

Päivi Leino-Arjas ja Ritva Markkula

Aikuisten fibromyalgian monisäikeinen hoito

Fibromyalgiapotilaan hoito on usein vaativaa, ja siinä onnistuminen vaatii hyvää, pitkäjänteistä yhteistyötä potilaan kanssa. Uutta tietoa sekä lääkehoidon että lääkkeettömien hoitomuotojen vaikuttavuudesta on kertynyt viime vuosina runsaasti, ja uusia näyttöön perustuvia hoitosuosituksia on julkaistu. Myös potilasnäkökulmaa on hiljattain kartoitettu. Niin suositukset kuin usein potilaatkin asettavat lääkkeettömät vaihtoehdot ensisijaisiksi. Lääkehoitoa voidaan käyttää niiden tukena. Yleisperiaatteet fibromyalgian hoidossa ovat pitkälti yhtenevät muun hyvänlaatuisen pitkäaikaisen kivun hoidon kanssa. Tärkeää hoitosuhteessa on tiedon jakaminen fibromyalgiasta potilaan oman pystyvyyden tunteen ja muutosjoustavuuden tukemiseksi.

Fibromyalgialla tarkoitetaan heterogeenistä oireyhtymää, jossa keskeistä on laajalainen krooninen kipu ja johon usein liittyy muitakin oireita, kuten uupumusta, uni- ja mielialahäiriöitä sekä kognitiivisia ongelmia (1,2). Esiintyvyydeksi on arvioitu naisilla 4,2 % ja miehillä 1,4 % (3). ICD-11-tautiluokituksessa fibromyalgia kuuluu kroonisen primaarisen kivun ryhmään (4). Toisaalta oireyhtymän nimeämisen mielekkyyttä on kyseenalaistettu (5).

Fibromyalgian patofysiologia tunnetaan puutteellisesti. Fibromyalgiapotilaiden aivojen kipuvasteet ovat voimistuneet ja keskushermoston kivunmuuntelujärjestelmän vaimentavien osien toiminta on heikentynyt samaan tapaan kuin esimerkiksi pitkäaikaisen nivelrikko- ja nivelreumakivun yhteydessä (6). Fibromyalgiaan mahdollisesti liittyviä tekijöitä tutkitaan esimerkiksi lihasaineenvaihdunnan ja -aktivaation, autonomisen hermoston säätelyhäiriöiden, ohutsäieneuropatian kaltaisten muutosten ja psykososiaalisten mekanismien osalta (7). Perimällä näyttää olevan merkittävä osuus oireyhtymän synnyssä (8). Fibromyalgiadiagnoosin avuksi ei ole olemassa biomarkkereita tai kuvantamismenetelmiä, vaan se perustuu anamneesiin ja kliiniseen kuvaan. Tästä johtuneen, että potilaat monesti konsultoivat

useita lääkäreitä ennen kuin diagnoosi asetetaan ja hoito aloitetaan, mihin saattaa tarpeettomasti kuluja useita vuosia oireiden alkamisesta.

Fibromyalgian hoitomahdollisuudet ovat olleet runsaan tutkimuskiinnostuksen kohteena viime vuosina. Yleisiä ja lääkehoitoon keskittyviä näyttöön perustuvia hoitosuosituksia on voitu antaa (9,10). Aiemmat hoitosuosituksiset joutuivat tukeutumaan pitkälti asiantuntijamielipiteisiin (11,12). Myös potilasnäkökulmaa hoitoihin on hiljattain kartoitettu (13,14).

European League Against Rheumatism (EULAR) perusti uudet hoitosuosituksensa satunnaistetuista kontrolloiduista tutkimuksista keväeseen 2015 mennessä saatuun näyttöön (9). Sitä arvioi monikansallinen asiantuntijaryhmä käytyään läpi 107 systemoitua katsausta, joihin usein liittyi meta-analyysi. Mukaan otettiin lääkkeettömiä ja lääkehoitoja sekä vaihtoehdoisia hoitomuotoja koskevat katsaukset.

Tulosmuuttujina tarkasteltiin muutoksia kivun vaikeudessa, uupumuksessa, unen laadussa ja toimintakyvyssä. Näyttöä arvioitiin neliportaisella asteikolla tutkimusten ja potilaiden lukumäärän, katsausten laadun, vaikutuksen suuruuden, mahdollisten haittavaikutusten ja kustannusten perusteella (15). Lisäksi todettiin ryhmän käsityksen yhtenevyys. Esittelemme lääkkeettömiä hoitomuotoja pääasiassa

TAULUKKO 1. European League Against Rheumatism (EULAR) -työryhmän järjestelmällisiin katsauksiin perustuva arvio fibromyalgian lääkkeettömistä ja vaihtoehtoisista hoitomuodoista (9).

