



Pirjo Lindfors

LT, erikoislääkäri
Kipupoliklinikat,
Kanta-Hämeen keskussairaala ja
Länsi-Uudenmaan sairaala/ HUS
pirjo.lindfors[a]kolumbus.fi

IASP

14th World Congress on Pain

26.–31.8.2012

Milano

Italia

► Osallistuin SAY:n tukemana IASP:n 14. maailmankongressiin, joka pidettiin elokuun lopulla Milanossa. Matkustin kuumuudesta huolimatta innostunein mielin tämänkertaiseen maailmankongressiin. Sen aiheet ja esitelmät antoivat ymmärtää, että lopultakin harjoittamani kipulääketeide tulisi hyväksytyksi - ei ainoastaan potilaiden, vaan maailman kivuntutkijoiden ja toivottavasti myös suomalaisten kollegojen silmissä. Tarkoitan seuraavia menetelmiä, yhteyksiä ja väittämiä: Kroonisen kipupotilaan hoidon on oltava kokonaisvaltaista ja potilaan arvomaailman ja kulttuurin huomioivaa ja plasebovaikutusta maksimoivaa. Potilalle tulisi suoda mahdollisuus perusteellisen kipu- ja kärsimystarinan kertomiselle ja kuulluksi tulemiselle. Meidän tulisi hoitaa kipua potilasta ohittamatta ja pirstaloimatta, pyrkien ymmärtämään potilaan kipuiluun liittämiä merkityksiä. Kivun hallinnan tulisi lähteä lääkkeettömistä keinoista. Tärkeintä kivun hallinnassa on, että potilas kokee elämänsä kipuvyyhden sisällä ymmärrettäväksi, merkittäväksi ja hallittavaksi. Silloin hän kykenee muuttumaan passiivisesta uhrista aktiiviseksi toimijaksi. Narratiivisuuden lisäksi muutoksessa auttavat kognitiivis-behavioristiset ja muut stressinhallintamenetelmät sekä elintapojen muutokset (ravitus, antioksidantit, nautintoaineet, liikunta, venyttely, taukojumppa, lepo, unihygienia, merkitykselliset ihmissuhteet). Kipu liittyy erisyistä johtuvaan stressiin ja häiriöihin oksidaatioissa.

Yhteisöllisyys toimii voimakkaana puskurina stressiä vastaan ja auttaa hallitsemaan kipuja sekä tekemään elämäntapamuutoksia. Verkostoitumistapana vertaistukea tulisi järjestää organisoidusti, sillä se vähentää kipua heikon opioidin verran. Positiiviset odotukset liittyen potilas-lääkärisuhteeseen lisäävät kipua poistavien välittäjäaineiden määrää moninkertaisesti. On epäeettistä jättää plaseboa käyttämättä. Huono kohtelu terveydenhuoltohenkilöstön ja vakuutusyhtiöiden taholta vihastuttaa ja masentaa potilasta, lisää kipuilua ja saattaa aiheuttaa syrjäytymistä. On tärkeätä osoittaa, että ymmärtää potilaan kokeneen vääryyttä, ja auttaa potilasta saamaan oikeutusta sekä aktivoimaan hänen olemassa olevia voimavarojaan. Edellä mainittujen lähestymistapojen lisäksi on olemassa monenlaisia virallisia lääkkeettömiä hoitokeinoja, joiden käyttöä tulisi huomattavasti lisätä, kuten esim. fysioterapia, lymfaterapia, LPG, TMS, FAT, musiikki-, tanssi- ja kirjallisuusterapia, rentoutumisterapiat, mindfulness ja ravitsemusterapia. Erilaisia keinoja voi käyttää yhtäaikaisesti ja myös yhdessä lääkkeiden kanssa. Roomaan on monta tietä. Medikalisaatiota tulisi vähentää ja maalaisjärjen käyttöä tukea kivun hallinnassa. (1-10)

Fibromyagia – hulluudesta kroonisen kivun prototyyppisairaudeksi
Kongressissa fibromyalgia nostettiin rosakopasta ja hulluuden leimasta kivuntutkimuksen esimerkkisairaudeksi. Siitä oli luentoja ja postereita enemmän kuin mistään

muusta yksittäisestä tautitilasta. Syndrooma on saanut tutkijoiden mielissä sairauden legitimaation. Lienee vielä pitkä matka siihen, että meidän lainsäädäntömme hyväksyy pelkästään fibromyalgian sairausloman tai –eläkkeen diagnoosiksi. Lainsäädäntömme on yli 30 vuotta myöhässä.

