

Niveltulehdusoireinen potilas: tyypioireita ja löydöksiä

Nivelrikko

- Kliinisesti nivelrikko alkaa lieväällä niveltulehduksella, joka voi varhaisvaiheessa muistuttaa esim. alkavaa nivelreumaa. Sen vuoksi se voidaan sekoittaa varsinaisiin tulehduksellisiin sairauksiin. Seurannassa taudin luonne on kuitenkin erilainen.
- Tyypillistä on rasitukseen liittyvä kipu ja sitä seuraava särky.
- Aamujäykkyyttä esiintyy, mutta se kestää enintään 15 min. Sen intensiteetti on myös vähäisempi kuin tulehduksellisissa sairauksissa. Varsinkin nivelreumassa aamujäykkyys kestää usein tunteja, ja se on intensiteetiltään voimakasta. Nivelrikoon liittyy nivelten kankeutta liikkeelle lähdeettäessä.
- Polvien nivelrikon varhainen oire voi olla epätavalliseen kuormitukseen liittyvä kipu ja niukka nesteily. Iho nivelen päällä on viileä tai korkeintaan vähän lämmin. Nivelkalvo on harvoin paksuuntunut, ja tunusteltaessa se joustaa helposti. Nivelnesteessä esiintyy valkosoluja niukasti (yleensä alle

2 000 × 10⁶/l), ja valtaosa niistä on mononukleaarisia.

- Sormien nivelrikko aiheuttaa sormiin kipua ja toiminnan vajeusta. Pikkunivelissä esiintyy rasituksen aikana tai sen jälkeen pistävää kipua ja joskus ärhäköitä tulehduksia, mikä rajoittaa selviämistä päivittäisistä toimista. Vähitellen nivelten ympärille muodostuu kovaa, luista paksuuntumista, jota kutsutaan DIP-nivelissä Heberdenin kyhmyiksi ja PIP-nivelten ympärillä Bouchard'n kyhmyiksi. Nyrkistysvajeus on yleensä vähäinen (yleensä alle 20 mm), mutta toisinaan sormet voivat muuttua koppuraisiksi ja käsien ote heikkenee. Lasko ja CRP ovat normaalit.
- Yksi nivelrikon tyypipaikoista on peukalon kämmennivel (CMC I). Peukalon kääntyminen adduktioon muuttaa kämmenselän neliömäiseksi.
- Nivelrikko voidaan karkeasti luokitella kahteen ryhmään: harvojen isojen nivelten nivelrikoksi ja käsien pikkunivelten nivelrikoksi. Sen lisäksi on myös nivelrikkoa, jota esiintyy koko tukirangassa tai missä tahansa yksittäisessä nivelessä. Toisin kuin nivelreuma, nivelrikko kohdistuu harvoin ranteisiin.
 - ◆ Ranteiden dorsifleksio testataan painamalla kämmeniä sormet suorina yhteen ja volaarifleksio vastaavasti painamalla kämmenselkiä vastakkain.



Nivelreuma

- Nivelreuma on kehon yleistulehdus, jossa tärkein kohde-elin on nivel.
- Oireet alkavat yleensä vähitellen sormista, päkiöistä tai ranteista, mutta mikä tahansa nivel voi sairastua ensimmäisenä. PIP-nivelten sukkulamainen pinkeämpullea synoviitti on tyypillinen nivelreumassa, mutta se voi esiintyä myös muissa niveltulehduksissa, erityisesti psoriaasiartriitissa tai kroonisessa lastenreumassa.
- Oireet kehittyvät yleensä melko hitaasti tulehduksen levitessä laajemmalle.
- Alku voi olla myös akuutti ja fulminantti. Silloin niveltulehdusoireisiin voi liittyä yleisoireita, kuten väsymystä, ruokahaluttomuutta tai kuumeilua.
- Niveltulehdusoireiden symmetrisyys kuvastaa nivelreumaa.
- Tulehtuneissa nivelissä on liike-arkuutta, mutta nivelten lepoki-

Artikkelin täydellinen versio on luettavissa Lääkärin tietokannoista Terveysportista

www.terveysportti.fi

Lääkärin käsikirja •

Viimeisin muutos 27.5.2013 •

Riitta Luosujärvi

© 2014 Kustannus Oy Duodecim

pu ei ole nivelreumalle ominaista.

