

Tulehduksellisten suolistosairauksien kotiseuranta – onko se tulevaisuutta?



Anna-Maija Puolanne

LL

HUS Vatsakeskus, Jorvin sairaala,
Endoskopiayksikkö

Tulehduksellisia suolistosairauksia (IBD) sairastavien potilaiden määrä lisääntyy jatkuvasti.¹ Taudinkulku on aaltoileva, ja hoidon optimoimiseksi ja komplikaatioiden välttämiseksi potilaat tarvitsevat säännöllistä, usein elinikäistä seurantaa. Seuranta on tähän saakka tapahtunut rutiininomaisilla poliklinikakäynneillä, mutta poliklinikoiden resurssien vähentyessä tarvitaan uusia seurantakeinoja. IBD-potilaat ovat pääosin nuoria tai työikäisiä, joten toistuvat poliklinikakäynnit sopivat huonosti potilaiden kiireiseen elämänrytmiin.²

Erilaiset internetsovellukset ja mobiiliapplikaatiot omatoimiseksi terveydentilan seuraamiseksi ovat valtaamassa alaa, ja useiden kroonisten sairauksien ja säännöllistä seurantaa vaativien tilojen seurannassa on tutkittu potilaiden itsensä toteuttamaa kotiseurantaa. Myös kotiseurannan vaikuttavuutta IBD:n hoidossa on selvitetty ja se on näyttänyt parantavan hoitomyöntyvyyttä ja potilaiden tietämystä sairaudesta sekä nopeuttavan relapsien hoidonaloitusta ja parantavan hoidon tehoa.³⁻⁶

Kotiseurannan toteutus tulehduksellisissa suolistosairauksissa

IBD:n kotiseurantajärjestelmät perustuvat taudin aktiivisuuden arvioimiseen oireiden kartoittamisella ja ulosteen kalprotektiinin määrittämisellä. Tutkimuksia kalprotektiinin yhdistämisestä kliinisiin oireindekseihin on tehty ja ne antavat lähes yhtä tarkan kuvan

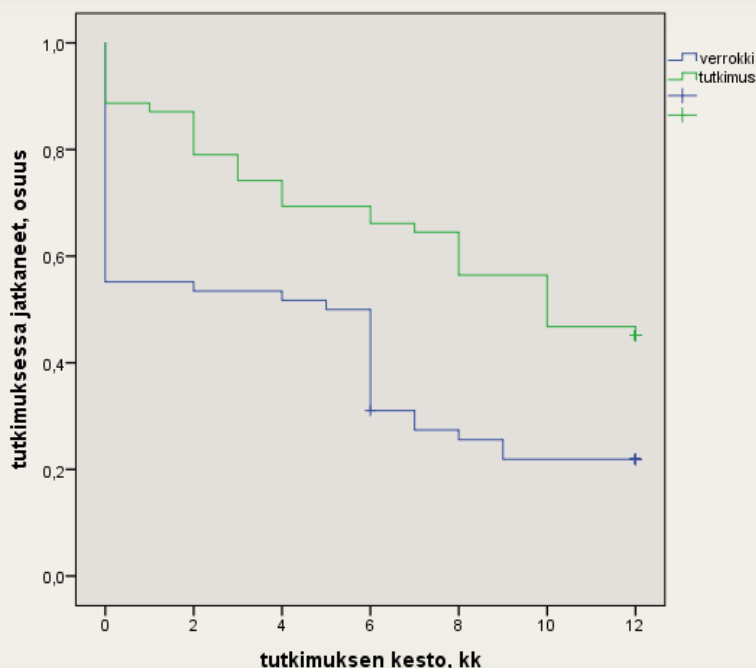
IBD:n aktiivisuudesta kuin endoskopiakin.^{7,8} Koska kalprotektiinin määrittäminen ELISA-menetelmällä on hidasta ja vaatii ulostenäytteen toimittamisen laboratorioon, erilaisia kotona tehtäviä pikatestejä on kehitetty.⁹⁻¹⁴ Yksinkertaisimmat testit ovat semikvantitatiivisia testejä, joissa tulos luetaan testiliuskalta raskaustestin tapaan. On myös kehitetty mobiiliapplikaatioihin perustuvia kvantitatiivisia testejä, joissa kalprotektiinin raja-arvot voidaan säätää jokaiselle potilaalle yksilöllisesti. Kvantitatiivisten pikatestien tulokset korreloivat varsin hyvin saman valmistajan ELISA-määrityksellä tehtävien testien kanssa, mutta erot muiden valmistajien testeihin saattavat olla hyvinkin suuret.^{15,16}

