

**MARKKU KAUPPI**dosentti, yllääkäri  
Päijät-Hämeen keskussairaala**AULIKKI KONONOFF**osastonylilääkäri  
KYS**KARI PUOLAKKA**dosentti, reumatologi  
Terveystalo**HEIKKI VALLEALA**dosentti, osastonylilääkäri  
HYKS**TOM PETERSSON**professori h.c.  
Helsinki**TUULIKKI SOKKA-ISLER**professori, osastonylilääkäri  
Itä-Suomen yliopisto ja  
Keski-Suomen keskussairaala**SIDONNAISUUDET**

Markku Kauppi: Konsultointi- ja luontopalkkiot, asiantuntijalausunnot (Abbvie, Berlin-Chemie Menarini, Berlin-Chemie Celgene, Pfizer, Roche).

Aulikki Kononoff: Asiantuntijalausunto (Abbvie), luontopalkkiot (Abbvie, Novartis, Sanofi, Roche), matka-, majoitus- ja kokouskulut (UCB).

Kari Puolakka: Konsultointipalkkiot (Abbvie, BMS, Lilly, Mylan, Novartis, Pfizer, Roche, Sanofi, Sandoz, UCB), asiantuntijalausunto (Abbvie, Pfizer), luontopalkkiot (Abbvie, Novartis, Pfizer, Roche), koulutusaineisto (Lilly).

Heikki Valleala: Konsultointipalkkiot (Abbvie, Pfizer, Roche, Sanofi-Aventis, UCB), luontopalkkiot (MSD, Pfizer, Roche, Sanofi-Aventis), matka-, majoitus- ja kokouskulut (Pfizer, Roche, UCB).

Tom Pettersson: Konsultointipalkkiot ja asiantuntijalausunnot (Roche, Swedish Orphan Biovitrum), luontopalkkiot (Novartis, Roche, Swedish Orphan Biovitrum).

Tuulikki Sokka-Isler: Konsultointipalkkiot (Abbvie, BMS, Celgene, DiaGraphIT, Medac, MSD, Novartis, Orionpharma, Pfizer, Roche, Sandoz, UCB), asiantuntijalausunnot (Celgene, Novartis, Roche), luontopalkkiot (Abbvie, Celgene, Medac, MSD, Novartis, Pfizer, Roche, Sandoz, ThermoFisher).

# Jättisoluarteriitin uusi lääke pitää saada korvattavaksi suomalaispotilaillekin

Jättisoluarteriitti on isojen valtimoiden verisuonitulehdus, joka voi aiheuttaa vakavia ja peruuttamattomia komplikaatioita. Tulehdusta voi esiintyä yhdellä tai usealla valtimoalueella, tyypillisimmin ohimovaltimoissa ja silmiin verta vievissä suonissa, mutta myös aortassa ja sen haaroissa. Jokseenkin kaikki sairastuneet ovat yli 50-vuotiaita, ja keskimääräinen sairastumisikä on noin 70 vuotta.

Arteriitin syytä ei tunneta, ja se voi ilmaantua varsin akuutisti. Hallitsevia oireita ovat päänsärky, hartian tai lantion ja reisien kivut, kuume, yleinen kipu ja kankeus. Lasko ja CRP ovat tyypillisesti koholla. Jos valtimotulehdus paikantuu silmävaltimoihin, on sokeutumisen vaara ilmeinen. Valtimoihin voi myös kehittyä aneurysmia. Suomessa sairastuneita on vuosittain yli 400.

Jättisoluarteriittia on hoidettu vuosikymmenet suuriannoksella glukokortikoidihoidolla. Viivyttämättä aloitettuna se voi pelastaa potilaan näön ja estää muita elinvaurioita, mutta sillä on monia tunnettuja, ikäviä sivuvaikutuksia. Välittömiä haittoja ovat univaikeudet ja harvinaisena jopa psykoosi on mahdollinen. Hoitoa jatkettaessa ilmenee lähes väistämättä painonnousua, kuukasvoisuutta, ihon ja luuston haurastumista, lihaskatoa, verenpaineen nousua sekä glukoosin siedon huononemista. Näitä ongelmia ilmenee sitä varmemmin, mitä suurempi inflammaation sammuttamiseen tarvittava lääkeannos on.

Glukokortikoidihoitoa tarvitaan yleensä pari vuotta. Suurimmalla osalla potilaista lääkitys voidaan sinä aikana vähitellen purkaa, mutta joillekin jää pysyvän hoidon tarve.

