

<https://helda.helsinki.fi>

Nuoren naisen heikotus - tapauksen ratkaisu

Kontulainen, Olli

2021

Kontulainen , O , Sainio , M & Sumela , J 2021 , ' Nuoren naisen heikotus - tapauksen ratkaisu ' , Suomen lääkärilehti , Vuosikerta. 76 , Nro 50-52 , Sivut 3061-3064 . < <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2021/SLL502021-3061.pdf> >

<http://hdl.handle.net/10138/339775>

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.

MITEN SINÄ HOITAISIT

Miten sinä hoitaisit -palsta esittelee klinisen tapauksen, jota lukijat voivat kommentoida Fimnetin keskustelutaululla www.fimnet.fi. Poimintoja keskustelusta esitetään tapauksen ratkaisuosassa.

Työryhmä: Nina Kaseva, Mikael Kuitunen, Mika Laitinen, Anneli Lauhio, Jarkko Suomela



Nuoren naisen heikotus – tapauksen ratkaisu

25-vuotias nainen hakeutui sairaalan yhteispäivystysvastaanotolle huimauksen, tykytyksen, päänsäryn ja raajojen hermokivun vuoksi. Samantyyppisiä kohtauksia oli ollut jo useita vuosia.

Huimaukskohtauksia oli alkanut esiintyä 17 vuoden iässä sairastetun rajuoireisen nielurisatulehduksen jälkeen ja myös vasemman korvan kuulo heikkeni. Korvalääkäri diagnosoi naisella Ménièreen taudin. Tämän jälkeen alkoivat säännölliset kollapsit, jotka tulkittiin ns. Tumarkinin kohtauksiksi. Mistään hoitokokeilusta ei ollut hyötyä.

Nuorempana hän oli ollut jonkin aikaa nuorisopsykiatrisessa hoitokontaktissa ajoittaisen masennuksen ja tarkkaavaisuushäiriön vuoksi.

Potilasta tutkittiin vuosien ajan neurologian klinikassa väsymyksen, huimaukskohtausten, lihassheikkouden ja puutumisoireiden takia. ENMG:ssä todettiin lievä etenemätön sensorispainotteinen aksonaalinen polyneuropatia, kuvantamistutkimusten tulokset ja EEG olivat normaaleja.

Ihotautilääkäri tutki potilasta ajoittaisen hiusten ja muidenkin karvojen lähdön sekä iholle ilmaantuneiden kyhmyjen vuoksi, mutta tulokset jäivät normaaleiksi. Sisätautiopuolella tehtiin laajat selvittelyt kollapsioireiden vuoksi, eikä missään laboratoriokokeessa todettu poikkeavaa. TILT-kokeessa todettiin vasodep-

ressiivinen oireyhtymä, sen sijaan mm. EKG:n pitkäaikaisrekisteröinnin sekä ortostaattisen ja klinisen rasi-tuskokeen tulokset olivat normaaleja.

Kuusi vuotta jatku-neiden selvittelyjen aikana oireet pahenivat ja naisen piti lopettaa töissä käyminen.

Nyt nainen hakeutui sairaalan yhteispäivystysvastaanotolle huimauksen, seistessä tuntuvan tykytyksen, päänsäryn sekä raajoissa tuntuvan hermokivun vuoksi. Hän oli orientoitunut aikaan, paikkaan ja itseensä ja pystyi kävelemään omatoimisesti. Mitään poikkeavaa ei löytynyt päivystyslaboratoriokokeissa eikä statuksessa.

Verkosta poimittua

Verkossa tapaus herätti pohdintoja migreenistä neuroborrelioosiin ja MS-tautiin, niska-hartiaseudun jännityksestä vitamiinin tai lisäravinteen yliannostukseen ja sisäilmasta tai ravinnosta aiheutuvaan intoksikaatioon. ”Pystyasennon provosoima takykardia ja lisäksi atyyppinen migreeni yhdessä? Harvi-

naista kai mutta ei mahdollontta. Yksi tautihan ei sulje pois toista.”