Hoitomuoto	Katsauksissa tarkastettujen tutkimusten laatu ¹	Vaikutukset	Huomioitavaa	EULAR:n suositus
Aerobinen liikunta ja voimaharjoittelu	Kohtalainen	Kipu vähenee, fyysinen toimintakyky paranee	Vesiliikunta ja muu liikunta yhtä vaikuttavia, hyvä saatavuus, vähäiset kustannukset, turvallisuus	Kyllä
Kognitiivis-behavioraaliset terapiat	Heikko	Kipu vähenee, toimintakyky paranee, mieliala kohenee	Vaikutukset pitkäaikaisia	Kyllä
Akupunktuuri ja sähköakupunktuuri	Kohtalainen	Kipu vähenee, kun käytetään muunlaisen hoidon lisäksi	Lieviä haittavaikutuksia raportoitu (yhdellä kuudesta potilaasta), vaikutusmekanismi epäselvä	Kyllä
Vesi- ja kylpylähoidot	Heikko	Kipu vähenee	Eivät yleisesti käytössä Suomessa	Kyllä
Moniosaiset terapiat	Kohtalainen	Kipu ja uupumus vähenevät	Suurta vaihtelua tarkastelluissa hoitoyhdistelmissä, usein liikunta yhdistetty muuhun hoitoon, ei raportoitu haittavaikutuksia	Kyllä
Tietoisuustaitoharjoitukset	Heikko	Kipu vähenee	–	Kyllä
Meditatiivinen liikunta (jooga, taiji, qigong)	Kohtalainen	Uupumus vähenee, unen laatu paranee	Ei juuri haittavaikutuksia	Kyllä
Kiropraktiikka	Heikko	Ei voitu tehdä yhteenvetoa	Huoli turvallisuudesta	Ei
Biopalaute	Heikko	Kipu vähenee	Tulokset liittyvät lihassähkötutkimus (EMG) -avusteiseen hoitoon	Ei
Hieronta	Heikko tai kohtalainen	Ei vaikutusta kipuun	Haittavaikutuksia ei raportoitu	Ei
Hypnoterapia	Hyvä, vähän tutkimuksia	Kipu vähenee, vaikutukset vaihtelevat tutkimuksittain	Haittavaikutuksia ei raportoitu	Ei

¹ EULAR:n katsauksen taulukon 2 mukaan (9)

EULAR:n arvioon perustuen. **TAULUKKON 1** on koottu ryhmän arvioita ja sen suosittelemat hoitomuodot.

Lääkkeettömät hoidot

Liikunta. Liikunta oli hoitomuodoista ainoa, jota EULAR suositteli vahvasti ja yksimielisesti (**TAULUKKO 1**) (9). Tämä perustui 20 katsaukseen yhteensä 34 tutkimuksesta ja 2 500 potilaasta. Sekä aerobisen että lihaskestävyysharjoittelun todettiin tuottavan tulosta. Aerobisen ja voimaharjoittelun eroista ei ollut riittävää näyttöä, kuten ei siitäkään, onko niiden yhdistelmä vaikuttavampi kuin jompikumpi yksin. Vesiliikunnan ja muunlaisen harjoittelun välillä ei ollut eroa.

Sittemmin on julkaistu kaksi uutta liikuntaa fibromyalgian hoidossa koskevaa Cochrane-

katsausta. Näistä ensimmäisen mukaan aerobinen liikunta parantaa kliinisesti merkittävästi fibromyalgiapotilaiden elämänlaatua ja mahdollisesti vähentää kivun intensiivisyyttä, uupumusta ja jäykkyyttä sekä kohentaa fyysisistä toimintakykyä (16). Toisessa Cochrane-katsauksessa arvioitiin aerobista liikuntaa, voimaharjoittelua tai notkeutta parantavaa liikuntaa yhdistävien hoitokokonaisuuksien vaikuttavuutta verrattuna muunlaiseen liikuntaan, liikunnattomaan hoitoon tai jonotuslistaverrokkiryhmään (17). Liikuntalajien yhdistelmien pääteltiin voivan parantaa elämänlaatua ja fyysistä toimintakykyä sekä vähentää uupumusta ja kipua. Kolmas uudempi katsaus päättyi tulokseen, jonka mukaan sekä aerobinen liikunta että voimaharjoittelu vähentävät kipuja ja masennusoireita, kun taas venyttelyharjoittelu parantaa selvimmin elämänlaatua (18).

