

**MARKKU MALI**  
LT, reumatologi  
TYKS, Varsinais-Suomen  
sairaanhoidopiiri, medisiininen  
toimialue, reumatologinen  
vastuualue  
Turun yliopisto

LIITEAINEISTO  
pdf-versiossa  
[www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi)

Sisällysluettelot  
SLL 19/2016

## Eväitä fibromyalgiapotilaan kohtaamiseen

- Vilkkaan tutkimustyön ansiosta fibromyalgian ja muiden keskushermoston kipuratojen herkistymisestä johtuvien toiminnallisten kipuoireyhtymien mekanismit ymmärretään paremmin kuin ennen.
- Näiden oireyhtymien ja niihin liittyvien oheisoireiden tunnistaminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa on tärkeää.
- Uudet diagnostiset kriteerit selkeyttävät fibromyalgian diagnoosia ja vaikeusasteen arviointia.
- Kun diagnoosiin on päästy, turhat tutkimuskierteet voidaan lopettaa ja välttää vahingolliset toimenpiteet. Potilas voi keskittyä hoitoon ja kuntoutumiseen.
- Nykyisin tälle haastavalle potilasryhmälle on tarjolla myös näyttöön perustuvia hoitokeinoja.

Fibromyalgia on nivelrikon jälkeen toiseksi yleisin kroonisten tuki- ja liikuntaelinkipujen aiheuttaja (1). Siitä huolimatta sitä usein pidetään laaja-alaisten kipujen ja moninaisten oireiden viimeisenä poissulkudiagnoosina. Jokin perinteinen ”kunnan diagnoosi” olisi potilaalle ja lääkärille paljon mieluisampi ja helpompi hyväksyä. Fibromyalgia aiheuttaa edelleen hämmästyttävän paljon tunteita, ennakkoluuloja ja jopa syrjintää. Kuten muissakin ennakkoluuloissa, syynä on tavallisesti tietämättömyys.

Diagnostisten kriteerien mukaan vaihdellen 2–8 %:lla väestöstä on fibromyalgioireyhtymä. Esiintyvyys on samaa luokkaa kaikkialla maailmassa ja fibromyalgiaa esiintyy kaikenikäisillä, joskin ikääntyvillä enemmän (1).

*Fibromyalgia aiheuttaa edelleen hämmästyttävän paljon tunteita, ennakkoluuloja ja jopa syrjintää.*

Suomalaisen kaksostutkimuksen mukaan puolet sairastumisriskistä selittyy geeneillä (2). Sairastuneen ensimmäisen asteen sukulaisella sairastumisriski on 8,5-kertainen. Geneettiset erot kipua säätelevien aivojen välittäjäaineiden, niitä hajottavien molekyylien tai tulehdusvälittäjäaineiden säätelyssä voivat selittää periytymistä. Fibromyalgian periytyvyys on polygeeninen, mikä osaltaan selittää hoitovasteiden vaihtelun yksilötasolla (1).

Amerikan reumatologiyhdistyksen arkuuspisteisiin perustuvia luokittelukriteerejä käytet-

tässä lähes kaikki fibromyalgiapotilaat olivat naisia. Kivun laaja-alaisuuden ja liitännäisoireet huomioon ottavien uudempien diagnostisten kriteeristöjen mukaan joka kolmas fibromyalgiapotilas on mies; osuus on sama kuin muissakin kroonisissa kipuoireyhtymissä (1).

### Varhainen diagnostisointi on tärkeää ja hyödyllistä

Fibromyalgiadiagnoosi on hyödyllinen, sillä potilas saa lopulta selityksen oireille ja tämä on merkittävä helpotus. Tutkimusten mukaan diagnoosin jälkeen terveyspalvelujen käyttö vähenee ja kustannuksia säästyy (1,2). Elämäntilanne paranee ja voidaan keskittyä hoitoon sekä kuntoutumiseen. Hermoston herkistymisestä johtuvan toiminnallisen kivun erottaminen muista kivun aiheuttajista on erityisen tärkeää operatiivisilla aloilla, jotta vältetään turhat ja haittaavat toimenpiteet.

