

**REBEKKA ORTIZ**

LL, yleislääketieteen ja neurologian erikoislääkäri  
HYKS Neurokeskus, neurologian linja ja Helsingin yliopisto, Clinicum, kliiniset neurotieteet  
TAYS, Neuroalojen ja kuntoutuksen vastuualue, neurologian vastuuyksikkö

**FILIP SCHEPERJANS**

LT, neurologian erikoislääkäri  
HYKS Neurokeskus, neurologian linja ja Helsingin yliopisto, Clinicum, kliiniset neurotieteet

**TUOMAS MERTSALMI**

LL, erikoistuva lääkäri  
HYKS Neurokeskus, neurologian linja ja Helsingin yliopisto, Clinicum, kliiniset neurotieteet

**EERO PEKKONEN**

dosentti, neurologian erikoislääkäri, osastonylilääkäri  
HYKS Neurokeskus, neurologian linja ja Helsingin yliopisto, Clinicum, kliiniset neurotieteet

**KIRJALLISUUTTA**

- 1 Helander H, Lahtinen M, Katisko J, Uusimaa J, Vieira P. Syväaivostimulaatio lasten ja nuorten dystonioiden hoidossa. *Suom Lääkäril* 2020;75:395–400.
- 2 Ortiz R, Scheperjans F, Mertsalmi T, Pekkonen E. The prevalence of adult-onset isolated dystonia in Finland 2007–2016. *PLoS One* 2018;13(11):e0207729.
- 3 A prevalence study of primary dystonia in eight European countries. *Epidemiological Study of Dystonia in Europe (ESDE) Collaborative Group. J Neurol* 2000;247(10):787–92.
- 4 Ortiz RM, Scheperjans F, Pekkonen E. Deep brain stimulation for dystonia in Finland during 2007–2016. *BMC Neurol* 2019;19(1):137.

**ERKKI ISOMETSÄ**

psykiatrian professori  
Helsingin yliopisto  
Depression Käypä hoito -työryhmän puheenjohtaja

## Dystoniat ja syväaivostimulaatio aikuisilla

Kollegojen Heli Helander ym. mielenkiintoisen artikkeli syväaivostimulaatiosta lasten ja nuorten dystonioiden hoidossa (SLL 7/2020) (1) on aiheeltaan tärkeä, vaikka sairaus ei olekaan kovin yleinen. Syväaivostimulaatio on osoittautunut tehokkaaksi hoitomuodoksi dystoniassa niin lapsilla, nuorilla kuin aikuisillakin silloin, kun läkehoidolla ei saada tyydyttävää vastetta oireisiin. Aihe vaatii laajempaa huomiota, sillä kuten artikkelissa todetaan, jotkut potilaat voivat jäädä hoidon ulkopuolelle systemaattisen arvioinnin puutteen vuoksi.

Artikkelissa mainittiin, ettei Suomessa ole tehty dystoniasta epidemiologista tutkimusta. Haluamme tässä tuoda esiin, että julkaisimme hiljattain tutkimuksen aikuisiällä alkaneiden dystonioiden esiintyvyydestä Suomessa (2). Totesimme siinä, että aikuisiällä alkaneet dystoniat ovat tavallisempia kuin aiemmin on todettu (3). Kaikkien dystonioiden esiintyvyys oli 405 potilasta miljoonaa henkeä kohden. Etenkin servikaalisen dystonian esiintyvyys oli suuri, 304 potilasta miljoonaa henkeä kohden. Tämä on huomattavasti enemmän kuin useissa muissa tutkituissa maissa. Lasten ja nuorten dystonioiden esiintyvyyttä ei tutkittu.

