

Reumadiagnoosien validaatioosuositus

Jarno Rutanen

LT, reumatologi

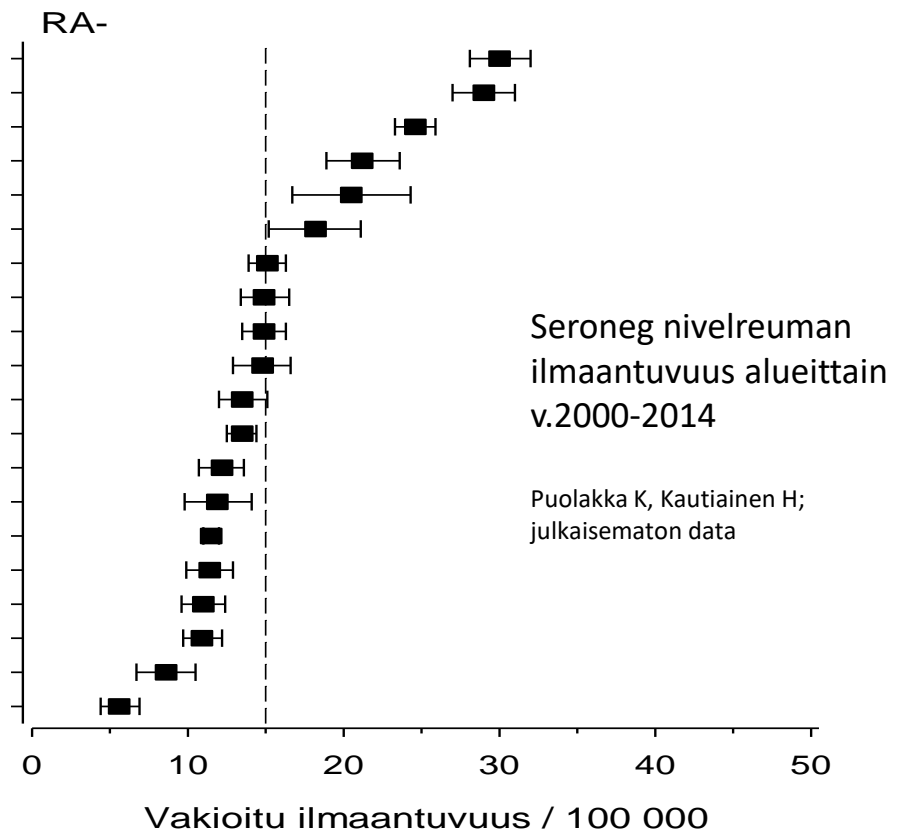
TAYS/TUNI

7.10.2021

SRY:n rekisterikokous

Miksi diagnoosien validointi?