Oma tutkimuksemme

Vuosien 2015–2017 aikana seurasimme HUS Meilahden ja Jorvin sairaaloissa 180 paksusuolen IBD:tä sairastavaa potilasta, jotka jaettiin tutkimusryhmään ja vertailuryhmään. Tutkimusryhmän potilaat tekivät käyttöön valitun, validoidun semikvantitatiivisen kalprotektiinipikatestin (Prevent ID CalDetect, Preventis, Immunodiagnosics AG, Bensheim, Germany)⁹ joka toinen kuukausi ja aina oireiden pahentuessa ja samalla he täyttivät sähköisessä muodossa toimitetun IBD:n seurantaan kehitetyn oirekyselyn, jossa selvitetään potilaan oireita (yleisvointi, vatsakipu, ulostekerat päivisin ja öisin sekä ulosteen veren esiintyminen) edeltävän viikon ajalta sekä arvioidaan IBD:n vaikutusta potilaan elämänlaatuun VAS-janan avulla.⁸

Kuva 1

Potilaiden sitoutuminen tutkimukseen (Kaplan-Meier-analyysi)



Seurantaryhmän potilaat täyttivät oirekyselyn tutkimuksen alussa, 6 kuukauden kohdalla ja tutkimuksen lopussa, mutta eivät tehneet ulostetestejä. Tutkimuksen kesto jokaisen potilaan kohdalla oli 12 kuukautta. Potilaita ei muistutettu kotiseurannan aikatauluista erikseen ja ulostetestejä ja kyselyitä lukuun ottamatta hoito tapahtui normaalin käytännön mukaisesti. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kotiseurannan käyttökelpoisuutta sekä sen vaikutuksia IBD:n taudinkulkuun, potilaiden oireisiin, poliklinikkakäyntien, yhteydenottojen ja sairaalahoitoa vaativien pahenemisvaiheiden määrään.

Potilaiden sitoutuminen omaseurantaan oli yllättävän vähäistä, mutta linjassa aiempien satunnaistettujen tutkimusten kanssa.⁴ 31 % potilaista ei koskaan aloittanut tutkimusta huolimatta suostumuksen antamisesta ja 41 % rekrytoituista lopetti tutkimuksen ennen 6 kuukauden seuranta. Tutkimusryhmän 89 potilaasta vain 30 (34 %) ja vertailuryhmän 91 potilaasta 12 (13 %) oli mukana tutkimuksessa 12 kuukauden seurannan jälkeen (Kuva 1). Tutkimusta jatkaneiden potilaiden taudin kesto oli hiukan, mutta ei merkittävästi, pidempi kuin tutkimuksen keskeyttäneiden (mediaani 9 vs. 5 vuotta), samoin potilaiden keski-ikä oli hiukan korkeampi (38 vs. 31

vuotta). Jatkaneiden ja keskeyttäneiden tai tutkimus- ja vertailuryhmän potilaiden taudin aktiivisuus oirekyselyllä tai ulosteen kalprotektiinilla mitattuna ei eronnut toisistaan, mutta tutkimusta jatkaneiden potilaiden ilmoittama taudin vaikutus elämänlaatuun (VAS-jana) oli suurempi kuin tutkimuksen keskeyttäneiden. Tutkimuksessa loppuun asti jatkaneiden potilaiden pienen määrän takia eroa taudinkulussa tai yhteydenottojen tai sairaalahoitojen määrässä ei saatu osoitettua.

