

# Mitä eroa on selkärankareumalla ja aksiaalisella spondyloartropatialla – ja onko sillä väliä?

Selkärankareuman diagnostisiin kriteereihin on kuulunut röntgenkuvissa todettava sakroiliitti. On määritelty uusi tautimuoto aksiaalinen spondylartropatia, joka aikaisessa vaiheessa erottuu selkärankareumaa lievempänä tai edeltävänä reumaattisena sairautena. Uudet kriteerit identifioivat selkärankareumatapaukset, mutta hyväksyvät myös röntgennegatiiviset potilaat kuuluviksi saman sairauden jatkumoon. Tulehduksellinen löydös ristinivelten magneettikuvauksessa ennustaa hyvin pysyvien radiologisten muutosten syntymistä. Spondylartropatioiden lääkehoidossa tulehduskipulääkkeet lievittävät usein oireita merkittävästi, mutta niillä ei ole tehoa varsinaiseen tulehdukseen. Tavanomaisten reumalääkkeiden tehosta selkärankareumassa on vain niukasti näyttöä. Biologiset lääkkeet, tuumorinekrositekijä alfan estäjät, tarjoavat usein merkittävän ja pitkäaikaisen avun spondylartropatiapotilaille.

**Avohoidossa löytyy tulehduksellinen selkäsairaus noin 5 %:lta potilaista, jotka kärsivät pitkäaikaisista alaselkävaivoista (Underwood ja Dawes 1995, Laitinen ym. 2005), mutta reumatologiseen erikoissairaanhoidon tulleiden joukossa tämä osuus on 30–60 %. Miten nämä potilaat löydetään ajoissa ja miten heitä tänä päivänä voidaan hoitaa?**

Selkärankareuman esiintyvyys on noin 1 %. Tauti on yleisin ns. spondylartropatioista (SPA), joiden suomenkieliseksi nimitykseksi on ehdotettu nivelnikamareumaa (Laitinen

ym. 2005). Tähän ryhmään kuuluvat lisäksi nivelpsoriaasi, reaktiivinen artriitti, kroonisiin suolistosairauksiin liittyvät artriitit (enteroartriitit) ja osa lastenreumataudeista. Jos reumaattisista selkävaivoista kärsivä potilas ei täytä mainittujen spesifisten sairauksien kriteereitä, voi hänellä silti olla (luokittelematon) SPA. Spondylartropatioiden luokittelukriteerit on esitetty **TAULUKOSSA 1** (Dougados ym. 1991).

Spondylartropatioilla on monia yhteisiä kliinisiä ilmentymiä, geneettinen yhteys HLA-B27-kudostyyppiin ja tyyppillisesti hyvä vaste tuumorinekrositekijän (TNF) estäjään. SPA:n kliiniseen kuvaan kuuluvat selän nivelten, nivelsiteiden ja luuston tulehdus sekä entesopatiat (jänteiden ja nivelsiteiden kiinnityskohtien vaivat). Näillä potilailla esiintyy usein myös perifeeristen nivelten tulehduksia, jotka tyyppillisesti ovat alaraajavoittoisia, sekä niveltenulkoisia ilmentymiä, kuten iriittejä.

**TAULUKKO 1.** Spondylartropatioiden (selkärankareuma, nivelpsoriaasi, reaktiivinen artriitti, enteroartriitti, osa lastenreumasta) diagnostiset kriteerit.

Tulehduksellinen selkäkipu

tai

Epäsymmetrinen tai alaraajavoittoinen niveltulehdus

ja yksi tai useampi seuraavista:

- puolta vaihtava pakarakipu
- sakroiliitti
- entesopatia
- suvussa esiintynyt spondylartropatiaa
- psoriaasi
- krooninen suolitulehdus
- uretriitti, servisiitti tai akuutti ripuli
- 1 kuukauden aikana ennen niveloireita

## Selkärankareuma

Selkärankareuman tärkeimmät oireet ovat aksiaalisia (selän kipu ja jäykkyys). Niiden aiheuttajina pidetään sakroiliittiä, spondyliittiä, spondylodiskiittiä ja entesiittiä (ns. tulehduksellinen selkäkipu). Kudoksissa todetaan tulehdusta ja myöhemmässä vaiheessa luun destruktiota ja uudisluun muodostusta (Maksymowych 2010). Selkärankareuman tähänastisiin diagnostisiin kriteereihin (luokittelukriteerit) kuuluu röntgenkuviissa näkyvä sakroiliitti, joko asteen II tasoisena molemmin puolin tai asteen III–IV muutoksena vain toisella puolella (van der Linden ym. 1984). Tulehduksellisessa alaselkävaivassa röntgenologisen sakroiliitin kehittyminen saattaa kestää useita vuosia. Tämä viivästyttää varman diagnoosin tekemistä merkittävästi, keskimäärin 5–7 vuotta oireiden alusta (Feldtkeller ym. 2003). Jos alaselkävaivan diagnoosi viipyy, hankaloittaa se hoidon aloitusta ja lääkkeiden erityiskorvauksen myöntämistä.