- Aamujäykkyys, kankeuden tunne tulehtuneissa nivelissä, kestää sitä kauemmin mitä aktiivisempi tulehdus on. Se voi esiintyä koko kehossa ja palata päivällä pitkän istumisen jälkeen.
- Perinteinen reumatekijä (RF) on positiivinen kahdella kolmasosalla nivelreumaa sairastavista.
- Osalla potilaista, joilla reumatekijä on negatiivinen, todetaan nivelreumalle spesifisiä sitrulliivasta-aineita (CCP). Niiden määrittäminen on kliinisessä työssä nykyisin yleistä. Voimakkaasti suurentuneet RF- tai CCP-vasta-ainepitoisuudet liittyvät vaikeampaan tautimuotoon.
- Lasko ja usein myös CRP-pitoisuus ovat vähintään 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. On hyvä muistaa, että nykyisin nivelreuma todetaan n. 60-vuotiaana, ja siinä iässä potilaalla voi olla molemmat sairaudet samaan aikaan. Erityisesti näissä tilanteissa suurentunut CCP-vasta-ainepitoisuus auttaa nivelreuman diagnostiikassa.

Spondylartropatiat

REAKTIIVINEN NIVELTULEHDUS

- Assosioituu usein HLA-B27-antigeeniin, ja silloin taipumus sairastua periytyy. Sukuanamneesi voi paljastaa tapauksia lähisuvussa.

1880 • Useimmiten alaraajojen niveliin

painottuva mono- tai oligoartriitti, joka siirtyy suhteellisen hitaasti nivelestä toiseen ja on migroiva tai additiivinen

- Niveltehdusoireiden lisäksi esiintyy usein insertiittejä eli entesopatioita (arkuutta lihas-ten ja faskioiden kiinnityskohdissa) ja daktyliitteja (sormien tai varpaiden makkaramaisia turvotuksia).
- Osalla potilaista on silmätulehdus (uveiitti) ja uretriittioireita (Reiterin oireyhtymä).
- Harvinainen iäkkäillä henkilöillä
- Jos oireet ovat selvät ja potilaalla on kuumetta, lasko ja/tai CRP ovat yleensä suurentuneet huomattavasti, minkä vuoksi monoartriittina ilmenevä reaktiivinen niveltehdus voi olla vaikea erottaa septisestä niveltehduksesta.

PSORIAASI

- N. 15 %:lla niveltehdus alkaa, ennen kuin psoriaasi ilmaantuu.
- Psoriaasiartriittia on useita eri muotoja.
 - ♦ Yleisin on epäsymmetrinen harvan nivelen niveltehdus, joka affisioi polvia ja muita suuria niveliä. Epäsymmetristä niveltehdusta esiintyy myös sternoklavikulaarinivelissä, sakroiliakaalinivelissä ja leukanivelissä.
 - ♦ Pienten nivelten moniniveltulehdus muistuttaa alkuvaiheessa nivelreumaa. Sormissa tulehdus on usein DIP-nivelissä.
 - ♦ Luita syövyttävä ns. artritismutilans -muoto, jossa varsinkin sormissa pieniä luita syöpyy pois, on harvinainen.
 - ♦ Selkärankareumaa muistuttavalle muodolle on ominaista oireiden ja löydösten

epäsymmetrisyys.

- Niveltehdoksen yhteydessä esiintyy hyvin usein psoriaasin aiheuttamia kynsimuutoksia, jolloin varsinaiset ihottumamuutokset saattavat täysin puuttua.
- Sormen tai varpaan makkaramainen turvotus (daktyliitti) liittyy usein psoriaasiartriittiin.
- Entesiitit ovat nivelpsoriaasissa hyvin yleisiä.
- Sukuanamneesi voi paljastaa tapauksia lähisuvussa.