EULAR tarkasteli erikseen meditatiivista liikuntaa (jooga, taiji, qigong, kehotietoisuus-harjoitukset). Käytettävissä oli kuusi katsausta. Niistä kattavin totesi seitsemän tutkimuksen perusteella meditatiivisen liikunnan olleen hyödyksi unen laadun ja uupumuksen kannalta, mutta vaikutusta kipuun ei havaittu. Mitään tiettyä meditatiivisen liikunnan muotoa ei voitu suositella yli muiden.

Kognitiivis-behavioraalisten terapiamuotojen osalta EULAR:n arvio perustui 30 tutkimukseen, jotka käsittivät yli 2 000 potilasta. Laadukkaassa Cochrane-katsauksessa todettiin, että kognitiivis-behavioraalinen hoito vähentää kipua ja parantaa toimintakykyä. Vaikutukset myös säilyivät pitkään, yli puoli vuotta. Yksittäisten tutkimusten laatu oli kuitenkin usein heikko. Kognitiivis-behavioraalisia hoitomuotoja koskeva suositus oli varovasti puoltava, ja siitä vallitsi täysi yhteisymmärrys. Katsauksen päivytykseen lisättiin seitsemän myöhempää tutkimusta, mutta päätelmät eivät muuttuneet (19).

Tietoisuustaitoharjoitukset. Tutkimustietoa tietoisuustaitoja parantamaan pyrkivistä stressinhallintakeinoista oli kerätty kuuteen katsaukseen. Katsaukset käsittivät yhteensä 13 tutkimusta ja 1 200 potilasta. Kuuden tutkimuksen meta-analyysi tuki näiden hoitojen vaikuttavuutta kipuun, kun sitä mitattiin välittömästi hoidon jälkeen, ja ryhmä päätyi antamaan varovasti puoltavan arvon.

Akupunktuurin vaikuttavuutta oli tarkasteltu kahdeksassa katsauksessa. Nämä perustuvat 16 tutkimukseen, jotka käsittivät yhteensä yli tuhat potilasta. Yhdeksän tutkimusta kattava tasokas katsaus osoitti, että tavanomaiseen hoitoon lisättyä akupunktuuri vähensi kipukokemusta 30 %. Sähköakupunktuuri sai vastaavan myönteisen arvon. Raportoidut haittavaikutukset olivat vähäisiä ja ohimeneviä. Vaikutusmekanismin tuntemattomuus ja näyttö akupunktuurin ja lumeakupunktuurin välisistä vähäisistä eroista aiheutti keskustelua. Akupunktuuri sai kuitenkin ryhmältä varovasti puoltavan arvon 93 %:n yksimielisyydellä.

Moniosaiset hoitokokonaisuudet. Kahdeksassa katsauksessa oli tarkasteltu yhteensä 27:ää tutkimusta, jotka käsittivät yhteensä 2 400 potilasta. Näissä tutkittiin hoitoyhdistelmien tehoa

yksittäisiin hoitomuotoihin verrattuna. Yhdeksän tutkimuksen ja yhteensä 1 100 potilaan meta-analyysissä todettiin, että kun liikuntaan liitetään potilasohjausta tai psykologisia menetelmiä, tulokset kivun, uupumuksen, masennusoireiden ja elämänlaadun kannalta ovat heti hoitajakson päätyttyä paremmat verrattuna tavanomaiseen hoitoon, jonotuslistaverrokki-ryhmään, pelkkään ohjaukseen tai rentoutusmenetelmien käyttöön. Näyttö pitkäaikaisesta tehosta oli vähäistä. EULAR:n suositus oli varovaisen myönteinen 93 %:n yksimielisyydellä.

EULAR tarkasteli ja puolsi varovaisesti myös vesi- ja kylpylähoitoja, joista Suomessa käytetään vain potilaidenkin suosimaa vesiliikuntaa.

