



MS-tauti

Mitä uutta päivityksessä?

- Multippeliskleroosin eli MS-taudin diagnoosi tehdään McDonaldin vuoden 2010 kriteereiden mukaisesti, minkä jälkeen aaltomaisen MS-taudin ensilinjan hoito aloitetaan beetainterferonilla, dimetyylifumaraatilla, glatirameeriasetaatilla tai teriflunomidilla.
- Jos MS-tauti alkaa poikkeuksellisen aktiivisesti, ensisijaiseksi hoidoksi suositellaan alemtutsumabia, fingolimodia tai natalitsumabia.
- Jos MS-tauti on ensilinjan hoidosta huolimatta aktiivinen, toissijaiseksi hoidoksi suositellaan alemtutsumabia, fingolimodia tai natalitsumabia.
- Kun aaltomainen MS-tauti on siirtynyt toissijaisesti etenevään vaiheeseen, käytössä olevaa lääkettä jatketaan tai vaihdetaan, jos taudin aktiivisuutta edelleen ilmenee pahenemisvaiheiden ilmaantumisen tai magneettikuvauksen (MK) perusteella.
- Lääkityksen lopettamista suositellaan, jos aktiiviteettiä ei ole esiintynyt 3 vuoteen ja sairauden oireet etenevät tasaisesti.

Diagnoosi

MS-taudin diagnoosi tehdään McDonaldin vuoden 2010 kriteereiden mukaisesti. Uusissa diagnostisissa kriteereissä magneettikuvauksen (MK) osuus painottuu entisestään. Lisäksi selkäydinnestetutkimus kuuluu MS-taudin diagnostiikkaan. Ajallisen ja paikallisen hajapesäkkeisyyden (disseminaatio) diagnostiset vaatimukset voivat täytyä jo ensimmäisen pahenemisvaiheen jälkeisen MK:n perusteella, jolloin MS-taudin diagnoosi vahvistuu aiempaa varhemmin.

Jos KEO-potilaan oireet ovat invalidisoivia ja toipuminen oirejaksosta on vaillinaista ja jos MK:ssa ja selkäydinnesteessä todetaan MS-tautiin viittaavia muutoksia, vaikkeivät diagnostiset kriteerit täyty, pyritään järjestämään uusi MK viimeistään 3 kuukauden kuluessa. Muille KEO-potilaille suositellaan seuranta MK:lla 3–12 kuukauden kuluessa ensimmäisestä kuvauksesta. Tämän jälkeen seuranta harkitaan tapauskohtaisesti kliinisin perustein.

Lääkehoito

Akuuteissa toimintakykyä heikentävissä pahenemisvaiheissa käytetään laskimonsisäistä tai suun kautta otettavaa suuriannoksista kortikosteroidipulssihoitoa. Aaltomaisen MS-taudin ensisijaiseksi lääkähoidoksi suositellaan kerran viikossa lihakseen annettavaa^A tai ihon alle joka toinen päivä annettavaa beetainterferoni 1a:ta^A, kolmesti viikossa ihon alle annettavaa beetainterferoni 1b:tä^A, kaksi kertaa päivässä suun kautta otettavaa dimetyylifumaraattia^A, kerran päivässä ihon alle annettavaa glatirameeriasetaattia^A tai kerran päivässä suun kautta otettavaa teriflunomidia^A. Jos MS-tauti alkaa poikkeuksellisen aktiivisesti, suositellaan alemtutsumabia, fingolimodia tai natalitsumabia jo ensilinjan hoidoksi.

Jos tauti on ensilinjan hoidoista huolimatta aktiivinen, toissijaisiksi hoidoiksi suositellaan alemtutsumabia^A, fingolimodia^A tai natalitsumabia^A. Jos potilas on JC-virusvasta-ainepositiivinen ja saanut aiemmin immunosuppressiivista lääkettä tai sytostaatteja (esim. atsatiopriini, mitoksantroni, metotrekssaatti tai syklofosfamidi), natalitsumabihoitoa ei suuren PML-riskin (11,1 / 1 000) vuoksi pidä aloittaa. Tilanteissa, joissa muut lääkkeet eivät tule kyseeseen ja natalitsumabihoitoon päädytään JC-virusvasta-ainepositiivisuudesta huolimatta, voidaan kuitenkin harkita määräämisaikaista, alle vuoden pituista natalitsumabihoitoa, jossa noudatetaan maksimaalista tur-

vallisuusseurantaa. Ellei näistä hoidoista ole hyötyä, voidaan vielä kokeilla mitoksantronia.

Sekundaarisesti eli toissijaisesti etenevään MS-tautiin ei ole nykyisin olemassa tehokasta hoitoa. Myöskään primaaristi etenevän MS-taudin kulkuun vaikuttavaa lääkehoitoa ei ole käytettävissä.

Lääkehoidon vaihto ja lopetus

Jos ensilinjan lääkkeestä kehittyä haittavaikutuksia, suositellaan vaihtoa toiseen ensilinjan hoitoon. Jos vaste ensilinjan hoitoon jää huonoksi, tauti on osoittautunut aktiiviseksi kliinisen tilan tai MK-löydöksen perusteella tai potilas ei haittavaikutusten takia pysty käyttämään näitä lääkkeitä, voidaan siirtyä alemmattusumabi-, fingolimodi- tai natalisumabihoitoon.

Immunomoduloiva hoito tulee lopettaa, jos tauti muuttuu sekundaarisesti eteneväksi eikä

pahenemisvaiheita esiinny 3 vuoden aikana eli tauti ei ole enää immunologisesti aktiivinen.

Kuntoutus

Lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvat hyvä informointi sairaudesta, riittävä ja oikea-aikainen sopeutumisvalmennus, lihashuolto- ja liikuntaneuvonta sekä yksilöllinen ja moniammatillinen kuntoutus havaittujen tarpeiden mukaisesti. Työkyvyttömyyden uhka tulee havaita ajoissa, ja siihen on viipymättä puututtava työterveyshuollon ja ammatillisen kuntoutuksen toimin. Työkykyarvion tekee työterveyslääkäri, mutta neurologian erikoislääkäri voi arvioida sairauden vaikutusta toimintakykyyn.

Suositus on tarkoitettu neurologian erikoislääkäreille, neurologiaan erikoistuville lääkäreille ja muille MS-potilaiden parissa toimiville. ■

Koko suositus on luettavissa: www.kaypahoito.fi

ANNE REMES (pj.), LAURA AIRAS, SARI ATULA, MARKUS FÄRKKILÄ, PÄIVI HARTIKAINEN, KEIJO KOIVISTO, ELIISA MÄENPÄÄ, JUHANI RUUTIAINEN, MARJA-LIISA SUMELAHTI

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Neurologisen Yhdistyksen asettama työryhmä

Summary

Update on Current Care Guideline: Multiple sclerosis

Treatment for relapsing-remitting multiple sclerosis (RRMS) is initiated upon fulfillment of new McDonald 2010 criteria for RRMS. In addition, lumbar puncture is an essential diagnostic method. Interferon- β , dimethyl fumarate, glatiramer acetate and teriflunomide are the first-line immunomodulating drugs (IMD) for RRMS.

If the disease is active according to clinical or MRI evaluation during the first-line IMD treatment, alemtuzumab, fingolimod or natalizumab may be considered as second-line therapies. IMD treatment is discontinued upon the transition of RRMS to secondary progressive phase. Rehabilitation should be considered at every phase of the disease.