SELKÄRANKAREUMA

- Viisi anamnestista kriteeriä, jotka ≥ 3 kk kestäneessä selkävauriossa viittaavat selkärankareumaan: potilaan ikä < 40 v, vähitellen alkava selkäkipu, aamuöllä herättävä selkäkipu, liikkuminen helpottaa oireita, kipu ei parane levolla.
- Assosioituu 95 %:ssa tapauksista HLA-B27-antigeeniin, jolloin 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 testitulos ei vahvista selkärankareumadiagnoosia, vaan potilas todennäköisesti kuuluu normaaliväestöön, jolla HLA-B27 on positiivinen ilman tämän

tautiryhmän sairauksia.

- HLA-B27-testiä ei tule käyttää mittaamaan potilaan mahdollista yleistä selkärangan riskiä ilman siihen sopivia kliinisiä oireita ja löydöksiä, koska vain alle 1 %:lle niistä, joilla kyseinen tekijä on, kehittyy jokin spondylartropatiatauti.
- Tautiin liittyy n. 1/3:lla potilaista yksittäinen raajanivelartriitti, joka on yleensä oligo- tai monoartriitti. Nivel tulehdus saattaa harvoin olla myös nivelreumaa muistuttava, symmetrinen polyartriitti.
- Selän jäykkyys aamuisin ja istumisen jälkeen on tyypillistä. Sakroiliitti saadaan esiin SI-nivelä tutkimalla
- Jos potilas on korkeintaan 35-vuotias, ensisijainen kuvantamismenetelmä on SI-nivelten magneettikuvas
- Osalla potilaista on akuutteja iriittejä.
- Insertiittejä (entesopatioita) voi ilmetä.

Kihti

- Alkaa tavallisesti keski-ikässä ja on tavallisempi miehillä. Esiintyvyys on lisääntynyt (olut, diureetit). Monen nivelen kihti on kliinisen arvion perusteella myös lisääntynyt, jolloin tauti voidaan sekoittaa tuoreeseen nivelreumaan. Kihtipotilas on kuitenkin yleensä huomattavasti kivuliaampi, eikä kihdissä yleensä esiinny CCP-vasta-aineita tai niiden pitoisuudet ovat pienemmät kuin nivelreumassa. Tulee muistaa, että samalla potilaalla voi olla kaksi eri tautia.
- 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 ovat yleensä prominentteja.
- Hoitamattomana nivel tulehdus uusiutuu yhä tiheämmin ja johtaa vähitellen krooniseen, destruktiiviseen polyartriittiin.
- Akuutissa kihtikohtauksessa potilaalla voi olla kuumetta, lasko ja/tai CRP voivat olla kohdallisesti suurentuneet, ja plasman uraattipitoisuus on yleensä viitearvojen yläpuolella, mutta voi olla normaalin.
- Liittyy usein metaboliseen oireyhtymään (keskivartalolihavuus).

Polymyalgia rheumatica

- Arkuus ja liikerajoitus tyypillisimmin hartioiden seudussa ja reisissä
- Joskus synovioitteja varsinkin olkanivelissä ja lonkissa, mutta myös perifeerisemmissä 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, nielemis- tai puremisklaudikaatiot, voimakkaat yleisoireet sekä huomattavan koholla oleva CRP viittaavat samanaikaiseen temporaalarteriittiin.

Sarkoidoosi

- Sarkoidoosiin voi liittyä akuutti artriitti, joka esiintyy yleisimmin nilkoissa. Tyypillinen löydös on

sinipunertava periartikulaarinen diffuusi nivelalueen turvotus.

- Toiseksi yleisimmin polvinivelissä
- Lasko on yleensä suurentunut.