Vaikuttamattomat hoitomuodot. Seuraavista hoitomuodoista EULAR antoi varovasti tai vahvasti kielteisen suosituksen: biopalaute (biofeedback), hieronta, hypnoosi, kapsaisiini, kiropraktiikka, ohjattu mielikuvaharjoittelu, S-adenosyyylimetioniini ja homeopatia. Muista vaihtoehtohoidoista ei ollut riittävästi näyttöä, jotta suositusta olisi voitu antaa.

Lääkehoito

Kaikki fibromyalgiapotilaat eivät tarvitse säännöllistä lääkehoitoa, vaan moni tulee hyvin toimeen käyttämällä lääkkeettömiä hoitokeinoja ja satunnaisesti tulehduskipulääkettä tai parasetamolia. Näiden säännöllinen päivittäinen käyttö saattaa kuitenkin aiheuttaa enemmän haittaa kuin hyötyä eikä ole suositeltavaa. Korkealatuista tutkimuksista näiden hyödystä fibromyalgian hoidossa ei ole (20).

Jos kivut ovat päivittäin haittaavia ja etenkin jos uni on häiriintynyt kipujen takia, kannattaa harkita muunlaista lääkehoitoa. Riittävää voi olla esimerkiksi joitain kuukausia kestävä säännöllinen lääkehoito, jonka tavoitteena on vähentää kipua niin, että potilas pystyy nukkumaan ja liikkumaan eli itsehoitoon lääkkeettömin keinoin. Saksalainen hoitosuositus suosittelee lääkkeitä yleensäkin vain ajallisesti rajoitettuun käyttöön (10). Fibromyalgian hoidossa näytön perusteella käytettävät lääkkeet esitetään **TAULUKOSSA 2**. Käsittelemme tässä kirjoituksessa vain Suomessa myytäviä lääkkeitä koskevia suosituksia.

TAULUKKO 2. Fibromyalgian hoidossa näytön perusteella käytettävät lääkkeet.

Vaikuttava aine	Vaikutusmekanismi	Annos ¹ (mg/vrk)	Yleiset haittavaikutukset (≥ 10 %:lla)	Muuta huomioitavaa	EULAR:n suositus
Vaikutus kipujärjestelmässä: kipua vaimentavan järjestelmän tuki					
Amitriptyliini	Serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton esto ja inaktivointi, NMDA:n ² salpaus	10–50 (iltaisin)	Uneliaisuus, huimaus, päänsärky, akkommodaatiohäiriö, sydämen tykytys, ummetus, hikoilu, suun kuivuminen	Kipua lievittävä vaikutus 2–4 viikossa, kun annos riittävän suuri	Kyllä
Nortriptyliini	Serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjä, antihistaminerginen	10–50 (kerran päivässä)	Huimaus, päänsärky, akkommodaatiohäiriö, sydämen tykytys, ummetus, hikoilu, suun kuivuminen	Kipua lievittävä vaikutus 2–4 viikossa, kun annos riittävän suuri	Ei kantaa
Duloksetiini	Serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton esto	60–120	Pahoinvointi, suun kuivuminen, päänsärky, uneliaisuus	Kipua lievittävä vaikutus 2–4 viikossa, kun annos riittävän suuri	Kyllä
Milnasipraani		100–200	Päänsärky, pahoinvointi	Poikkeuskäyttö. Kipua lievittävä vaikutus 2–4 viikossa, kun annos riittävän suuri	Kyllä
Venlafaksiini		37,5–150	Huimaus, päänsärky, pahoinvointi, suun kuivuminen, hikoilu	Poikkeuskäyttö ³ . Kipua lievittävä vaikutus 2–4 viikossa, kun annos riittävän suuri	Ei kantaa
Vaikutus kipujärjestelmässä: kipuhermoston ärsytyskynnyksen nostaminen					
Gabapentiini	Ionikanavasalpaus hermosoluissa	400–800 x 3	Uneliaisuus, heitehuimaus, ataksia, kuume, virusinfektiot	Kipua lievittävä vaikutus lähes heti, kun annos riittävän suuri	Vain tutkimuskäytössä
Pregabaliini	Ionikanavasalpaus hermosoluissa	150–300 x 2	Heitehuimaus, uneliaisuus, päänsärky	Kipua lievittävä vaikutus lähes heti, kun annos riittävän suuri	Kyllä

¹ Annokset hyvin yksilöllisiä! Näitä on käytetty tutkimuksissa, mutta jotkut potilaat voivat hyötyä pienemmistä tai suuremmista annoksista.