Tosilitsumabi on biologinen lääke, interleukiini 6 -reseptorin vasta-aine, jota on käytetty menestyksekkäästi jo kymmenen vuoden ajan nivelreuman hoitoon. Interleukiini 6 on keskeinen sytokiini jättisoluarteriitin patogeneesissä, ja tosilitsumabin on havaittu tehoavan myös siihen.

Tehon osoittaneiden kliinisten lääketutkimusten perusteella Euroopan lääkeviranomaisen EMA hyväksyi syyskuussa 2017 tosilitsumabi-

mabille käyttöaiheeksi jättisoluarteriitin hoidon. Vakavaan sairauteen saatiin siis yli 70 vuoteen uusi lääke. Tosilitsumabi on itse asiassa ainoa lääke, joka on hyväksytty Euroopassa nimenomaan jättisoluarteriitin hoitoon. Tehokkaita vaihtoehtoja ei glukokortikoidien lisäksi ole.

Tosilitsumabia voidaan käyttää jättisoluarteriitin hoitoon useissa maissa, esimerkkeinä Ruotsi, Tanska, Kanada, Britannia, USA, Sveitsi, Alankomaat, Saksa, Ranska, Irlanti, Itävalta, Italia, Kreikka, Viro, Kroatia, Slovenia, Montenegro ja Tsekki. Suomessa asia on toisin. Tosilitsumabin korvattavuus jättisoluarteriitin hoidossa sai kielteisen päätöksen lääkkeiden hintalautakunnalta (HILA) 7.5.2019. Nivelreuman hoitoon se on Suomessakin käytössä ja Kelan korvaama.

Jättisoluarteriittipotilaita hoitavina reumatologeina olemme useasta syystä huolissamme HILAn päätöksestä:

1) Kyseessä on lääke, joka jättisoluarteriitin hoidossa vähentäisi suurten glukokortikoidiannosten tarvetta. Tällöin glukokortikoidien haittoja voitaisiin välttää tässä potilasryhmässä, jossa haittariskit ovat iästä sekä muista sairauksista ja lääkkehoidosta johtuen erityisen suuret.

2) Tutkimusnäytön perusteella on tosilitsumabia Suomessakin menestyksekkäästi käytetty vaikean jättisoluarteriitin hoidossa antamalla sitä sairaaloiden kustantamina kuukausittaisina infuusioina. Potilaan olisi kuitenkin teknisesti mahdollista ottaa lääke itse ihon alle pistäen, jos lääkemudolla olisi korvattavuus. Subkutaanisen tosilitsumabin korvattavuus poistaisi työvoimaa kysyvien sairaalainfuusioiden tarpeen eikä potilaiden tarvitsisi matkustaa toistuvasti sairaalaan. Kustannuksia siis säästyisi.

3) Nivelreuman hoidossa ihon alle annettava tosilitsumabi on korvattava, ja se on käytettävissä samoilla aiheilla kuin muutkin biologiset lääkkeet. Nivelreuma on krooninen sairaus, jossa lääkähoidon tarve jatkuu vuosia ja jopa vuosikymmeniä. Sen sijaan jättisoluarteriitti väistyy yli 50 % potilaista kahden vuoden aikana ja vain harvoin kroonistuu. Voidaan arvioida, että

#### KIRJALLISUUTTA

<https://www.roche.com/media/releases/med-cor-2017-09-22b.htm>  
<http://www.hila.fi/fi/tiedotteet-ja-luettelot/luettelot/kokouspaatokset;jsessionid=b94a5b4435ec71771139762c54e4>

yhden nivelreumapotilaan 10 vuoden hoitoon tarvittavalla tosilitsumabimäärällä voitaisiin hoitaa ainakin 5 jättisoluarteriittipotilasta.

4) Jättisoluarteriittipotilaat eivät ole tasarvoisessa asemassa nivelreumapotilaisiin nähden. Syytä tähän on vaikea ymmärtää. Nivelreuman hoitoon on käytössä useita lääkkeitä, mutta jättisoluarteriittipotilaiden lääkehoitovaihtoehdot ovat kovin rajalliset.

5) Jättisoluarteriitti on vakava sairaus, jonka hoidon pitää komplikaatioiden estämiseksi olla tehokasta. Pitkittyvä suuriannoksinen glukokortikoidihoito voi johtaa pahoihin komplikaatioihin. Jo sairauden diagnosointivaiheessa reumatologi voi nähdä erityisen suuren glukokortikoidien komplikaatoriskin esimerkiksi diabeetikoilla ja monisairailta. Tällöin pitkäaikaisen suuriannoksinen glukokortikoidihoidon aloitta-

minen on epäeettistä, kun turvallisempi tehokas hoito on olemassa.

