

# Selkärankareuma ja aksiaalinen spondyloartropatia

## Keskeistä

- Keskeinen piirre on selkärangan ligamentti-insertioiden ja fasettinelvelten sekä sakroiliakaalinivelten tulehdus.
- Ilmenee usein HLA-B27-positiivisilla henkilöillä ja kuuluu seronegatiivisiin spondyloartropatioihin, joita lisäksi ovat
  - ♦ reaktiiviset entero- ja uroartrit, Reiterin oireyhtymä
  - ♦ lastenreuman alaryhmä enteriittiin liittyvät artritit
  - ♦ nivelpsoriaasi
  - ♦ kroonisiin suolistotulehduksiin liittyvät artritit.
- Saman suvun jäsenillä voi olla useita näistä tautimuodoista, ja ne kaikki voivat johtaa selkärankareumaan.
- Tauti luokitellaan idiopaattiseksi selkärankareumaksi silloin, kun se on kroonistunut eikä laukaisevaa tekijää tunnisteta, kuten reaktiivisissa niveltulehduksissa.

## Määritelmä ja esiintyvyys

- Selkärankareuma ja aksiaalinen spondyloartropatia ovat saman taudin jatkumoa; aksiaalisessa spondyloartropatiassa voidaan todeta selkärangan ja sakroiliakaali (SI)-nivelten tulehdusmuutoksia magneettikuvauksella, mutta jos muutoksia näkyy röntgenkuvassa, kyseessä on jo selkärankareuma.
- Osa (n. kolmasosa) aksiaalisista spondyloartropatioista etenee selkärankareumaksi. Nämä potilaat tulisi hoitaa aktiivisesti ja riittävästi varhain.

- Selkärankareuma on miltei yhtä yleinen kuin nivelreuma, mutta kliininen taudinkuva todetaan alle kolmanneksella. Naisilla selkärankareuma on lähes yhtä yleinen kuin miehillä, mutta vaikea, sairaalahoitoja vaativa selkärankareuma on etupäässä miesten tauti.
- Ilmaantuvuushuippu osuu 25. ikävuoteen, joskin diagnoosi viivästyy usein.

## Taudinkuva

- Keskeistä on tunnistaa inflammatorisen selkäkivun anamneesi, joka täyttyy, jos  $\geq 3$  kk:n ajan selkäkivusta kärsineellä potilaalla on vähintään 4 seuraavista 5:stä kriteeristä:
  - ♦ oireiden alku alle 40-vuotiaana
  - ♦ vähitellen alkava selkäkipu
  - ♦ yökiput
  - ♦ liikkuminen helpottaa oireita
  - ♦ lepo ei helpota oireita.
- Sakroiliitti: ristiselkään ja pakaraan heijastuva kipu, joka herättää aamuöisin
- Levon ja istumisen jälkeinen jäykkyys
- Perifeerinen tulehdus usein alaraajojen isoissa nivelissä
- Insertiitit alaraajoissa tavallisia (usein kipu kantapään alla)
- Daktyliitti (makkarasormi tai -varvas)
- Äkillisiä irittejä 20 %:lla (iriitti voi olla taudin ensimmäinen ilmentymä)
- Joskus sydämen johtumishäiriöitä ja aortiittia (auskultaatio, EKG herkästi)

## Diagnoosi

- Kliininen kuva (ks. yllä)
- Löydökset
  - ♦ SI-nivelten kompressio-, palpaatio- ja vivutusarkuus
  - ♦ Sormenpäätt-lattiamitta etutavutuksessa
  - ♦ Schoberin mitta (normaali  $> 4$  cm)
  - ♦ Lannerangan sivutaivutus <sup>C</sup>
  - ♦ Takaraivo-seinämitta (normaali 0 cm)
  - ♦ Rintarangan liikkuvuus (normaali ympärysmittan muutos yli 5 cm nänнин korkeudella)
- Lasko ja P-CRP voivat olla suurentuneet.
- Alle 35-vuotiailla SI-nivelten magneettikuvasta suositellaan ensisijaiseksi kuvantamismenetelmäksi varhaisten muutosten toteamiseksi; tätä vanhemmilla potilailla natiiviröntgenkuvassa soveltuu perustutkimukseksi.
- Röntgenkuva otetaan lannerangasta (ensimuutokset usein rinta- ja lannerangan rajalla) ja SI-nivelistä. Radiologisten sakroiliittimuutosten kehittymiseen kuluu 2–8 v.
- Magneettikuvauksella (MK) voidaan todentaa sakroiliitti ennen natiiviröntgenkuvassa näkyviä muutoksia ja arvioida tulehduksen voimakkuutta. MK suositellaan tehtäväksi, jos taudinkuva täyttää inflammatorisen selkäkivun anamneesiin (ks. edellä), vaikkakin SI-nivelten röntgenkuva on vielä normaali. Magneettikuvauslöydös on yleensä poikkeava jo 2 kk:n kuluttua oireiden alkamisesta. Kuvanta-

mista harkittaessa on huomattava, että selkärankareuman ensioireet eivät ala yli 45-vuotiaana.