Fibromyalgialle on tyypillistä laaja-alainen kipu (särky, kolotus) ja käsittelyarkuus. Samat keskushermoston säätelymekanismien häiriöt ja aivojen välittäjäaineiden epätasapaino aiheuttavat kipukokemuksen lisäksi muita tyypioireita, kuten vetämättömyyttä (fatigue), mentaalisia häiriöitä (fibrofog) ja unihäiriöitä (1,2). Usein fibromyalgiaan liittyy lukuisia muita autonomisen hermoston sekä hypotalamus-aivolisäke-akselin epätasapainosta johtuvia oireita.

Fibromyalgiapotilailla on usein monia muita sairauksia tai oireyhtymiä (3). Tavallisimpia ovat nivelrikko ja degeneratiiviset selkäongelmat, masennus, migreeni tai krooninen päänsärky, ahdistushäiriöt sekä tulehdukselliset reuma- ja sidekudossairaudet. Usein potilailla on vuosisikauksen anamneesi myös muista toimin-

## KIRJALLISUUTTA

- 1 Clauw DJ. Fibromyalgia. JAMA 2014;311:1547–55.
- 2 Kivikoski J, Hannonen P. Fibromyalgian taustalla on kivun säätelyn ja autonomisen hermoston herkistyminen. Suom Lääkäril 2013;68:1409–15.
- 3 Vincent A, Whipple MO, McAllister SJ ym. A cross-sectional assessment of the prevalence of multiple chronic conditions and medication use in a sample of community-dwelling adults with fibromyalgia in Olmsted County, Minnesota. BMJ Open 2015;5:e006681. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006681
- 4 Craacely RH, Petzke F, Wolf JM, Clauw DJ. Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia. Arthritis Rheum 2002;46:1333–43.
- 5 Gracely RH, Schweinhardt P. Key mechanisms mediating fibromyalgia. Clin Exp Rheumatol 2015;33 suppl 88:3–6.
- 6 Dell’Osso L, Bazzichi L, Baroni S ym. The inflammatory hypothesis of mood spectrum broadened to fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. Clin Exp Rheumatol 2015;33 suppl 88:109–16.
- 7 Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A ym. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia. J Rheumatol 2011;38:1113–22.
- 8 Ferrari R, Russell AS. A Questionnaire using the modified 2010 American College of Rheumatology criteria for fibromyalgia: Specificity and sensitivity in clinical practice. J Rheumatol 2013;40:1590–5.

nallisista kipuoireyhtymistä, kuten päänsärystä, kipuniskasta, kuukautiskivuista, kivuliaista purentaongelmista, toiminnallisista suolistongelmista, ärtyneestä virtsarakosta, kroonisista selkävivuista tai levottomista jaloista (1).

## Mekanismit ymmärretään paremmin kuin ennen

Kipu on tavallisesti jaoteltu syntymekanismien perusteella kudosvauriosta varoittavaan nosiseptiiviseen, kipuradan vaurioitumisesta johtuvaan neuropaattiseen sekä kipuradan ja keskushermoston herkistymisestä johtuvaan toiminnalliseen kipuun. Toiminnallinen kipu koetaan voimakkaampana kuin sen aiheuttaman nosiseptiivisen ärsyksen voisi olettaa saavan aikaan. Kyseessä on eräänlainen aivojen ”kipu-termostaatin” säätelyhäiriö (1,2).

Tärkeä löytö kivun tutkimuksessa oli, kun funktionaalisella aivokuvauksella osoitettiin fibromyalgiapotilaiden kipua säätelevien keskusten aktivoituminen ääreiskudoksen ärsytyksestä, jonka terve verrokiryhmä kokee kivuttomana (4). Keskushermoston herkistyminen ja säätelyhäiriö vaikuttavat olevan fibromyalgian tyyppisissä kipuoireyhtymissä oleellinen muutos. Siksi eräät auktoriteetit ovat alkaneet käyttää termiä ”sentralisoituneet kiputilat” (1). Tuoreissa katsauksissa on kuvattu seikkaperäisemmin fibromyalgiassa todettuja kivun säätelyn ja autonomisen hermoston herkistymismekanismeja (1,2). Fibromyalgia ja muiden toiminnallisten

kipuoireyhtymien tyyppi- ja oireita on esitetty taulukossa 1 (1).