Johtopäätökset

IBD-potilaiden kotiseuranta on houkutteleva mahdollisuus kasvavan potilasjoukon yksilölliseen ja joustavaan seurantaan. Tähän liittyy kuitenkin useita haasteita ja avoimia kysymyksiä.

Vaikka omassa tutkimuksessaamme näytti siltä, että hiukan vanhemmat potilaat, joiden taudin kesto on pidempi ja jotka kokevat enemmän epämukavuutta tai oireita sairaudestaan, olisivat motivoituneempia omaseurantaan. Materiaali oli kuitenkin hyvin pieni, emmekä pystyneet osoittamaan tekijöitä, jotka ennustaisivat potilaiden hyvää sitoutumista. Kotiseurannassa käytettävän järjestelmän, oirekyselyn ja ulostetestin tulee olla riittävän helppokäyttöisiä, →

visuaalisesti houkuttelevia ja selkeitä ja seurannan ajankohdasta tulee muistuttaa potilaita. Ulostetestin tulee lisäksi olla nopea tehdä ja yksiselitteinen tulkita ja tulosten täytyy olla verrannollisia paikallisen laboratorion käyttämän määritysmenetelmän kanssa.

Potilaiden opetukseen täytyy myös panostaa: potilaiden pitää paitsi osata käyttää seurantajärjestelmää, myös tuntee sairautensa ja tietää hälyttävät oireet, joiden ilmaantuessa on otettava yhteyttä poliklinikalle. Kotiseurannasta pudonneet potilaat pitää löytää ja räätälöidä heille sopiva seurantajärjestelmä. Ratkaisematta on myös se, miten ja kenen toimesta potilaiden palauttamia kyselyitä ja testejä seurataan ja miten niiden tulokset liitetään käytössä olevaan sairaskertomusjärjestelmään.

Kotiseurannan keskeisenä ideana on vähentää rutiinomaisia poliklinikakäyntejä ja varmistaa se, että potilas saa yhteyden ja tarvittaessa vastaanottoajan poliklinikalle oireiden pahentuessa. Tämän toteuttaminen on yksi ehkä suurimmista haasteista: miten varata tarpeeksi päivystysluonteisia vastaanottoaikoja kuitenkin niin, ettei resursseja hukkaannu käyttämättä jääviin aikoihin.

Kansainvälisten tutkimusten mukaan näyttää kuitenkin siltä, että huolellisesti toteutettuna oikein valituille

potilaille IBD:n kotiseuranta on toimiva järjestelmä, joka mahdollistaa yksilöllisen, joustavan ja potilaan tarpeita vastaavan seurannan ja jopa parantaa hoitoon sitoutumista ja sitä kautta hoidon tuloksia. ■

YHTEENVETO

Tulehduksellisia suolistosairauksia (IBD) sairastavien potilaiden määrä lisääntyy jatkuvasti ja potilaiden seurantaa varten tarvitaan uusia, tehokkaampia järjestelmiä rutiininomaisten poliklinikakäyntien sijaan. Potilaiden itsensä toteuttamasta ulosteen kalprotektiinitestistä ja oireiden kartoittamiseen perustuvasta kotiseurannasta on tehty useita tutkimuksia. Tutkimuksissa kotiseuranta on osoittautunut houkuttelevaksi vaihtoehdoksi kasvavan potilasjoukon yksilölliseen ja joustavaan seurantaan, mutta seurannan toteuttamiseen liittyy vielä useita haasteita ja ratkaisemattomia kysymyksiä potilaiden sitoutumisen ja käytännön näkökohtien suhteen.

Sidonnaisuudet: Kirjoittajalla ei ole sidonnaisuuksia.