Ortostaattisia verenpaineen mittauksia ja Hb-mittauksia ja verkkokollegat kysyivät myös. Endokrinologisia selvittelyjä ja koko kehon magneettikuvausta ehdotettiin. Selkäydinnesteen tutkiminen tuotiin myös esiin, joskin verkkolääkäri arveli, että sekin on jo tarkistettu.

”Apu ei löydy päivätyksissä”, kommentoi verkkolääkäri myös.

Eräs kollega totesi, että jos mihinkään voimakkaaseen oireeseen ei löydy tutkimalla mitään selvää biologista mekanismia, hän ottaisi ns. toiminnallisen häiriön lähestymistavan. ”Loputtomista tutkimuksista pitää pidättäytyä ja pyrkiä palauttamaan toimintakykyä.”

Jatkohoito

Potilas päätyi päivystyksestä kahdeksi viikoksi osastohoitoon. Hänet kotiutettiin kahteen otteeseen, mutta hän hakeutui takaisin samojen oireiden takia vaatien tutkimuksia. Niitä tekivät

”Loputtomista tutkimuksista pitää pidättäytyä.”

sisätautilääkäri, neurologi ja psykiatri, mutta selvää psykiatrista tai somaattista syytä oireistoon ei edelleenkään löytynyt. Hän kotiutui voinnin hieman kohenuttua ja jatkoksi sovittiin vielä mm. autonomisen hermoston tutkimuksia. Niidenkin tulokset jäivät normaaleiksi.

Oireilu jatkui melko lailla ennallaan, ja potilas asioi pääasiassa terveysasemalla samalla lääkarilla. Tutkimuksia jatkettiin mm. astmaepäilyn perusteella ja tehtiin lähete perinnöllisyyslääkärille ajatuksella, onko syytä pohtia jotain oireyhtymää. Perinnöllisyysklinikalta todettiin, että geneettisiä tutkimuksia ei ole tarjolla. Sen sijaan tehtiin lähete toiminnallisten häiriöiden poliklinikalle. Potilas suhtautui siihen hyvin positii-visesti.

Poliklinikalta lähete käännettiin nettiterapiaksi (1), ja potilas suoritti sen pääosin. Hän tosin koki kurssin tulleen väärään aikaan, koska tehtävät olivat ennestään tuttuja ja hänellä olivat samanaikaisesti uutena vaivana käden oireilu sekä astmaoireet ja -selvittelyt.

Nykyään potilas on hoidossa fysiatrian poliklinikalla TOS-epäilyn takia. Sitä ennen hän oli fysioterapeuttisessa kuntoutuksessa ja sai siitä apua etenkin ryhtiinsä. Hän on ollut sairauslomalla vuoden ajan ja liikkuu ulkona pääosin pyörätuolissa pyörtymisen mahdollisuuden vuoksi.

Omalääkärin kommentti

Ilmoittauduin terveysasemalla potilaan omalääkäriksi. Tavoitteena oli muodostaa säännöllinen kontakti potilaaseen, jonka lääkärit olivat vaihtuneet.

Kävimme vastaanotolla läpi aiempien tutkimusten tulokset. Esimerkiksi neurologian tutkimusten lopputulos oli jäänyt potilaalle epäselväksi. Lääketieteellinen arvio oli, ettei oireille ole elimellistä syytä, vaikka potilas niin epäilee.

Jatkotutkimuksia harkittiin vain tiukasti lääketieteellisin perustein: kardiologin konsultaatio TILT-löydöksestä johdi hoitokeiluun fludrokortisonilla hypotensiiviseen oireyhtymään (ei apua), harvinaissairauksien poliklini-

kassa ei lähetteen perusteella nähty aihetta selvittelyihin.

Hoitolinjaksi valittiin oirekuvan hoito ja kuntoutustoimet toiminnallisen oireilun näkökulmasta. Potilas ei kuitenkaan täysin vakuuttunut, että oireiden taustalla oli toiminnallinen mekanismi.

Varovaista liikunnan aloitusta kokeiltiin, mutta se heikensi vointia. Hoitosuhteen aikana aiemmin itsenäisesti liikkunut potilas hankki pyörätuolin, koska esimerkiksi terveysasemalla asioiminen oli huimauksen vuoksi vaikeaa.