Luennoitsijoista moninäytti hyväksyvän ajatuksen, ettei fibromyalgia ole neuropaattinen kiputila. Mikä se sitten on, kun häiriö on keskushermoston kivunsaätelyjärjestelmässä? Itse pitäisin sitä sekamuotoisena sekä somaattista että neuropaattista kipua synnyttävänä tilana. Neuropaattinen tai ei, IASP:n viesti on, että fibromyalgikon tulisi olla oikeutettu saamaan apua kipupoleilta –vastoin kuin tilanne on paikoin Suomessa

Kipu liittyy ”hapen puutteeseen”

Sunnuntain vietin *Biomarkers and Mechanisms in Musculoskeletal Pain* –kurssilla. Sain tukea tutkimuksilleni oksidatiivisen stressin ja elimistön happamuuden ja kipuilun välisestä yhteyksistä. Iowalaisen professori K. Slukan tutkimukset osoittivat, että kipukohdissa, mm. trapeziuslihasten kiinnittymiskohdissa, saattoi pH olla hetkellisesti jopa 4,5. Lihaksen pyruvaatti- ja laktaattitasot olivat koholla ja AMP-ATP –suhde mitokondrioissa normaalia suurempi. Matala pH korreloi luuranko- ja viskeraalisen kivun kanssa ja oli 60 %:ssa yhteydessä hyperalgesiaan ja heijastekipuun. Slukan mukaan matala pH hermistää keskushermoston kivulle. Hapamuutta välittävät ionikanavat (ASIC3)

Vertaistukea tulisi järjestää organisoidusti, sillä se vähentää kipua heikon opioidin verran.

välittävät lihaskipua jyrksijöillä. Matala pH myös ylläpitää inflammatorista luurankolihaskipua. Slukan mukaan asic3-ionikanavan säätelijöistä voitane kehittää kipulääkkeitä. (11-12) Mielestäni oleellisempaa olisi tutkia millaisella liikunnan, venyttelyn, taukojumpan, ravitsemuksen, unen ja stressinhallinnan yhdistelmällä lihaksen oksidaatio olisi optimaalista.

Professori P. Butow kertoi, kuinka lääkärin persoonallisuudella ja toimintatavoilla on suuri merkitys hoidon onnistumisen kannalta. Hyvä potilas-lääkärisuhde aikaansaa plasebo-analgesian, huono puolestaan nosebohyperalgesian –potilas saattaa siis sairastua tai kipeytyä lääkärin kohtelun johdosta. Vaikutukset perustuvat mm. ehdollistumiseen ja oppimiseen. Kerta riittää negatiiviseen oppimiseen, mutta positiiviseen tarvitaan useampi kerta. Positiivisten odotusten ja merkityksellisyyden tiedetään lisäävän hyvän olon välittäjäaineiden määrää moninkertaiseksi. Tapahtumassa aktivoituvat endogeeninen opioidi-, kannabinoidi-, dopaminerginen ja serotonerginen järjestelmä. Butowin mukaan hyvä kommunikaatio on välttämätöntä sellaisen potilas-lääkärisuhteen kehittämiseksi, jossa voidaan keskustella rehellisesti, käsitellä väärinkäsityksiä, voittaa ongelmat, ja lääkäri voi jakaa potilaan kanssa yhteisen käsityksen kivun hoidosta. Hyvää kommunikointia voi opetella esim. kognitiivisen terapian tai narratiivisen lääketieteen koulutuksessa (oma lisäys).