6) Osalla jättisoluarteriittipotilaista glukokortikoidihoito sujuu tyydyttävästi, ja tosilitsumabin tarve voitaisiin rajata ennalta ongelmallisiin potilaisiin sekä niihin, jotka saavat glukokortikoidihoidon aikana vaikeita sivuvaikutuksia.

Haluamme esittää huolestamme suomalaisten jättisoluarteriittiin sairastuneiden potilaiden eriarvoisuudesta monien muiden maiden jättisoluarteriitti- ja suomalaisiin nivelreumapotilaisiin verrattuna. Tosilitsumabin ihon alle annettavalle muodolle tulisi hyväksyä peruskorvattu vuus jättisoluarteriitin hoidossa, jotta lääketieteellisesti perusteltu hoitomuoto voitaisiin komplikaatioiden minimoimiseksi ottaa käyttöön valikoiduilla jättisoluarteriittipotilailla. ●

#### ANU RAEVUORI

dosentti, LT, erikoislääkäri  
(nuorisopsykiatria,  
terveydenhuolto)

## Erikoisaloille jakautuminen juontaa juurensa valintakokeisiin

Lääkärilehdessä 19/2020 käsiteltiin erikoislääkärin koulutustarvetta juuri valmistuneen selvityksen valossa (1). Artikkelissa todettiin, että erikoistuvia lääkäreitä tarvitaan enemmän muun muassa psykiatrian aloille, keuhkosairauksiin ja fysiatriaan, kun taas kirurgisille aloille haluavista on ylitarjontaa. Samassa numerossa uutisoitiin myös koronapandemian vuoksi lääketieteellisten valintakokeisiin tehdystä muutoksista (2), joiden seurauksena 65 % aloituspaikoista varataan nyt ensimmäistä korkeakoulupaikkaa hakeville ja 75 % paikoista ratkaistaan todistusvalinnan perusteella.

Epätasainen jakautuminen erikoisaloille on jatkunut jo pitkään, ja epäilen, että todistusvalinnan painottaminen ja nuorimpien ylioppilaiden ylenmääräinen suosiminen valinnassa ei tilannetta muuta. On myös hämmästyttävää, että ongelman ratkaisukeinoiksi edelleen esitetään ”ylhäältä tulevaa ohjausta” ja erityisesti psykiatrian kohdalla erikoisalan sisältä lähtevää ”imagon parantamista”. Paljon tehok-

kaampaa olisi satsata valittavien opiskelijoiden lahjakkuusprofiilin ja persoonallisuuden monimuotoisuuteen, joka heijastuisi suoraan monipuolisempaan ja tasaisempaan kiinnostuksena lääketieteen eri erikoisaloja kohtaan.

Identiteetin kehitys on lukion lopussa monella nuorella vielä kesken, mikä voi näkyä koulussa alisuoriutumisenä omiin kykyihin nähden. Kuitenkin hieman pidemmän identiteetin etsimisprosessin läpikäymisestä voi olla paljon hyötyä lääkärintyössä, varsinkin humanistisesti painottuneilla erikoisaloilla, joissa ihmisen kohtaaminen korostuu. On menetys kaikille osapuolille, jos hitaammin kehittyvät ja itsensä etsijät rajataan pois lääketieteen opinnoista jo valintakokeissa.

Jos taas humanistisesti painottuneille erikoisaloille, kuten yleislääketieteeseen tai psykiatriaan, todella halutaan lisää erikoistuvia, näitä sisältöjä tulisi jollain tavoin painottaa jo valintakokeissa. Kuitenkin edelleen valintakokeissa luonnontieteiden rooli on ylikorostunut, samal-

#### KIRJALLISUUTTA

- 1 Vierula H. Keuhkolääkäreille riittäisi kysyntää. Suom Lääkäril 2020;75:1106-8.
- 2 Toikkanen U. Valinta lääketieteelliseen muuttuu. Suom Lääkäril 2020;75:1099.

la kun humanistiset aineet, kuten psykologia, jota todella tarvittaisiin lääkärin ydintyössä, puuttuvat.

Useissa maailman parhaimpien lääketieteen oppilaitosten (esimerkiksi Harvardin yliopisto Yhdysvalloissa tai Karoliininen Instituutti Tukholmassa) pääsykokeissa akateemisten taitojen testauksen rinnalla on haastattelu, jonka toteuttaminen tasapuolisesti saattaa olla vaikeaa.