Olin myös kerran hoitamassa päivystävän kollegan pyynnöstä potilaan voimakasta kohtausoiretta. Kyseessä oli epilepsia-kohtauksen kaltainen tilanne, jossa kuitenkin koko ajan säilyy kontakti potilaaseen. Happikyllästeisyys oli korkea hyperventilaation takia.

Hyvä luottamussuhde rakentui, mutta hoidot eivät tehonneet. Asioiminen potilaan kanssa oli haasteellista, koska hän ei pystynyt aina tulemaan terveysasemalle ja matkapuhelin-signaali potilaan kotona oli heikko.

Potilaan kommentti

Olen kokenut viime vuodet kuluttaviksi epävarmuuden sekä hoidon katkeamisen vuoksi. Aina kun ollut uusi hoitokontakti, uutta tai vanhaa oiretta on selvitetty. Mitään ei ole löytynyt, ja lopulta asia on jäänyt vellomaan. Kymmenen vuoden aikana minulla on ollut yksi pidempi hoitokontakti. Hänen kanssaan asioita saatiin hieman eteenpäin ja hän tutustutti minut toiminnalliseen häiriöön.

Koin vaikeaksi uskoa toiminnalliseen häiriöön, koska olin ollut kymmenen vuotta terveydenhuollon piirissä etenevien hankalien oireiden vuoksi. Luulin, että kuulon menetys, huimaukskohtaukset, karvojen lähtö, imusolmukkeiden turvotus sekä väsymys ja vatsaoireet liittyivät kaikki yhteen fysiologiseen sairauteen.

Olen kokenut oireiden vähättelyä myös terveydenhuollossa, joskin se on ollut harvinaista ja selvästi poikkeus eikä sääntö. Minulle on myös suoraan viitattu oireiden johtuvan mielentervey-

den häiriöstä. Tämä tapahtui aikana, jolloin sain useita kollapsikohtauksia lähes päivittäin ja minulta putosivat kaikki hiukset, karvat raajoista sekä kulmakarvat ja olin muutenkin näiden muutosten takia epävarma itsestäni. Tämä tuntui hyvin pitkään ikävältä, koska oireet olivat minun itseni ja läheisten nähtävissä enkä ollenkaan kokenut olevani erityisen ahdistunut tai masentunut.

Oireeni hankaloittavat elämää yhä päivittäin. Hankalin oire tuntuu rasisuksessa ja liikkumisessa: pää tuntuu raskaalta, raajat muuttuvat kömpelöiksi ja tuntuu vaikealta ajatella selkeästi. Monesti kävelyn jälkeen on vaikeuksia saada avain lukkoon, vaikka ilman suurempaa rasisusta siinä ei ole ongelmaa.

Olen joutunut vähentämään liikku-mistani kollapsin pelon ja väsymyksen vuoksi. Epäilen, että siitä on syntynyt noidankehä. Nyt kun kollapseja on ollut huomattavasti vähemmän, en kykene liikkumaan paljon lihaskunnan heikentymisen takia.

Oireeni ovat kuitenkin kääntyneet lievempään suuntaan, enkä ole saanut muutamaan kuukauteen kollapseja levossa enkä menettänyt tajuntaani liikkuessa. Vaikka liikunnan yhteydessä oireet voimistuvat, ne ovat lieventyneet niin, että kykenen toimimaan kevyessä rasisuksessa paremmin. Hermokivut ovat myös kadonneet kolmen viime vuoden aikana täysin lukuun ottamatta oikean käden ja hartiasseudun kipuja

Neurologin kommentti

Nuoren naisen monimuotoisten oireiden taustalta ei tarkoissakaan somaattisissa tutkimuksissa ole löytynyt elimellistä sairautta. Tällaisessa tapauksessa tulisi aina miettiä myös oirekuvan toiminnallisia syitä. Niitä tulisi osata epäillä aikaisemmin kuin vasta silloin, kun kaikki mahdolliset tutkimukset on tehty.