J. McParland Kanadasta kertoi, kuinka väärä kokemus vaikeuttaa >>



Opioidi ei osoittautunut plaseboa paremmaksi kroonisen ei-syöpäkivun hoidossa.

kroonisesta kivusta parantumista. Hänen mukaansa koettu epäoikeudenmukaisuus, sosiaaliturvan oikeutuksen puute ja syytös huonontavat hoitovastetta. Vääryyden kokemus riippuu menetyksen suuruudesta, korvaamattomuudesta ja mahdollisuudesta saattaa syyllinen vastuuseen. Se aktivoi kognitiiviset ja affektiiviset mekanismit. Syntyy vihan ja masennuksen tunteita. Nämä tuntemukset liittyvät tarkoitukselliseen välinpitämättömyyteen. Vihan kohteena voivat olla terveydenhuoltohenkilöstö, vakuutusyhtiö, pomo, partneri, jumala, maailma tai kokija itse. Vääryyden kokemus aktivoi stressijärjestelmää ja pahentaa kipua. Vihan ilmaisan pidättäminen aiheuttaa enemmän kipua kuin vihan ilmaiseminen. Tiedostamattomien prosessien aktivoitumiseen vääryyden kokemuksen yhteydessä liittyy kivulle herkistyminen, lantion paraspinaalisten

lihasten hyperspastisiteetti ja jähmettyminen. Vihaisilla on havaittu opioidien dysfunktioita. Injustice Experience Questionnaire -mittarin mukaan vääryyden kokemus heikentää hoitomyöntyvyyttä. Siihen liittyvä kipu reagoi huonosti hoidolle. Kognitiiviset terapiat, hyväksymis- ja narratiivinen terapia ovat tehokkaita tällaisen resistentin kivun hoidossa.

Potilaille on suotava yksilöllinen hoito

Professori A. Moore Oxfordin yliopistosta piti kongressin päätösluennon näyttöön perustuvasta lääketieteestä aloittaen shokeeraavasti: ”Evidenced medicine is – wrong!” Ihminen ei elä tyhjiössä, vaan on aina kontekstissa johonkin. Tutkimusmenetelmä on siis lähtökohtaisesti virheellinen, mutta moni meistä on ottanut ”näyttöön perustuvan lääketieteen” epäjumalaksi. Lääketutkimuksia teettää lääketieteellisyys. Sen johdosta vain uusia lääkkeitä tutkitaan. Kipupotilailla on kuitenkin usein 10-15 eri lääkettä. Niiden yhteisvaikutuksia potilailla ei juurikaan tutkita. Lääketeollisuudella on trendi esitellä lääkkeitä hyötyjä ja seurata vain heidän menestymistä lääketutkimuksissa. Lumevaikutusta pidetään häiritsevänä ilmiönä: Tutkimuksista saatetaan poistaa hyvän lumevaikutuksen saavat ”häirikköinä” (E. Kalso, suullinen tiedonanto). Meta-analyysit antavat harhaanjohtavaa tietoa hoitojen tehosta. Ne perustuvat yksittäisten tutkimusten keskiarvoihin ja hajontoihin. Potilaat jakautuvat useimmiten hoidosta hyvin ja huonosti hyötyviin, eikä ”keski-arvopotilaita” ole. Lisäksi kipulääketutkimuksissa keskeyttämiä jätetään lopullisten analyysien ulkopuolelle, mikä vääristää tuloksia. Mooren tarkastelemien meta-analyysien tutkimuksissa 60 % keskeytti tutkimuksen 12 viikon kuluessa. Kun keskeyttäjät otettiin mukaan, niin fibromyalgian lääketutkimuksissa vain

6-15 % sai merkittävää apua lääkkeistä. Neuroopaattisen kivun tutkimuksissa ainoastaan 10 % sai pregabaliinista vähintään 70 % kivunlievityksen. Opioidi ei osoittautunut plaseboa paremmaksi kroonisen ei-syöpäkivun hoidossa. Mooren mukaan yli 50% alkuperäisistä tutkimustuloksista oli vääristyneitä. Niinpä hän painotti: ”It is essential to take the perspective of the individual patient.” Hän suositteli multimodaalista hoitoa.

IASP:n presidentin professori Eija Kalsokin käsitys näytöstä on muuttunut: ”Näytön tulisi perustua älykkäämpiin tutkimuksiin, joissa pyritään selvittämään potilaiden erilaisten vasteiden taustoja. Lisäksi tutkimuksissa tulisi huomioida interventio kokonaisuutena: mikä osuus on lääkkeellä, mikä hoitosuhteella, mikä potilaan omilla odotuksilla ja motivaatiolla sekä tietysti potilaan genomilla. Lääkitys on varsinkin kroonisten sairauksien hoidossa harvoin ainoa interventio.” ■

Viitteet

1. Lindfors P. Kipu ja kulttuuri. Kipuviesti 2006;1:12-8.
2. Carr BC, Loeser JD, Morris DB. Narrative, pain, and suffering. IASP Press, 2005.
3. Antonovsky A. Health, stress and coping: new perspectives on mental and physical well-being. Jossey-Bass, 1979.
4. McEwen B.S. Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. Ann NY Acad Sci 1998; 840, 33-44.
5. Moerman D. IASP:n Sydneyn maailmankongressiluento vuonna 2005.
6. Lindfors P. Work-related well-being of Finnish anesthesiologists. Doctoral thesis, University of Helsinki. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki. Tampereen yliopistopaino Oy, 2010.
7. Lindfors P. Tutkimuksia, kokemuksia ja ajatuksia yhteisöllisyyden terveysvaikutuksista. Psykoterapia 2007; 26: 21-37.
8. Hyypää M. Healthy ties, social capital, population health and survival. Springer, 2010.
9. Lindfors, P. Reducing stress and enhancing well-being at work: are we looking at the right indicators? Eur J Anaesthesiol; 2012; 29: 309-10.
10. Williams M. Teasdale J, Segal Z, Kabat-Zinn J. The mindful way through depression. Freeing yourself from chronic unhappiness. The Guilford Press, 2007.
11. Price MP, McIlwrath SL, Xie J ym The DRASIC cation channel contributes to the detection of cutaneous touch and acid stimuli in mice. Neuron 2001; 32: 1071-83.
12. Chen CC, Zimmer A, Sun W-H ym. A role for ASIC3 in the modulation of high-intensity pain stimuli. PNAS 2002; 99: 8992-7.



Uutuus syövän läpilyöntikivun hoitoon

Breakyl® liukeneva
fentanyyli-
bukkaalikalvo

- helppo
titrata
- lineaarinen
annostelu
- nopea

 breakyl®
liukeneva fentanyylibukkaalikalvo

Breakyl bukkaalikalvo Fentanyylisitraatti, ATC-koodi: N02AB03 Ennen Breakyl-hoidon aloittamista tutustu huolellisesti valmisteyhteenvetoon, tarvittaessa ota yhteys Medaan +358 20 720 9550, info@meda.fi. **Käyttöaihe:** Breakyl on tarkoitettu läpilyöntikivun hoitoon syöpää sairastavilla aikuisilla, jotka käyttävät jo entuudestaan opioideja kroonisen syöpäkivun ylläpitohoitona. Läpilyöntikipu tarkoittaa kivun tilapäistä pahenemista potilaalla, jonka pitkäaikainen kipu on muutoin hallinnassa. **Vasta-aiheet:** Yliherkkyys fentanyylille tai apuaineille. Monoamiinioksidiaasin estäjien (MAO-estäjien) samanaikainen käyttö tai alle kaksi viikkoa niiden käytön lopettamisesta. Vaikea hengityslama tai vaikea ahtauttava keuhkosairaus. Potilaat, jotka eivät saa opioidiylläpitohoitoa koska hengityslaman riski on heillä suurempi. Opioidikivunlääkkeiden ylläpitoohoidolla tarkoitetaan sitä, että potilas käyttää vähintään 60 mg morfiinia suun kautta vuorokaudessa, vähintään 25 mikrog fentanyyliä ihon läpi tunnissa, vähintään 30 mg oksikodonia vuorokaudessa, vähintään 8 mg hydromorfonia suun kautta vuorokaudessa tai ekvianalgeettista annosta jatkain muuta opioidilääkitystä vähintään viikon ajan. **Haittavaikutukset:** Breakyl-hoidon yhteydessä voidaan odottaa esiintyvän opioidien tyypillisiä haittavaikutuksia. Nämä loppuvat tai lievittyvät usein, kun valmisteen käyttöä jatketaan ja annos titraataan sopivimmalle tasolle. Yleisiä haittavaikutuksia ovat uneliaisuus, huimaus, sekavuus, näköhäiriöt, pahoinvointi, ummetus ja kutina. Vakavimmat kaikkien opioidien (myös Breakyl-valmisteen) käyttöön liittyvät haittavaikutukset ovat hengityslama (joka saattaa johtaa hengityksen pysähtymiseen), verenkiertovajaus, hypotensio ja sokki. Kaikkia potilaita on seurattava huolellisesti näiden vaikutusten varalta. **Annostus ja antotapa:** Hoidon aloittaa ja hoitoa valvoo lääkäri, joka on perehtynyt opioidilääkitykseen syöpäpotilailla. Opioidien aiheuttamien haittavaikutusten minimoimiseksi ja tehokkaan annoksen selvittämiseksi on erittäin tärkeää, että hoitohenkilöstö seuraa potilaan tilaa huolellisesti titrausvaiheen aikana. Tehokasta Breakyl-annosta syövän läpilyöntikipuun ei voida ennakoida opioidien päivittäisen ylläpitoannoksen eikä muun syövän läpilyöntikivun hoitoon käytettävän lääkeyhdistelmän perusteella, joten annos on määritettävä titraamalla. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoimet:** Potilaille ja heitä hoitaville henkilöille on kerrottava, että Breakyl-valmisteen sisältämä määrä vaikuttavaa ainetta voi johtaa lapsen kuolemaan, joten bukkaalikalvoja ei saa koskaan jättää lasten eikä muidenkaan ulottuville eikä näkyville. **Valmisteen kuvaus:** Breakyl on liukeneva, suorakaiteen muotoinen, litteä, joustava bukkaalikalvo, jossa on vaaleanpunainen ja valkoinen puoli. Vaaleanpunainen puoli sisältää vaikuttavaa ainetta, fentanyyliä, josta se vapautuu suoraan verenkiertoon. Valkoinen puoli minimoi fentanyylin vapautumisen sykkeen, jotta sen nielemiseltä vältytään. **Vahvuudet, pakkauskoot ja hinnat:** Bukkaalikalvot ovat yksittäispakatuissa, sinetöidyissä ja lapsiturvallisissa annospusseissa. Vahvuudet ovat 200, 400, 600, 800 ja 1200 mikrogrammaa ja pakkauskoot 10 ja 28 bukkaalikalvoa. Kaikkien vahvuuksien 10 kappaleen pakkausten TOH on 67,00 € ja VMH +alv on 101,53 € sekä 28 kappaleen pakkausten TOH on 187,60 € ja VMH + alv on 280,51 €. Breakyl Start-pakkaus on yksi 200, 400, 600 ja 800 mikrogramman bukkaalikalvo, sen TOH on 26,80 € ja VMH + alv on 42,46 €. **Korvattavuus:** Peruskorvattava (42 %) ja erityiskorvattava yleisessä erityiskorvausluokassa (100 %) sairauksissa rintasyöpä, eturauhassyöpä, leukemiat, muut pahanlaatuiset veri- ja luuydintaudit sekä pahanlaatuiset imukudostaudit, gynekologiset syövät, pahanlaatuiset kasvaimet, joita ei ole valtioneuvoston asetuksessa erikseen mainittu. **Lisätiedot:** Pharmacia Fennica. **Markkinoija:** Meda Oy Vaisalantie 4, 02130 Espoo, puh +358 20 720 9550 fax +358 20 720 9559, www.meda.fi, info@meda.fi, 1.1.2013