Systeminen lupus erythematosus (SLE)

- Niveleireet ovat usein voimakkaampia kuin nivelstatuksen perusteella olettaisi.
- Yleensä kyseessä on symmetrinen polyartriitti/artralgia.
- Niveleireisiin liittyy yleisoireita, kuumeilua, erilaisia ihomuutoksia sekä usein taudin ilmentymiä muissa elimissä (päänsärkyä keskushermostovioittumassa, proteinuriaa tai hematuriaa nefriitissä, trombosyto- ja leukosytopeniaa, joskus laskimotrombooseja sekä keuhkopussin ja sydänpussin tulehdusta).
- Lasko on tavallisesti suurentunut, 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.
- Tauti voi olla voimakasoireinen moninivel tulehdus.
- Hoito on oireenmukainen; spesifistä hoitoa ei ole.

Nivelen infektio (septinen artriitti)

- Yleensä taudinkuva on akuutti septisine kuumeineen. Kuume ja muut tulehduksen tunnusmerkit voivat kuitenkin puuttua vanhuksilla, immunosuppressii-

vista hoitoa saavilla sekä kroonisissa tekonivelinfektioissa.

- Äkillistä kuumeista 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 infektiotriittia (muista ottaa myös kidenäytteet nivelnestepunktaattista!).

Virusartriitit

- Tavallisimmin akuutteja, lieviä poly- tai oligoartriitteja, jotka yleensä paranevat suhteellisen nopeasti itsestään
- Nivelulehdusoireita liittyy erityisesti vihurirokoon, nivelrokoon (pogostantautiin) ja parvorokkoon, jotka ovat tunnistettavissa infektiin liittyvän ihottuman perusteella.
 - ♦ Nivelrokkoa esiintyy syyskesällä Itä- ja Keski-Suomessa. Nivelrokon ihottuma kutisee.
 - ♦ Parvorokon lapsille aiheuttava parvovirus aiheuttaa aikuisille melko usein nivelulehdusoireita.
- Virusartriiteissa lasko ja CRP ovat korkeintaan lievästi suurentuneet ja nivelnesteen solulöydös on usein (ei aina) mononukleaarivaltainen.

Lymen tauti

- Borrelia burgdorferi -spirokeetan aiheuttama, punkin piston välityksellä leviävä monimuotoinen tauti
 - Akuutissa vaiheessa punkin piston kohdalla on yleensä ihottuma, erythema migrans.
- 1882 Huomattavalta osalta borrelia-

artriittipotilaista ihottuma kuitenkin puuttuu. Alkuvaiheessa esiintyy yleensä kuumetta, päänsärkyä, lihassärkyjä ja lymfadenopatiaa.

- Taudin myöhäisiin ilmenemismuotoihin kuuluvat niveltulehdus, neurologiset oireet sekä sydäntulehdus (Suomessa harvinainen).
- Nivelulehdus esiintyy yleensä yhdessä tai muutamassa nivellessä toistuvina turvotusepisodeina.
- Taudin varhainen toteaminen on hoidon onnistumisessa erittäin tärkeää.

Reumakuume

- Suomessa nykyään harvinainen
- Tautiin liittyy useimmiten nopeasti paikkaa vaihtava artriitti, mutta nivelissä saattaa olla ainoastaan särkyjä.
- Ennusteelle merkittävä ilmenemismuoto on sydäntulehdus, joka ilmenee pankardiittina tai läppävioittumana.
- Lasko ja CRP ovat usein selvästi suurentuneet.

Hypertrofinen osteoartropatia

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

HIV-infektio

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

Trauma

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

taa muistaa, että nivelpsoriaasi alkaa usein trauman jälkeen (huom. Kőbnerin ilmiö).

Kirjallisuutta

1. Healey LA. Long-term follow-up of polymyalgia rheumatica. Evidence for synovitis. *Semin Arthritis Rheum* 1984;13:322–328
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;35:1161–1168
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;23:1180–1185
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;37:1177–1180
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 endemicity. *Br J Rheumatol* 1996;35:853–860
7. 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(6):784–8. *PubMed*
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):1138–1157
10. Elo P, Laasonen, L, Soini I, Luosujärvi R ym. Tulehduksellisen selkävaurion kuvantamismuutokset. *Duodecim* 2013;129(7):741–752.