Kun oireilu on laaja-alaista ja kuormituksen mukaan vaihtelevaa ja objektiiviset löydökset jäävät tutkimuksissa vähäisiksi, toiminnallinen häiriö on todennäköinen vaihtoehto. Silloin sairauden poissulku ei riitä vaan on yritettävä arvioida, mitä oireet ovat, miten ne ovat vuosien varrella ilmenneet, kuinka potilas niihin suhtautuu ja minkä hän uskoo olevan niiden syy. Hoitavan lääkärin olisi tärkeää kuunnella herkästi intuitiotaan.

Hyvä luottamussuhde rakentui, mutta hoidot eivät tehonneet.

Toiminnallisilla häiriöillä tarkoitetaan tiloja, jotka syntyvät keskushermoston voimistaessa elimistön vasteita ja reaktioita (2). Niiden selvittämisessä auttaa oirehistorian biopsykososiaalinen kartoitus, jossa selvitetään lyhyesti haavoittuvuus, laukaisevat ja ylläpitävät tekijät.

Yhtenä haavoittuvuustekijänä on mahdollisesti ADHD. Nuorisopsykiatrian kertomuksissa mainittu tarkkaavuushäiriö ei aikanaan johtanut diagnosiin ja hoitoon, mutta sen selvittely on aiheellista. Pitkäkestoisen oireilun laukaisevana tekijänä voi ajatella olevan

monimuotoisten oireiden kasautuminen ja tutkimukset nuoruusiässä.

Toiminnallisia ylläpitäviä tekijöitä voi kartoittaa samoin kuin kroonisessa kivussa: miten potilas suhtautuu oireisiinsa, onko viitettä katastrofioinnista, mitä hän epäilee niiden syyksi? Lisäksi on syytä selvittää, onko potilaalla kuormitustekijöitä, joihin voisi vaikuttaa. Psykkisen toimintakyvyn arvio on välttämätön osa selvityksiä, kun oirekuva on johtanut työkyvyttömyyteen.

Kun toiminnallisen häiriön oirekuva ja -historia vahvistuu, on keskeistä vakuuttaa potilas oireiden vaarattomuudesta. Potilaan kanssa voi käydä läpi oireita ja epäspesifisiä löydöksiä toiminnallisten mekanismien näkökulmasta. Tukena voi hyödyntää kliinistä tutkimusta ja havainnointia; esimerkiksi epävarmuus tasapainokokeissa silmät kiinni voi johtua niskahartiaseudun lihastensiosta. Pitkään jatkunut hyperventilointi ja hiilidioksidivaje eivät useinkaan ole ilmeisiä, vaikka ne voivat olla yksi selitys toiminnallisille oireille ja siten myös hoidon kohde.

Tavoitteena on antaa oireille selitys ja minimoida turhat terveydenhuollon käynnit, tutkimukset ja hoidot. Pitkään oireille on kertynyt usein lukuisia diagnooseja, ja niitä tulee tarkastella kriittisesti, jotta saadaan purettua potilaan vuosien mittaan vahvistunutta sairauksikäsitystä.

Toiminnallisten oireiden ja häiriön tunnistamisen tulisi johtaa vaikuttavaan, oireiden syyn, mekanismien ja toipumisen edellytyksiä selittävään psykoedukaatioon sekä lääkkeelliseen ja lääkkeettömään hoitoon. Lieviä ja keski-vaikkeitä oirekuvia poteville on tehty omaharjoitteluohjelma (1). Joskus oireet ja käsitykset ovat tiukassa, ja ne helppottavat vasta vähitellen oivaltaen oman lääkärin seurannassa.

Oppia toiminnallisten häiriöiden poliklinikalta

Toiminnallisissa häiriöissä on useita oireita eri elinjärjestelmistä ja useinkin oireyhtymän kriteerit voivat täytyvät, mm. kroonisen väsymysoireyhtymän.

Ménièreen tauti ja Tumarkinin kohtaukset eivät tässä tapauksessa välttämättä ole oikeita diagnooseja. Oireet sopivat paremmin toiminnallisiksi kohtausoireiksi, joissa hyperventilaatiolla keskeinen osuus.

