



UNIVERSITY OF TAMPERE

This document has been downloaded from
Tampub – The Institutional Repository of University of Tampere

Publisher's version

Authors: Hakala Markku, Hannonen Pekka, Helve Tapani, Korpela Markku,
Mattila Kimmo, Möttönen Timo, Varis Tiina
Name of article: Nivelreuma - Käypä hoito –suosituksen tiivistelmä
Year of publication: 2009
Name of journal: Duodecim
Volume: 125
Number of issue: 19
Pages: 2131-2132
ISSN: 0012-7183
Discipline: Medical and Health sciences / Internal Medicine
Language: fi
School/Other Unit: School of Medicine

URL:

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo98341&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero

URN: <http://urn.fi/urn:nbn:uta-3-803>

All material supplied via TamPub is protected by copyright and other intellectual property rights, and duplication or sale of all part of any of the repository collections is not permitted, except that material may be duplicated by you for your research use or educational purposes in electronic or print form. You must obtain permission for any other use. Electronic or print copies may not be offered, whether for sale or otherwise to anyone who is not an authorized user.



Nivelreuma

Diagnostiikan tavoite

Tavoitteena on saavuttaa taudin kliininen remissio mahdollisimman nopeasti, mikä edellyttää varhaista diagnoosia ja tehokkaan hoidon aloittamista. Alle puoli vuotta oireiden alusta aloitettu tehokas antireumaattinen hoito lisää remission todennäköisyyttä ^A.

Oireet ja löydökset

Oireet kehittyvät yleensä melko hitaasti alkaen useimmiten pienistä ja keskisuurista nivelistä. Symmetrinen niveltulehdus on tyypillistä kudosvaurioita aiheuttavalle tautimuodolle. Nivelten tarkastelu ja tunnustelu on tärkeää. Tulehtunut nivel on turvonnut ja yleensä arka sitä tunnusteltaessa tai liikuteltaessa. Niveltulehduksen kliininen arviointi vaatii harjaannusta. Eroosiot ilmaantuvat yleensä ensiksi metatarsaaliniiveliin ^A. Lasko ja CRP-pitoisuus kuvastavat kohtalaisen hyvin tulehdusaktiivisuutta mutta eivät ole aina suurentuneet. Tuoretta nivelreumaa sairastavista noin kaksi kolmasosaa on reumatekijäpositiivisia ja 40–60 % sitrulliniipeptidivasta-ainepositiivisia. Sitrulliniipeptidivasta-aineita esiintyy harvoin muissa tiloissa kuin nivelreumassa, ja ne liittyvät vaikeampaan taudinkulkuun. Reumatekijää tai sitrulliniipeptidivasta-aineita ei ole yleensä syytä tutkia, ellei ole todettu niveltulehdusta.

Diagnostiikan porrastus

Perusterveydenhuollon lääkäri voi seurata (ja hoitaa tulehduskipulääkkein sekä tarvittaessa nivelensisäisillä glukokortikoidiruiskeilla) akuuttia niveltulehdusta muutaman viikon ajan. Jos nivelreumaepäily on vahva (moniniveltulehdus), potilas lähetetään heti erikoissairaanhoidon. Reaktiivisen artriitin hoitopaikka voi olla oma terveyskeskus, ellei oireisto ole raju tai pitkittyvä.

Hoito

Ensimmäisen vuoden aikana saavutettu remissio ennustaa pysyvää remissiota, vähäisempiä nivelvaurioita sekä parempaa toiminta- ja työkykyä ^A. Taudin voimakas aktiivisuus diagnoosin aikaan heijastaa myöhempää vaikeata taudinkulkua ^B.

- Useiden lääkkeiden yhdistelmä on tehokkaampi kuin hoito yhdellä lääkkeellä. Jos tauti on hyvin aktiivinen, on syytä aloittaa hoito sulfasalatsiin, metotreksaatin, hydroksiklorokiinin ja pieniannoksisen glukokortikoidin yhdistelmällä.
- Monoklonaaliset tuumorinekroositekijä alfan (TNF- α) vasta-aineet ja liukoinen TNF-reseptori rauhoittavat monesti muuhun hoitoon vastaamatonta niveltulehdusta ^B. Lisäksi ne hidastavat nivelvaurioiden kehittymistä ^A.
- Rituksimabia suositellaan oirehtivaan nivelreumaan potilaille, jotka eivät ole saaneet tavoiteltua vastetta tavanomaisten reumalääkkeiden yhdistelmään (mukaan luettuna metotreksaatti riittävällä annoksella) ja vähintään yhteen TNF:n estäjään ^B. Rituksimabi yhdistetään ensisijaisesti metotreksaattiin ^C. Myös abataseptin käyttöaihe on TNF:n estäjiin vastaamaton aktiivinen nivelreuma. Metotreksaatin oheiskäyttö parantaa abataseptinkin tehoa.
- Biologisten lääkkeiden edusta aloituslääkkeenä verrattuna tavanomaisten reumalääkkeiden yhdistelmiin ei ole riittävää tutkimusnäyttöä.