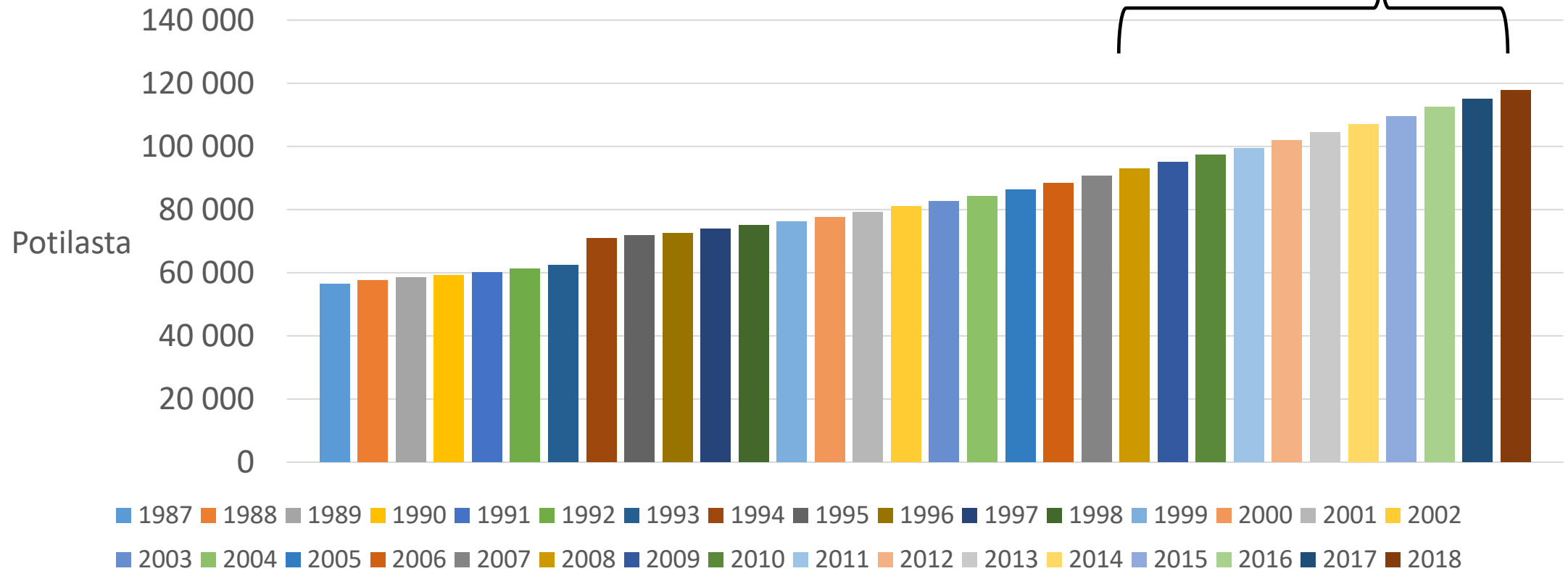
- Diagnoosikodeihin perustuvissa ilmaantuvuusluvussa merkittäviä alueellisia eroja
- Eri reumayksiköihin on ajan myötä kehittynyt erilaisia perinteitä käyttää diagnoosikodeja
 - Esim. M06.0 vs. M13.9
 - Esim. M45 vs. M46.0 vs. M46.1 vs. M46.9 vs. M13.9



Reumasairauksien lääkekorvausoikeudet

10v. kasvu 21%

202 korvausoikeudet



Miksi diagnoosikoodit pitäisi olla yhtenevät?

- Suuri alueellinen ja ajallinen vaihtelu ei näytä hyvälle
 - Aiheesta kannattaa keskustella profession sisällä
- Tehtyjen diagnoosien, annettujen hoitojen ja hoitotulosten tulisi olla vertailtavissa
 - Kela –data
 - Valtakunnallinen reumarekisteri
 - Terveystieteiden tutkimuskeskusten resurssien käyttö ja suunnittelu
- Diagnoosien osuvuuteen perustuu tutkimusprojekteja
 - ROB-FIN tutkimus
 - FinnGen tutkimus
- Yksittäisen potilaan hoito diagnoosin mukaisella (kansallisella) hoitopolulla

