

<https://helda.helsinki.fi>

Selkeneekö fibromyalgian diagnostiikka?

Markkula, Ritva

2016

Markkula , R , Heiskanen , T & Zetterman , T 2016 , ' Selkeneekö fibromyalgian diagnostiikka? ' , Suomen lääkärilehti , Vuosikerta. 71 , Nro 24 , Sivut 1750 . < <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2016/SLL242016-1750.pdf> >

<http://hdl.handle.net/10138/230007>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.

RITVA MARKKULALT, fysiatrian erikoislääkäri
HYKS, Kipuklinikka**TARJA HEISKANEN**LT, anestesiologian erikoislääkäri
HYKS, Kipuklinikka**TEEMU ZETTERMAN**LL, yleislääketieteeseen
erikoistuva lääkäri
Vantaan terveyskeskus**KIRJALLISUUTTA**

- 1 Mali M. Eväitä fibromyalgiapotilaan kohtaamiseen. *Suom Lääkäril* 2016;71:1371-4.
- 2 Croft P, Schollum J, Silman A. Population study of tender point counts and pain as evidence of fibromyalgia. *BMJ* 1994;309:696-9.
- 3 Kassar A, Patten SB. Major depression, fibromyalgia and labour force participation: a population-based cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord* 2006;7:4.

MARKKU MALILT, reumatologi
TYKS, reumatologia

Selkeneekö fibromyalgian diagnostiikka?

Reumatologi Markku Mali puuttui artikkelisanaan *Lääkärilehdessä* 19/2016 ansiokkaasti fibromyalgian varhaisen diagnosoinnin merkitykseen (1). Hän valotti myös selkeästi fibromyalgiassa todettuja kipujärjestelmän muutoksia unohtamatta verrata näitä muissa pitkittyneissä kiputiloissa todettuihin muutoksiin. Vaikka sairauskohtaisia erojakin on, ovat yhtäläisyydet eri kipusairauksissa huomattavia.

Emme kuitenkaan voi ymmärtää, miksi Amerikan reumatologiyhdistyksen luokittelukriteeristön (1990) käyttö ei toimisi perusterveydenhuollossa. Toki vastaanottoon niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossakin kuuluu potilaan perusteellinen haastattelu, kliininen tutkiminen ja informatiivinen keskustelu taudinmäärittämisestä, sairauden luonteesta ja hoitoperiaatteista. Pelkkä aristusten palpaatio mittaisi yhtälailla stressiä kuin kiputilaa (2), mutta pelkkä anamneesi jättää pois osan erotusdiagnoositiikasta. Jos diagnoosiin riittää vain kolme kipualuetta (joista yksi voi olla jopa vatsa) ja muina oireina on voimakas väsymys ja masentuneisuus, voi olla että ”diagnoisimme” kroonisen väsymysoireyhtymän tai masennuksen fibromyalgiaksi.

Kritiikkimme kohdistuukin Amerikan reumatologiyhdistyksen uusiin (2011) kriteeri-

hin. Toki fibromyalgiaan voi liittyä masennusta ja väsymystä liitännäisoina. Erilaisissa kiputiloissa depressiota on arvioitu esiintyvän 30–60 %:lla potilaista. Väestöpohjaisessa tutkimuksessa vaikean depression vallitsevuus fibromyalgiapotilailla oli 22 % (3).

Kollega Mali toteaa, että potilaan yleistä käsitteily- ja paineluarkuutta käytännössä tutkitaan edelleen osana (nivel)statusta. Miksei siis samalla palpoida fibromyalgiapistettä? Hyvää kliinistä tutkimusta ei voi unohtaa, sillä potilaalla voi olla myös sairauksia, jotka eivät tule esille laboratoriotutkimuksin. Tähän kollega Malikin viittaa kirjoituksessaan.