Kuntoutumisessa auttaa se, että potilas on hyväksynyt oireiden johtuvan toiminnallisesta häiriöstä. Tämä hyväksymisprosessi on saatu aikaan sillä, että potilasta hoitaneet ammattilaiset ovat aktiivisesti vakuuttaneet potilaan oireiden olevan toiminnallisia. Kipu-oireet ovat alkaneet kolmen

viime vuoden aikana lievittyä, ja myös kohtausoireet sekä liikkua tuleva voimakkaampi pyöritys ovat vähentyneet joitakin kuukausia. Toiminnallisen mekanismin näkökulmasta keskushermoston herkistyminen on lievittynyt ja sen myötä suojevasteiden laukeaminen on vähentynyt.

Potilaan havainto noidankehästä on todella tärkeä. Ymmärrettävästi potilas pyrki välttämään tilanteita, joissa oireet laukeavat eli välttämiskäyttäytyminen vahvistuu. Tämä on johtanut huonokuntoisuuteen, joka taas vaikeuttaa liikumista.

Potilaalle on selvästi syntymässä hyvä ymmärrys tilastaan, ja toimintakyvyn vahvistamista on tärkeää tukea. Vaikka oireet ovat voimakkaita ja haittaavia, niiden hyvänlaatuinen luonne tulee ymmärtää, jolloin niiden haittaavuus vähenee. Huomion siirtäminen oireiden tarkkailusta toimintakyvyn vahvistamiseen on tärkeä askel kuntoutumisessa.

Vaikka oireet eivät johdu psykiatrisesta sairaudesta, ne aiheuttavat usein psyykkistä kuormittumista, kun potilas joutuu luopumaan tärkeäksi kokemista asioista, työstä ja harrastuksista. Tämä johtaa usein reaktiivisesti masennukseen ja ahdistukseen, ja niitä tulee hoitaa.

Oirekuvan hoito ja kuntoutus valitaan toiminnallisen mekanismin ja kroonisen väsymysoireyhtymän hoitosuosituksen mukaisesti (3). Yksilöllinen hoitosuunnitelma laaditaan biopsykososiaalisen mallin pohjalta (taulukko). Potilaalle on tärkeää selittää vakuuttavasti, että mikään yksittäinen keino ei tuo ratkai-

Potilaan havainto noidankehästä on todella tärkeä.

Yksilöllinen hoitosuunnitelma

Pystyasennon provosoima takykardia

(POTS-oireyhtymä)

Riittävä nesteiden saanti (2–2,5 l/vrk), suolan lisäys ruokavalioon, pystyasennon tauottelu, beetasalpaajat

Päivittäisten aktiviteettien yksilöllinen rytmitus (pacing)

Tavoitteena saada rasituksen jälkeinen huonovointisuus (PEM-oireet) vähenemään

Alkuun kokonaiskuormituksen vähentäminen

Todennäköisesti potilas on tällä hetkellä tässä pisteessä kuntoutuksessa

Liikunnallisen aktiivisuuden lisääminen

Kun PEM-oireet saatu vähentymään tai pois

Hyvin maltillinen eteneminen, liikuntaa jossa syke pysyy alhaalla

Perusasiat kuntoon

Uni: vuorokausirytmii säännölliseksi ja nukkumaanmenon aikaistaminen

Pitkäaikaisen kivun lääkehoitojen tarpeen kartoitus
Ruokailu säännölliseksi

ADHD-lääkityksen aloitus ja optimointi

Sopiva lääke (metyylifenidaatti, lisdeksamfetamiini tai atomoksetiini) ja annostelu

Neuropsykiatrista kuntoutusta, jos kognitiivisia kehityksellisiä häiriöitä mukana

Psyko-terapia-arvio, jos psyykkisen tuen tarvetta

Keskushermoston ollessa herkillä lääkkeiden aloituksessa start low, go slow.

Oireilua ylläpitävien tekijöiden kartoitus

Mieliala-oireet ja niiden hoito

Etuuksien kartoitus

Tarvittavat lausunnot

Psyko-fyysinen fysioterapia

Hyperventilaatiotaipumus

Toimintaterapia

Välttämiskäyttäytymisen purkamiseen: pyörtä- tuolista pois ja suuntautuminen pois kotoa

sua, vaan monien yksittäisten tekijöiden yhteisvaikutus.

