

---

## Nivelreuman peruslääkehoito

### Lääkehoidon tavoitteet ja mahdollisuudet

Nivelreuman diagnoosin näyttäessä ilmeiseltä aloitetaan viipymättä verraten pitkäaikainen peruslääkitys. Sairauden aiheuttama uhka on yleensä suurempi kuin hoidon aiheuttamat haitat. Sama koskee useimpia tulehduksellisia reumatauteja. Lääkehoidon teho on suurin reumataudin varhaisvaiheessa, joten turhaa varovaisuutta on vältettävä. Lääkehoidosta päättää yleensä erikoissairaanhoido, jonka pitäisi myös varmistaa, että hoito tehoaa. Seuranta erikoislääkärin toimesta on aiheellista vähintään niin kauan kuin sairaus osoittaa aktiivisuuden merkkejä. Myös täysin rauhoittuneen sairauden seuranta ainakin vuosittain on tarpeen reuma-tauteihin perehtyneen lääkärin toimesta. Tärkeätä on tarkkailla sekä hoidon tehoa että turvallisuutta. Jos hoito tehoaa huonosti, sitä on pyrittävä viipymättä muuttamaan.

Tuoreessa nivelreumassa tavoitteena on remissio: Potilas on oireeton ja hänen laboratorioarvonsa ovat normaalit. Ellei remissiota saavuteta puolen vuoden kuluessa, on hoitoa pyrittävä muuttamaan. Sairauden rauhoituttua peruslääkehoitoa yleensä jatketaan vähintään vuoden ajan. Jäljempänä mainitut lääkkeet vähentävät tulehdusta nivelreumassa tai vastaavassa taudissa, ja taudin eteneminen hidastuu. Varhaisvaiheessa niveliin ilmaantuneet muutokset voivat jopa korjaantua.

Vain biologisen lääkehoidon ja januskinaasin estäjien vaikutus reumaattiseen tulehdukseen tiedetään melko tarkasti. Nivelreuman peruslääkehoito kannattaa myös pitkälle edenneessä sairaudessa, jos sen katsotaan edelleen olevan aktiivi.

### Ensisijaisen lääkehoidon valinta

Taudin vaikeus ja luonne (esim. reumatekijän positiivisuus, yleisoireet, niveloireiden jakauma, psoriaasi) vaikuttavat peruslääkkeen valintaan. **Metotreksaatti** (Trexan®, Metoject®, Metoject® PEN) on yleisin ensisijaisvalinta.

Vaihtoehtona voidaan pitää etenkin **sulfasalatsiinia** (Salazopyrin®). **Hydroksiklorokiinia** (Oxiklorin®) käytetään yleensä vain yhdistelmähoidon osana. Nivelreuman hoidossa solunsalpaajalääkkeinä voidaan metotreksaatin sijasta tai joskus lisänä käyttää **leflunomidia** (Arava®), **syklosporiinia** (Sandimmun®) ja **atsatiopriinia** (Azamun®, Imurel®). Syklofosfamidia annetaan yleensä vain vaikeissa systeemisissä sidekudostaudeissa. 1900-luvulla nivelreuman peruslääkkeenä eniten käytetyn kultahoidon (aurotiomalaatti, Myocrisin®) saatavuus päättyy vuoden 2020 aikana.

### Yhdistelmähoitot

Hoitotulokset paranevat antamalla useita nivelreuman peruslääkkeitä samanaikaisesti. Tällainen yhdistelmähoito pyritään käynnistämään jo ensivaiheen hoitona. Suosituin ja parhaiten tutkittu lääkeyhdistelmä on metotreksaatti + sulfasalatsiini + hydroksiklorokiini. Yleensä mukaan liitetään myös kortisonivalmiste, joka oireiden lievittämisen ohella myös hidastaa taudin kulkua. Hyvin monet muut

---

yhdistelmät ovat mahdollisia. Kaikkien biologisten lääkkeiden kanssa suositellaan metotreksaatin antamista, mutta myös hoito yksinään tai yhdistäminen muuhun solunsalpaajahoitoon on mahdollista. Yhdistelmähoito edellyttää huolellista seurantaa, mutta kokemukset osoittavat, ettei haittavaikutusten riski yleensä lisääny. Sairauden rauhoittuessa voidaan osa yhdistelmähoidosta usein lopettaa.

## Biologiset reumalääkkeet

Kasvainnekroositekijä-alfan (TNF-?) estäjät ovat osoittautuneet viime vuosikymmeninä tutkituista biologisista lääkkeistä tehokkaiksi nivelreuman (myös lastenreuman, selkärankareuman, nivelpsoriaasin ym.) lääkkeiksi. TNF-estäjistä ovat jo yli 15 vuotta olleet käytettävissä etanersepti (Enbrel®), infliksimabi (Inflectra®, Remicade®, Remsima®) ja adalimumabi (Amgevita®, Humira®). Myös sertolitsumabipegolista (Cimzia®) ja golimumabista (Simponi®) on jo pitkäaikaista kokemusta. Biologiset lääkkeet annetaan ruiskeina, infliksimabia noin 8 viikon välein laskimoon, muita muutaman päivän tai 1–4 viikon välein ihon alle. Potilas voi yleensä itse huolehtia lääkkeen antamisesta esitäytettyä ruiskua tai kynää käyttäen.

