

Astma on hallittavissa NYKYHOIDAIN

Hyvin suunniteltu lääkehoito pitää astman hallinnassa ja kustannukset kurissa. Kansallisen astmaohjelman tulokset olivat vakuuttavia, ja astman aiheuttama taakka niin potilaille kuin yhteiskunnalle keveni selvästi. Onnistunut ohjattu omahoito on astman hoitotasapainon kannalta ratkaisevaa.

Astman taustalla on väärin suuntautunut immuuni(puolustus)reaktio, jota seuraa tulehdus eli inflammaatio ja lopulta hengitysteiden ahtautuminen. Uudet tutkimukset viittaavat siihen, että astman yleistyminen liittyy suoliston, ihon ja hengitysteiden mikrobiomin (mikrobiston geneettinen kokonaisuus) köyhtymiseen kaupunkimaisissa oloissa ja tulehdusherkkyyden lisääntymiseen (Hanski ym. 2012).

Lääkärin diagnosoimaa astmaa sairastaa noin 10 % pääkaupunkiseudun väestöstä. Apteekeissa tehdyn astma-allergiabarometrin perusteella sairaus on vaikea enää noin 4 %:lla astmapotilaista, kun 2000-luvun alussa vastaava luku oli 10 %. Vanhemmat ikäluokat, yli 60-vuotiaat ja erityisesti naiset tarvitsevat ylivoimaisesti eniten sairaalahoitoa ja kuormittavat terveydenhuoltoa (Kauppi ym. 2013).

Kelan erityiskorvaustilastoissa astma (243 000 korvauksen saajaa v. 2012) kilpailee diabeteksen kanssa toisesta sijasta verenpainetaudin jälkeen. Vuonna 2011 astman ja allergian kustannukset olivat 1,3–1,6 miljardia euroa (Jantunen ym. 2014).

Kaikenikäisten tauti

Astma on lasten yleisin pitkäaikais sairaus, ja noin 70–80 %:lla astmalapsista on allergiaa. Monilla lapsilla astmaoireet katoavat murrosiässä. Nuorilla aikuisilla 20 vuoden seurannassa lievä tauti pysyi yleensä lievänä, mutta harva parani siitä kokonaan (Teppo ym. 2011).

Aikuisiän astma on yleensä pysyvä tauti, mutta oireet voivat kadota jopa vuosiksi. Aikuisastmaatikoista vain noin puolet on allergisia. Kaikenikäisillä potilailla hengitysteiden virusinfektiot ovat ylivoimaisesti yleisin syy oireiden pahenemiseen.

Varhainen diagnoosi on hoidon avain

Pitkään jatkunut tai toistuva keuhkoputkien limakalvotulehdus johtaa astmalle tyypilliseen keuhkoputkien ahtautumiseen, mistä seuraa hengityksen vinkumista ja hengenahdistusta. Diagnoosi perustuu juuri keuhkoputkien vaihtelevan ahtautumisen osoittamiseen (ks. astman Käypä hoito -suositus 2013).

Tavallisesti potilaalla on ensin pitkäaikaista yskää ja limaneritystä, lopulta myös hengityksen vinkumista ja hengenahdistusta. Sairastuvilla on keuhkoputkien supistumistaipumukseen liittyvää perinnöllistä alttiutta.

Astmassa limakalvojen eosinofiilinen tulehdus käynnistyy sinänsä vaarattoman allergeenin takia tai sen laukaisee virusinfektio. Kun tauti kroonistuu, tulehdus muuttuu solutyypiltään sekamuotoisemmaksi ja mukaan tulee enemmän neutrofiilisiä valkosoluja. Eosinofiilinen tulehdus reagoi hyvin kortisoniin, neutrofiilinen tulehdus ei. Siksi lääkeväste on usein taudin alussa hyvä mutta saattaa huonontua, jos tauti jatkuu vuosia eikä sitä saada talttumaan.

Astman varhainen diagnostiikka on avainasemassa, jotta voidaan aloittaa oikea hoito (Ryttilä ym. 2008). Usein potilaat ovat saaneet toistuvia antibioottikuureja jopa vuosien ajan, ja diagnoosina on ollut keuhkoputkentulehdus. Taudin alussa keuhkojen toimintahäiriöt ovat lieviä ja korjautuvat nopeasti oikealla lääkehoidolla.

Astman kaltaisessa tulehduksessa hengitysfunktion häiriö ei vielä täytä astman kriteereitä, mutta se hoidetaan silti anti-inflammatorisella lääkityksellä hyvin tuloksin. Jatkossa etenkin lapsipotilas saattaa pärjätä käytämällä esimerkiksi inhaloitavaa kortisonia 2–4 viikon jaksoissa (Turpeinen ym. 2012).

Tutkimukset ja astmaohjelma mullistivat lääkehoidon

Astman lääkehoidon mullisti niin Suomessa kuin muualla kaksi suomalaistutkimusta, jotka osoittivat astman tulehduksellisen luonteen (Laitinen ym. 1985) ja heti taudin alussa annetun anti-inflammatorisen hoidon merkityksen (Haahtela ym. 1991).