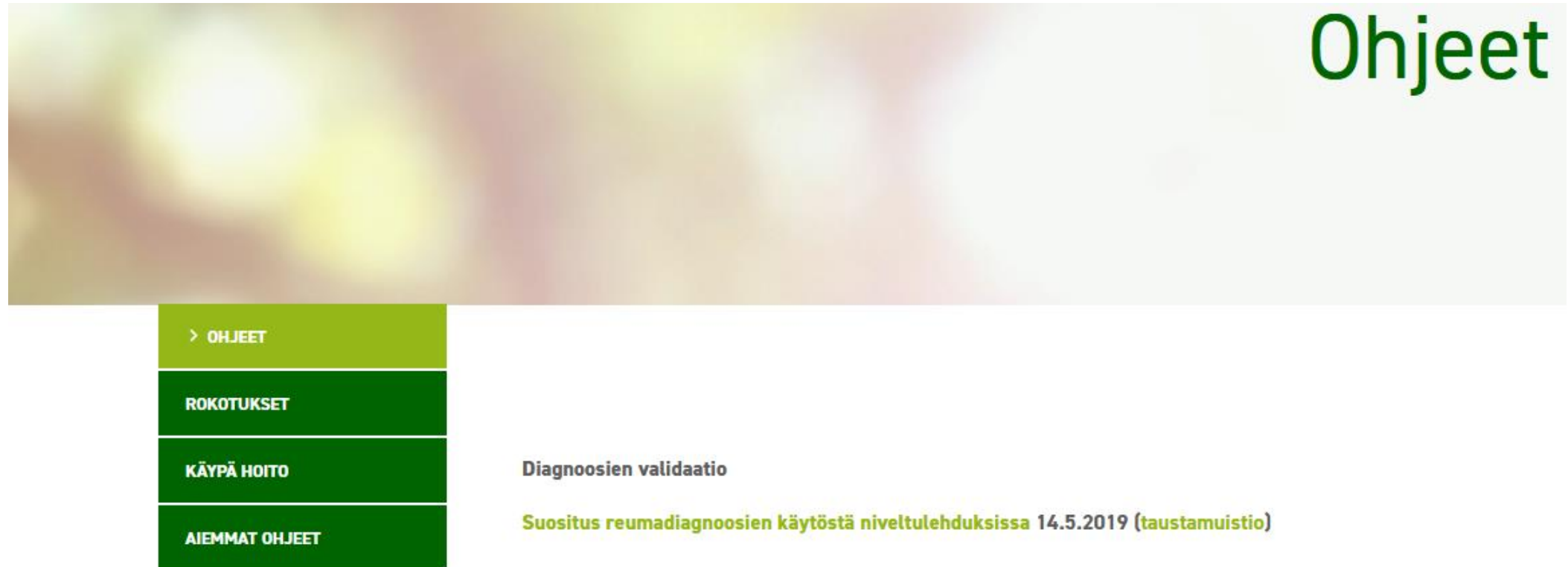
Validaatioprosessi

- SRY nimesi selvityshenkilön (Tuulikki Sokka-Isler)
- TAYS Reumasairauksien koordinaatiokeskus (TAYS) liittyi valmisteluun mukaan (Pia Isomäki, Jarno Rutanen)
- Valmistelun aikana vilkas keskustelu Koordinaatiokeskuksen ohjausryhmässä (edustus: YO-sairaalat, K-SKS, PHKS)
- Alustava esittely SRY:n vuosikokouksessa tammikuussa 2019 ja valmistunut suositus esiteltiin tammikuussa 2020

Näkökulmia

- Keskusteluissa tuotiin ilmi toisistaan poikkeavia kantoja, joille esitettiin myös hyviä perusteluja.
 - Tehdyissä valinnoissa kuitenkin painotettiin **yhdenmukaisuus** näkökulmaa, jonka nykyinen toteutuminen on ongelmallista.
- Suosituksissa väistämättä astutaan lääkärin diagnostisen autonomian tontille.
 - Eli perustuuko diagnoosi: suositukseen vs. kokeneen klinikon arvioon.
- Kliinisen diagnostiikan ongelmallisuus on kuitenkin eri käytäntöjen ”evoluutio” ja etääntyminen toisistaan, johon validoinnilla toivotaan korjausliikettä.
- Toisaalta mikään lääketieteellinen suositus ei kata kaikkea kliinistä variaatiota ja klinikko joutuu jatkossakin tulkitsemaan suosituksia kokemuksensa mukaan.

- www.reumatologinenyhdistys.fi/ohjeet



The image shows a screenshot of the Finnish Rheumatology Society's website. At the top right, the word "Ohjeet" is displayed in a large green font. Below this, a vertical navigation menu is visible with four items: "> OHJEET" (highlighted in a light green bar), "ROKOTUKSET", "KÄYPÄ HOITO", and "AIEMMAT OHJEET". To the right of the menu, the text "Diagnoosien validaatio" is shown, followed by a link: "Suositus reumadiagnoosien käytöstä niveltulehduksissa 14.5.2019 (taustamuistio)".