## Spondyloartropatioiden luokittelukriteerit

Jos potilaalla esiintyy tulehduksellista selkäkipua ilman todettua (radiologista) sakroiliittiä, voidaan hänellä tietyin edellytyksin katsoa olevan aksiaalinen (röntgennegatiivinen)

SPA. Tämän termin lanseerasi vuonna 2009 kansainvälinen ASAS-työryhmä (Assessment of SpondyloArthritis International Society). Termin tueksi on luotu täsmennetyt SPA:n kriteerit, joiden on määrä helpottaa ja nopeuttaa luokittelua sekä diagnoosin tekoa ja tämän myötä selkeyttää hoidon aloituksen aiheita (TAULUKKO 2) (Rudwaleit ym. 2009a).

Uudet kriteerit ovat tervetulleita, koska ne mahdollistavat invalidisoivan taudin diagnosoimisen ilman aikaisemmin vaadittuja röntgenmuutoksia. Kriteerit identifioivat selkärankareuman, mutta hyväksyvät myös röntgennegatiiviset potilaat kuuluviksi saman sairauden jatkumoon. Aksiaalisen SPA:n diagnoosi voidaan siis tehdä, mikäli potilaalla on ennen 45 vuoden ikää alkanut, kolme kuukautta jatkunut selkäkipu, sakroiliitti röntgen- tai magneettikuvauksen (MK) perusteella yhdistettynä yhteen kliiniseen SPA-oireeseen tai -löydökseen. Diagnoosin voi tehdä myös ilman radiologista dokumentaatiota, mikäli potilas on HLA-B27-positiivinen ja hänellä on kaksi kliinistä oiretta tai ilmentymää. Näin meneteltäessä diagnoosi nopeutuu. Jää nähtäväksi, nopeutuuko uusien kriteereiden myötä myös hoitoon ohjautuminen ja hoidon aloitus.

Tärkeimpänä muutoksena entisiin kriteereihin on se, että kriteerit tuovat MK:n uudeksi diagnostiseksi työkaluksi tilanteissa, joissa sairauden tulehduksellisuutta on vaikea varmis-

**TAULUKKO 2.** ASAS-työryhmän laatimat aksiaalisen spondylartropatian (SPA) luokittelukriteerit.

Potilaalla ennen 45 vuoden ikää alkanut kolme kuukautta jatkunut selkäkipu

Sakroiliitti todettu kuvantamalla\*  
+ vähintään yksi kliininen SPA-oire tai löydös\*\*

tai

Potilas HLA-B27-positiivinen + vähintään kaksi muuta kliinistä SPA-oiretta tai löydöstä\*\*

\*Kuvantamalla todettu sakroiliitti

Röntgenkuvassa selvä sakroiliitti muunneltujen New Yorkin kriteerien mukaan; tulehduksellinen muutos magneettikuvassa viittaa sakroiliittiin, joka liittyy SPA:han

\*\*SPA-oireet

tulehduksellinen selkäkipu

artriitti

entesiitti (kantapäässä)

uveiitti

daktyliitti

psoriaasi

Crohnin tauti / haavainen koliitti

hyvä vaste tulehduskipulääkkeisiin

suvussa esiintynyt SPA:ta

HLA-B27-positiivisuus

suurentunut CRP-pitoisuus

taa. Se nopeuttaa selvästi diagnoosin tekemistä, koska muutokset kehittyvät kovin hitaasti tavallisissa röntgenkuvin näkyviksi. Jos tulehduksellisuus tai vaurioittavuus selviää (KUVAT 1 ja 2) laboratoriotestien ja tavallisten röntgenkuvin, ei MK:ta tarvita. Lisäksi kriteerit painotavat kudostyyppi HLA-B27:n diagnostista arvoa, mutta vain liittyneenä SPA-oireisiin ja ilmentymiin. Tämä kuitenkin johtanee siihen, että HLA-B27-tutkimus tulee tehtäväksi aiempaa useammin jo perusterveydenhuollossa.

Aikaisella diagnoosilla on merkitystä, koska on selkeästi osoitettu, että selkärankareuma aiheuttaa pysyviä muutoksia sairauden alusta asti (Rudwaleit ym. 2009b). Viiveetön diagnoosi mahdollistaa nopeamman hoidon. Tämä parantaa sairauden ennustetta, sillä ennististä tehokkaampia lääkkeitä on nyt käytävissä ja uusia on kehitteillä.

