

Uusi nimi ja uudet kriteerit vakavalle sairaudelle

Krooninen väsymysoireyhtymä

Kroonisen väsymysoireyhtymän keskeinen oire on vaikea yli kuusi kuukautta kestänyt väsymys. Väsymys ei johdu somaattisesta tai psykiatrisesta sairaudesta eikä parane levolla. Väsymys ja siihen liittyvät monet muut oireet vaikeuttavat merkittävästi potilaan ammatillista ja sosiaalista toimintaa (1, 2, 3). Sairastumisikä on yleisimmin 30–40 vuotta, mutta myös lapset ja vanhukset voivat sairastua. Väsymysoireyhtymä alkaa usein äkillisesti akuutin infektion jälkeen, minkä takia potilaita lähetetään infektiolääkärin hoitoon. Osa lääkäreistä uskoo, että sairaus ei ole todellinen, koska oireet ovat epämääräisiä, sairauden syy tuntematon eikä diagnostista testiä ole.

Yhdysvaltalainen riippumaton asiantuntija-organisaatio IOM (Institute of Medicine) on julkaissut perusteellisen 272-sivuisen raportin, joka päivittää kroonisen väsymysoireyhtymän diagnostiset kriteerit (4, 5). Raportin kirjoittanut työryhmä analysoi 9 111 artikkelia. Lisäksi työryhmä haastatteli asiantuntijoita ja satoja potilaita tai heidän edustajiaan. Raportin keskeinen sanoma on, että krooninen väsymysoireyhtymä on vakava, krooninen, monimutkainen ja monisysteeminen sairaus, joka rajoittaa usein ja merkittävästi sairastuneen elämää. Krooninen väsymysoireyhtymä on todellinen sairaus, ja se voi tehdä potilaasta vuoteenoman (1, 4, 5, 6).

Väsymysoireyhtymän uudet diagnostiset kriteerit on esitetty **TAULUKOSSA**. Diagnoosiin tarvitaan kolme pääoiretta. Potilaat kuvaavat vaikeaa, yli kuusi kuukautta kestänyttä väsymystä ilmaisulla ”tolkuton väsymys, energian puute, loppuun ajettu, ei pysty seisomaan edes muutamaa minuuttia, niin väsynyt, ettei jaksa puhua”. Lisäksi fyysinen, henkinen tai kognitiivinen ponnistus aiheuttaa oireita, jotka voi-

vat ilmetä heti tai myöhemmin. Ponnistuksen jälkeistä vointia potilaat kuvaavat ilmaisulla ”romahdus, kollapsi, ekshaustio, flunssan kaltaisen olo, muistihäiriöitä, vatsaoireita”. Lähes kaikki potilaat raportoivat myös kärsivänsä unettomuudesta ja katkonaisesta unesta. Herätessään aamulla potilas on yhtä väsynyt kuin illalla nukkumaan mennessään.

Diagnoosiin vaaditaan lisäksi ainakin toinen **TAULUKOSSA** esitetystä kahdesta muusta löydöksestä. Kognitiiviset toiminnat ovat heikentyneet, potilaiden lyhytaikainen muisti on huono, ja heillä on vaikeuksia muistaa, mitä ovat juuri lukeneet. Oireita kuvaavat potilaiden ilmaisut ”ei pysty käsittelemään tietoa, ei pysty keskittymään, aivosumu, sekava olo”. Ortostaattisessa intoleranssissa pystyissä olemi-

TAULUKKO. SEID-oireyhtymän diagnostiset kriteerit.

Diagnoosiin vaaditaan, että potilaalla on seuraavat kolme oiretta:

1. Heikentynyt kyky saavuttaa ennen sairastumista ollut ammatillinen, opetuksellinen, sosiaalinen ja henkilökohtainen aktiivisuuden taso. Aktiivisuuden tason heikentyminen on kestänyt yli kuusi kuukautta, ja siihen liittyy vaikea väsymys, joka on usein alkanut selvänä ajankohtana (ei ole elinikäinen). Väsymys ei johdu käynnissä olevasta suuresta ponnistuksesta tai parane levolla.
2. Ponnistuksen (fyysinen, psyykinen tai kognitiivinen) jälkeinen paha olo.
3. Virkistämätön uni¹

