

Dan Nordström

Selkärankareuma ja aksiaalinen spondylartriitti

Keskeistä

- Keskeinen piirre on selkärangan ligamentti-inserttioiden ja fasettinielven sekä sakroiliakaalinivelten tulehdus.
- Ilmenee usein HLA-B27-positiivisilla henkilöillä ja kuuluu seronegatiivisiin spondylartropatioihin, joita lisäksi ovat
 - reaktiiviset entero- ja uroartriitit
 - lastenreuman alaryhmä enterosiihteihin liittyvät artriitit
 - nivelpsoriaasi
 - kroonisiin suolistotulehduksiin liittyvät artropatiat.
- 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.
- Aksiaalisen spondylartriitin ja selkärankareuman katsotaan olevan saman sairauden jatkumoa, joskaan kaikki aksiaalista spondylartriittia sairastavat eivät päädy selkärankareumapotilaiksi.

Määritelmä ja esiintyvyys

- Aksiaalinen spondylartriitti ja selkärankareuma ovat saman taudin jatkumoa; aksiaalissa spondylartriitissa voidaan todeta sakroiliakaali (SI) -nivelten ja myös selkärangan tulehdusmuutoksia magneettikuvauksella, mutta jos muutoksia näkyy röntgenkuvassa, kyseessä on jo selkärankareuma.
- Osa (n. kolmasosa) aksiaalisista spondylartriiteista etenee selkä-

rankareumaksi. Nämä potilaat tulisi hoitaa aktiivisesti ja riittävän varhain.

- Selkärankareuma on miltei yhtä yleinen kuin nivelreuma, mutta kliininen taudinkuva todetaan alle kolmanneksella. Naisilla selkärankareuma on lähes yhtä yleinen kuin miehillä, mutta vaikea, sairaalahoidoita vaativa selkärankareuma on etupäässä miesten tauti.
- Ilmaantuvuushuippu osuu 25. ikävuoteen, joskin diagnoosi viivästyy usein. Uudempi diagnoosi, aksiaalinen spondylartriitti, vähentää diagnoosiviivettä diagnostiikassa käytettävän magneettikuvauksen ansiosta.

Taudinkuva

- Keskeistä on tunnistaa inflammatorisen selkäkivun anamneesi, joka täyttyy, jos ≥ 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
- Selkärangan jäykkyys ja kipu, rintakehän rustokipupisteet
- Perifeerinen tulehdus usein alaraajojen isoissa nivelissä
- Insertiitit alaraajoissa tavallisia (usein kipu kantapään alla)
- Daktyliitti (makkarasormi tai -varvas)



- Äkillisiä iriittejä 20 %:lla (iriitti voi olla taudin ensimmäinen ilmentymä)
- Joskus krooninen suolistotulehdus (Crohnin tauti tai haavainen paksusuolitulehdus)
- Joskus sydämen johtumishäiriötä ja aortiittia (auskultaatio, EKG herkästi)

Diagnoosi

- Kliininen kuva (ks. yllä)
- Löydökset
 - SI-nivelten kompressio-, palpato- ja vivutusarkuus (Patrickin testi)
 - Sormenpäätt-lattiamitta etutai- vutuksessa
 - Schoberin mitta (normaali > 4 cm)
 - Lannerangan sivutaivutus
 - Takaraivo-seinämitta (normaali 0 cm)
 - Rintarangan liikkuvuus (normaali ympärysmittan muutos yli 5 cm nännin korkeudella)
- Lasko ja CRP voivat olla suurentuneet.

TAULUKKO. ASAS-luokittelukriteerit aksiaaliseen spondylartropatialle (SpA) potilailla, joilla < 45-vuotiaana alkanut tulehduksellinen, ≥ 3 kk jatkunut selkäkipu

Sakroiliitti (magneetti- tai natiivikuissa) + ≥ 1 SpA-löydös	SpA-löydökset
tai	• Tulehduksellinen selkäkipu
HLA-B27 + ≥ 2 muuta SpA-löydöstä	• Artriitti
	• Entesiitti (kantapäässä)
	• Uveiitti
	• Daktyliitti
	• Psoriaasi
	• Crohnin tauti/ulseratiivinen koliitti
	• Hyvä vaste tulehduskipulääkkeelle
	• Suvussa esiintynyt SpA:ta
	• HLA-B27-positiivisuus
	• Suurentunut CRP-pitoisuus

Lähde: Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R ym. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis* 2009;68(6):777-83.