² N-metyyli-d-aspartaatti (NMDA) -reseptorit ovat ionikanaviin kuuluvia glutamaattireseptoreita ja keskeisiä kivun välityksessä.

³ Saattaa pidentää QT-aikaa.

EULAR = European League Against Rheumatism

Säännöllinen lääkehoito on syytä aloittaa pienellä annoksella, jota suurennetaan vähitellen. Vaikutuksia ja mahdollisia haittavaikutuksia seurataan. Tämä edellyttää potilaan ja lääkärin kohtalaisen tiivistä yhteydenpitoa, joka sinänsä on myös tärkeä hoivaelementti.

Kipua vaimentavan järjestelmän toimintaa tukevat lääkkeet. Koska fibromyalgiaa sairastavien kivun vaimennusjärjestelmän toiminta on todennäköisesti heikentynyt, on teoreettisesti ajatellen järkevää aloittaa lääkehoito tämän järjestelmän toimintaa tehostavilla lääkkeillä eli joko trisyklisillä masennuslääkkeillä tai serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjillä (SNRI) (7).

Amitriptyliini ja nortriptyliini ovat yleensä hyvin siedettyjä kivun hoidossa käytetyillä

annoksilla. Monet hoito-ohjeet suosittavat amitriptyliiniä ainakin tietyin varauksin (9,10,12,21). Lääke vaikuttaa sekä kipuun että univaikeuksiin. Näyttö perustuu vielä melko pieniin potilasmääriin, mutta kliininen kokemus puhuu lääkkeen puolesta (22). Jos amitriptyliini toimii mutta väsyttää liikaa, voi nortriptyliini olla hyvä vaihtoehto.

SNRI-lääkkeistä duloksetiinia, venlafaksiinia ja milnasipraania on tutkittu pitkittyneen kivun hoidossa. Näistä vain duloksetiinilla on Suomessa virallinen käyttöaihe kivun hoitoon. Duloksetiinin käytön kannalla, ainakin tietyissä tilanteissa, ovat systemoitujen katsausten perusteella useat hoitosuosituksukset (9,10,21). Näistä katsauksista suurimmassa saavutettiin merkitsevä kohtalainen kivunlievitys. Käytet-

täessä 20–120 mg:n annoksia ilmeni selvä annos-vastesuhde mielialan osalta, mutta vaikutus fyysiseen suorituskykyyn poikkesi lumeesta ai-noastaan, kun annos oli 120 mg (23).

Milnasipraani tuotti Cochrane-katsauksen mukaan kohtalaisen kivunlievityksen 40 %:lle potilaista, kun saman vaikutuksen sai 30 % lumelääkettä saaneista (24). Samojen tutkimusten perusteella saksalainen hoitosuositus neuvoo välttämään milnasipraania, kun taas EULAR puoltaa heikosti sen käyttöä ja Käypä hoito -suositus pitää puoltavaa näyttöä vahvana (9,10,21). Useat hoitosuositukset eivät ole käsitelleet venlafaksiinia lainkaan ja oma Käypä hoito -suosituksemme toteaa, ettei sen käytöstä fibromyalgian hoidossa ole riittävää tutkimusnäyttöä. Kliinisen kokemuksen perusteella venlafaksiinikin voi kuitenkin olla toimiva vaihtoehto (25).

Gabapentinit Hoitosuositukset puoltavat varauksin pregabaliinia (9,10,21). Cochrane-katsauksessa todettiin 3344 koehenkilön aineiston perusteella pregabaliinin olevan lumelääkettä parempi fibromyalgiakivun lievityksessä (26). Tähän liittyi myös elämänlaadun ja toimintakyvyn paraneminen. Tulokset eivät olennaisesti poikkea muista fibromyalgian hoidossa tehokkaiksi osoittautuneiden lääkkeiden hoitotuloksista. Gabapentiniinistä on tällä käyttöaiheella julkaistu toistaiseksi vain yksi 150 koehenkilön satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, jossa 30 %:n kivunlievityksen sai 49 % potilaista, kun lumelääkkeellä vastaavan lievityksen sai noin 30 %. Lääkityksen keskeytti haittavaikutusten takia 16 % gabapentiniiniryhmäläisistä ja 9 % lumelääkeryhmäläisistä (27). Gabapentiniinistä on enemmän näyttöä hermovauriokivun hoidossa, ja se on yleensä paremmin siedetty kuin pregabaliini (28).