Käytännössä eri kiputyyppiä esiintyy samanaikaisesti ja erottamattomasti. Nosiseptisen kivun pitkittyessä tapahtuu aina jossain määrin muutoksia myös kipuradoissa. Paikallisessa kivussa kipuratojen herkistymisen tarkeisuus on lamauttaa ja lepuuttaa koko raajaa ja antaa aikaa parantumiseen (5). Yleisinfektion yhteydessä esiintyy koko kehon laaja-alaista kivuliaisuutta, päänsärkyä ja vetämättömyyttä, joka pakottaa sairastuneen lepoon toipumisen edistämiseksi. Geneettisesti alttiilla fibromyalgiapotilaalla erilaiset kuormitustekijät aktivoivat samankaltaiset kipuradan ja keskushermoston kivun säätelyn herkistymiset epätarkoituksenmukaisesti. On mielenkiintoista, että infektioissa, autoimmunisairauksissa ja mielialahäiriöissä tapahtuu samankaltaisia aivojen välittäjäaineiden muutoksia kuin fibromyalgiassa (6).

Fibromyalgialle altistavia tai kuormitustekijöitä on kuvattu monia. Tavallisimpia ovat perifeeriset alueelliset kivut ja kipuoireyhtymät, riittämätön tai virkistämätön uni ja lepo, ylipaino, fyysinen inaktiivisuus ja henkinen stressi tai toivottomuus. Lisäksi tapaturmat, kirurgiset toimenpiteet, infektiot (esim. borrelia, hengitystieinfektiot, Epstein–Barrin virus, hepatiittivirukset), autoimmunisairaudet, hormonaaliset muutokset, kuten hypotyreoosi ja vaihdevuodet, ovat mahdollisia altistavia tai laukaisevia tekijöitä (1,2,5). Fibromyalgia on eräänlainen elimistön hätähuuto ja stressireaktio kuormitustekijöiden kasaumalle.

## Uudet kriteerit selkeyttävät diagnosointia

Fibromyalgiaa tulee epäillä aina, jos potilaalla on pitkäkestoista laaja-alaista erityisesti tuki- ja liikuntaelimestöperäistä kivuliaisuutta, joka ei riittävästi selity vammalla, vauriolla tai inflammatoilla. Fibromyalgian diagnoosi perustuu potilaan haastatteluun ja tarkkailuun sekä erityisen huolelliseen yleis- ja nivelstatukseen. Yksinkertaiset peruserikokeet yleensä riittävät (esim. PVK, La, CRP, TSH, Ca-ion, ALAT, KREA, D-25, PLV, GLUK). Muita tutkimuksia voidaan tehdä, jos kliininen tutkimus antaa siihen aihetta (1,2).

Amerikan reumatologiyhdistyksen vuonna 1990 julkaisema fibromyalgian luokittelukriteerit

## TAULUKKO 1.

### Fibromyalgian ja muiden toiminnallisten kipuoireyhtymien tyyppi- ja oireita.

- Kipu laaja-alaista, hajanaista, vaihtelevaa sekä vaeltavaa särkyä**  
kosketuskipu, tunnottomuuksia, neuropaattistyyppistä (puutumista, kihelmöintiä, polttavaa, kolotusta, viiltelyä jne.)  
koskettaminen ja tiukat vaatteet epämukavia
- Pitkällinen historia eri kehonosien kipuja ja särkyjä**
- Keskushermostoperäiset liittänoireet**  
vetämättömyys, unihäiriöt, mentaaliset ja mielialaongelmat
- Yleistyneen herkistymisen oireita**  
herkkyys kirkkaalle valolle, koville äänille, hajuille sekä sisäelinoireet  
voi johtaa oirekokonaisuuteen, jota usein virheellisesti tulkitaan somatisoinniksi, jonka biologinen mekanismi on alettu tunnistaa yleistyneeksi keskushermoston herkistymiseksi