- Alle 35-vuotiailla SI-nivelten magneettikuvausta suositellaan ensisijaiseksi kuvantamismenetelmäksi varhaisten muutosten toteamiseksi; tätä vanhemmilla potilailla natiiviröntgenkuvaus 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 natiiviröntgenkuvausta näkyviä muutoksia ja arvioida tulehduksen voimakkuutta. MK suositellaan tehtäväksi, jos taudinkuva täyttää inflammatorisen selkävun anamneesin (ks. edellä), vaikkakin SI-nivelten röntgenkuva on vielä normaali. Myös rangan edeemamuutokset (Romanuksen ja Anderssonin kaltaiset leesiot) tukevat diagnoosia. Magneettikuvauslööydös on yleensä poikkeava jo 2 kk:n kuluttua oireiden alkamisesta. Kuvantamista harkittaessa on huomattava, että selkärangan kareuman ensioireet eivät ala yli 45-vuotiaana.
- HLA-B27-antigeenin käyttö diagnostiikassa on syytä rajata tapauksiin, jotka täyttävät inflam-

matorisen selkävun anamneesin ja joilla oireet ovat alkaneet alle 40–45 v:n iässä.

- ASAS-työryhmän laatimat aksiaalisen spondylartriitin luokittelukriteerit: ks. **TAULUKKO**.

Erutusdiagnoosi

- Osteitis condensans ilii röntgenkuvaissa
- Selän rappeuttavat sairaudet
- Diffuusi idiopaattinen skeletaalinen hyperostoosi (DISH) röntgenkuvaissa
- Iskias
- Muu spondylartropatia
 - Reaktiivinen artriitti
 - Nivelpsoriaasi
 - Kroonisiin suolistotulehduksiin liittyvä artropatia

Hoito

- Fysioterapia on keskeinen hoitomuoto selkärangan virheasentojen estämiseksi. Olennaisinta on potilaan ohjaaminen rangan säännöllisiin ojennusharjoituksiin ja turvalliseen liikuntaan (täysin jäykistyneen osteoporoottisen rangan murtumariski!).
- Tulehduskipulääkkeet helpottavat oireita selvästi paremmin kuin selän rappeuttavissa sairauksissa, ja hoitokokeilusta on erotusdiagnoosista apua. Hoitokuurit ovat jopa

kuukausien mittaisia, ja niiden tiedetään myös hidastavan taudin röntgenologista etenemistä.

- Sulfasalatsiinista on todennäköisimmin apua varhaisessa taudissa, jos lasko ja/tai CRP on koholla tai jos esiintyy perifeerisiä niveltulehduksia.
- Metotreksaatin teho on kiistanalaisempi, mutta perifeerisessä taudissa siitä on odotettavissa apua.
- Glukokortikoidi-injektioista on apua perifeerisissä niveltulehduksissa, sakroiliitissä ja insertiiteissa.
- Biologinen lääkehoito
 - Vähimmäisvaatimus: keskivaikea kipu ja taudin aktiivisuuden vähittäva voimakas selän aamu-jäykkyys, mistä osoituksena BASDAI-indeksi (BASDAI = Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) > 4, suurentunut CRP tai aktiivinen sakroiliitti magneettikuvausta sekä epäonnistunut hoitokokeilu tulehduskipulääkkeen maksimiannoksella ja sulfasalatsiinilla.

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(6):784-8.
2. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R ym. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis* 2009;68(6):777-83.

Artikkelin täydellinen versio on luettavissa Lääkärin tietokannosta Terveysportista

www.terveysportti.fi

Dan Nordström
© 2016 Kustannus Oy Duodecim