Lopuksi

Potilaalle on tehty yli kymmenen vuoden aikana eri erikoisalojen poliklinikoilla ja osastoilla sekä terveyskeskuk- sessa lukuisia tutkimuksia ja määrätty oirelähettäviä hoitoja, jotka jatkuvat edelleen. Ne pitkittävät inhimillistä kärsimystä ja johtavat valtavan resurssien tarpeettomaan kulutukseen, jos kyseessä on toiminnallinen häiriö.

Terveydenhuolto on rakennettu tunnistamaan ja hoitamaan yleisesti tiedossa olevia ja vakavia sairauksia. Tämä potilas on käynyt useimmiten sairaalaan päivystyksessä tai terveyskeskuksen kiireajoilla vakavien oireiden ilmaantuessa. Kukin erikoisala hoitaa tonttinsa, ja kun mitään vakavaa ei löydy, ohjaa potilaan toiselle erikoisalalle, terveyskeskukseen tai kotiin.

Kun potilas ei saa ymmärrettävää selitystä ja hoitoa oireisiinsa, hän hakeu-

tuu oireiden vaikeutuessa taas hoitoon ja kierre jatkuu. Myös lääkärin huoli tarttuu potilaaseen ja voi pahentaa tilan- netta.

Kokonaisuuden ymmärtäminen toiminnalliseksi häiriöksi ajoissa on ensiarvoista, kuten muissakin sairauksissa. Se edellyttää potilaan historiaan perehtymistä, todellista kohtaamista, kuunte- lua, sairauden mekanismien selvittä- mistä ymmärrettävästi potilaalle ja yhteisen ymmärryksen löytämistä. Vasta sitten on mahdollista aloittaa hoitopro- sessi. Tämä kaikki vaatii lääkäriltä koke- musta, paljon aikaa ja ennen kaikkea hoidon jatkuvuutta (4). Terveyskeskus olisi ihanteellinen paikka kierteen kat- kaisemiseen ajoissa, mutta kiireessä se on usein mahdotonta.

Onneksi tämä potilas pääosin ym- märtää ja hyväksyy sairautensa ja para- neminen on käynnissä. ●

OLLI KONTULAINEN
LL, TeM, yleislääketieteen erikoistuva lääkäri
Hus Sisätaudit ja kuntoutus, toiminnallisten häiriöiden
poliklinikka

MARKKU SAINIO
dosentti, neurologian erikoislääkäri
Työterveyslaitos ja Hus Sisätaudit ja kuntoutus,
toiminnallisten häiriöiden poliklinikka

JARKKO SUOMELA
terveyskeskuslääkäri
Kuopion kaupunki

KIRJALLISUUTTA

- 1 Terveyskylä. Mielenterveystalo. <https://www.mielenterveystalo.fi/nettiterapiat/terapiapohjelmat/pitko/Pages/default.aspx>
- 2 Juva K, Hublin C, Kalska H ym, toim. Kliininen neuropsykiaatria, 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2021:79–84,394–403,453–61.
- 3 Krooninen väsymysoireyhtymä (ME/CFS) Hyvä käytäntö -konsensusraportti. Hoitosuosituksheet ja hoito-ohjeet. Komulainen J, Kukkonen-Harjula K, Laukkala T, Nuotio K, Sipilä R, Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin nimittämän konsensussuosituspainon puolesta 23.2.2021. www.terveysportti.fi
- 4 Raivio R. Hoidon jatkuvuus ja sen merkitys. Kirjassa: Mäkelä M, Keinänen-Kiukaanniemi S, Korhonen P ym, toim. Yleislääketieteen perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2020:167–70.

XARELTO® 15 mg / 20 mg tabletit, kalvopäällysteiset

(Tutustu koko valmisteyhteenvetoon ennen lääkkeen määräämistä.)