9 Ballantyne JC, Sullivan MD. Intensity of chronic pain – the wrong metric? N Engl J Med 2015;273:2098–9.

ristö perustuu vähintään 11 arkuuspisteen toteutukseen 18 mahdollisesta testipisteestä (1,2). Siinä ei oteta huomioon oireyhtymän vaikeusasteita, eikä se toimi perusterveydenhuollossa. Se on epäherkkä erityisesti miehillä, ei huomioi tyypillisiä liittännäisoireita ja antaa virheellisen käsityksen, että kyse olisi vain perifeerisestä kipuongelmasta. Tutkimustiedon lisääntyttä ja fibromyalgian patogeneesin mekanismien selvittyä vuonna 2011 ehdotettiin käytännöllisempiä diagnostisia kriteerejä (7). Kanadassa tehdyssä tutkimuksessa kriteeristön sensitiivisyys perusterveydenhuollon potilailla oli 90,2 % ja spesifisyys 89,5 % (8).

Uusi kriteeristö perustuu oirekyselyyn kivun laaja-alaisuudesta, oireiden esiintymisestä ja vaikeusasteesta. (Liiteaineisto 1 artikkelin sähköisessä versiossa, [www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi) > Sisällysluettelo > 19/2016) (7). Potilas merkitsee kipeät tai arat alueet (Widespread Pain Index) sekä arvioi vetämättömyyden, mentaalisten ja unihäiriöiden vaikeusasteen sekä kolmen oheisorenen esiintymisen (Symptom Severity). Parisa minuutissa täytetty kyselylomake on oiva apu fibromyalgian diagnoosin ja vaikeusasteen arvioinnissa. Vaikka uudet kriteerit eivät enää vaadi arkuuspisteiden tunnustelua, käytännös-

sä potilaan yleistä käsittely- ja paineluarkuutta tutkitaan edelleen osana nivelstatusta. Kokeukseni mukaan kyselylomakkeen täyttäminen auttaa potilasta ymmärtämään kipuongelmansa ja hyväksymään diagnoosin.

Joskus liittännäissairaudet (esim. nivelrikko, reuma- tai sidekudossairaudet, selkäongelmat tai masennus) vaikeuttavat diagnostista arviointia. Tällöin lääkärin tehtävä on arvioida, onko fibromyalgialle tyypillinen kivun laaja-alaisuus ja oheisorenet hallitseva komponentti. Samalla muista sairauksista mahdollisesti johtuvat perifeeriset kivut ja oireet tulee hoitaa mahdollisimman hyvin.

Fibromyalgia voidaan ja kannattaa diagnosoida sekä hoitaa perusterveydenhuollossa. Jos diagnoosi on epäselvä tai herää epäily uudesta oheissairaudesta, tulee harkita potilaan lähettämistä reumatologin, fysiatrin, neurologin tai psykiatrin vastaanotolle. Vaikeimmille hoitoon reagoimattomille potilaille saattaa olla paikallaan järjestää kipupoliklinikan moniammatillinen arvio.

### Näyttöön perustuvia hoitomuotoja tarjolla

Fibromyalgian hoitoon on tarjolla lääkkeettömiä itsehoitokeinoja ja lääkehoitoja, ja niitä voidaan tarvittaessa yhdistää (taulukko 2) (1,2). Ilman potilaan omaa aktiivista itsehoitoa ja elämäntaparemonttia pelkällä lääkehoidolla ei saavuteta merkittävää hoitotulosta.

Diagnoosin jälkeen kaikille annetaan potilasopetusta ja ohjausta itsehoitokeinoista (Liiteaineisto 2). Säännöllinen liikunta ja kunnon parantaminen ovat luonnon parhaat analgeetit ja antidepressantit. Eniten tutkimusta on aerobisen liikunnan eduista. Liikunta tulee aloittaa varovasti ja vähitellen elimistöä kuunnellen ("start low, go slow"), ja siihen kannattaa liittää myös venyttelytyyppejä ja rentouttavia elementtejä. Yleensä kroonisissa kivuissa lähes kaikenlainen liikunta on hyödyllistä ja vähäinkin arkiliikunnan lisääminen kannattaa.