Ohjeet

- > OHJEET
- ROKOTUKSET
- KÄYPÄ HOITO
- AIEMMAT OHJEET

Diagnoosien validaatio

[Suositus reumadiagnoosien käytöstä niveltulehduksissa 14.5.2019 \(taustamuistio\)](#)

1. NIVELREUMA

Nivelreuman luokittelu perustuu ACR/EULAR 2010-kriteereihin, jotka täyttyvät potilaan saadessa kriteereistä vähintään 6 pistettä.

Luokittelun lähtökohdat:

- a) Potilaalla on **vähintään yksi nivel, jossa varma synoviitti (turvotus)**.
- b) Synoviittia **ei selitä jokin muu sairaus** (kuten SLE, nivelpsoriaasi, kihti, PMR).
- c) Jos potilaalla on nivelreuman eroosiot ja kriteerien täyttymiseen sopiva tautihistoria, tauti voidaan luokitella nivelreumaksi.

TAULU 1. Suositus nivelreuman diagnoosikoodeiksi.

M05.8	Seroposiitivinen nivelreuma <ul style="list-style-type: none">- RF- tai CCP-va positiivinen- täyttää ACR/EULAR 2010-kriteerit
M06.0	Seronegatiivinen nivelreuma <ul style="list-style-type: none">- sekä RF- että CCP-va negatiivinen- täyttää ACR/EULAR 2010-kriteerit- oireita ei selitä joku muu tauti kuten polymyalgia rheumatica, kihti, SLE, psoriaasiartriitti
Jos ACR/EULAR-kriteerit eivät täyty, kyseessä on määrittämätön niveltulehdus	
M13.x	Määrittämätön niveltulehdus - ei täytä ACR/EULAR- luokittelukriteerejä

DIAGNOSIS DATA

25.10.1979 TESTI, TUUKKA

Symptom debut date	Symptom at debut	Clinical diagnosis date	Diagnosis date
11.2018			1.2019
		(ACR/EULAR crit. NOT fulfilled)	(ACR/EULAR crit. fulfilled)

ACR/EULAR criteria for RA (Cutpoint >= 6/10)

History

A. Joint involvement (0-5)	0 1 large joint	1 2-10 large joints	2 1-3 small joints (with or without involvement of large joints)	3 4-10 small joints (with or without involvement of large joints)	5 > 10 joints (at least 1 small joint)	
	B. Serology * (0-3)	0 Negative RF AND negative ACPA	2 Low-positive RF OR low-positive ACPA	3 High-positive RF OR high-positive ACPA		
	C. Acute phase reactants * (0-1)	0 Normal CRP AND normal ESR	1 Abnormal CRP OR abnormal ESR			
D. Duration of symptoms (0-1)	0 <6 weeks	1 >=6 weeks				

OHJELMA LASKEE PISTEET

Score

ACR/EULAR
(0-10)

6

* At least 1 test result is needed for classification

Investigator
miina_l (Miina, Leena)

Assessment date
08.01.2019

Exact date

New registration

Edit

Delete

Save

Ref.

Cancel

TAULU 2. Suositus selkärankareuman ja aksiaalisen spondylartriitin diagnoosikoodeiksi

Luokittelun lähtökohtana oltava oireisto, joka reumatologin kliinisen arvion perusteella sopii tulehdukselliseen selkäsairauteen, eikä oiretta paremmin selitä esim. välilevytauti.

M45	Selkärankareuma	Täyttää Modified New York 1984- kriteerit Kuvantamisen osalta natiivi-rtg ei ole välttämätön mutta silloin jollain muulla kuvantamisella on todettava SI-nivelten ankyloosi
M46.1	Aksiaalinen spondylartriitti SI-nivelissä	MRI-kuvauksessa on varma <u>SI-nivelen/nivelten</u> (tai SI-nivelten + selkänikamien) reumaattinen tulehdustauti
M46.0	Aksiaalinen spondylartriitti rangassa	MRI-kuvauksessa on varma <u>selkänikaman/nikamien</u> reumaattinen tulehdustauti <u>ilman</u> SI-nivelen tulehdusta
Jos on ainoastaan perifeerinen spondylartriitti (daktyliitti, entesiitti, niveltulehdus), kyseessä on määrittämätön niveltulehdus, kunnes tässä taulussa yllämainitut kriteerit täyttyvät		
M13.x	Määrittämätön niveltulehdus	Perifeerinen spondylartriitti