Lisäksi diagnoosiin vaaditaan ainakin toinen seuraavista:

1. Kognitiivisten taitojen heikkeneminen
2. Ortostaattinen intoleranssi

¹Oireiden vaikeus ja esiintymistaajuus pitää selvittää. Oireet voivat olla keskivaikeat, merkittävät tai vaikeat, ja niitä esiintyy vähintään puolet ajasta. Jos ei esiinny, kyseenalaista diagnoosi.

nen aiheuttaa huonon olon ja makuulla oireet häviävät. Potilas ei pysty olemaan seisaallaan pitkään, vaan pyörtyy tai tuntee pyörtyvänsä, ei pysty keskittymään, pulssi tihentyy ja sydän lyö lujaa. Suihkussa käyminen voi olla vaikeata.

Kroonisen väsymysoireyhtymän patogeenesi on epäselvä. Potilailla on toistetuksi todettu hypokortisolemiaa, luonnollisten tappajasolujen toiminnan heikkoutta, veren sytokiini-pitoisuuksien muutoksia ja magneettikuvauksissa aivojen rakenteellisia muutoksia. Mikään löydös ei kuitenkaan selitä oireiden laajaa kirjoa tai sairauden patogeneesia (4).

Oireiden monimuotoisuus on haaste lääkärille, sillä oireet voivat olla monen muunkin sairauden oireita. Brittiläisissä hoito-ohjeissa todetaan, että varoitusvalon pitää syttyä, jos potilaan paino laskee tai hänellä todetaan pysyvästi suurentuneita imusolmukkeita, paikallisia neurologisia oireita, sydän- ja verisuonisairaus, uniapnea tai tulehduksellisia niveleireita (3). Väsymysoireyhtymään liittyy usein toinen sairaus kuten depressio, ahdistuneisuus, fibromyalgia, ärtynyt paksusuoli tai monikemikaalilyherkkyyks (3).

IOM:n raportti ei käsittele väsymysoireyhtymän hoitoa. Eniten näyttöä on kognitiivis-behavioraalista terapiasta ja porrastetusta fyysisestä harjoittelusta (2, 3, 6, 8, 10, 11). Tällä hoidolla noin viidennes toipuu täysin vuoden aikana (13). Hollantilaisessa tutkimuksessa 75–85 % oireista hävisi kuusi kuukautta kestäneen verkossa annetun terapian jälkeen (9). Terapiassa etsitään uusia käyttäytymistapoja ja oireisiin sopeutumista. Lääkärin ohjaama fyysinen harjoittelu on kävelyä, uintia tai pyöräilyä. Harjoittelu aloitetaan 5–15 minuuttia kestäväillä suorituksilla viisi kertaa viikossa (12). Harjoituksen kesto nostetaan asteittain

seuraten potilaan vointia. Myös onnistunut oheissairauksien (esim. masennuksen ja ahdistuneisuushäiriön) sekä kivun ja unettomuuden hoito edistävät toipumista. Oireiden uusiutuminen on tavallista, mutta vuosien kuluessa useimpien potilaiden oireet häviävät tai vähenevät (14). Myös omien rajallisten kokemustemme mukaan yhdistelmähoito on tehokasta. Mykoplasmainfektio voi laukaista kroonisen väsymysoireyhtymän, mutta pitkät mikrobilääkehoidot ovat tehottomia. Lääkäreiden tulee suhtautua kriittisesti hoitoihin, jotka eivät perustu tutkimusnäyttöön.

IOM:n työryhmä antoi väsymysoireyhtymälle uuden nimen. Sairautta nimitettiin 1950-luvulla myalgiseksi enkefalomyeliitiksi, mutta nimi ei kuvasta oireita eikä löydöksiä. Vuonna 1988 otettiin käyttöön krooninen väsymysoireyhtymä (15). Työryhmän ja potilaiden mielestä nimi kuitenkin yksinkertaistaa sairautta ja voi leimata potilaita. Tämän vuoksi uudeksi nimeksi annettiin ”Systemic Exertion Intolerance Disease” eli SEID-oireyhtymä.

