

Laihdutuslääkkeillä kuuri kohti kesä-kuntoa vai kenties jotain muuta?

Kuva Jukka Alasaari



Emilia Huvinen
LT, dosentti,
Naistentautien ja
synnytysten
erikoislääkäri
Helsingin yliopisto,
Painoklinikka.fi ja
Lääkärikeskus Aava

Tuskin keneltäkään on jäänyt huomaamatta median kirjoittelu diabeteslääkkeenä tunnetun Ozempicin tehosta painonlaskuun. Välillä huomion kohteena ovat olleet ”laiskat läskit”, jotka vievät diabetesta sairastavilta lääkkeet saatavuushäiriöiden aikana, ja välillä on päivitelty lääkkeen aiheuttamaa Ozempic-naamaa tai Ozempic-peppua. Lihavuuslääkkeiden maailma on kuitenkin paljon laajempi ja vaikutukset terveyteen pelkkää painonlaskua suuremmat. Viimeisen vuoden aikana lääkkeiden valikoima on lisääntynyt kahdesta kuuteen, ja tällä hetkellä kahdesta on saatavilla myös Kela-korvaus. Koska lihavuus koskettaa jo yli miljoonaa suomalaista ja vaikuttaa sairastavuuteen lähes kaikilla erikoisaloilla, tietämys lihavuuslääkkeistä on välttämätöntä yli erikoisalojen.

Miksi lihavuuslääkkeitä tarvitaan?

Vasten yleistä käsitystä lihavuus ei ole valintakysymys vaan krooninen sairaus, jossa nälän ja kylläisyyden säätely sekä aineenvaihdunnan toiminta on häiriintynyt (1). Sen taustalla on lukuisia erilaisia tekijöitä lähtien genetiikasta ja epigenetiikasta suolistomikrobeihin ja aivojen mielihyväverkostojen toimintaan (2). Nämä biologiset eroavaisuudet tekevät meidät eri tavoin alttiiksi ympäristön vaikutuksille.

Lihavuutta voikin verrata verenpainetautiin tai tyypin 2 diabetekseen. Molempia voidaan hoitaa elintavoilla, mutta toisille pelkät elintavat eivät riitä vaan tarvitaan lääkehoitoa tueksi. Lääkehoito ei kuitenkaan poista elintapahoidon merkitystä. Vertaaminen verenpainetautiin tai diabetekseen auttaa myös ymmärtämään, miksi lääkkeen teho voi vaihdella yksilöiden välillä ja joskus tarvitaan myös useamman lääkkeen kombinaatioita.

Lihavuuslääkkeiden virallisena indikaationa on BMI yli 30 kg/m² tai 27 kg/m² sekä joku lihavuudesta paheneva sairaus. Yleisesti ottaen lihavuuslääkkeet vähentävät nälkää, parantavat kylläisyyttä, vähentävät mielitekoja ja hillitsevät ns ruokahälyä. Ne toimivat kuin kävelykeppi, joka auttaa ihmistä tekemään pitkällä tähtäimellä hyödyllisiä elintapamuutoksia (3). Vai-

kutukset kullakin lääkkeellä ovat jokaiselle ihmiselle kuitenkin yksilöllisiä.

Millaisia lihavuuslääkkeitä on olemassa?

Ensimmäisenä nykyisistä moderneista lihavuuden hoitoon tarkoitetuista lääkkeistä sai indikaation liraglutidi (Saxenda). Se on kerran päivässä ihonalaisesti pistettävä GLP-1 agonisti eli ns inkretiinianalogi. Liraglutidin keskimääräinen painonpudotusvaikutus oli tutkimuksissa n. 9 % vuoden aikana. Tyypilliset

haittavaikutukset näillä suolistohormoneiksikin sanotuilla lääkkeillä liittyvät suolistoon: etovaa oloa, pahoinvointia, ripulia, ummetusta, joskus oksentelua. Nämä sivuvaikutukset ovat varsin yleisiä alussa, mutta poistuvat, kun lääketä jatketaan samalla annostuksella eikä

annosta nosteta liian nopeasti. Vakavampia haittoja on äärimmäisen harvoin, mutta toki esimerkiksi haimatulehdusriski voi olla olemassa. Muut kohua herättäneet GLP-1 agonisteihin liitetyt haitat kuten silmävaikutukset ja medullaarinen kilpirauhaskarsinooma eivät ole saaneet tuekseen vahvaa tieteellistä näyttöä.

Toinen käytetty GLP-1 agonisti on semaglutidi. Se on kerran viikossa pistettävä ja sen haittavaikutukset ovat samankaltaisia liraglutidin kanssa. Sitä on käytetty pitkään ”off label” lihavuuden hoitoon Ozempic

” Lääkehoito ei kuitenkaan poista elintapahoidon merkitystä.



Kuvituskuva: Pexels

Pitääkö lääkehoitoa seurata?