Muut lääkehoidon vaihtoehdot. Selektiivisten serotoniinin takaisinoton estäjien (SSRI) tehosta ei ole näyttöä fibromyalgiapotilaiden kivun, univaikeuksien eikä väsymyksen osalta (29). Mikäli potilaalla on lääkehoitoa vaativa masennus eivätkä mainitut SNRI:t sovi, saattaa SSRI:n ja pieniannoksisen amitriptyliinin tai nortriptyliinin yhdistelmä olla hyvä vaihtoehto.

Tramadoliin, jolla on sekä opioidivaikutus että heikko SNRI-vaikutus, tuoreimmat hoito-

suositukset suhtautuvat ristiriitaisesti. EULAR puoltaa heikosti sen käyttöä, ja saksalaissuositus ei antanut vähäisen näytön perusteella suositusta yksimielisyyden puuttuessa. Pitkäaikaisen hyvänlaatuisen kipusairauden hoidossa niin sanotun heikonkin opioidin osalta tulisi olla erittäin pidättyväinen ja arvioida mahdolliset riskit tarkkaan (30). Potilaan hyvin tunteva lääkäri voi pitkässä hoitosuhteessa harkita tilapäistä käyttöä vain silloin, jos potilaan psykososiaalinen kokonaistilanne on hyvä ja muu lääkehoito ei sovi tai auta riittävästi.

Lääkeyhdistelmien paremmuudesta yksittäisiin lääkkeisiin nähden ei fibromyalgian hoidossa ole riittävästi tutkimusnäyttöä, jotta yhdistelmiä voitaisiin suositella tai neuvota välttämään (31). Käytännössä kuitenkin sekä puhtaasti kivunhoidollisista syistä että samanaikaisten muiden sairauksien ja oireiden vuoksi lääkkeitä joudutaan usein yhdistelemään. Eri mekanismein toimivia lääkkeitä käyttämällä voidaan saada riittävä teho pienemmillä annoksilla ja vähäisemmällä haittavaikutuksilla.

Pohdinta

Fibromyalgian hoito näyttää yhtä monisäikeiseltä kuin sairauden etiologiakin eikä suuresti poikkea muiden pitkäaikaisten kiputilojen hoidosta (21). Näytön valossa mikään tietty lääkkeetön hoito – liikunnan lisäämistä lukuun ottamatta – tai lääke ei nouse ylitse muiden, vaan mahdollisuuksia on useita. Hoitovaikutukset ovat useimmiten suuruudeltaan suhteellisen vaatimattomia.

Yleisperiaatteena fibromyalgian hoidossa suositellaan yksilöllisesti ja yhteistyössä potilaan kanssa räätälöityä asteittaista etenemistä, jonka tavoitteena on elämänlaadun kohentaminen käyttämällä ensin lääkkeettömiä vaihtoehtoja (9). Mikäli niiden teho ei riitä, mukaan lisätään lääkehoito ja huomioon otetaan kivun intensiivisyys, potilaan toimintakyky sekä mahdolliset muut oireet ja sairaudet. Usein potilaatkin asettavat viisaasti lääkkeettömät hoidot etusijalle (14).

Potilaiden odotukset hoidon tuloksista saattavat kuitenkin olla vaikeita saavuttaa (13). Hoitavan lääkärin on kyettävä sietämään po-

Ydinasiat

- ▶ Fibromyalgia on monitekijäinen pitkäaikainen kipuoireyhtymä.
- ▶ Fibromyalgian hoidossa keskeisiä ovat lääkkeettömät vaihtoehdot, joiden tukena lääkehoito tarvittaessa toimii.
- ▶ Hoitavan lääkärin tehtävä on tarjota potilaille keskeinen, ajantasainen tieto fibromyalgiasta potilaan oman pystyvyyden tunteen ja muutosjoustavuuden tukemiseksi.
- ▶ Hoidon onnistuminen vaatii hyvää ja pitkäjänteistä yhteistyötä potilaan kanssa sekä hoitokokonaisuuden yksilöllistä räätälöintiä.

tilaan epävarmuuden ja turhautumisen lisäksi oma turhautumisensa silloin, kun hoitoyritykset eivät johdakaan nopeaan tulokseen. Toisaalta fibromyalgian hoito voi olla hyvin helppoaakin: jo diagnoosin saaminen ja erotusdiagnostisten sairauksien sulkeminen pois auttaa monia potilaita, jolloin he ovat valmiita etsimään itselleen sopivia elämäntapamuutoksia oireistonsa hallitsemiseksi. Hoitavien henkilöiden tehtävä on tarjota keskeinen, ajantasainen lääketieteellinen tieto kiteytettynä ja helpotajuisena. Tieto tukee potilaan omaa pystyvyyden tunnetta ja muutosjoustavuutta parantaen siten hoitoyhteistyötä ja ennustetta (7).

