävissä tarpeen mukaan.

Mihin olet tutkimustyössäsi keskittynyt?

Alkuvuosina Oulussa kiinnostuin leikkauspotilaan nestetasapainosta ja -hoidosta sekä kirurgisen potilaan ravitsemuksesta. Tutkimustyöni pääpaino on ollut sydänanestesiologiassa. Väitöskirjani aiheena oli perioperatiivinen metabolinen tuki CABG-potilailla keskittyen glukoosi-insuliini-kaliumin ja magnesiumin vaikutuksiin.

Vaasaan siirryttyäni aloimme yhdessä sydänkirurgien kanssa kehittää sydänleikkauspotilaiden perioperatiivisten tietojen seurantarjestelmää. Tavoitteena oli luoda tietokanta, joka primaaristi toimisi oman kliinisen työn laadun seuranta- ja tarkkailuinstrumentina ja samalla toimisi ulkopuolisen auditoinnin välineenä. Pidimme sitä välttämättömänä aloittaessamme siihen asti vain yliopistopaikkakunnilla tehtyä leikkaustoimintaa. Alusta



Dosentti Jan-Ola Wistbacka

KUVA ULLA WISTBACKA

alkaen tavoitteena oli, että tietokanta pidemmällä tähtäimellä myös toimisi pohjana tieteelliselle työlle, kuten nyt viime vuosina on tapahtunutkin. Siitä ovat hyvinä esimerkkeinä pari kirurgista väitöskirjaa ja oma dosentuurini.

Mitä pidät parhaana julkaisunasi?

Juha Nissisen, Fausto Biancarin ym. yhdessä tekemä julkaisu ”Coronary Artery Bypass Surgery in Octogenarians: Long-Term Outcome Can Be Better Than Expected” (Ann Thorac Surg 2010; 89: 1119-24) on mielenkiintoinen, koska pystyimme osoittamaan, että tämän CABG-potilasryhmän 5-vuotiseloönjääminen oli niinkin hyvä kuin 76,6% (N= 274, versus 90,4% <80v, N=3200), mikä on korkein mitä tähän saakka on julkaistu. Näin ollen myöskin iäkkäitä potilaita kannattaa leikata, kunhan sekä potilasvalinta että leikkaus-, anestesia- ja perfuusiotekniikka ovat asianmukaisia.

Tärkeimmät yhteistyökumppanisi?

Sydänleikkaustoiminta, jos mikään, on tiimityötä parhaimmillaan. Alkuvuosina sain ensin opetella ja jatkossa kehittää anestesia- ja perfuusiotekniikkaa oululaisten kollegojen Kai Karlqvistin, Vilho Vainionpään ja Risto Hanhelan ym. kanssa.

Siirryttyäni Vaasaan hoidimme perfuusio toimintaa alkuun Pekka Tarkiaisen ja Markku Virkkilän kanssa. Vähän myöhemmin mm. Timo Kuusisto ja Simo-Pekka Koivisto tulivat mukaan, ja viime vuosina Tomi Sarkkinen ja Tuomas Nyrhilä ovat hoitaneet ansiokkaasti perfuusioitamme. Ei pidä myöskään unohtaa teho-osaston eläkkeelle siirtynyttä ylilääkäriä Pentti Kairia.

Kirurgiselta puolelta tärkeimmät yhteistyökumppanit ovat olleet Juha Nissinen ja Pertti Loponen, jotka Timo Peltolan kanssa olivat aktiivisesti rakentamassa laajaa tietokantaamme. Kari Teittinen liittyi ryhmään v. 2003 ja hän on vastannut sydänkirurgiasta

vuodesta 2008. Oululainen sydänkirurgi Fausto Biancari on ollut avainasemassa viime vuosina, kun tuloksiamme on analysoitu ja julkaistu. Myöskin kardiologit Magnus Lindroos ja Risto Jussila olivat alkuvuosina tärkeitä yhteistyökumppaneita samoin kuin nykyinen kardiologian ylilääkäri Kari Korpilahti.