- HLA-B27-antigeenin käyttö diagnostiikassa on syytä rajata tapauksiin, jotka täyttävät inflammatorisen selkävivun anamneesin ja joilla oireet ovat alkaneet alle 40–45 v:n iässä.
- ASAS-työryhmän laatimat aksiaalisen spondyloartropatian luokittelukriteerit: ks. taulukko.

**TAULUKKO.** ASAS-luokittelukriteerit aksiaaliseen spondyloartropatialle (SpA) potilailla, joilla < 45-vuotiaana alkanut tulehduksellinen, ≥ 3 kk jatkunut selkävivun (2)

Sakroiliitti (magneetti- tai natiivikuviissa) + ≥ 1 SpA-löydös tai HLA-B27 + ≥ 2 muuta SpA-löydöstä

#### SpA-löydökset

Tulehduksellinen selkävivun  
Artriitti  
Entesiitti (kantapäässä)  
Uveiitti  
Daktyliitti  
Psoriaasi  
Crohnin tauti/ulseratiivinen koliitti  
Hyvä vaste tulehduksipuläkkeelle  
Suvussa esiintynyt SpA:ta  
HLA-B27-positiivisuus  
Suurentunut CRP-pitoisuus

## Erotusdiagnoosi

- Osteitis condensans ilii röntgenkuvissa
- Selän rappeuttavat sairaudet
- Diffuusi idiopaattinen skeletaalinen hyperostoosi (DISH) röntgenkuvissa
- Iskias
- Muu spondyloartropatia
  - ♦ Reiterin tauti
  - ♦ Psoriaasiartropatia
  - ♦ Kroonisiin suolistotulehduksiin liittyvä artropatia

## Hoito

- Fysioterapia<sup>C</sup> on keskeinen hoitomuoto selkärangan virheasentojen estämiseksi. Olennaisinta on potilaan ohjaaminen rangan säännöllisiin ojennusharjoituksiin ja turvalliseen liikuntaan (täysin jäykistyneen osteoporoottisen rangan murtumariski!).
- Tulehduksipuläkkeet helpottavat oireita selvästi paremmin kuin selän rappeuttavissa sairauksissa, ja hoitokeilusta on erotusdiagnoosista apua.
- Sulfasalatsiinista<sup>A</sup> on todennäköisimmin apua varhaisessa taudissa, jos lasko ja/tai CRP on koholla tai jos esiintyy perifeerisiä niveltulehduksia.
- Metotreksaatin<sup>C</sup> teho on kiistanalaisempi, mutta perifeerisessä

taudissa siitä on odotettavissa apua.

- Glukokortikoidi-injektioista on apua perifeerisissä niveltulehduksissa, sakroiliitissa ja insertiiteissa.
- Biologinen lääkehoito
  - ♦ Vähimmäisvaatimus: keskivaikea kipu ja taudin aktiivisuuden viittaava voimakas selän aamujäykkyys, mistä osoitukseksi BASDAI-indeksi (BASDAI = Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) ≥ 4, suurentunut CRP tai aktiivinen sakroiliitti magneettikuvassa sekä epäonnistunut hoitokeilu tulehduksipuläkkeen maksimiannoksella ja sulfasalatsiinilla.

arthritis (part II): validation and final selection. Ann Rheum Dis 2009;68:777–83.

3. Laitinen M, Hakala M. Selkäranka-reuma. Duodecim 2005;121:1635–42.
4. Elo P, Laasonen L, Soini I, Luosujärvi R, ym. Tulehduksellisen selkävivun kuvantamisdiagnoosi. Duodecim 2013;129:741–52.
5. Laitinen M. Spondylarthritis. Kirjassa: Reuma. Martio J, ym. (toim). Kustannus Oy Duodecim 2007, s. 343–51.
6. Nordström D, Kauppi M. Mitä eroa on selkärankareumalla ja aksiaalisen spondyloartropatialla – ja onko sillä väliä? Duodecim 2010;126:1467–74.

## Kirjallisuutta

1. Sieper J, van der Heijde D, Landewé R ym. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS). Ann Rheum Dis 2009;68:784–8.
2. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R ym. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondylo-

### NÄYTÖN ASTEEN LUOKITUS:

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

Artikkelin täydellinen versio on luettavissa Lääkärin tietokannosta Terveysportista

[www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi)

Lääkärin käsikirja 30.7.2013  
• Viimeisin muutos 27.1.2014  
Markku Hakala

© 2014 Kustannus Oy Duodecim