Elimistölle pitää suoda myös riittävää lepoa ja palautumisaikaa. Potilaan tulisi parantaa elämäntapaa ja välttää stressin aiheuttajia. Negatiivisia ajatuksia, kuten kipuun liittyviä pelkoja ja uskomuksia, välttämiskäyttäytymistä ja asioiden katastrofointia, tulee aktiivisesti välttää. Potilasta autetaan opettelemaan ajatuksen siirtämistä pois kivusta ja näkemään asioiden positiivinen puoli (kognitiivinen käyttäyty-

### SIDONNAISUODET

Markku Mali: Luentopalkkiot (Abbvie, BMS, Medac, MSD, Pfizer, Roche, UCB), koulutus- ja konferenssimatkojen osallistumiskuluja (Abbvie, BMS, Medac, MSD, Pfizer, Roche, UCB), asiantuntijapaneeli (Biogen).

### TAULUKKO 2.

#### Fibromyalgian hoitostrategiat. Lääkehoidoissa ilmoitettu suositeltu aloitusannos sekä (ad) yleensä fibromyalgiapotilailla suurin siedetty annos (2), joka ei ole lääkkeen maksimiannos.

##### KAIKKI POTILAAT

Potilasopetus fibromyalgian luonteesta

Ohjaus liikunnan edullisuudesta

Kognitiivinen käyttäytymisterapia (kielteisten tietoprosessien ja tapojen muuttaminen, nettisovellus esim. FibroGuide)

##### LÄÄKEHOITO HALLITSEVAN OIREEN MUKAAN OMAHOIDON TUKENA

Kunnollinen kokeilu yritys pieniannoksisella trisyklisellä lääkkeellä ensin  
amitriptyliini 10 mg ad 50 mg, nortriptyliini 10 mg ad 50 mg

Depressio tai vetämättömyys, seuraavaksi serotoniini-noradrenaliinin takaisinoton estäjä  
duloksetiini 30 mg ad 60 mg, milnasipraani 25 mg x 2 ad 50 mg x 2,  
venlafaksiini 37,5 mg ad 75 mg x 2

Ahdistus ja univaikeudet: gabapentinoideit

pregabaliini 25 mg ad 150 mg x 2, gabapentiini 300 mg ad 300 mg + 600 mg

Potilas voi joutua käyttämään useampaakin lääkettä yhtä aikaa

Vältä opioideja: toiminnallisissa kipuoireyhtymissä heikkotehoisia ja saattavat pahentaa hyperalgesiaa ja johtaa helposti addiktioon

NSAID, parasetamoli eivät tehoa toiminnalliseen kipuun, mutta saattavat auttaa liittännäissairauksien aiheuttamiin nosiseptisiin kipuihin

misterapia). Tärkeää on riittävästä laadukkaasta unesta huolehtiminen välttämällä häiriötekijöitä (liiallinen kahvi, alkoholi, stressi, rauhaton nukkumapaikka).

Fibromyalgiapotilaat ovat herkistyneet myös kokemaan lääkehaittoja, joten lääkehoito kannattaa aloittaa iltapainotteisesti pienellä annoksella hoitovastetta seuraten. Lääkehoidon teho on rajallinen eikä parantavaa lääkettä ole. Jos kivuliaisuus vähenee puoleen, tulos on erinomainen.

Vaikeimpien kipupotilaiden ohjaukseen ja valmennukseen kannattaa käyttää moniammatillista hoitotiimiä (esim. lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä, psykologi).

## *Fibromyalgiaan tulee suhtautua neutraalisti ja ahdistumatta.*

Fibromyalgiapotilaan arvioinnissa ja hoitovasteen seurannassa kivuliaisuusoirekyselyn lisäksi hyödyllisiä mittareita ovat kipu-, uupumus- ja yleisvointi-VAS (<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi21010c.pdf>) ja HAQ-toimintakykyindeksi (<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi21010b.pdf>). On esitetty, että pelkäänsä kivun arviointiin liikaa keskittyminen hoidossa saattaa olla jopa haitallista. Moniammatillisen hoidon tulee kohdentua kivun aiheuttaman stressin, avuttomuuden tunteen ja kärsimyksen lieventämiseen (9). Kokonaisvaltaisen

hoidon ensisijaisena tavoitteena on toimintakyvyn ja elämänlaadun parantaminen.