Lisäksi olemme kartoittaneet dystoniaan annetun syväaivostimulaation toteutumista neljässä yliopistosairaalassa vuosina 2007–2016 (4). Tutkimuksessamme oli 37 potilasta,

joista viidellä oli lapsuusiässä ja kolmella nuoruusiässä alkanut dystonia. Suurimmalle osalle potilaista syväaivostimulaatio oli aloitettu aikuisiässä. Motoriset oireet olivat helpottaneet 55 %:lla vuoden kuluttua toimenpiteestä. Yleisimmät sivuvaikutukset olivat toimenpiteeseen liittyvät tulehdukset, jotka johtivat 11 %:lla revisiotoimenpiteeseen. Yleisimpiä stimulaatioon liittyviä sivuvaikutuksia olivat dysartria ja raajojen koordinaation ongelmat. Suurin osa näistä hävisi stimulaatioparametreja säättämällä. ●

**SIDONNAISUUDET**

Rebekka Ortiz: Apurahat (Suomen Parkinson-säätiö), luentopalkkio (Suomen Parkinsonliitto), matka-, majoitus ja kokouskulut (Allergan).

Filip Scheperjans: Apurahat (Suomen Lääketieteen Säätiö, Suomen Akatemia), konsultointipalkkiot (Axial Biotherapeutics, LivaNova, Orion, UCB), luentopalkkiot (Orion, UCB, Zambon), osakkeet ja toimitusjohtaja (Neuroinnovation Oy), osakeoptiot (Axial Biotherapeutics), patentit (FI127671B, US10139408B2, EP3149205A4, US16/186,663).

Tuomas Mertsalmi: Apurahat (Suomen Parkinson-säätiö, Maire Taposen säätiö), matka-, majoitus ja kokouskulut (Helsingin yliopisto, International Parkinson and Movement Disorder Society, Suomen Parkinson-säätiö).

Eero Pekkonen: Konsultointipalkkio (Abbvie), työsuhte (Potilasvakuutuskeskus), asiantuntijalausunto (Abbvie, Nordclin Care, Zambon), apurahat (valtion TYH-rahoitus), luentopalkkiot (Abbott, Abbvie, Medtronic, Orion), matka-, majoitus ja kokouskulut (Abbott, Abbvie, Boston Scientific), Suomen vastuuhenkilö DYSCOVER-tutkimuksessa 2017–19 (organized by Abbvie).

## Lopettamisvaiheen oireet eivät todista riippuvuutta

Psykologi Jussi Valtonen käsitteli kolumnissaan *Lääkärilehdessä* 13/2020 (1) masennuslääkkeiden vieroitusoireita. Hän mm. jätti kertomatta, että 8.1.2020 julkaistu depression Käypä hoito -suositusten päivitys sisältää

aiempaa laajempaa ohjeistuksen vieroitusoireiden hallinnasta.

Valtonen on tyytymätön siihen, että julkisessa keskustelussa paljon tilaa saaneiden potilaskokemusten ohella toimittajat ovat pyytäneet

## KIRJALLISUUTTA

- 1 Valtonen J. Valikoivia havahtumisia. *Lääkärilehti* 2020;75:856.
- 2 Davies J, Read J. A systematic review into incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? *Addictive Behaviors* 2019;97:111–21.

## SIDONNAISUUDET

Erkki Isometsä: Sivutoimet: yllääkäri (osa-aikainen), HUS psykiatria, yksityispsykiatri (osa-aikainen), Psykiatrin palvelukeskus Artes 1.7.2019 saakka. Luento-, koulutus- ja asiantuntijapalkkiot (Kognitiivisen psykoterapian keskus Luote Oy, Farmasian oppimiskeskus).  
Luottamustoimet: Suomen Psykiatryhdistys, varapuheenjohtaja 2018–19 ja puheenjohtaja 2020–21, Yrjö Jahnssoinin säätiö, lääketieteellinen asiantuntija 2016–2018.  
Ohjaushankkeet: Helsingin yliopisto, psykoterapeuttikoulutuksen johtoryhmä. Muut sidonnaisuudet: Kulukorvauksia tieteellisiltä järjestöiltä (International Society for Bipolar Disorders ISBD, International Academy of Suicide Research IASR), seminaarikulut (Föreningen Norden), luentopalkkio kutsuluennosta (American Psychiatric Association APA), tekijänpalkkiot (Kustannus Oy Duodecim).