Ilahduttavaa oli lukea etenkin artikkelin viimeinen kappale. Ennakkoluulojen poistuminen kestää, tällainen painava muistutus tosiasioista on erittäin tervetullut. Jälleen tuli mieleen, että migreeniäkin pidettiin sata vuotta sitten yleisesti vain hysteeristen naisten oireiluna. Aivan erinomainen opastus potilaalle on artikkelin liitteenä olleessa potilasohjeessa: ”FM ei vammauta vaikka on välillä harmillinen. FM:n ei pidä antaa hallita elämäänsä ja täysipainoinen elämä on mahdollista.” ●

Fibromyalgian kriteeristöt ovat apuvälineitä

Kiitän rakentavista ja positiivisista kommentteista (1) artikkeliini (2). Fibromyalgia ei ole tarkka yhdestä syystä johtuva sairaus, vaan laaja oireyhtymä, joka sisältää monista eri syistä johtuvia erilaisia oirekokonaisuuksia eri yksilöillä. Se on myös hyvin yleinen oheisoireyhtymä ja se ei poissulje muita diagnooseja.

Kuten Markkula ym. mainitsevat, monissa kroonisissa kiputiloissa kipujärjestelmissä todetut muutokset ovat huomattavan samankaltaisia. Lähes samansisältöinen kivun itsehoito-ohje voitaisiin jakaa useimmille kroonisesta ki-

vusta kärsiville. Fibromyalgian erottelu muista kroonistuneista kipuhermoston herkistymisestä johtuvista kipuoireyhtymistä on usein keino-tekoinen ja koko oireyhtymä kaipaisi uudelleen nimeämistä. ”Sidekudoslihakipu” ei kuvaa tilannetta ja on sisällöltään vanhentunut.

Kuten artikkelissa mainitsin, fibromyalgian diagnoosi perustuu potilaan haastatteluun ja tarkkailuun sekä erityisen huolelliseen yleis- ja nivelstatukseen. Vuonna 2011 ehdotettua potilaskyselyä ja diagnostista kriteeristöä pidän paremman puutteessa oivana apuvälineenä. Kyse-

KIRJALLISUUTTA

- 1 Markkula R, Heiskanen T, Zetterman T. Selkeneekö fibromyalgian diagnostiikka? Suom Lääkäril 2016;71:1750.
- 2 Mali M. Eväitä fibromyalgiapotilaan kohtaamiseen. Suom Lääkäril 2016;71:1371-4.
- 3 Clauw DJ. Fibromyalgia. JAMA 2014;311:1547-55.

lystä saa nopealla vilkaisulla käsityksen potilaan kokemista oireista. Tulosten tulkinta jää lääkärin vastuulle ja sen takia kriteeristöön kuuluu myös maininta, että joku muu syy ei selitä oireita riittävästi. Analogisesti esim. depression diagnoosi ei perustu DEPS-seulan pistemäärään, mutta antaa viitettä kenellä diagnoosia kannattaa epäillä. Fibromyalgian oireisuus ja vaikeusaste vaihtelee elämäntilanteen ja stressitekijöiden vaikutuksesta eri ajankohtina. Esim. tällä viikolla vain kolme pistettä kivun laaja-alaisuudessa merkinnyt potilas haastattelussa voikin tuoda ilmi, että vuosien aikana on ollut jatkuvaa laaja-alaisempaa vaihtelevaa kipuoireilua vaihdellen eri puolilla kehoa – nyt vaan on parempi viikko.

ACR 1990 -arkuuspisteiden määrään perustuvaa fibromyalgian luokittelukriteeristöä ei ollut luotu tarkan kliiniseen diagnoosin tekemistä varten, vaan tutkimustyön tarpeisiin (3). Toki itsekin käytän arkuuspisteiden testaamista edelleen käsittelyarkuuden arvioimiseen tiedostaen kuitenkin sen puutteet. Anekdoottina voin mainita, että puolisen vuotta sitten kahvitauolla tutkin kollegoitteni arkuuspisteet (kaikki sattuiivat olemaan naisia) ja sen lisäksi he täyttivät diagnostisen kyselyn. Reippaasti yli puolelta löytyi vaadittavat 11 arkuuspistettä 18:sta, kenelläkään ei ollut viitettä fibromyalgiasta kyselyn perusteella (eikä muutenkaan). ●