Kivun pitkittyessä on aina syytä kartoittaa potilaan käsityksiä kivustaan ja hänen kokemuksiaan, uskomuksiaan, odotuksiaan ja voimavarojaan (21). Kipuun liittyvä pelko ja sosiaalisen tuen puute lisäävät kivun pitkittymisen riskiä, kun taas adaptiiviset terveystietokset ja myönteinen asennoituminen johtavat

suurempaan hoitoon sitoutumiseen ja parempaan ennusteeseen. Ne, joiden psykososiaaliset ennustetekijät ovat heikot, voivat hyötyä monialaisesta kuntoutuksesta (32).

Lopuksi

Tutkimustietoa niin fibromyalgian mekanismeista kuin hoitomahdollisuuksistakin on viime vuosina kertynyt runsaasti. Kun EULAR:n aiemmat suositukset vuodelta 2008 olivat lähinnä asiantuntija-arvioita, uudet vuoden 2017 suositukset voitiin perustaa varmemmin satunnaistetuista tutkimuksista tehtyihin systemoituihin katsauksiin. Silti uutta tutkimusta tarvitaan, ja sen prioriteeteiksi on ehdotettu lääkkeettömien ja lääkehoitojen yhdistelmien vaikuttavuutta, eri liikuntatyyppien vaikuttavuuden vertailua, potilaiden ominaisuuksien mahdollista merkitystä vasteen kannalta sekä hoidon ja kuntoutuksen optimointia terveydenhuoltojärjestelmän tasolla (9).

Tulevaisuus näyttäneen myös uusien, vielä tutkimusvaiheessa olevien hoitomuotojen – vaikkapa sarjamagneettistimulaation tai erilaisen internetin välityksellä toteutettujen interventioiden – roolin fibromyalgian hoidossa. ■

PÄIVI LEINO-ARJAS, LT, dosentti, vanhempi tutkija
Työterveyslaitos, Helsinki

RITVA MARKKULA, LT, fysiatrian erikoislääkäri
Kipuklinikka, leikkaussalit, teho- ja kivunhoito, HUS ja Helsingin yliopisto

SIDONNAISUUDET

Päivi Leino-Arjas: Luottamustoimet (Arthritis Research UK, Centre for MSK Health and Work, osallistuminen tutkimusrahoitushakemuksen arviointipaneeliin; Southamptonin yliopisto, lokakuu 2018), hankkeet (osallistuminen EULAR:n fibromyalgian hoitosuosituksen valmistamiseen)

Ritva Markkula: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Reumaliitto)

VASTUUTOIMITTAJA

Merja Laine

SUMMARY

Treatment of fibromyalgia

Management of fibromyalgia is often challenging and requires close and long-term patient-doctor collaboration. A growing body of literature on both pharmacological and non-pharmacological therapies has enabled publication of new, evidence based guidelines. Even patient perspectives have been explored lately. Many patients and guidelines prefer non-pharmacological therapies. Pharmacological treatment may be used to support other management. The principles in the treatment of fibromyalgia are essentially similar to those applied to other benign chronic pain. An important issue in the care relationship is providing education on fibromyalgia, in order to support patients' self-efficacy and resilience.