## JUSSI VALTONEN

PsT, vieraileva professori, Taideyliopisto tutkijatohtori, Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta

## KIRJALLISUUTTA

- 1 Massabki I, Abi-Jaoude E. Selective serotonin reuptake inhibitor 'discontinuation syndrome' or withdrawal. *Br J Psychiatry* 2020;1–4. <http://doi.org/10.1192/bjp.2019.269>
- 2 Nielsen M, Hansen E, Gøtzsche P. What is the difference between dependence and withdrawal reactions? A comparison of benzodiazepines and selective serotonin reuptake inhibitors. *Addiction* 2012;107:900–8.
- 3 Fava GA, Gatti A, Belaise C, Guidi J, Offidani E. Withdrawal symptoms after selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation: a systematic review. *Psychother Psychosom* 2015;84:72–81. <https://doi.org/10.1159/000370338>
- 4 Stockmann T. What it was like to stop an antidepressant. *Ther Adv Psychopharmacol* 2019. [doi:10.1177/2045125319884834](https://doi.org/10.1177/2045125319884834).

myös asiantuntijoita kommentoimaan asiaa. En ymmärrä, miten asiantuntijoiden sivuuttaminen edistäisi ongelmien ratkaisua. En tunne kaikkitietävää tai erehtymätöntä asiantuntijaa, mutta heidän tehtävänsä on osata asettaa ongelmat mittasuhteisiinsa, ja haastattelupyyntöistä kieltäytyvää todennäköisesti syytettäisiin vastuunpakoilusta.

Masennuslääkkeet eivät aiheuta eivätkä pelkät lopettamisvaiheen oireet vielä todista riippuvuutta. Riippuvuuksien tunnusmerkkejä ovat voimakas halu ja pakonomainen tarve käyttää ainetta, heikentynyt kyky kontrolloida käytön aloittamista, lopettamista tai määrää, fysiologinen vieroitusoireisto, sietokyvyn kasvu, keskittymisen aineen käyttöön muun toiminnan kustannuksella sekä jatkuva käyttö haitoista huolimatta. Toisin kuin masennuslääkkeitä, opioideja ja bentsodiatsepiineja myydään katu-kaupassa, ja riippuvuus niihin löytyy tautiluokituksesta.

Useimpien psykofarmakoiden säännöllinen käyttö on syytä lopettaa asteittain. Antikolinergisten psykoosilääkkeiden ja antidepressanttien tai litiumhoidon lopettamiseen liittyvät re-

bound-oireet on tunnettu jo vuosikymmeniä. Pidän oletusarvoisena, että erikoislääkärit tuntevat tällaiset ongelmat paremmin kuin yleislääkärit.

Suomessa on käytössä 22 erilaista masennuslääkettä. Vieroitusoireet ovat yleisimpiä lyhimän puoliintumisajan paroksetiinilla ja venlafaksiinilla. Joillakin muilla lääkkeillä taas ei ole todettu selvää eroa lääkkeen ja lumelääkkeen välillä. Vieroitusoireiden esiintymiseen vaikuttavat lääkkeen farmakologiset ominaisuudet, annostelu, hoidon kesto ja annoksen pienentämisen nopeus. Väitteet vieroitusoireiden esiintymisestä yli puolella kaikkien masennuslääkkeiden käyttäjistä ja vaikeudesta 46 %:lla oireita kokeneista ovat epäuskottavia. Vaikeusasteen osalta ne pohjautuvat nettikyselyihin (2).

En tiedä kenenkään asiantuntijan paheksuneen sitä, että potilaat hakevat neuvoja toisiltaan. Masennuslääkkeet kuitenkin ovat lääkärin määräämiä reseptilääkkeitä, ja niiden käytön lopettamiseen liittyvissä ongelmissa vastuu kuuluu terveydenhuollolle. Nämä ongelmat tulisi kohdata siellä. ●

# Kuinka kovaa potilaiden pitää huutaa?

Kiitos Erkki Isometsälle kommenteista, toivoin kuitenkin että kolumnini herättäisi keskustelua.