TNF-estäjien vaikutus nähdään jo parissa viikossa. Haittavaikutukset ovat verraten harvinaisia. Joitakin vakaviakin ongelmia on esiintynyt, merkittävimpana infektioiden (erityisesti tuberkuloosin) aktivoituminen. Lymfoomaan sairastumista on joskus nähty biologisten lääkkeiden käytön yhteydessä, mutta se ei näytä olevan yleisempää kuin muilla nivelreumapotilailla. Täysi sairauden rauhoittuminen (remissio) onnistuu paremmin kuin yksittäisillä perinteisillä reumalääkkeillä, mutta hoidon epäonnistuminenkin on mahdollista. TNF-estäjien käytön ehtona pidetään yleensä sitä, että potilasta on hoidettu metotreksaattia tai yhdistelmähoitoja käyttäen.

Interleukiini-1-reseptorin antagonisti, **anakinra** (Kineret®), on TNF-estäjien tavoin lääke, joka vaikuttaa reumaattista tulehdusta edistävään sytokiiniin. Anakinraa annetaan päivittäisinä injektioina ihon alle. Lääke aiheuttaa usein injektiokohdassa ärsytysoireita.

**Rituksimabi** (MabThera®) sitoutuu B-solun CD20-antigeeniin, jolloin B-solut ja samalla nivelreumassa aktivoitunut haitallinen vasta-ainetuotanto vähenevät. Rituksimabia on käytetty myös monien sidekudostautien hoitona. Lääke annetaan tiputuksena laskimoon hoitajakson koostuessa kahdesta tiputuskerrasta, joiden väli on kaksi viikkoa. Teho nähdään muutaman kuukauden kuluttua. Tarvittaessa hoito uusitaan esimerkiksi 8-12 kuukauden kuluttua. Haittavaikutuksina nähdään allergistyyppisiä reaktioita.

**Abatasepti** (Orencia®) sitoutuu antigeenia esittelevien solujen pinnalla oleviin tiettyihin molekyyleihin, jolloin T-lymfosyyttien aktivoituminen estyy ja reumaattinen tulehdusreaktio heikkenee. Abataseptia on annettu aikuisten ja lasten nivelreuman lisäksi muissakin reumasairauksissa. Lääke annostellaan ruiskeena ihon alle kerran viikossa. Hoidon aluksi voidaan käyttää myös tiputusta laskimoon. Haittavaikutuksina on tiputuksen yhteydessä havaittu allergiaa, huimausta ja verenpaineen nousua.

**Tosilitsumabi** (RoActemra®) ja sarilumabi (Kevzara®) ovat vasta-aineita, jotka estävät reumaattisessa tulehduksessa olennaisen interleukiini 6:n (IL-6) toimintaa. Lääkkeet annetaan ruiskeena ihon alle yhden tai kahden viikon välein tai tiputuksena laskimoon neljän viikon välein. Haittavaikutuksina voi olla infektioiden lisääntymistä, muutoksia veren kuvassa tai veren rasva-arvojen nousua.

## Januskinaasin estäjät

---

Nivelreuman perushoitoon ovat biologisia lääkkeitä teholtaan vastaaviksi tulleet Janus-kinaasien (JAK) estäjät barisitinibi (Olumiant®), tofasitinibi (Xeljanz®) ja upadasitinibi (Rinvoq®). Niiden etuna on annostelu tabletteina suun kautta. Nekin ovat tarkoitettut potilaille, jotka eivät riittävästi ole hyötäneet tavanomaisista reumalääkkeistä. Samanaikaisesti voidaan antaa metotreksaattia, mutta muiden reumalääkkeiden yhteiskäyttö ei ole suositeltavaa. Varotoimet ja haittavaikutukset ovat pääosin samoja kuin biologisilla reumalääkkeillä.

Biologiset lääkkeet ja januskinaasin estäjät ovat kalliita, mutta Kela korvaa pääosan kustannuksista niiden lääkkeiden kohdalla, joita potilas voi itse annostella. Hoito pitää kuitenkin perustella erillisellä lääkärinlausunnolla. Hoitoyksikkö vastaa lääkekustannuksista, jos lääke annetaan siellä tiputuksena laskimoon.

## **Potilaan seuranta**

Nivelreuman peruslääkehoidon aloittaa reumatautien erikoislääkäri. Potilaan seurantaan osallistuu myös perusterveydenhuolto. Kaikkien viimeisten vuosikymmenien aikana kehitettyjen uusien lääkkeiden osalta seurannan pitää olla tällaiseen lääkehoitoon perehtyneen lääkärin vastuulla. Hoitoyksikössä toimiva koulutettu reumahoitaja on usein tärkeä ensisijainen potilaan yhteyshenkilö. Jokaisen lääkkeen kohdalla ovat yksilölliset seurantaohjeet, joihin liittyvistä laboratoriotutkimuksista on huolehdittava. Solunsalpaajien, biologisten lääkkeiden ja Janus-kinaasien estäjien vaarallisin haittavaikutus on vakavan infektiotaudin kehittyminen. Potilaan yleiskunnon heikkeneminen voi olla merkki salakavalasti kehittyvästä infektiosta, sillä lääkehoito voi peittää varsinaiset infektio-oireet. Yllättävä CRP:n nousu laboratoriotutkimuksissa voi olla merkki infektiosta, joten CRP on muistettava ottaa muiden seurantatutkimusten ohella.

*Päivitetty 1.6.2020*

## **Lue myös**

[Reuma-lehti 2/2018: Nivelreuma - Lääkkeet kehittyvät, vaihtoehdot lisääntyvät](#)