Tähän lääkkeeseen kohdistuu lisäseuranta. Terveydenhuollon ammattilaisia pyydetään ilmoittamaan kaikista epäillyistä haittavaikutuksista Fimealle: www.fimea.fi

Koostumus: Vaikuttava aine: 15 mg / 20 mg rivaroksabaania **Antotapa:** Suun kautta; 15 ja 20 mg tulee ottaa ruuan kanssa. **Käyttöaika ja annostus:** Aivohalvauksen ja systeemisen embolian ehkäisy aikuisilla potilailla, joilla on ei-valvulaarinen eteisvärinä ja yksi tai useampi riskitekijä, kuten kongestiivinen sydämen vajaatoiminta, hypertensio, >75 vuoden ikä, diabetes mellitus, aiempi aivohalvauksen tai ohimenevä aivoverenkiertohäiriö (TIA); 20 mg x 1, kohtalaista tai vakavaa munuaisten vajaatoimintaa sairastaville eteisvärinäpotilaille 15 mg x 1. **Erityisryhmät:** Rytmiinsiirto: XARELTO® voidaan aloittaa tai XARELTO®-hoito voidaan jatkaa potilailla, jotka tarvitsevat rytmiinsiirtoa. Perikutaaninen sepelvaltimotoinenpide ja stentin asetus ei-valvulaarisen eteisvärinän yhteydessä: Saatavilla on rajallisesti näyttöä pienennetyin 15 mg x 1 XARELTO®-annoksen käytöstä (tai 10 mg x 1 munuaisten kohtalaisen vajaatoiminnan yhteydessä [CrCl 30–49 ml/min]) yhdistettynä P2Y12:n estäjäin enintään 12 kuukauden ajaksi ei-valvulaarista eteisvärinää sairastaville potilaille, jotka tarvitsevat suun kautta annettavaa antikoagulaatiohoitoa ja jolle tehdään perikutaaninen sepelvaltimotoinenpide ja asetetaan stentti. **Vasta-aiheet:** Yliherkkyys vaikuttavalle aineelle tai apuaineille; kliinisesti merkittävä aktiivinen verenvuoto; vamma tai tila, johon liittyy merkittävä verenvuoton riski; samanaikainen hoito muulla antikoagulantilla pois lukien siltahoito tai kun fraktioimatonta hepariinia annetaan keskuslaskimoon tai -valtimokateetriin auki pitämiseksi; maksasairaus, johon liittyy hyytymishäiriö ja kliinisesti merkittävä verenvuotoriski ml. Child Pugh -luokkien B ja C kirroosipotilaat; raskaus ja imetys. **Varoitukset ja varotoimet:** Hoitajakson ajan suositellaan antikoagulaatiohoitokäytäntöjen mukaista kliinistä seuranta. XARELTO®-hoito tulee lopettaa heti, jos havaitaan vakavaa ihottumaa tai jos ilmenee muita yliherkkysoireita yhdessä limakalvomuutosten kanssa. **Ei suosittelua** potilaille, joilla on vakava munuaisten vajaatoiminta (CrCl <15 ml/min); potilaille, joilla samanaikainen systeeminen hoito voimakkailla CYP3A4:n ja P-gp:n estäjillä esim. atsoliryhmän sienilääkkeet tai HIV-proteasin estäjät; potilaille, joilla on