Vieläkö jatkat tutkimustyötäsi?

Parhaillaan olen mukana kansallisessa monikeskustutkimuksessa, jossa pyrimme selvittämään ASA:n ja klopidogrelin vaikutuksia CABG-kirurgian yhteydessä.

Miten sydänanestesiologia on muuttunut näiden lähes 30 vuoden aikana, joina olet siihen keskittynyt?

Sekä potilasvalinta että tekniikka ovat kehittyneet valtavasti. 30 vuotta sitten käytettiin rutiinisti high-dose fentanylianestesiaa, jonka seurauksena potilaat pidettiin hengityskoneessa yli yön. Potilaita jäähdytettiin perfuusion alussa – läppäpotilaat 25–26o:een ja CABG-potilaat 27–28o:een, ja sydämen suojaukseen käytettiin kylmää kirkasta kardioplegiaa. Hypotermian ja opiaattianestesian seurauksena potilaat tarvitsivat suuria nestevoilyynejä ja näin ollen myös tavallinen CABG-potilas saattoi olla pahassa nestelastissa rutiinileikkauksen jälkeen. Hypotermia altisti koagulopatialle ja suurin osa potilaista tarvitsi verensiirtoja.

Nykyisin anestesia- ja perfuusiotekniikka valitaan potilaan mukaan. Itse käytän kaasupainotteista kombinaatioanestesiaa ja tarvittaessa torakalista epiduraalipuudutusta. Aktiivista jäähdytystä ei käytetä kuin aorttakirurgian yhteydessä. Näin ollen systeemilämpötila perfuusioleikkauksessakin pidetään 33–35o:ssa. Mini bypass –tekniikan avulla pystytään rajoittamaan hemodilutiota, mikä omalta osaltaan on auttanut vähentämään verensiirtojen

tarvetta. Vuonna 2011 67% kaikista sydänleikkauspotilastamme selvisi ilman verituotteita ja matalimman hematokriitin keskiarvo perfuusiotekniikalla tehdyissä CABG-leikkauksissa oli vajaa 0,28.

Potilasvalinnan muutosta kuvaa ehkä parhaiten se, että vanhimmat 1980-luvulla leikatut potilaat olivat syntyneet 1920-luvulla. Tämä ei ole muuttunut: vanhimmat nyt leikatut ovat syntyneet 1920-luvulla!

Paljonko Vaasassa tehdään nykyisin sydänkirurgiaa?

Tällä hetkellä hoidamme lähes pelkästään oman alueen potilaita. Vuonna 2011 leikattiin 188 potilasta, joista 2/3:lle tehtiin puhdas CABG-leikkaus, noin 21%:lle pelkkä aortta- ja/tai mitraaliläppäleikkaus ja noin 11%:lle yhdistetty läppä-koronaarileikkaus. CABG-potilaiden iän keskiarvo oli 69,9 vuotta ja 30 päivän mortaliteetti 1,6% (2 CABG-potilasta ja 1 läppä+koronaari).

Miten aikasi on riittänyt tutkimustyöhön?

On muistettava aikaperspektiivi. Olen pääasiallisesti klinikko. Tietokanta, johon nyt ajankohtaiset julkaisumme perustuvat, on monen vuoden pitkäjänteisen ja määrätietoisen puurtamisen tulos. Kunni kuuluu etenkin kollegoille, joiden avulla olemme saaneet jotain mielekästä irti laajasta materiaalista.

Mitä tekisit, jos et olisi ryhtynyt lääkäriksi?

En osaa kuvitella. Jossakin vaiheessa harkitsin historian opiskelua, mutta se vaikutti ammattina varsin epävarmalta.

Rakkain harrastuksesi?

Luen aika paljon ja lisäksi laulan kuorossa. Koska asun nykyään taas Jepualla, menee aikaa myös puurtamiseen vanhan traktorin kanssa.

Finnanest onnittelee dosentuurin johdosta! ■