3. NIVELPSORIAASI

Nivelpsoriaasin diagnostiikka on haastavaa. Selvät DIP-nivelten tulehdukset ja daktyliitit ovat harvinaisia. Laboratoriokokeista ei ole apua, ja radiologisia muutoksia oireiston alkuvaiheessa ei ole. Monet psoriaasiartriitti-epäilyt ovatkin kipuja ilman artriittia, entesiittiä tai daktyliittia. Osa on artroosia tai kihtiä, ja useat jäävät odottamaan taudinmäärityksen tarkennusta diagnoosilla M13.

TAULU 3. Suositus nivelpsoriaasin diagnoosikoodeiksi.

M07.x*L40.5	Nivelpsoriaasi	Diagnoosi vain, jos kliinisesti selvä tauti
Epämääräiset nivelpsoriaasiepäilyt luokitellaan määrittämättömäksi niveltulehdukseksi		
M13.x	Määrittämätön niveltulehdus	Kun diagnoosi jää kliinisesti epävarmaksi

Mitä diagnoosien validaatio muutti?

M05.8 Seropositiivinen nivelreuma

- Todennäköisesti käytännöt eivät muutu paljoa
- Kuitenkin pieni ”riman nousu”
 - Niukasti seropositiivisten potilaiden ja seropositiivisten artralgia potilaiden M05.8 voi vähentyä, jos niitä on kliinisesti aiemmin diagnosoitu M05.8 luokkaan. Nyt menee M13 luokkaan.
 - Näiden potilaiden diagnoosi voi myöhemmin täsmentyä M05.8 luokkaan.

M06.0 Seronegatiivinen nivelreuma

- Tulevat vähenemään
- Isompi ”riman nousu”
 - Tulisi olla >10 nivelen polyartriitti, jotta M06.0 diagnoosi täyttyisi
- Nyt osa menee M13 luokkaan, joka toivottavasti seurannan aikana täsmentyy spesifimmäksi diagnoosiksi
- Toisaalta nykyisellään M06.0 on hyvin heterogeeninen potilasryhmä, jonka yleisyys vaihtelee alueittain. Mahdollisesti diagnoosin on saanut potilaita joilla on jokin muu nivelsairaus (kihti, kalsiumpyrofosfaattiartriitti, reaktiivinen artriitti, nivelrikko, jne)

M13 Epäspesifit artriitit

- Tulevat lisääntymään.
- M13 diagnoosi johtaa lääkärin pohtimaan, onko sairaus kehittynyt spesifimmäksi ja tulisiko diagnoosia muuttaa seurannan aikana.
- Voi myös pohtia onko niveltulehdus rauhoittunut, jos ollutkin vaikkapa reaktiivinen niveltulehdus (parantunut?).
- Perifeeriset spondylartriitit M13 diagnoosille, koska ICD-10:ssä ei parempaakaan.

M45 Selkärankareuma, M46 Aksiaalinen spondylartriitti

- M45 tulee harvinaisemmaksi ja mahdollisesti tulevaisuudessa ”kuolee sukupuuttoon”, kun siirrytään M46 diagnooseihin
 - Voi olla menetys, mutta tämä validatio suositus ei sitä aiheuta vaan prosessi on alkanut lääketieteellisessä kirjallisuudessa jo yli 10 vuotta sitten kun aksiaalinen spondylartriitti ”keksittiin”.

M07.x*L40.5 Nivelepsoriaasi

- Tulevat mahdollisesti vähenemään, etenkin silloin kun potilaalla ei ole ihopsoriaasia.
- Diagnosoitaisiin M13 luokkaan ja aika täsmentää diagnoosin, ainakin heille joille kehittyä seurannassa selvä ihopsoriaasi.

Kiitos!