Tällä on kuitenkin ymmärtääkseni saatu lisättyä mainittua opiskelijoiden diversiteettiä, jonka ainakin potilaat ovat kokeneet myönteisenä. Uskon itse, että Suomessakin lääkäriopiskelijoiden valintakriteerien kehittämistä kykyjen monimuotoisuuden ja persoonallisuuden kehityksen paremmin huomioivaan suuntaan hyötyisivät sekä potilaat että koko lääketieteen kenttä. ●

**KIRSI HALLIKAINEN**  
PsM, psykologi

## Masennuslääkkeiden vieroitusoireista tarvitaan keskustelua, koulutusta ja tutkimusta

### KIRJALLISUUTTA

- 1 Isometsä E. Lopettamisvaiheen oireet eivät todista riippuvuutta. *Suom Lääkäril* 2020;75:1114–5.
- 2 Valtonen J. Kuinka kovaa potilaiden pitää huutaa? *Suom Lääkäril* 2020;75:1115–6.
- 3 Parr JM, Kavanagh DJ, Young RM, McCafferty K. Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: a qualitative analysis. *Soc Sci Med* 2006;62:1237–49.
- 4 Targum S. Identification and treatment of antidepressant tachyphylaxis. *Innov Clin Neurosci* 2014;11:24–8.
- 5 Fava GA. Long-term treatment with antidepressant drugs: The spectacular achievements of propaganda. *Psychother Psychosom* 2002;71:127–32.
- 6 Hengartner MP, Davies J, Read J. Antidepressant withdrawal—the tide is finally turning. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2020;29:1–3.
- 7 Koponen H, Viikki M, Leinonen E. Masennuslääkityksen lopettamisvaiheen ongelmat. *Suom Lääkäril* 2017;72:2747–9.
- 8 Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry* 2019;6:538–46.

### SIDONNAISUUDET

Kirsi Hallikainen: Ei sidonnoiksi.

Olen iloinen, että keskustelu masennuslääkkeiden vieroitusoireista on yltänyt sanomalehtien sivuilta myös Lääkärilehteen (SLL 19/2020) (1,2). Haluan kommentoida keskustelua ammattilaisen ja potilaan kaksoisroolista.

Keskivertoihmiselle riippuvuus ja vaikeus lopettaa fysiologisten oireiden vuoksi tarkoittavat samaa asiaa. Tämä vuoksi vieroitusoireista kärsivät tuntevat olonsa petetyiksi; olihan heille luvattu, että masennuslääke ei aiheuta riippuvuutta. Käyttäjistä tuntuu absurdilta saivartelu käsitteistä, kun kyseessä on ilmiö, jonka vuoksi ihmiset menettävät terveytensä ja työkykynsä. Bentsodiatsepiineissäkin enemmistölle käyttäjistä suurin ongelma ovat fysiologisesta riippuvuudesta johtuvat vieroitusoireet eikä lääkkeiden hallitsematon käyttö päihtymiseen tai nautinnon hakemiseen (3). Lisäksi SSRI-lääkeisiin voi liittyä toleranssin kehittymistä (4,5).

Kuten Isometsä kirjoittaa, fysiologisesta riippuvuudesta johtuvat oireet on tosiaan tunnettu vuosikymmeniä. Siksi onkin kummallista, että masennuslääkkeiden pitkäaikaisen käytön vaikutuksia on tutkittu niin vähän eikä vieroitusoireisiin ole kiinnitetty huomiota (6). Ymmärrys vieroitusoireista on perustunut tutkimuksiin, joissa masennuslääkkeitä on käytetty yleensä enintään kolme kuukautta (7), vaikka tiedetään, että vieroitusoireita aiheutuu todennäköisemmin, jos lääkkeitä on käytetty pitkään (8).

Kliinisen kokemuksen luotettavuutta hämentää se, että pitkittyneet vieroitusoireet on tulkittu muusta kuin lääkityksen lopettamisesta johtuviksi, koska vallitseva käsitys on virheellisesti ollut, että oireet kestäisivät vain muutamia viikkoja (6). Tarvitsemme siis aiheesta laadukasta tutkimusta ja nöyrää suhtautumista ihmisten kokemusten edessä.

Viimeaikaisen tutkimuksen ja potilasaktiivisten työn ansiosta masennuslääkkeiden käytön lopettamista käsitellään nyt hieman enemmän myös Käypä hoito -suosituksessa, mikä on erittäin tärkeä asia. Suosituksen pitäisi kuitenkin lähteä siitä, että etenkin vuosia jatkunut lääkkeiden käyttö lopetetaan lähtökohtaisesti hyvin pienin askelin eikä ihmisiä altisteta tarpeettomille haitoille ja kärsimykselle (8).

Olen kuullut valitettavan usein, että niin yleislääkärit kuin psykiatritkin ovat vieroitusoireiden edessä hämillään ja neuvottomia. Siksi toivoisin, että aiheesta järjestetään koulutusta, jossa äänessä saisivat olla myös eriasteisista vieroitusoireista kärsineet potilaat. ●