Olinko tosiaan ”tyytymätön siihen, että toimittajat ovat pyytäneet myös asiantuntijoita kommentoimaan”? En tietenkään. Olin tyytymätön siihen, kuinka kovaa potilaiden pitää karjua tullakseen kuulluiksi.

En tarkoittanut kinata riippuvuus-termistä. Eri aineilla on toki eroja. Tapamme puhua masennuslääkkeistä on osoittautunut silti harhaanjohtavaksi niin asiantuntijoiden (1–3) kuin käyttäjienkin (4) mukaan. Jos sanoo, että lääkkeistä ei voi tulla riippuvaiseksi, moni tulkitsee, että lopettaminen olisi kaikille helppoa. Näin ei selvästi ole.

Ongelman syvyys on tullut ammattilaisille yllätyksenä (3–7), minkä voisi minusta reilusti myöntää. On kuvaavaa, että käyttäjä joutuu

taistelemaan vieroitusoireidensa kanssa ihmeissään ja yksin konsteja nettipalstoilta improvisoiden – vaikka olisi koulutettu psykiatri itsekkin (4).

Toimittajia halusin kannustaa huomaamaan, että tiedeyhteisössä on eri näkemyksiä ongelman mittakaavasta. Kommentissa kutsutaan epäuskottavaksi systemaattista katsausta, jonka mukaan 56 % saa masennuslääkkeistä vieroitusoireita, mutta 15 eurooppalaista tutkijaa BMJ:ssä pitää arviota luotettavimpana joka on saatavilla (5).

On arvokasta, että Käypä hoito -suositusten 30-sivuisessa tekstissä on nyt edes viisi virkettä vieroitusoireista. Osuudesta ei millään arvaisi, kuinka yleisiä ja invalidisoivia oireet voivat olla (2–7). Suositus päättyy myös jännittävästi päinvastaiseen kuin tutkijat, joihin se viittaa: lääki-

- 5 Davies J, Read J, Hengartner MP ym. Clinical guidelines on antidepressant withdrawal urgently need updating. *BMJ* 2019;365:l2238. doi: 10.1136/bmj.l2238
- 6 Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry* 2019;6:538–46. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30032-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30032-X)
- 7 Hengartner MP, Davies J, Read J. Antidepressant withdrawal – the tide is finally turning. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2020;29:e52:1-3. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000465>
- 8 Aviv R. The challenge of going off psychiatric drugs. *The New Yorker* 1.4.2019. <https://www.newyorker.com/magazine/2019/04/08/the-challenge-of-going-off-psychiatric-drugs>

tys suositellaan lopettamaan ”asteittain muutamassa viikossa”, vaikka viitteen (6) mukaan annoksen lineaarinen pienentäminen 2–4 viikossa ei auta vieroitusoireisiin ja on monelle liian nopeaa.

Mikä auttaisi meitä kuuntelemaan potilaita herkemmin? Ystäväni, joka joutui sairaalaan yrittäessään lopettaa lääkityksensä, tapasi amfetamiinin käyttäjän, joka kertoi, että SSRI-lääkkeiden lopettaminen tuntui samalta kuin amfetamiinin vieroitusoireet. ”Se ei ole totta”, osaston psykiatri sanoi. ”Mutta sinulla on oikeus kokemukseesi.” Psykofarmakologian professori David Taylor toteaa, että hänkin ”luultavasti uskoi standarditekstejä”, jos ei olisi itse koke-

nut vieroitusta, joka oli ”aivan toista kuin paperilla”, ”pelottava ja kiduttava kokemus” (8).

