

Krooninen väsymysoireyhtymä. Tiivistelmä

Iris Pasternack, Anneli Ahovuo-Saloranta, Jaana Isojärvi, Eeva Mäkinen, Anni Remahl

Krooninen väsymysoireyhtymä (KVO) on taustaltaan tuntematon oireyhtymä, jonka pääoireita ovat pitkäkestoinen väsymys ja toimintakyvyn heikentyminen. Kliinisissä ja laboratoriotutkimuksissa ei löydetä oireille selitystä. Potilaiden diagnostiikka ja hoito on kirjavaa: yhtenäisiä kansallisia hoitosuosituksia ei ole. Kelan tilauksesta tehtiin systemaattinen kirjallisuuskatsaus KVO:n diagnostiikan, etiologian ja hoitokeinojen vaikuttavuuden selvittämiseksi aikuisilla. Suomen hoitokäytännöistä haettiin lisätietoa haastattelemalla KVO-potilaita sekä heitä hoitavia lääkäreitä. Katsausten ja hoitointerventiotutkimusten laatu arvioitiin, tulokset taulukoitiin ja näytön aste arvioitiin lopputulosmuuttujittain.

KVO on oirediagnoosi: mitään kliinistä testiä tai laboratoriokoetta taudin osoittamiseksi ei ole. Väsymys, raskauden jälkeinen huonovointisuus, unihäiriöt ja kognitiiviset vaikeudet olivat yleisimpiä KVO:n diagnoosiin vaadittavia oireita kansainvälisissä kriteeristöissä. Muita yleisiä diagnostisia oireita ovat nivel- ja lihaskivut, uudenlainen päänsärky, neurologiset oireet, kurkkukipu ja imusolmukkeiden turpoaminen. Spesifisten testien sijaan oleellista KVO:n diagnostiikassa on muiden väsymystä aiheuttavien sairauksien poissulku. Krooniset tulehdussairaudet, neurologiset, endokrinologiset ja psykiatriset sairaudet sekä syövätkin ovat tärkeitä sulkea pois väsymyspotilaita tutkittaessa. Erotusdiagnoosia tehdään myös muiden väsymyksenä ja erilaisina kipuina ilmenevien tilojen kuten fibromyalgian ja ärtyvän suolen oireyhtymän poissulkemiseksi tai tunnistamiseksi. Monen maan hoitosuosituksessa KVO:n diagnoosi suositellaan asetettavaksi aikaisintaan puolen vuoden seurannan jälkeen.

KVO:n riskitekijöiksi mainitaan naissukupuoli, sairastumista edeltävät masennus ja ahdistuneisuus sekä itsekritiikin sävyttämä täydellisyydentavoittelu ja sosiaalisen hyväksynnän kaipuu. Yliaktiivisella elämäntavalla näyttäisi olevan paitsi altistava, myös laukaiseva ja ylläpitävä vaikutus KVO:ään. Toisaalta liikkumattomuus on altistava tekijä KVO:lle. Nuorena vähän liikkuvat sairastuvat myöhemmin elämässään useammin KVO:ään kuin nuorena paljon liikkuneet. Kaksostutkimusten mukaan KVO:n syntyyn vaikuttaa myös perinnöllisyys.

KVO:n patofysiologian tutkimuksessa on kolme mielenkiinnon aluetta: immunologia, neuroendokronologia ja autonomisen hermoston tutkimus. Mikään yksittäinen tekijä ei selitä oireiden koko kirjoa vaan järjestelmät todennäköisesti ovat vuorovaikutuksessa keskenään, mahdollisesti stressin välityksellä. Stressimalli sitoo sopivalla tavalla yhteen KVO-potilailla todetut immunologiset, neuroendokriiniset ja autonomisen hermoston poikkeavat reaktiot. Suositun tulkinnan mukaan KVO olisi heterogeeninen tila, joka koostuu erilaisista alatyypeistä ja jonka taustalla olisi erilaisia sisäisiä ja ulkoisia laukaisevia tekijöitä.

KVO:n hoitovalikoimassa ei ole mullistavia uusia hoitoja. Porrastettu fyysinen harjoittelu (PFH) ja kognitiivisbehavioraalinen terapia (KBT) ovat pitkään olleet ja ovat yhä edelleen KVO:n hoidon kulmakivi. Minimaalisin tapaamisin toteutettu hoito vähensi depressiivisyyttä enemmän kuin

useampia terapiakäyntejä sisältänyt hoito, samoin interventiot jotka sallivat potilaiden joustavasti toteuttaa liikunnan lisäämistä. PFH, KBT ja neuvonta ovat interventioita joiden suotuisasta vaikutuksesta KVO-potilaiden väsymykseen tai koettuun terveyteen on kohtalaista näyttöä. Mindfulness-terapia voi lievittää KVO-potilaiden masennusta ja akupunktio väsymystä, mutta näytön aste näistä on heikko. Kyselystämme kävi ilmi, että suomalaiset KVO-potilaat käyttävät monia fysioterapeuttisia hoitoja, kuten lymfahoitoa, ultraääntä ja purentafysioterapiaa, joiden vaikuttavuudesta KVO-potilaiden hoidossa ei tutkittua tietoa löytynyt.