Yhdysvalloissa on 836 000–2,5 miljoonaa väsymysoireyhtymää sairastavaa potilasta (4). Suomessa potilaita voi olla 10 000–40 000. Valtaosa heistä lienee ilman diagnoosia ja asianmukaista hoitoa. Potilas on väliinputoaja, sillä monien oireiden takia väsymysoireyhtymä ei kuulu mihinkään lääketieteen erikoisalaan. IOM:n raportti kirkastaa väsymysoireyhtymän todelliseksi sairaudeksi ja mahdollistaa tehokkaan hoidon tutkimisen. Suomeen on perustettava väsymysoireyhtymään erikoistuneita osaamiskeskuksia, joissa hoitotiimiin kuuluvat lääkäri, psykiatri ja psykologi. Britanniassa hoitopisteitä on 49 (7). Potilaat ansaitsevat parempaa, mitä meillä nyt on tarjolla. ■

KIRJALLISUUTTA

1. Komaroff AL. Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: a real illness. *Ann Intern Med* 2015;162:871–2.
2. Leppävuori A. Krooninen väsymysoireyhtymä. *Duodecim* 2006;122:545–53.
3. Baker R, Shaw EJ. Diagnosis and management of chronic fatigue syndrome or myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy): summary of NICE guidance. *BMJ* 2007;335:446–8.
4. Institute of Medicine of the National Academies. Beyond myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: redefining an illness. Washington D.C: The National Academies Press 2015. <http://www.iom.edu/Reports/2015/ME-CFS.aspx>.
5. Haney E, Beth Smith ME, McDonagh M, ym. Diagnostic methods for myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: a systematic review for a National Institutes of Health pathways to prevention workshop. *Ann Intern Med* 2015; 162:834–40.
6. Beth Smith ME, Haney E, McDonagh M, ym. Treatment of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: a systematic review for a National Institutes of Health pathways to prevention workshop. *Ann Intern Med* 2015;162:841–50.
7. McDermott C, Al Haddabi A, Akagi H, Selby M, Cox D, Lewith G. What is the current NHS service provision for patients severely affected by chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis? A national scoping exercise. *BMJ Open* 2014;4:e005083.
8. White PD, Goldsmith KA, Johnson AL, ym. Comparison of adaptive pacing therapy, cognitive behaviour therapy, graded exercise therapy, and specialist medical care for chronic fatigue syndrome (PACE): a randomised trial. *Lancet* 2011;377:823–36.
9. Nijhof SL, Bleijenberg G, Uiterwaal CS, Kimpen JL, van de Putte EM. Effectiveness of internet-based cognitive behavioural treatment for adolescents with chronic fatigue syndrome (FITNET): a randomised controlled trial. *Lancet* 2012;379:1412–8.
10. Larun L, Brurberg KG, Odgaard-Jensen J, Price JR. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2:CD003200.
11. Chambers D, Bagnall AM, Hempel S, Forbes C. Interventions for the treatment, management and rehabilitation of patients with chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: an updated systematic review. *J R Soc Med* 2006;99:506–20.
12. Van Cauwenbergh D, De Koning M, Ickmans K, Nijs J. How to exercise people with chronic fatigue syndrome: evidence-based practice guidelines. *Eur J Clin Invest* 2012;42:1136–44.
13. Flo E, Chalder T. Prevalence and predictors of recovery from chronic fatigue syndrome in a routine clinical practice. *Behav Res Ther* 2014;63:1–8.
14. Bell DS, Jordan K, Robinson M. Thirteen-year follow-up of children and adolescents with chronic fatigue syndrome. *Pediatrics* 2001;107:994–8.
15. Holmes GP, Kaplan JE, Gantz NM, ym. Chronic fatigue syndrome: a working case definition. *Ann Intern Med* 1988;108:387–9.



OLLI RUUSKANEN, infektioautiopin emeritusprofessori
TYKS-säätiön tutkimusyksikkö, TYKS:n lasten ja nuorten klinikka



RAIMO K. R. SALOKANGAS, psykiatrian emeritusprofessori
Turun yliopisto

SIDONNAISUDET

Olli Ruuskanen: Ei sidonnaisuuksia

Raimo Salokangas: Luentopalkkio (Oy Lundbeck Ab), työsuhde (Euroopan Komissio, Turun yliopisto)