Laadukas nettipohjainen potilasohjaus on saavuttanut suosiota ja on monelle käytännöllinen (esim. <https://fibroguide.med.umich.edu/>). Toivottavasti laadukasta nettivalmennusta olisi pian tarjolla myös suomen kielellä. Itsehoidon tueksi toivoisin näkeväni yhä enemmän myös kipupotilaiden kuntoutukseen ja valmentamiseen erikoistuneita kunto- ja terapia-keskuksia.

### **Terveydenhuollon suhtautumisessa peiliin katsomisen paikka**

Fibromyalgiadiagnoosin ei pidä leimata ja lokeroita ihmistä terveydenhuollossa tyyliin, ”taase hankala fibro”. Fibromyalgiaan tulee suhtautua neutraalisti ja ahdistumatta, esimerkiksi nivelrikon tai verenpainetaudin tapaan, diagnoosina muiden joukossa. Fibromyalgia ei ole harvinainen poissulkudiagnoosi, vaan yleinen oireyhtymä, jonka diagnoosi on tyypillisessä tapauksessa ilmeinen ja helppo. Diagnoosia ei pidä pelätä eikä siitä ole haittaa potilaalle. Varsinkin itsehoitokeinot ovat kaikille suositeltavia hyvän elämän ohjeita.

Samalla on muistettava, että fibromyalgiadiagnoosi ei suojele potilasta muilta sairauksilta eikä ole kaikenkattava selitys uusille oireille. Tämän potilasryhmän hoidossa testataan lääkärin ammattitaito. Potilaan kuunteleminen, huolellinen kliininen tutkimus ja erityisesti seuranta ovat avainasemassa fibromyalgiapotilaan hoidossa diagnoosin jälkeenkin. ●

**English summary** | [www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi) | in english  
Tools for managing fibromyalgia patients

**MARKKU MALI**

M.D., Ph.D., Rheumatologist  
Turku University Central Hospital,  
The Hospital District of Southwest  
Finland  
University of Turku

# Tools for managing fibromyalgia patients

Thanks to active research, fibromyalgia and other “centralized” pain states are much better understood now than ever before. Identifying fibromyalgia syndrome and associated comorbid conditions as early as possible is important. New proposed diagnostic criteria for fibromyalgia facilitate diagnosis and assessment. Once the diagnosis is established unnecessary investigations can be stopped and harmful operations avoided. The patient can focus on treatment and rehabilitation. Today, we can offer evidence-based treatment strategies for this challenging group of patients.

## **Liiteaineisto 1.**

### **Oirekysely kivuliaisuudesta fibromyalgian arvioimiseksi.**

Kivun laaja-alaisuus (Widespread Pain Index, WPI, kysymys 1), oireisuus (Symptom Severity, SS, kysymykset 2 ja 3). Tulos on fibromyalgialle viitteellinen, jos  $WPI + SS \geq 13$  ja samanaikaisesti vähintään  $WPI \geq 7$  ja  $SS \geq 5$ , tai  $WPI$  3–6 ja  $SS \geq 9$ . Oireiden kesto on vähintään 3 kuukautta ja muu syy ei selitä riittävästi. Lähde: Wolfe F ym. *J Rheumatol* 2011;38:1113–22.