Huolestuttavan moni kertoo, että terveydenhuollosta apua ei saa. Käyttäjiä on Suomessa melkoinen määrä. Voisimmeko ottaa tutkimusnäytön vakavasti, kuten muualla Euroopassa (7), ja ryhtyä miettimään, kuinka parhaiten auttaa? ●

#### BJÖRN FALCK

dosentti, kliinisen neurofysiologian erikoislääkäri  
Suomen Neurolaboratorio, Turku

## Hermovaurio leikkauksen yhteydessä voi syntyä muutenkin kuin kirurgin aiheuttamana

Professori Martti Vastamäki on kirjoittanut laajan katsauksen leikkauksiin liittyvistä hermovaurioista (SLL 13/2020) (1). Kirjoitus keskittyy yksinomaan toimenpiteen aiheuttamiin suoriin hermovaurioihin. Kaikki perioperatiiviset hermovauriot eivät kuitenkaan ole kirurgin suoraan aiheuttamia. Potilaan hoidon ja kirurgin oikeusturvan kannalta on tärkeä tunnistaa myös muut syyt.

Tavallinen vaurio leikkausalueella tai sen ulkopuolella on tilapäisen paineen aiheuttama, erityisesti n. ulnariksen vaurio kyynärpään kohdalla. Tämä syntyy tavallisesti leikkauksen jälkeen potilaan maataessa tokkuraisena kyynärpää staattisesti koukussa heräämössä tai vuodeosastolla (2).

Leikkaus voi laukaista neuralgisen amyotrofian (NA) (2), paikallisen immuunivälitteisen hermovaurion, joka esiintyy lähinnä yläraajojen hermoissa. Vaurio syntyy tunteja tai viikkoja leikkauksen jälkeen (3). Oireet alkavat voimakkaalla kivulla, johon liittyy neurologisia puutosoireita.

Paikallispuudutus voi myös aiheuttaa hermovaurion. Syyinä pidetään mekaanisen vaurion ja

anestesia-aineen yhdysvaikutusta. Plexus brachialiksen anestesiaan voi liittyä plexus brachialiksen tai n. phrenicuksen vaurio.

Hermovaurion diagnoosi perustuu anamneesiin, kliinisiin löydöksiin, ENMG-tutkimukseen ja kaikukuvaukseen, josta on tullut tärkeä työkalu myös kliiniselle neurofysiologille. Kun vaurion paikka, laatu, aste syy ja haitta ovat selvillä, on mahdollista suunnitella hoito ja arvioida ennuste.

Tilapäisen paineen (n. ulnaris) ja venytyksen (n. ischiadicus lonkkaleikkauksissa) aiheuttamat hermovauriot korjaantuvat konservatiivisella hoidolla, eikä niitä ole syytä leikata. Neuralgisen amyotrofian hoito on myös konservatiivinen. Kipu korjaantuu yleensä muutamassa viikossa. Lihaskoivu korjaantuu, mutta voimakkaassa vauriossa esiintyy jäännösoireita.

Kun vaurion on aiheuttanut veitsi tai neula, voi leikkaus olla tarpeen, vaikka kyseessä olisi vain osittainen vaurio. Jos edes osa hermon fasciculuksista on viilletty poikki, ei aksonaaliselle reinnervaatiolle ole edellytyksiä. Leikkauksessa käytetyt levyt ja vaijerit voivat myös painaa her-

#### KIRJALLISUUTTA

- 1 Vastamäki M. Hermovaurio leikkauksen jälkeen vaatii nopean ja asiantuntevan hoidon. *Suom Lääkäril* 2020;75:811–6.
- 2 Warner MA. Et al Ulnar neuropathy. Incidence, outcome and risk factors in sedated or anesthetized patients. *Anesthesiology* 1994;81:1332–40.
- 3 Van Eijk, Groothuis JT, Van Alfen N. Neuralgic amyotrophy: An update on diagnosis, pathophysiology, and treatment. *Muscle Nerve* 2016;53:337–50.

#### SIDONNAISUUDET

Björn Falck: Ei sidonnaisuuksia.

moa tai hermo on arven puristuksissa, jolloin leikkaus on tarpeen.

Ennen leikkausta on hyvä miettiä, mikä on vaurion haitta. Polven tekonivelleikkauksissa leikkausviilto kulkee infrapatellaarihermon yli ja hermo katkeaa aiheuttaen 5 x 5 cm:n hypoestesian patellan ulkosivulle. Tästä on harvoin

haittaa eikä sitä ole syytä leikata. Tilanne on toinen, jos potilaalla on neuropaattinen kipu. Sormien hypoestesiasta on useimmiten haittaa, ja se vaikuttaa hoitopäätökseen.

