

Tehon kannalta tärkeintä on hoidon mahdollisimman pikainen aloitus

Lasten influenssan hoito oseltamiviirilla on hyödyllistä

Sikainfluenssa tuli, meni ja jätti jälkeensä pyykin, jota pestäen vielä pitkään. Tämä on paradoksaalista siksi, että tauti osoittautui pelättyä lievemmäksi. Mediaseksikäs sikainfluenssa on ollut lööppien vakiosisältöä jo niin kauan, että harva tuntuu enää edes muistavan tylsien, tavallisten, ei-sikasyntyisten influenssaepidemioiden olemassaoloa. Kuitenkin jokatalviset influenssaepidemit aiheuttavat kokonaisuutena suuremman terveysongelman kuin harvakseltaan ilmaantuvat pandemiat, espanjantautia ehkä lukuun ottamatta.

Influenssan aiheuttama kuolleisuus on suurinta vanhusväestössä, mutta lähes kaikkien muiden mittareiden mukaan influenssan aiheuttama tautitaakka on suurin pikkulapsilla (Heikkinen ym. 2004, Poehling ym. 2006). Kun meillä kustannus-hyötylaskelmat osoittivat, että lasten rokottaminen influenssaa vastaan tuottaisi yhteiskunnalle jopa suoranaista säästöä (Salo ym. 2006), influenssarokotus liitettiin Suomessa vuonna 2007 osaksi alle kolmivuotiaiden yleistä rokotusohjelmaa – ensimmäisenä Euroopassa. Sittemmin muutkin Euroopan maat ovat alkaneet herätä asiaan, ja samankaltaisia päätöksiä lienee odotettavissa lähivuosina myös muualla (Usonis ym. 2010).

Rokotus on lapsillakin selkeästi ensisijainen keino influenssan aiheuttaman tautitaakan pienentämiseksi. Yleisestä rokotussuosituksesta huolimatta pikkulasten influenssarokotusten kattavuus näyttää valitettavasti jämähtäneen Suomessa 30–40 %:n tasolle (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja Hyvinvoinnin laitos 2009), joten myös ensi talvena vastaanotoilla tullaan näkemään runsaasti rokottamattomia influenssavaivaisia lapsia.

Influenssaan on kuitenkin olemassa myös lääkehoitoja (Moscona 2005). Alle viisivuotiaille ainoa käyttökelpoinen lääke on oseltamiviiri, jonka on osoitettu lyhentävän influenssan kestoa noin 1–1,5 vuorokaudella, kun lääkitys aloitetaan 48 tunnin kuluessa oireiden alusta (Whitley ym. 2001). Tuonsuuruista taudin lyhenemää on kuitenkin pidetty niin merkityksettömänä, että lääkitystä on käytetty erittäin vähän (Shun-Shin ym. 2009).

Aikuisilla tehtyjen tutkimusten, oseltamiviirin vaikutusmekanismin sekä influenssan patogeneesin perusteella on ollut ajateltavissa, että lääkitys saattaisi olla huomattavasti tehokkaampi, jos se aloitettaisiin nopeammin kuin vasta kahden vuorokauden oireilun jälkeen (Aoki ym. 2003). Toteutimme äskettäin satunnaistetun, kontrolloidun kaksoissokkotutkimuksen, jossa selvitimme 24 tunnin kuluessa oireiden alusta aloitetun oseltamiviirihoitojen tehoa. Aineistomme koostui 408:sta 1–3-vuotiaasta lapsesta, joista 98:lla oli laboratoriossa varmistettu influenssa (79:llä A ja 19:llä B) (Heinonen ym. 2010).

Tutkimuksen tulosten perusteella yleinen käsitys oseltamiviirin vähäisestä tehosta näyttää olevan väärä. A-influenssaryhmän lapsilla lääkitys lyhensi taudin mediaanikestoa 3,5 vuorokaudella, ja rokottamattomilla tämän ryhmän lapsilla (87 % kaikista) taudin lyhenemä oli neljä vuorokautta. On vaikea kuvitella, että yksikään lapsia hoitava lääkäri – tai pikkulapsen vanhempi – pitäisi tuonsuuruista taudin lyhenemää enää kliinisesti merkityksettömänä. Oseltamiviirihoito vähensi myös A-influenssaryhmän lasten vanhempien pois-

saoloa töistä kolmella vuorokaudella siten, että lääkitysryhmän vanhemmilla poissaolon mediaanikesto oli nolla päivää.

Korvatulehdusten ilmaantumisen osalta 24 tunnin kuluessa aloitettu lääkitys ei tuonut esiin merkitsevää eroa. Kun otiitin kehittymistä tarkasteltiin etukäteen päätetyssä alaryhmässä, jossa lääkitys aloitettiin 12 tunnin kuluessa oireiden alusta, influenssaan liittyvien korvatulehdusten todettiin kuitenkin vähentyneen oseltamiviiriryhmässä noin 80 %.

Lääkkeen haittavaikutuksista oksentelu oli ainoa, jonka esiintyvyys oli erilainen kuin lumeryhmässä (oseltamiviiriryhmässä 29 %, lumeryhmässä 19 %). Oli oseltamiviirillä sentään yksi selvä puute: lääkkeellä ei todettu olevan tehoa B-influenssaa vastaan.