HEIKKI VAPAATALO eläkeläisfarmakologi

Biologinen versus hoidollinen samanarvoisuus

Lääkeinfo-palstalla Lääkärilehdessä 21/2016 esitettiin mielenkiintoisena viranomaistietona (1), miten ”lääkärin kallis kynä” kieltäessään rinnakkaisvalmisteiden vaihdon pienensi siitä saatava säästöä ja lisäsi kustannuksia sairausvakuutukselle liki 20 milj. euroa vuonna 2014. Tähän lienee uskottava. Totuus toimintakentällä on toisenlainen kuin toimistossa.

Keskenään vaihtokelpoiset lääkevalmisteet on osoitettu ”biologisesti” samanarvoiseksi farmakokineettisesti kerta-annoksen jälkeen. Vastoin kirjoittajien käsitystä tämä ei aina ole samanarvoisuutta hoidossa.

Aikanaan farmasian opetuksessa demonstroitiin, miten keinomahassa tabletit hajoavat ja liukenevat varsinkin vaihtelevasti, näin myös potilaalla. Vaikka hyväksikäytettävyyden (bioavailability) mittari AUC kokonaisuudessaan on likipitään sama, imeytymisnopeus voi vaihdella. Nopean imeytymisen takia iäkäs potilas voi kokea bradykardiaa, huimausta ja kylmiä raajoja parin tunninkin ajan beetasalpaajaa, kuten artikkelin mukaan eniten vaihtokiellettyä bisoprololia, käyttäessään. Glaukoomalääkkeitä oli kielletty vaihtamasta, onneksi, koska uusi valmiste saattaa jäädä käyttämättä kirvelyn ja punoituksen (myös säilöntäaineet) tai systeemisten haittojen ta-

kia (beetasalpaaja, bradykardia, keuhkoputken supistus). Eroja on!

”Biologisen” samanarvoisuuden arviointi ei kuvaa pitkäaikaishoidon tehoa eikä haittoja. Usein lääkeannosta joudutaan pienentämään hoidon aikana liiallisen tehon, haittojen tai antoajan osalta. Jakourteeton, päällystetty tabletti on vaikea puolittaa, seuraa uusi resepti ja uusi annostus. Jakouurre puuttuu mm. useista beetasalpaajista ja psyykenlääkkeistä, mikä vaikeuttaa annoksen pienentämistä ainakin iäkkäillä. Usein pienemmän ja isomman jakourteisen tablettivahvuuden hintaero on pienehkö, mutta riittävyys kaksinkertainen. Uutta lääkehoitoa aloitettaessa pienin pakkaus on edullisin, vaihtokelpoisestakin. Apteekissa tätä tulisi soveltaa ja välttää valmisteiden vaihtoa hintaputken sisällä.

Artikkelin loppupäätelmään en voi kaikelta osin yhtyä. Kynä kuten veitsi on terävä, molempien käyttöä on opeteltava, mutta käytännössä. Lääkeinfo-palstalla kirjoitettiin: ”On syytä yleensä valita valmisteista edullisin, jolloin automaattisesti välttyään lääkevaihdolta ja siihen mahdollisesti liittyviltä hoidollisilta ongelmilta.” (Siis kuitenkin!) ”Näin toimien osaltaan turvataan terveydenhuollon kestävyyttä ja paras mahdollinen hoito kaikille potilaille.” Tokko. ”The truth is seldom pure and never simple.” (Oscar Wilde) ●

KIRJALLISUUTTA

- 1 Martikainen JE, Kiviniemi V, Oravilahti T, Enlund H, Happonen P. Lääkkeen vaihdon kieltäminen aiheuttaa merkittäviä kustannuksia. Suom Lääkäril 2016;71:1544-6.