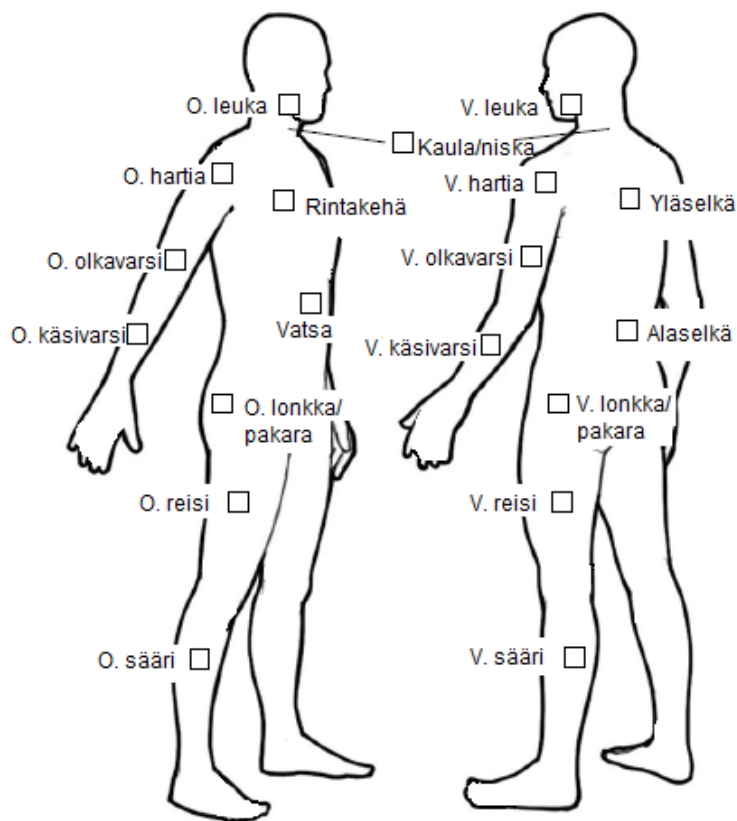
## Oirekysely kivuliaisuudesta

Pvä: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .20 \_\_\_\_

Nimi: \_\_\_\_\_

Syntymäaika: \_\_\_\_\_

1. Onko ollut kipua tai arkuutta seuraavilla kehon alueilla **viimeisen 7 päivän aikana**? Merkitse rasti (O.=oikea, V.=vasen).



Kivun laaja-alaisuus (WPI)=\_\_\_\_/19

2. Missä määrin seuraavat oireet ovat häirinneet **viimeisen 7 päivän aikana**? (Ympyröi parhaiten kuvaava numero: 0= ei esiinny, 1= lievä/epäsäännöllisesti, 2= keskivaikea/esiintyy usein, 3=vaikea ongelma/esiintyy jatkuvana)

Vetämättömyys/uupumus

0 1 2 3

Ajattelu- tai muistivaikeudet

0 1 2 3

Herääminen väsyneenä/virkistämättömänä

0 1 2 3

\_\_\_\_/9p

3. **Viimeisen 6 kk aikana** onko sinulla ollut jotain seuraavista oireista? (ympyröi ei tai kyllä)

Kipuja tai kouristuksia alavatsalla ei kyllä

Masentuneisuutta ei kyllä

Päänsärkyä ei kyllä

\_\_\_\_/3p

Oireisuus (SS) 2. ja 3.=\_\_\_\_/12p

4. Ovatko kivut ja oireet esiintyneet vähintään 3kk?

ei kyllä

5. Onko sinulla tiedossa jo jokin syy tai vaiva, joka voisi selittää kipua?

ei kyllä

WPI (1.)+SS (2. ja 3.) =\_\_\_\_/31p

## Liiteaineisto 2.

### Fibromyalgia – Potilasohje

(4/2016)

Fibromyalgian (FM) ja useiden muiden kroonisten toiminnallisten kipuoireyhtymien mekanismit ovat viime vuosina tunnistettu. FM:lle ovat tyypillistä pitkäaikainen, laaja-alainen kivuliaisuus ja särky eri puolilla kehoa. Syynä on keskushermostoperäinen kiputuntemuksen voimistuminen ja säätelyn häiriintyminen, tapahtuu ns. kivun ”sentralisoituminen”. Kipua tuntuu enemmän kuin voisi olettaa ärsykkeen pohjalta. Kyseessä on eräänlainen aivojen ”kiputermostaatin” säätelyhäiriö. Kivun syynä ei ole kohdekudoksen tulehdus tai vaurio eikä FM aiheuta kudostuhoa tai niveltuhoa.

Kipuhermoston herkistymiseen liittyvät hermoston välittäjäaineet ja herkistymismekanismit säätelevät myös monia muita toimintoja. Siksi FM-oireyhtymälle luonteenomaista ovat mm. vetämättömyys/uupumus, mieliala- sekä ajattelu- ja muistihäiriöt (ns. fibrofog eli eräänlainen ”aivosumu”) sekä virkistämätön uni. FM on yleinen, n. 4 % väestöstä sairastaa sitä. Sitä esiintyy kaikenikäisillä. Esiintyvyys lisääntyy ikääntyessä ja on tavallinen liitännäissairaus esim. nivelrikko, reuma- ja sidekudossairauspotilailla (10–30 %:lla).