KIRJALLISUUTTA

1. Clauw DJ. Fibromyalgia: a clinical review. *JAMA* 2014;311:1547–55.
2. Häuser W, Ablin J, Fitzcharles MA, ym. Fibromyalgia. *Nat Rev Dis Primers* 2015. DOI:10.1038/nrdp.2015.22.
3. Queiroz LP. Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep* 2013;17:356.
4. Treede RD, Rief W, Barke A, ym. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain* 2015;156:1003–7.
5. Perrot S. Fibromyalgia – a misconnection in a multiconnected world? *Eur J Pain* 2019;23:866–73.
6. Lee Y, Nassikas N, Claw D. The role of the central nervous system in the generation and maintenance of chronic pain in rheumatoid arthritis, osteoarthritis and fibromyalgia. *Arthritis Res Ther* 2011;13:211.
7. Markkula R, Zetterman T, Mali M. Fibromyalgian monisyinen patofysiologia. *Duodecim* 2019;135:53–60.
8. Diatchenko L, Fillingim R, Smith S, ym. The phenotypic and genetic signatures of common musculoskeletal pain conditions. *Nat Rev Rheumatol* 2013;9:340–50.
9. Macfarlane G, Kronisch C, Dean LE, ym. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis* 2017;76:318–28.
10. Sommer C, Alten R, Bär KJ, ym. Medikamentöse therapie des fibromyalgie-syndroms. aktualisierte leitlinie 2017 und übersicht von systematischen übersichtsarbeiten. *Schmerz* 2017;31:274–84.
11. Carville SF, Arendt-Nielsen L, Bliddal H, ym. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis* 2008;67:536–41.
12. Häuser W, Arnold B, Felde E, ym. Management of the fibromyalgia syndrome – an interdisciplinary evidence-based guideline. *GMS German Medical Science* 2008; 6:1612–3174.
13. O'Brien E, Staud M, Hassinger A, ym. Patient-centered perspective on treatment outcomes in chronic pain. *Pain Medicine* 2010;11:6–15.
14. Taylor S, Steer M, Asche S, ym. Patients' perspective of the effectiveness and acceptability of pharmacological and nonpharmacological treatments of fibromyalgia. *Scand J Pain* 2019;19:167–81.
15. Gyatt G, Oxman AD, Akl EA, ym. GRADE guidelines: 1. Introduction – GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol* 2013;64:383–94.
16. Bidonde J, Busch AJ, Schachter CL, ym. Aerobic exercise training for adults with fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev* 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD012700.
17. Bidonde J, Busch AJ, Schachter CL, ym. Mixed exercise training for adults with fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;5:CD013340. doi: 10.1002/14651858.CD013340.
18. Sosa-Reina MD, Nunez-Nagy S, Gallego-Izquierdo T, ym. Effectiveness of therapeutic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *BioMed Res Int* 2017. DOI: 10.1155/2017/2356346.
19. Bernardy K, Klose P, Welsch P, Häuser W. Efficacy, acceptability and safety of cognitive behavioural therapies in fibromyalgia syndrome – a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Pain* 2018;22:242–60.
20. Derry S, Wiffen P, Häuser W, ym. Oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs for fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2017. DOI:10.1002/14651858.CD012332.pub2.
21. Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2017 [päivitetty 22.8.2017]. www.kaypahoito.fi.
22. Moore A, Derry S, Aldington D, ym. Amitriptyline for fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2017. DOI:10.1002/14651858.CD011824.
23. Lunn M, Hughes R, Wiffen Ph. Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev* 2015. DOI:10.1002/14651858.CD007115.pub2.
24. Cording M, Derry S, Phillips T, ym. Milnacipran for pain in fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2017. DOI:10.1002/14651858.CD008244.pub3.
25. VanderWeide L, Smith S ja Trinkley K. A systematic review of the efficacy of venlafaxine for the treatment of fibromyalgia. *J Clin Pharm Ther* 2015;40:1–6.
26. Derry S, Cording M, Wiffen P, ym. Pregabalin for pain in fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2017. DOI:10.1002/14651858.CD011790.pub2.
27. Cooper TE, Derry S, Wiffen P, ym. Gabapentin for fibromyalgia pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2018. DOI:10.1002/14651858.CD012188.pub2.
28. Wiffen PJ, Derry S, Bell R, ym. Gabapentin for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2019. DOI:10.1002/14651858.CD007938.pub4.
29. Walitt B, Urrutia G, Nishishinya BM, ym. Selective serotonin reuptake inhibitors for fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2018. DOI:10.1002/14651858.CD011735.
30. Nevantaus J, Simojoki K, Hamunen K, ym. Opioidit pitkäaikaisen kivun hoidossa. *Suom Lääkäril* 2013;68:3329–35.
31. Thorpe J, Shum B, Moore A, ym. Combination pharmacotherapy for the treatment of fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2018. DOI:10.1002/14651858.CD010585.pub2.
32. Svanberg M, Stålnacke BM, Enthoven P, ym. Impact of emotional distress and pain-related fear on patients with chronic pain: subgroup analysis of patients referred to multimodal rehabilitation. *J Rehabil Med* 2017;49:354–61.