Pitäisikö pienten lasten influenssaa sitten ruveta hoitamaan aktiivisesti oseltamiviirillä? Mielestäni kysymyksen voisi asettaa pikemminkin toisin päin: Onko näiden tulosten valossa enää oikein olla hoitamatta? Mikä mahtaisi olla vastaus, jos asiaa kysyttäisiin korkeakuumeiseen influenssaan sairastuneen pikkulapsen vanhemmilta? Vuosikymmenten ajan olemme lääkärikuntana toistelleet teesiä, että virusinfektiot paranevat itsestään ja ainoastaan niiden bakteerikomplikaatioita on syytä hoitaa mikrobilääkkeillä. Tämä käsitys on ollut osittain käytännön sanelema pakko, koska viruslääkkeitä on ollut vasta vähän aikaa käytettävissä. Maailma on kuitenkin muuttumassa myös tässä suhteessa, ja lääkkeitä kehi-

tellään muitakin viruksia kuin influenssaviruksia vastaan (Heikkinen 2003). Totunnaisista kaavoista poikkeaminen ja uuden opettelu on aina vaikeaa – myös korkeasti koulutetuille lääkäreille – mutta näyttöön perustuva lääketiede edellyttää hoitojen jatkuvaa arviointia karttuvan tutkimustiedon valossa.

Ei lasten influenssan varhainen lääkehoito toki ongelmattomasti ole. Suomessa sairas lapsi pääsee varmasti lääkärin vastaanotolle vuorokauden kuluessa, mutta pikkulapsen sairauden luotettava diagnosointi influenssaksi ei ole yhtä yksinkertainen asia, sillä influenssaepidemian aikana suurin osa lasten hengitystieinfektioista on muiden kuin influenssavirusten aiheuttamia (Heikkinen ym. 2003, Peltola ym. 2005). Pikkulasten hoidon optimoimiseksi saatetaan siis tarvita influenssapikatestejä. Varteenotettavana uhkana on myös influenssavirusten mahdollinen lääkeresistenssi. Mutta olisiko kuitenkin oikein ja järkevintä pyrkiä siihen, että nykyisiä influenssalääkkeitä käytettäisiin mahdollisimman tehokkaasti potilaiden parhaaksi nyt, kun ne (vielä) tehoavat? ■



TERHO HEIKKINEN, dosentti, erikoislääkäri
Turun yliopisto ja TYKS:n lastenkliniikka
20520 Turku

KIRJALLISUUTTA

- Aoki FY, Macleod MD, Paggiaro P, ym. Early administration of oral oseltamivir increases the benefits of influenza treatment. *J Antimicrob Chemother* 2003;51:123-9.
- Heikkinen T. Hengitysteiden virusinfektioiden spesifinen lääkehoito. *Suom Lääkäril* 2003;58:3531-5.
- Heikkinen T, Silvennoinen H, Peltola V, ym. Burden of influenza in children in the community. *J Infect Dis* 2004;190:1369-73.
- Heikkinen T, Ziegler T, Peltola V, ym. Incidence of influenza in Finnish children. *Pediatr Infect Dis J* 2003;22:S204-6.
- Heinonen S, Silvennoinen H, Lehtinen P, ym. Early oseltamivir treatment of influenza in children 1-3 years of age: a

- randomized controlled trial. *Clin Infect Dis* 2010;51:887-94.
- Moscona A. Neuraminidase inhibitors for influenza. *N Engl J Med* 2005;353:1363-73.
- Peltola V, Reunanen T, Ziegler T, Silvennoinen H, Heikkinen T. Accuracy of clinical diagnosis of influenza in outpatient children. *Clin Infect Dis* 2005;41:1198-200.
- Poehling KA, Edwards KM, Weinberg GA, ym. The underrecognized burden of influenza in young children. *N Engl J Med* 2006;355:31-40.
- Salo H, Kilpi T, Sintonen H, Linna M, Peltola V, Heikkinen T. Cost-effectiveness of influenza vaccination of healthy children. *Vaccine* 2006;24:4934-41.
- Shun-Shin M, Thompson M, Heneghan

- C, Perera R, Harnden A, Mant D. Neuraminidase inhibitors for treatment and prophylaxis of influenza in children: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2009;339:b3172.
- Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Influenssarokotuskattavuus [päivitetty 24.8.2009]. <http://www.ktl.fi/portal/9053>.
- Usonis V, Anca I, André F, ym. Central European Vaccination Advisory Group (CEVAG) guidance statement on recommendations for influenza vaccination in children. *BMC Infect Dis* 2010;10:168.
- Whitley RJ, Hayden FG, Reisinger KS, ym. Oral oseltamivir treatment of influenza in children. *Pediatr Infect Dis J* 2001;20:127-33.

SIDONNAISUUDET

Toistuvia luentoja lääkealan yrityksen koulutuksissa (Roche), toiminut yrityksen asiantuntijana (Roche) ja työnantaja (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri) saanut tutkimusapurahan lääkealan yrityksen rahastosta (Roche)