Geneettinen alttius selittää puolet sairastumisriskistä. Lisäksi tunnetaan runsaasti erilaisia altistavia kuormitus- ja stressitekijöitä, jotka voivat altistaa FM:n puhkeamiselle. FM onkin eräänlainen elimistön hätähuuto ja puolustusreaktio erilaisten kuormitustekijöiden kasaumalle. Elimistö ajautuu stressitilaan, eikä pysty palautumaan.

### Omahoito

Hoito jakaantuu omahoitokeinoihin ja lääkehoitoihin, ja ne voidaan tarvittaessa yhdistää. Lääkehoidossa käytetään aivojen ”kiputermostaattiin” vaikuttavia lääkkeitä. Pelkällä lääkehoidolla ei yleensä saavuteta merkittävää hoitotulosta ilman potilaan omaa aktiivista omahoitoa ja elintaparemonttia.

Säännöllinen liikunta ja kunnon parantaminen on luonnon paras analgeetti (kipulääke) ja antidepressantti (masennuslääke). Liikunta tukee painonhallintaa, vähentää stressiä, nostaa kipukynnystä ja parantaa unta sekä tasapainottaa autonomista hermostoa. Hyödyllisiä liikuntamuotoja ovat aerobiset liikuntamuodot esim. kävely, pyöräily, hiihto, uinti ja tanssiminen. Yleisohje kroonisissa kivuissa kuitenkin on, että kaikenlainen liikunta on hyödyllistä. Jo vähäisenkin arkiliikunnan ja aktiivisuuden lisääminen kannattaa. Muista aloittaa varovaisesti omaa elimistöäsi kuunnellen (”start low, go slow”). Liikunnan lisääminen aiheuttama väliaikainen kivuliaisuuden lisääntyminen ei ole vaarallista. Liikuntaan kannattaa liittää myös venyttelytyyppejä ja rentouttavia elementtejä.



Elimistölle pitää suoda myös riittävää lepoa ja palautumisaikaa. Anna aikaa itsellesi, pyri parantamaan elämänhallintaasi ja vältä stressin aiheuttajia. Negatiivisia ajatuksia, kuten kipuun liittyviä pelkoja ja uskomuksia, välttämiskäyttäytymistä ja asioiden katastrofointia (nähdään tulevaisuus pahimmalla mahdollisella tavalla) tulee aktiivisesti välttää. Siirrä ajatukset pois kivusta ja pyri näkemään asioiden ja elämän positiivinen puoli. Yksikään tauti ei ole murehtimalla parantunut – päinvastoin. Tärkeää on riittävästä laadukkaasta unesta huolehtiminen välttämällä häiriötekijöitä (liiallinen kahvi, alkoholi, stressi), nukkumatilan tulisi olla häiriötön ja lämpötilaltaan sopiva.

Parantavaa lääkettä ei ole ja kivuliaisuuden hoitaminen on haasteellista. Jos kivuliaisuus vähenee 50 %:lla, on tulos erinomainen. Kokonaisvaltaisen hoidon ensisijaisena tavoitteena on toimintakyvyn ja elämänlaadun parantaminen.

FM ei vammauta, vaikka on välillä harmillinen. FM ei pidä antaa hallita elämääsi ja täysipainoinen elämä on mahdollista.

Markku Mali  
LT, Reumatologi

**Kirjallisuutta ja hyödyllisiä linkkejä:**

Mali, M. Eväitä fibromyalgiapotilaan kohtaamiseen. Suomen Lääkärilehti 19/2016

Yleistajuinen Potilaan lääkärilehden artikkeli fibromyalgian mekanismeista:

<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/tiedeartikkelit/fibromyalgia-taustalla-on-kivunsaatelyn-ja-autonomisen-hermoston-herkistymisen/#.VjY6BbfhCUk>

FibroGuide, englanninkielinen erinomainen omahoito valmennussivusto:

<https://fibroguide.med.umich.edu/>

UKK instituutin terveystieteiden suositukset:

[WWW.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka](http://WWW.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka)