

Niveltulehdusoireinen potilas: tyypioireita ja löydöksiä

Nivelrikko

- Voidaan sekoittaa tulehdukselliseen sairauteen erityisesti, kun se aiheuttaa polvien nesteilyn ja sormioireita.
- Tyypillistä on rasitukseen liittyvä kipu ja sitä seuraava särky.
- Aamujäykkyyttä ei ole, tai se kestää enintään 15 min, kun taas niveltulehdukseen ja etenkin nivelreumaan liittyvä aamujäykkyys kestää kauemmin, usein yli kaksi tuntia. Nivelrikkoon liittyy nivelten kankeutta liikkeelle lähettäessä.
- Polvien nivelrikon varhainen oire voi olla epätavalliseen kuormitukseen liittyvä niukka nesteily. Iho nivelen päällä on viileä tai korkeintaan vähän lämmin. Synovia ei ole palpoitavissa paksuntuneena. Nivelnesteessä on valkosoluja niukasti (yleensä alle $2000 \times 10^6/l$), ja valtaosa niistä on mononukleaarisia.
- Sormien nivelrikko aiheuttaa kovaa, luista paksuntumista DIP-nivelissä (Heberdenin kyhmyt) ja enintään vähäisen nyrkistysvajakuksen (yleensä alle 20 mm). Lasko ja CRP ovat normaalit.
- Yksi nivelrikon tyypipaikkoja on peukalon kämmennivel (CMC I). Peukalon kääntyminen adduktioon muuttaa kämmenselän neliömäiseksi.
- + Toisin kuin nivelreuma, nivelrikko kohdistuu harvoin ranteisiin.

- + Ranteiden dorsifleksio testataan painamalla kämmeniä sormet suorina yhteen ja volaarifleksio vastaavasti painamalla kämmenselkiä vastakkain.

Nivelreuma

- Oireet alkavat yleensä vähitellen sormista, päkiöistä tai ranteista, mutta mikä tahansa nivel voi sairastua ensimmäisenä. PIP-nivelten sukulamainen synoviitti on tyypillinen nivelreumassa, mutta se voi esiintyä myös muissa niveltulehduksissa, erityisesti psoriaasiartriitissa.
- Oireet kehittyvät yleensä melko hitaasti tulehduksen levitessä laajemmalle.
- Alku voi olla myös akuutti ja fulminantti. Niveltulehdusoireisiin voi liittyä yleisoireita kuten väsymystä, ruokahaluttomuutta tai kuumeilua.
- Niveltulehdusoireiden symmetrisyys sopii nivelreumaan.
- Tulehtuneissa nivelissä on liikearkuutta, mutta nivelten lepokipu ei ole nivelreumalle ominaista.
- Aamujäykkyys, kankeuden tunne tulehtuneissa nivelissä, kestää sitä kauemmin mitä aktiivisempi tulehdus on.
- Kahdella kolmasosalla nivelreumaa sairastavista reumatekijän positiivinen.
- Osalla potilaista, joilla reumatekijä



on negatiivinen, todetaan nivelreumalle spesifisiä sitruliinivastaineita (CCP).

- Lasko ja usein myös CRP ovat yleensä ainakin lievästi suurentuneet.
- Erosiivinen nivelrikko sormien PIP- ja DIP-nivelissä voi muistuttaa suuresti kroonista nivelreumaa, josta sen erottaa tyypillisen lokalisaaation (ei päkiöissä eikä ranteissa), puuttuvan reumatekijän ja usein pienen laskon tai CRP:n perusteella.

Spondylartropatiat

REAKTIIVINEN NIVELTULEHDUS

- Assosioituu usein HLA-B27-antigeeniin, ja taipumus sairastua

1307

periytyy. Sukuanamneesi voi paljastaa tapauksia lähisuvussa.

- On useimmiten alaraajojen niveliin painottuva mono- tai oligoartriitti, joka siirtyy suhteellisen hitaasti nivelestä toiseen ja on migroiva tai additiivinen.
- Nivelulehdusoireiden lisäksi esiintyy usein insertiittejä eli entesopatioita (arkuutta lihasten ja faskioiden kiinnityskohdissa) ja daktyliittejä (sormien tai varpaiden makkaramaisia turvotuksia).
- Osalla potilaista on silmätulehdus ja uretriittioireita (Reiterin oireyhtymä).
- On harvinainen iäkkäillä henkilöillä.
- Jos oireet ovat selvät, lasko ja/tai CRP ovat yleensä suurentuneet huomattavasti, minkä vuoksi monoartriittina ilmenevä reaktiivinen nivelulehdus voi olla vaikea erottaa septisestä nivelulehduksesta.

PSORIAASI

- Psoriaasiartriitissa on yleensä epäsymmetrinen nivelulehdus (yleensä oligoartriitti), joka affisioi sormissa usein myös DIP-nivelet.
- Usein myös sternoklavikulaariniivelet, sakroiliakaalinivelet ja leukanivelet ovat tulehtuneet.
- Nivelulehduksen yhteydessä esiintyy hyvin usein psoriaasin aiheuttamia kynsimuutoksia, jolloin varsinaiset ihottumamuutokset saattavat täysin puuttuakin.
- Sormen tai varpaan makkaramainen turvotus (daktyliitti) liittyy usein psoriaasiartriittiin.
- Sukuanamneesi voi paljastaa tapauksia lähisuvussa.

SELKÄRANKAREUMA

- Viisi anamnestista kriteeriä, jotka viittaavat selkärankareumaan: potilaan ikä < 40 vuotta, vähitellen alkava selkäkipu, kesto vähintään

kolme kuukautta, aamujäykkyyttä, liikkuminen helpottaa oireita.

- Assosioituu 95 %:ssa tapauksista HLA-B27-antigeeniin, ja taipumus sairastua periytyy. Sukuanamneesi voi paljastaa tapauksia lähisuvussa.
- + HLA-B27-testin informaatioarvo on suurimmillaan, jos taudin ennakkotodennäköisyys on arviolta n. 50 % (esim. nuori mies, jolla aamuöiset alaselkävaivat, si-nivelten röntgenkuvaus vielä normaali). Positiivisen testituloksen jälkeen taudin todennäköisyys on 92 %, negatiivisen tuloksen jälkeen vain 8 %.
- Jos ennakkotodennäköisyys on anamneesin ja löydösten perusteella lähellä nollaa, positiivinen testituloks ei vahvista selkärankareumadiagnoosia, vaan potilas todennäköisesti kuuluu normaaliväestöön, jolla HLA-B27 on positiivinen ilman tämän tautiryhmän sairauksia.
- Tautiin liittyy noin 1/2:lla potilaista raajanivelartriitti, joka on yleensä oligo- tai monoartriitti, mutta saattaa olla myös nivelreumaa muistuttava, symmetrinen polyartriitti.
- Selän jäykkyys aamuaisin ja istumisen jälkeen on tyypillistä. Sakroiliitti saadaan esiin si-niveliä tutkimalla.
- Osalla potilaista on akuutteja iriittejä.
- Insertiittejä (entesopatioita) voi ilmetä.

KIHTI

- Alkaa tavallisesti keski-ikässä ja on tavallisempi miehillä. Esiintyvyyden on lisääntynyt (olut, diureetit).
- Yli puolessa tapauksista tauti alkaa isonvarpaan tyvinivelestä.
- Niveleen kohdistuva trauma voi laukaista kihtikohtauksen.

- Kihtikohtaus alkaa yleensä yöllä ja saavuttaa huippunsa vuorokauden sisällä. Tulehduksen tunnusmerkit, arkuus, turvotus ja punoitus yleensä prominentteja.
- Hoitamattomana nivelulehdus uusiutuu yhä tiheämmin ja johtaa vähitellen krooniseen, destruktiiviseen polyartriittiin.
- Akuutissa kihtikohtauksessa potilaalla voi olla kuumetta, lasko ja/ tai CRP voivat olla kohtalaisesti suurentuneet, ja seerumin uraatti on yleensä viitearvojen yläpuolella.
- Liittyy usein metaboliseen oireyhtymään (keskivartalolihavuus).