Usein kollegoita mietityttää lääkehoidon vaatimat laboratoriokokeet ja muut ”numeeriset” kontrollit. Sitäkin merkityksellisempää on kuitenkin muu tuki ja seuranta. Kaikilla lääkkeillä voi olla jotain haittoja, mutta niiden ilmaantuminen on hyvin yksilöllistä. Jokainen potilas ansaitsee tukea annoksen säätämiseen ja haittojen hallintaan, sillä liian usein nopean annosnoston ja kiusaavien haittojen takia lääkkeen käyttö on lopetettu. Hitaammalla annosnostolla sekä sivuvaikutusten hyllyttämällä olisi voitu päästä parempaan lopputulokseen.

Toki huomionarvoista on myös jokaisen lääkkeen yksilöllinen teho (4). Ilmoitetut keskimääräiset painonpudotukset ovat vain keskiarvoja. Normaali jakauman mukaisesti aina on heitä, jotka reagoivat erittäin hyvin ja tietenkin myös heitä, joilla paino ei liikahdakaan. Tämänkään taustalla ei ole potilaan epäonnistuminen, eikä myöskään lääkärin, vaan ainoastaan lihavuuden yksilölliset taustat. Vielä emme tiedä, miten valita jokaiselle yksilölle sopivin lääke, mutta ehkä sekin on tulevaisuutta. Tällä hetkellä tulee järjestää asianmukainen seuranta, jotta toimimaton lääke voidaan vaihtaa sopivampaan.

Erittäin merkittävä seurannan syy on myös tarve elintapahoidon tuelle. Lää-

kehoito ei ole taikasauva, vaan paremminkin kävelykeppi. Lääkkeen turvin yksilö pystyy tekemään tarvittavia elintapamuutoksia, mutta oikean suunnan löytämiseen tarvitaan

myös ammattilaisen ohjausta. Uusimmat lääkkeet ovat myös toisilla niin tehokkaita, että lihasmassan säilymiseksi tarvitaan ravitsemusneuvontaa. Seuranta voidaan toteuttaa yksilöllisesti niin lääkärin, hoitajan, ravitsemusterapeutin tai psykologin

(injektio)- ja Rybelsus (tabletti)-kauppanimillä, mutta nykyään sitä on saatavilla myös lihavuusindikaatiolla (Wegovy). Vuoden aikana semaglutidi 2,4 mg painonpudotusvaikutus oli n. -18 %.

Viime syksynä saimme Suomeen myös ensimmäisen ns kaksoisagonistin, eli tirtsepatidin (Mounjaro), joka toimii sekä GLP-1- että GIP-reseptorin agonistina. Vuoden aikana 15 mg annoksella paino putosi tutkimuksissa -22,5 %. Haittavaikutusprofiili tirtsepatidilla on hyvin samankaltainen kuin muilla ns. suolistohormoneilla.

Markkinoilla on myös kaksi tabletti-vaihtoehtoa. Ensimmäisenä markkinoille on tullut naltreksonin ja bupropionin yhdistelmä Mysimba. Teho on tutkimuksissa ollut keskimäärin -11,5 % ja tyypillisimmät haitat ovat ummetus, päänsärky, huimaus, pahoinvointi ja ripuli. Nämäkin haitat usein helpottavat hitaamman annosnoston myötä.

Toinen käytettävissä oleva tabletti-muotoinen lihavuuslääke on fentermiinin ja topiramaatin kombinaatio Qsiva. Keskimääräinen teho alkuperäistutkimuksissa oli -14,4 % painonlasku vuoden aikana ja

tyypillisimmät haitat ovat ummetus, kärsien puutuminen ja pistely sekä suun kuivuminen. Potilaita on myös hyvä varoittaa siitä, että hiilihapotetut juomat voivat maistua pahalta.

Saako lääkkeitä Kela-korvausta?

Tällä hetkellä rajoitettua peruskorvausta voi saada ainoastaan kahdesta lääkityksestä: Saxendasta, jos potilaalla on esidiabetes, BMI yli 35 ja lisäksi lääkitys johonkin lihavuuteen liittyvään komorbiditeettiin, sekä Mysimbasta, jos potilaan BMI ylittää 40, tai BMI yli 35 ja lisäksi lääkitys verenpainetautiin, hyperkolesterolemiaan tai diabetekseen. Korvaus oikeutta jatketaan, jos lääke osoittautuu tehokkaaksi. Lääkkeiden hinnat vaihtelevat n 100–400 € / kk, eli suurin osa potilaista maksaa lihavuuden hoidosta itse erittäin suuria summia vuodessa. Tämä asettaa potilaamme sosioekonomisen asemansa puolesta hyvinkin epätasa-arvoiseen asemaan.

” Ilmoitetut keskimääräiset painonpudotukset ovat vain keskiarvoja.

vastaanotolla – parhaassa tapauksessa yhdistellen koko moniammatillista kokonaisuutta potilaan tilanteen mukaan.