Tulehduskipulääkkeitä käytetään vain tarvittaessa (ks. Käypä hoito -suositus Tulehduskipulääkkeiden turvallinen käyttö).

Suun kautta annettava pieniannoksinen (alle 10 mg/vrk prednisoloniekvivalenttia) glukokortikoidihoito vähentää nopeasti oireita ja niveltulehduslöydöksiä (turvotusta, arkuutta ja akuutin vaiheen proteiinien pitoisuutta) ^A. Myös keskipitkällä aikavälillä (alle kaksi vuotta) vaikuttavuus on hyvin osoitettu ^A. 2131

Glukokortikoidit hidastavat ainakin tuoreessa nivelreumassa niveltuhojen ilmaantumista^A. Systemiseen hoitoon liittyy kuitenkin runsaasti haittoja. Nivelensisäinen glukokortikoidi auttaa kipuun, vähentää nivelen turvotusta ja parantaa nivelen liikelaajuutta^B.

Osteoporoosin estäminen

Nivelreuma ja glukokortikoidihoito johtavat usein sekundaariseen osteoporoosiin ja lisäantyneeseen luunmurtumariskiinkin, joten osteoporoosin ehkäiseminen on tärkeää (Ks. Käypä hoito -suositus Osteoporoosi).

Ateroskleroosiriskin huomioiminen hoidossa

Nivelreuma on itsenäinen sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijä. Erityisesti metotreksaattihoito hidastaa ateroskleroosin kehittymistä ja vähentää kardiiovaskulaaritapahtumien ilmaantumista^B sekä kokonaiskuolleisuutta, mikä johtuu pääasiassa sepelvaltimokuolleisuuden vähenemisestä^B. Sydän- ja verisuonisairauden vaaran arvio kuuluu nivelreumapotilaan kokonaisarvioon.

Reumakirurgia

Reumakirurgia on tärkeä osa reumapotilaan kokonaisuhoitoa. Ehkäisevä jänteiden ja nivelten puhdistuskirurgia näyttää viime vuosina merkittävästi vähentyneen, mutta rekonstruktivisen kirurgian tarve (tekonivelkirurgia, nivelten muovaukset ja luudutukset) on pysynyt lähes ennallaan.

Hoidon seuranta ja yhteistyö

Erikoissairaanhoito arvioi hoidon primaarituloksen 3–6 kuukauden välein. Kun remissio tai hyvä hoitovaste on saavutettu, voi potilas siirtyä – yleensä 1–2 vuoden kuluttua – perusterveydenhuoltoon. Sairauden vaikeusaste tai lääkityksen seuranta voivat edellyttää erikoissairaanhoiton seurantaa. Kiinteä yhteistyö erikoissairaanhoiton ja perusterveydenhuollon välillä on välttämätöntä.

Mitä uutta päivityksessä?

Tuoretta nivelreumaa sairastavista 40–60 % on sitrullinipeptidivasta-ainepositiivisia. Sitrullinipeptidivasta-aineita esiintyy harvoin muissa tiloissa, ja niiden testaaminen on avuksi nivel-tulehduksen erotusdiagnostiikassa.

Nopea hoidon aloitus ja tehokas antireumaattinen hoito on keskeistä. Ensimmäisen vuoden aikana saavutettu remissio ennustaa pysyvää remissiota, vähäisempiä nivelvaurioita sekä parempaa toiminta- ja työkykyä.

Tavanomaiseen antireumaattiseen hoitoon (mukaan luettuina metotreksaatti ja lääkeyhdistelmät) vastaamatonta tautia hoidetaan ensisijaisesti tuumorinekroositekijä alfan estäjällä tai vaihtoehtoisesti joko rituksimabilla tai abataseptilla.

Nivelreuma on itsenäinen sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijä. Sydän- ja verisuonisairauden vaaran arvio kuuluu nivelreumapotilaan kokonaisarvioon. Tehokas antireumaattinen lääkehoito vähentää ateroskleroosin kliinisiä ilmentymiä ja kokonaiskuolleisuutta. ■

SUOMALAISEN LÄÄKÄRISEURAN DUODECIMIN JA SUOMEN REUMATOLOGISEN YHDISTYKSEN ASETTAMA TYÖRYHMÄ

Markku Hakala (pj.)
Pekka Hannonen
Tapani Helve
Markku Korpela
Kimmo Mattila
Timo Möttönen
Tiina Varis

Summary

Rheumatoid arthritis (updated Current Care guideline)

Anti-citrulline antibodies are highly specific to rheumatoid arthritis (RA) and are thus helpful in differential diagnosis. Early and aggressive disease modifying anti-rheumatic drug (DMARD) therapy is essential for a positive treatment result in cases of RA. Remission during the 1st year of treatment predicts permanent remission, milder joint damage and better functional ability. It is recommended that patients with an unsatisfactory response to DMARDs, including methotrexate and a combination of DMARDs, should be treated primarily with TNF blockers, and non-responders with rituximab or abatacept. RA is an independent risk factor for cardiovascular diseases. The assessment of cardiovascular risk must not be forgotten in daily practice.