POLYMYALGIA

RHEUMATICA

- Arkuus ja liikerajoitus tyypillisimmin hartioiden seudussa ja reisissä.
- Joskus synoviitteja, myös periferisemmissä nivelissä, yleensä polvissa tai ranteissa.
- Kankeus ja jäykkyys levon tai paikallaan olon jälkeen erityisen korostunutta.
- Ikä yli 50 v. Toisaalta myös nivelreuma voi vanhemmalla iällä alkaa polymyalgiaa muistuttavilla hartiasäryillä.
- La > 40–50
- Päänsärky, näköhäiriöt, nielemistä puremisklaudikaatiot sekä voimakkaat yleisoireet viittaavat samanaikaiseen temporaaliarteeriittiin.

SARKOIDOOSI

- Sarkoidoosiin voi liittyä akuutti artriitti, joka esiintyy yleisimmin nilkoissa. Tyypillinen löydös on sinipunertava periartikulaarinen turvotus.
- Toiseksi yleisimmin polvinivelissä
- Lasko on yleensä suurentunut.

SYSTEEMINEN LUPUS

ERYTHEMATOSUS (SLE)

- Niveleireet ovat usein voimakkaampia kuin nivelstatuksen perusteella olettaisi.
- Yleensä kyseessä on symmetrinen polyartriitti/artralgia.
- Niveleireisiin liittyy yleisoreita, ihomuutoksia sekä usein taudin ilmentymiä muissa elimissä (päänsärkyä keskushermostovoihtumassa, proteinuriaa tai hematuriaa nefriitissä, trombosyto- ja leukosytopeniaa, joskus laskimotrombooseja).
- Lasko on tavallisesti kohonnut, mutta CRP voi olla normaali.

PYROFOSFAATTIARTROPATIA

- Niveleireet voivat ilmaantua kohtauksittain tai olla jatkuvia, joten taudinkuva voi muistuttaa joko kihtiä tai nivelrikkoa.
- Röntgenkuvassa todetaan nivelruston kalkkiutumisen (kondrokalsinoosi), ja nivelnesteessä on pyrofosfaattikiteitä.

NIVELN INFEEKTIO (SEPTINEN ARTRIITTI)

- Yleensä taudinkuva on akuutti septisine kuumeineen. Kuume ja muut tulehduksen tunnusmerkit voivat kuitenkin puuttua vanhuksilta ja tekonivelinfektioissa.
- Äkillistä monoartriittia on pidettävä bakteerin aiheuttamana, kunnes toisin on osoitettu. Myös oligoartriitti voi olla septinen.
- CRP ja/tai lasko ovat tavallisesti selvästi suurentuneet, mutta veren valkosolunäärä on usein normaali.
- Kideartriitti voi olla hyvin raju ja muistuttaa infektioartriittia (muista ottaa myös kidenäytteet punktaattista!).

VIRUSARTRIITIT

- Ovat tavallisimmin akuutteja, lieviä poly- tai oligoartriitteja, jotka yleensä paranevat suhteellisen nopeasti itsestään.
- Nivelulehdusoireita liittyy erityisesti vihurirokoon, nivelrokoon (pogostantautiin) ja parvorokoon, jotka ovat tunnistettavissa infekioon liittyvän ihottuman.
 - + Nivelrokkoa esiintyy syyskällä Itä- ja Keski-Suomessa. Nivelrokon ihottuma kutisee.
 - + Parvorokon lapsille aiheuttava parvovirus aiheuttaa aikuisille melko usein nivelulehdusoireita.
- Virusartriiteissa lasko ja CRP ovat korkeintaan lievästi kohonneet ja nivelnesteeseen solulöydös on usein (ei aina) mononukleaarivaltainen.