Naisilla on tärkeä muistaa myös raskaudenehkäisy. Yhdestäkään lihavuuslääkkeestä ei ole näyttöä turvallisuudesta raskauden aikana, joten lääkettä aloitettaessa tulee etsiä myös sopiva raskaudenehkäisy. Potilaita on tärkeä muistuttaa myös siitä, että esimerkiksi GLP-1/GIP agonistien käyttöön liittyvä insuliiniresistenssin väheneminen jo usein parantaa ovulaatioita ja viimeistään painonpudotus parantaa hedelmällisyyttä. Tämä voi tulla monelle yllätyksenä ja siksi ehkäisystä on hyvä muistuttaa jokaisella seurantakäynnillä.

Täytyykö lihavuuslääkettä käyttää koko loppuelämä?

Kuka lääkäri lopettaisi verenpainelääkityksen, kun verenpaine on normaali tai tyreksiinihoidon, kun TSH on normaalistunut? Samoin meidän tulisi lähtökohtaisesti suhtautua lihavuuden lääkehoitoon. Kyseessä ei ole kuuri, vaan kroonisen sairauden pitkäaikainen hoito. Toki osa pystyy hyvinkin lopettamaan lääkityksen jossain vaiheessa ja osa pärjää pienemmällä annoksella,

mutta lähtökohtaisesti tavoitteena tulee olla pitkäaikainen hoito. Tästä on myös hyvä keskustella potilaan kanssa alusta lähtien.

Miksi jokaisen lääkärin tulisi tietää jotain lihavuuslääkkeistä?

Tuskin on yhtään erikoisalaa, jota lihavuus ei koskettaisi, joten tietoisuus lihavuuslääkkeistä on hyödyllistä meille kaikille erikoislääkäreille. Painonpudotus voi esimerkiksi parantaa hedelmällisyyttä ja vähentää raskauskomplikaatioita, virtsa-vaivoja, nivelten kuormitusta, sydän- ja verisuonisairastavuutta, sekä parantaa glukoositasapainoa ja ehkäistä diabetesta, vähentää leikkauskomplikaatioita, jos tulossa on operaatio ja vaikuttaa myös positiivisesti mielenterveyteen. Lihavuuden hoidon tavoitteena ei ole mikään numero, kuten normaali painoindeksi, vaan kokonaisvaltaisesti potilaan toimintakyvyn ja terveyden paraneminen.

Lihavuuteen liittyy yleisesti merkittävä stigma, joka lisää sairastavuutta, vähentää hoitoon ja kontroleihin hakeutumista erikoisalasta riippumatta sekä lisää kuolleisuutta. Siksi jokaisen lääkärin tulisi

osallistua stigman vähentämiseen. Olisi suotavaa, ettei meistä kukaan arvostelisi potilaan lihavuuslääkkeiden käyttöä tai antaisi ymmärtää, että painonpudotus olisi pitänyt tehdä vain itsekuria käyttämällä.

Lihavuuden hoidon positiiviset vaikutukset ovat nähtävissä lähes jokaisella erikoisalalla. Ei kaikkien tarvitse hallita lihavuuden hoitoa, mutta kohtaamalla potilaamme ymmärtäväisesti ja tarjoamalla heille ohjausta toimivan lihavuuden hoidon pariin voimme jokainen auttaa potilaitamme kohti parempaa kokonaisvaltaista terveyttä ja hyvinvointia.

Kirjallisuutta:

1. Rubino, F., et al., Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. The Lancet Diabetes & Endocrinology.
2. Blüher, M., Obesity: global epidemiology and pathogenesis. Nature Reviews Endocrinology, 2019. 15(5): p. 288-298.
3. Gudzone, K.A. and R.F. Kushner, Medications for Obesity: A Review. Jama, 2024. 332(7): p. 571-584.
4. Pan, X.H., et al., Efficacy and safety of tirzepatide, GLP-1 receptor agonists, and other weight loss drugs in overweight and obesity: a network meta-analysis. Obesity (Silver Spring), 2024. 32(5): p. 840-856.

Syksyllä Erikoislääkärin elämänhallinta -seminaariin Mustion Linnaan 26.-27.9.2025!

Lääkärin eettinen kuorma on tämän vuotisen SELYN ja STLY:n yhteisen seminaarin teemana.

Alustajina ovat mm. lääkintöneuvos Kati Myllymäki, mielenterveyden professori Anna Keski-Rahkonen ja työterveyslääkäri Eliisa Mäenpää.

Seminaarin hinta on jäsenille 120 euroa ja ei-jäsenille 160 euroa. Hinta sisältää majoituksen, ateriat ja saunan.

Mukaan mahtuu 40 ensin ilmoittautunutta. Lisätietoja ja ilmoittautumiset tuija.kuusmetsa@sely.fi

Lämpimästi tervetuloa!

SELY ja STLY