Kansallinen astmaohjelma vuosina 1994–2004 vei uudet tiedot nopeasti käytäntöön, ja tulokset olivat vakuuttavia (Haahtela ym. 2006, Tuomisto ym. 2010). Astman sekä potilaille että yhteiskunnalle aiheuttama taakka keveni selvästi.

Hyvä kehitys on jatkunut 2000-luvulla: Astman aiheuttamat ensiapukäynnit ovat vähentyneet vielä 42 % ja sairaalahoitopäivät 62 %. Samalla on saavutettu huomattavat kustannussäästöt (Reissell ym. 2010, Jantunen ym. 2014).

Lääkehoito nykyään

Uudet lääkkeet, kuten ultrapitkävaikutteiset, keuhkoputkia avaavat β_2 -agonistit (esim. indakateroli), ovat vaikeita tapauksia varten. Inhaloitavien antikolinergien, kuten tiotropiumin, käyttö lisääntyy, koska ne saattavat tehostaa β_2 -agonisten vaikutusta. Niitä käytetään myös siksi, että monet potilaat sairastavat astman ohella tupakoinnista johtuvaa keuhkohtaumatautia (COPD). Siinä antikolinergien teho on hyvin todistettu.

Inhaloitavan kortisonin ja β_2 -agonistin yhdistelmävalmisteita käytetään liikaa. Ne pitäisi varata potilaille, joille inhaloitava kortisoni ja sitä täydentävä keuhkoputkia avaava lääkitys eivät riitä hallitsemaan oireita. Näin on erityisesti lapsilla.

Tabletteina käytettävä leukotrieenisalpaaja, montelukasti, täydentää ja vahvistaa anti-inflammatorista tulehdushoitoa. Joskus se riittää yksinäänkin astman hoitoon. Potilaalla pitää kuitenkin aina olla varalla nopeasti keuhkoputkia avaavaa, inhaloitavaa β_2 -agonistia.

Uusia immunologiseen järjestelmään vaikuttavia lääkkeitä (esim. omalizumabi) käyttävät vain erikoislääkärit vaikeille potilaille. Niiden tarve on Suomessa vähäinen, koska perushoito on paljon paremmassa kunnossa kuin monessa muussa maassa.

Ohjattu omahoito on ratkaisevan tärkeää

Ohjattu omahoito on sekin pitkälti suomalaisten kehittämää (Lahdensuo ym. 1996). Tavoitteena on, että ohjauksen jälkeen potilas osaa jo ennalta tunnistaa sairauden pahenemisen oireet ja lisätä lääkitystä heti. Potilaan sitoutuminen hoitoon ja lääkkeiden oikea inhalaatiotekniikka kehittyi yhteistyössä ammattilaisten kanssa. ■

Kirjallisuutta

- Astma. Käypä hoito -suositus (päivitetty 24.9.2012).* www.kaypahoito.fi.
- Haahtela T, ym. *Comparison of a β_2 -agonist, terbutaline, with an inhaled corticosteroid, budesonide in newly detected asthma.* *N Engl J Med* 1991; 325: 388–92.
- Haahtela T, ym. *A 10 year asthma programme in Finland: major change for the better.* *Thorax* 2006; 61: 663–70.
- Jantunen J, ym. *Astman kustannukset ovat suuret mutta laskussa.* *Suom Lääkäril* 2014; 69: 641–6.
- Kauppi P, ym. *Follow-up of the Finnish Asthma Programme 2000–2010: reduction of hospital burden needs risk group rethinking.* *Thorax* 2013; 68: 292–3.
- Lahdensuo A, ym. *Randomised comparison of self management and traditional treatment of asthma over one year.* *BMJ* 1996; 312: 748–52.
- Laitinen LA, ym. *Damage of the airway epithelium and bronchial reactivity in patients with asthma.* *Am Rev Resp Dis* 1985; 131: 599–606.
- Reissell E, ym. *Astman hinta Suomessa 1987–2005. Pitkäaikaisairausten hoidon kustannukset ja taloudelliset hyödyt.* *Suom Lääkäril* 2010; 65: 811–6.
- Rytilä P, ym. *Treatment with inhaled steroids in patients with symptoms suggestive of asthma but with normal lung function.* *Eur Respir J* 2008; 32: 989–96.
- Teppo H, ym. *Allergic rhinitis and asthma have generally good outcome and little effect on quality of life – a 20-year follow-up.* *Allergy* 2011; 66: 1123–5.
- Tuomisto LE, ym. *Asthma Programme in Finland. Did the use of secondary care resources become more rational?* *Respir Med* 2010; 94: 957–65.
- Turpeinen M, ym. *Continuous versus intermittent inhaled corticosteroid (budesonide) for mild persistent asthma in children – not too much, not too little.* *Thorax* 2012; 67: 100–2.