Lähteet

1. Jussila A, Virta LJ, Kautiainen H, Rekiaro M, Nieminen U, Färkkilä M. Increasing incidence of inflammatory bowel diseases between 2000 and 2007: a nationwide register study in Finland. *Inflamm Bowel Dis* 2012;18(3):555-561. 2. Burisch J, Munkholm P. The epidemiology of inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol* 2015;50(8):942-951. 3. de Jong M, van der Meulen-de Jong A, Romberg-Camps M, Degens J, Becx M, Markus T, et al. Development and Feasibility Study of a Telemedicine Tool for All Patients with IBD: MyIBDcoach. *Inflamm Bowel Dis* 2017 Apr;23(4):485-493. 4. Jamilloux Y, Sarabi M, Kérever S, Bousely N, le Sidaner A, Valgueblasse V, et al. Adherence to online monitoring of patient-reported outcomes by patients with chronic inflammatory diseases: a feasibility study. *Lupus* 2015;24(13):1429-1436. 5. Elkjaer M, Shuhaibar M, Burisch J, Bailey Y, Scherfig H, Laugesen B, et al. E-health empowers patients with ulcerative colitis: a randomised controlled trial of the web-guided 'Constant-care' approach. *Gut* 2010;59(12):1652-1661. 6. Aguas M, Del Hoyo J, Faubel R, Nos P. Use of telemedicine in inflammatory bowel disease: a real monitoring option? *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology* 2016;10(8):879-881. 7. Björkstén CG, Nieminen U, Turunen U, et al. Surrogate markers and clinical indices, alone or combined, as indicators for endoscopic remission in anti-TNF-treated luminal Crohn's disease. *Scand J Gastroenterol* 2012;47(5):528-537. 8. Puolanne A, Kolho K, Alfthan H, Ristimäki A, Färkkilä M. Rapid Faecal Calprotectin Test and Symptom Index in Monitoring the Disease Activity in Colonic Inflammatory Bowel Disease. *Dig Dis Sci* 2017;62(11):3123-3130. 9. Puolanne A, Kolho K, Alfthan H, Ristimäki A, Mustonen H, Färkkilä M. Rapid faecal tests for detecting disease activity in colonic IBD. *Eur J Clin Invest* 2016;46(10):825-832. 10. Damms A, Bischoff SC. Validation and clinical significance of a new calprotectin rapid test for the diagnosis of gastrointestinal diseases. *Int J Colorectal Dis* 2008;23:985-992. 11. Rogler G, Aldeguer X, Kruis W, Lasson A, Mittmann U, Nally K, et al. Concept for a rapid point-of-care calprotectin diagnostic test for diagnosis and disease activity monitoring in patients with inflammatory bowel disease: Expert clinical opinion. *J Crohn's Colitis* 2013;7:670-677. 12. Elkjaer M, Burisch J, Voxen Hansen V, Deibjerg Kristensen B, Slott Jensen J, Munkholm P. A new rapid home test for faecal calprotectin in ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2009;31:323-330. 13. Vestergaard TA, Nielsen SL, Dahlerup JF, Hornung N. Faecal calprotectin: assessment of a rapid test. *Scand J Clin Lab Invest* 2008;68:343-347. 14. Vinding KK, Elsberg H, Thorkilgaard T, Belard E, Pedersen N, Elkjaer M, et al. Faecal Calprotectin Measured By Patients at Home Using Smartphones - A New Clinical Tool in Monitoring Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis* 2016 Feb;22(2):336-344. 15. Heida A, Knol M, Kobold AM, Bootsman J, Dijkstra G, van Rheenen PF. Agreement Between Home-Based Measurement of Stool Calprotectin and ELISA Results for Monitoring Inflammatory Bowel Disease Activity. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2017 Available online 10 June 2017. 16. Labaere D, Smismans A, Van Olmen A, Christiaens P, D'Haens G, Moons V, et al. Comparison of six different calprotectin assays for the assessment of inflammatory bowel disease. *UEG Journal* 2014;2:30-37.