Näyttö lääkkeiden, yrttivalmisteiden ja ravintolisien tehosta KVO-potilaiden hoidossa on enimmilläänkin heikkoa. Rintatolimodi ja rituksimabi ovat laskimonsisäisesti annosteltavia lääkeaineita, joilla näyttö vaikuttavuudesta KVO-potilaiden fyysisen toimintakyvyn parantajina on heikkoa. Sama pätee suun kautta annosteltuun hydrokortisoniin sekä yrttilääkkeisiin. Viruslääkkeiden, immunoglobuliinin, interferonin, antihistamiinien, masennuslääkkeiden, melatoniinin ja keskushermostostimulanttien vaikuttavuudesta ei voi sanoa mitään luotettavasti KVO-potilailla. Sama pätee homeopatiaan, magnesiumiin, nikotinamidi adeniini dinukleotidiin (NADH), asetyylikarnitiiniin ja aminohapporavintolisiin. Moni suomalaisten KVO-potilaiden käyttämä lääkitys on sellainen joiden vaikuttavuudesta KVO:n hoidossa ei löytynyt yhtään vertailevaa hoitokoetta. Näitä ovat beetasalpaajat, kalsiumsalpaajat, dopamiiniagonistit, matala annoksinen naltreksoni, adrenaliini ja kortisoni-injektiot sekä elektrolyytti-, hivenaine- ja rautainfuusiot.

Suomessa käytetään myös ei-lääkkeellisiä tai ravitsemukseen kohdistuvia hoitoja, joista ei löytynyt satunnaistettuihin hoitokokeisiin perustuvaa tutkittua tietoa lainkaan. Näitä olivat muun muassa happihoito, suonensisäinen nesteytys, histamiinin tuotantoa aiheuttavien ruokien välttäminen, suolaliuoksen juominen, vehnätön dieetti ja voion käyttö. Niukasti sokeria ja hiivaa sisältävän ruokavalion vaikutuksesta löytyi yksi tutkimus KVO-potilailla, mutta siinä ei havaittu parannusta fyysisessä toimintakyvyssä terveelliseen ruokavalioon verrattuna.

Monet KVO-potilaat pitävät sairauttaan selkeästi somaattisena, jonka kulkuun heillä itsellään on vähän mahdollisuuksia vaikuttaa ja he käyvät tiheään lääkärin vastaanotolla. He kokevat liikunnan pahentavan oireitaan, mikä saa heidät välttelemään liikuntaa. Tutkimukset viittaavat siihen että tämän suuntaiset ajatukset ja käyttäytymismallit ovat esteenä paranemiselle. Vähäisen liikkumisen on todettu ylläpitävän ja pahentavan oireilua. Hyvää hoitovastetta hoitokokeissa ennustivat nuorempi ikä, lievemmät oireet, vähäisempi oireisiin keskittyminen ja kotitehtävänä olleiden harjoitteiden noudattaminen.

KVO-potilaiden oireet ovat pahimmillaan vaikeita ja potilaat tarvitsevat niihin apua. Näytön puuttuessa potilaiden hoidossa päädytään kokeilemaan erilaisia kokeellisia tai vaikuttamattomiksi osoitettuja hoitomuotoja, mikä ei ole toivottava asiantila. Sekä lääkärit että potilaat korostavat KVO:n hoidon olevan yksilöllistä: se mikä tehoaa yhdelle potilaalle, ei välttämättä tehoa toiselle. Hoitosuhteen jatkuvuus ja potilaan ja lääkärin keskinäinen luottamus ja kunnioitus ovat oleellisia yksilöllisen, näyttöön perustuvan hoidon toteutumiselle. Työkyky tulee ottaa puheeksi jo varhain. Diagnoosi ei kerro mitään potilaan työkyvystä, vaan oireita ja toimintakyvyn laskua tulee testata

kyselyin ja havainnoin. Tärkeää on ylläpitää kuntouttavaa, työhön suuntaavaa toiminnanotetta ja kannustaa potilasta miettimään mitkä tekijät auttaisivat häntä suoriutumaan työstään oireista huolimatta.