Mikäli asianmukaisen diagnostiikan jälkeen hermovaurion hoidossa leikkaus voi olla tarpeen, on käsikirurgin konsultaatio paikallaan. ●

**MARTTI VASTAMÄKI**  
professori, käsikirurgian dosentti

## Tärkeitä täydennyksiä

Kiitän kommentista dosentti Falckia, jota olen pitänyt jo vuosikymmeniä alallaan maamme eturivin miehenä. Olen samaa mieltä kaikista hänen esittämistään asioista. Osaa asioista en voinut esittää kirjoituksessani lehden merkkipäärajoituksen takia, osaa en ole itse osannut esittää yhtä selkeästi kuin dosentti Falck kommentissaan.

On aivan totta, että kaikki perioperatiiviset hermovauriot eivät ole kirurgin suoraan aiheuttamia, ja kirjoituksessani tämä käy ilmi esimerkiksi iskiashermon vaurioiden kohdalla. Kirjoitukseni käsittelee yleisesti leikkauksen jälkeisiä hermovammoja, ei varsinaisesti kirurgin ehkä virheellisen toiminnan aiheuttamia, vaikka esimerkiksi accessoriushermon vauriot leikkauksessa voidaan käytännössä aina katsoa kirurgin suoraan aiheuttamiksi, jos ei ole ollut kysymys syöpäkirurgiasta.

Erittäin tärkeä lisäys kirjoitukseeni on se, että n. ulnariksen vaurio kyynärpään kohdalla ”syn-tyy tavallisesti leikkauksen jälkeen potilaan maatessa tokkuraisena kyynärpää staattisesti koukussa heräämössä tai vuodeosastolla”. Itse asiassa käsitykseni on kymmeniä vuosia ollut se, että leikkauksen jälkeinen ulnaarihermovaurio johtuu useimmiten siitä, että leikkauks-pöydällä jokin painaa ulnaarihermoa kyynär-seudussa. Olen taipuvainen uskomaan, että dosentti Falck on tässä enemmän oikeassa ja kiitän häntä tästä lisäyksestä.

Se, että leikkaus voi laukaista neuralgisen amyotrofian, pitäneen paikkansa nykytiedon mukaan. Mekanismi taitaa olla tuntematon. Tämä voisi selittää tapauksia, joissa suorittamani leikkauksen jälkeen potilaalla on ilmennyt esimerkiksi serratuspareesi, vaikka alueeseen ei ole lainkaan koskettu.

Faktaa on myös, että tilapäisen paineen ja venytyksen aiheuttamat hermovauriot korjautuvat konservatiivisella hoidolla, eikä niitä ole syytä leikata. Oleellista on, että paine tai venytys on tilapäinen. Hoitooni on osunut mm. vaikean lonkkaproteesileikkauksen jälkeisen verenvuodon aiheuttama pysyvä alueen lihasten halvaus potilaalla, jonka verenvuodon aiheuttamaa painetta ei hoidettu leikkauksella. Toisessa tapauksessa potilaalle, jonka jalka piteni lonkkaproteesileikkauksen jälkeen useita senttejä ja iskiasher- mo venytti liikaa, jäi neurologista puutosta, kun proteesin kaulaa ei lyhennetty ajoissa.

Dosentti Falck toteaa, että kun vaurion on aiheuttanut veitsi tai neula, voi leikkaus olla tarpeen vaurion ollessa osittainenkin. ”Jos edes osa hermon fasciculuksista on viilletty poikki, ei aksonaaliselle reinnervaatiolle ole edellytyksiä.” Tämä on erittäin tärkeää oivaltaa, jotta ajoissa suoritettu korjausleikkaus loisi riittävästi edellytyksiä paranemiselle.

Eläköön yhteistyö käsikirurgien ja kliinisten neurofysiologien kesken! ●