LYMEN TAUTI

- Borrelia burgdorferi -spirokeetan aiheuttama, punkin pureman välityksellä leviävä monimuotoinen tauti.
- Akuutissa vaiheessa punkin pureman kohdalla on yleensä ihottuma, erythema migrans. Huomattavalta osalta borrelia-artriittipotilaista ihottuma kuitenkin puuttuu. Alkuvaiheessa esiintyy yleensä kuumetta, päänsärkyä, lihassärkyä ja lymfadenopatiaa.
- Taudin myöhäisiin ilmenemismuotoihin kuuluvat nivelulehdus, neurologiset oireet sekä sydäntulehdus (Suomessa harvinainen).
- Nivelulehdus esiintyy yleensä yhdessä tai muutamassa nivelessä toistuvina.
- Taudin varhainen toteaminen on hoidon onnistumisessa erittäin tärkeää.

REUMAKUUME

- On nykyään Suomessa harvinaisen.

- Tautiin liittyy useimmiten nopeasti paikkaa vaihtava artriitti, mutta nivelissä saattaa olla ainoastaan särkyä.
- Ennusteelle merkittävä ilmeneismuoto on sydäntulehdus, joka ilmenee pankardiittina tai läppävoittumana.
- Lasko ja CRP ovat usein selvästi suurentuneet.

HYPERTROFINEN

OSTEOARTROPATIA

- Kyseessä on paraneoplastinen ilmiö, johon mahdollisten synoviittien lisäksi liittyy pitkien luiden periostiitti ja clubbing-oire.

HIV-INFEEKTIO

- HIV-infektioon sairastuneilla esiintyy usein reaktiivinen nivelulehdus sekä artralgioita.

TRAUMA

- Potilas on ehkä unohtanut nivelen kohdistuneen trauman, jolloin oikeaan diagnoosiin pääsy voi olla vaikeaa.

NÄYTÖN ASTEEN LUOKITUS:

- A = VAHVA TUTKIMUSNÄYTTÖ**
- B = KOHTALAINEN TUTKIMUSNÄYTTÖ**
- C = NIUKKA TUTKIMUSNÄYTTÖ**
- D = EI TUTKIMUSNÄYTTÖÄ**

Artikkelin täydellinen versio on luettavissa Lääkärin tietokannoista **Terveysportista** www.terveysportti.fi

Lääkärin käsikirja 3.2.2009
Tapani Helve

© 2012 Kustannus Oy Duodecim

Kirjallisuutta

1. Healey LA. Long-term follow-up of polymyalgia rheumatica. Evidence for synovitis. *Semin Arthritis Rheum* 1984;13:322–8.
2. Myklebust G, Gran T. A prospective study of 287 patients with polymyalgia rheumatica and temporal arteritis: clinical and laboratory manifestations at onset of disease and at the time of diagnosis. *Br J Rheumatol* 1996;35:1161–8.
3. Fawaz-Estrup F. Human parvovirus infection: Rheumatic manifestations, angioedema, C1 esterase inhibitor deficiency, Ana positivity, and possible onset of systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 1996;23:1180–5.
4. Turunen M, Kuusisto P, Uggeldahl P-E, Toivanen A. Pogosta disease: Clinical observations during an outbreak in the province of north Carelia, Finland. *Br J Rheumatol* 1998;37:1177–80.
5. Schlapbach P, Ambord C, Blöchlinger AM, Gerber NJ. Bacterial arthritis: Are fever, rigors, leukocytosis and blood cultures of diagnostic value? *Clin Rheumatol* 1990;9:69–72.
6. Berglund J, Blomberg I, Hansen BU. Lyme borreliosis in rheumatological practice: Identification of Lyme arthritis and diagnostic aspects in a Swedish county with high endemity. *Br J rheumatol* 1996;35:853–60.
7. Calin A, Porta J, Fries JF, Schurman DJ. Clinical history as a screening test for ankylosing spondylitis. *JAMA* 1977 Jun 13;237(24):2613–4.
8. Khan MA, Khan MK. Diagnostic value of HLA-B27 testing ankylosing spondylitis and Reiter's syndrome. *Ann Intern Med* 1982;96(1):70–6.
9. Franssila R, Hedman K. Viral causes of arthritis. *Clin Rheumatol* 2006;20(6):1138–57.