CYP3A4:ä voimakkaasti stimuloiva lääkitys, vain jos tulla mahdollisuutta seurata tarkasti; potilaille, joilla on lisääntynyt verenvuotoriski; potilaille, joilla on ollut tukos ja diagnosoitu fosfolipidivasta-ainereaktio; rivaroksabaania ei pidä antaa tromboosin estolääkkeidenä potilaille, joille on asennettu katetrin avulla aorttaläp- päproteesi (transcatheter aortic valve implantation, TAVI). **Ei suositella tietojen puutteen vuoksi:** alle 18-vuotiaille; samanaikaisesti dronedaronin kanssa; potilaille, joilla on sydämen tekoapparaatti; PE-potilaille, jotka ovat hemodynaamisesti epästabileja tai joille voidaan tehdä trombolyyti tai embolektomia. **Käytettävä varoen** tilanteissa, joihin liittyy suurentunut verenvuoton riski; potilaille, joilla on vakava (CrCl 15–29 ml/min) tai kohtalainen (CrCl 30–49 ml/min) munuaisten vajaatoiminta ja jotka saavat samanaikaisesti muita rivaroksabaanin plasmapiitoisuutta nostavia lääkkeitä; kun käytetään spinaali-/epiduraalipuudutusta tai punktiota; SSRI-/SNRI-lääkkeiden kanssa; samanaikaisesti hemostaasin vaikuttavien lääkkeiden kanssa. Aktiivista syöpää sairastavat potilaat: antitromboottisen hoidon hyötyä ja verenvuotoriskiä on punnittava yksilöllisesti. Potilaille, joilla on haavainen gastrointestinaalisairauden vaara, voidaan harkita asianmukaista ennaltaehkäisevää hoitoa. Vaikka XARELTO®-hoito ei vaadi lääketeitoisuksien rutiinonomaista monitoroimista, rivaroksabaanipitoisuuksien mittaamisesta kalibroidulla kvantitatiivisella anti-faktori Xa-aktiivisuustestillä voi olla hyötyä erityistilanteissa. XARELTO® sisältää laktoosia. **Yliannostus:** Rivaroksabaanin farmakodynaamisen vaikutuksen kumoamiseen on käytettävissä spesifinen vastalääke andeksaaneetti alfa. **Haittavaikutukset:** Yleiset: anemia, huimaus, päänsärky, hypotensio, hematooma, verisykä, maha-, suolisto- ja vatsakivut, dyspepsia, pahoinvointi, ummetus, ripuli, oksentelu, transaminaasipitoisuuksien suureneminen, kutina, ihottuma, ekkymooosi, raajakipu, munuaisten vajaatoiminta, kuume, perifeerinen ödeema, yleinen voiman ja energian väheneminen, silmä-, nenä-, ien- ja ihoverenvuoto, ruoansulatus- ja urogenitaalikanavan verenvuoto, ihonalainen ja toimenpiteen jälkeinen verenvuoto, kontusio, haavaerite. **Melko harvinaiset:** trombosytoosi, trombosytopenia, allerginen reaktio, allerginen ihottuma, angio- tai

allerginen ödeema, aivo- ja kallonsisäinen verenvuoto, pyörtymien, takykardia, suun kuivuminen, maksan vajaatoiminta, bilirubiini-, alkalinen fosfataasi-, GGT-, LDH-, lipaasi- tai amylaasipitoisuuden suureneminen, urtikaria, hemartroosi, huonovointisuus. **Harvinaiset:** keltaisuus, konjugoituneen bilirubiinin pitoisuuden suureneminen, kolestaasi, hepatiitti (ml. hepatosellulaarinen vaurio), lihasverenvuoto, paikallinen ödeema, vaskulaarinen pseudoaneurysma (*melko harvinaiset* akuutin koronarysdrooman estohoidossa perikutaanisen toimenpiteen jälkeen). **Hyvin harvinaiset:** anafylaktiset reaktiot ml. sokki, Stevens-Johnsonin oireyhtymä / toksinen epidermaalinen nekrolyysi, DRESS-oireyhtymä. **Yleisyys tuntematon:** verenvuodon aiheuttama lihasaitio-oireyhtymä tai (akuutti) munuaisten toimintahäiriö. **Pakkaukset ja hinnat (vh+alv):** 15 mg: 28 tabl. 79,77 €; 42 tabl. 116,60 €; 98 tabl. 254,43 €. 20 mg: 28 tabl. 79,77 €; 98 tabl. 254,43 €. XARELTO® 15 mg/20 mg kolmen kuukauden hoitoa vastaavan pakkauksen (98 tabl.) päivähinta potilaalle erityiskorvattuna 0,91 €. **Toimitusluokitus:** Reseptilääke. **Korvattavuus:** Rajoitetusti erityiskorvattava (65 %). Ei-läppäperäistä eteisvärinää sairastaville potilaille aivohalvauksen ja systeemisen embolian estoon hoitavan lääkärin kirjoittamalla B-lausunnolla (290), kun potilaalla on vähintään keski-suuri tukosriski. Rajoitetusti peruskorvattava (40 %): Rytmiinsiirron yhteydessä reseptimerkinnällä 3 kuukauden ajaksi. **Myyntiluvan haltija:** Bayer AG, 51368 Leverkusen, Saksa. **Lisätietoja saatavissa:** Bayer Oy, p. 020 785 21, www.xarelto.fi. **Valmisteyhteenvetoon päiväys:** 26.08.2021, lyhennelmä 21.09.2021.