## HLA-B27:n merkitys Suomessa

HLA-B27-kudostyyppi on suomalaisessa väestössä selvästi yleisempi (14–16 %), kuin maissa, joissa ASAS-kriteerit testattiin. Niinpä meillä tämän kudostyyppin löytyminen voi olla sattumaa eikä vielä tarkoita, että potilaalla on aksiaalinen SPA. Selkäkivun luonnetta on syytä arvioida anamnestisesti ja kliinisesti. HLA-B27-positiivinen iskiaspotilas tai tämän kudostyyppin omaava selän degeneraatiosta kärsivä eivät todennäköisesti hyödy reumatologin konsultaatioista. Jos pitkittyvä kipu on luonteeltaan tulehduksellista (esim. hyvä vaste tulehduskipulääkekuuriin ja CRP-pitoisuus suurentunut) ja herää näin ollen epäily aksiaaliseen SPA:sta, antaa HLA-B27-kudostyyppin löytyminen lisäpontta erikoissairaanhoidon läheteeseen. Hoitoratkaisuissa pyritään arvioimaan sairauden tulehduksellisuutta ja ennustetta, eikä SPA-diagnoosikaan aina anna perustetta pitkäaikaisiin antireumaattisiin hoitoihin.

## Johtaako MK:ssa todettu tulehdusmuutos vastaaviin röntgenmuutoksiin?

Huomiota on herättänyt Bennettin ym. (2008) tutkimus, jossa 40 potilaan SPA-

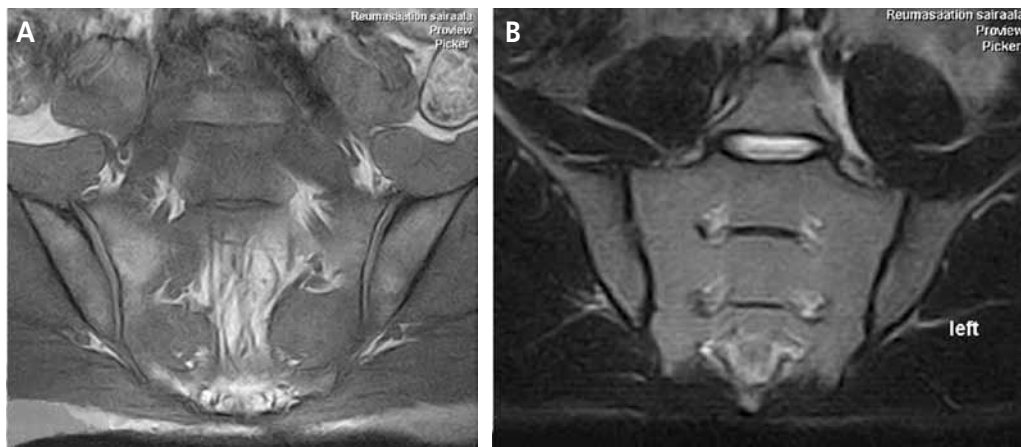


KUVA 1. Normaalit risti-suoliluunivelet röntgenkuvin.



KUVA 2. Selvät sakroiliittimuutokset röntgenkuvin molemmilla puolilla. Nivelraot ovat tavallista leveämmät, ja etenkin suoliluun puolella luinen nivelpinta on epätarkka ja periartikulaarista skleroosilisiä on todettavissa.

aineistossa tulehdusmuutos MK:ssa ennusti hyvin tavanomaisella röntgentutkimuksella todettavien vaurioiden kehittymisen noin kahdeksan vuoden seurannassa. Selkärankareuman vallitsevien diagnostisten kriteereiden mukaan vasta kyseisten muutosten ilmaantuminen mahdollistaa klassisen selkärankareuman diagnoosin. Tutkimuksessa 83 %:lla potilaista oli MK:n perusteella selkeä sakroiliitti, joka seurannassa 33 %:lla tutkituista voitiin dokumentoida tavallisten röntgenkuvin. Näistä potilaista 58 % oli myös HLA-B27-positiivisia. MK:n perusteella todettu sakroiliitti yhdistettynä HLA-B27-kudostyyppiin ennusti selkärankareuman kehittymisen 92 %:n tarkkuudella. Sen sijaan mikäli potilaalla tutkimuksen alussa ei ollut MK:ssa poikkeavuutta tai se oli vain vähäinen, HLA-B27-statuksesta riippumatta, selkärankareuman todennäköisyys oli



**KUVA 3.** Normaaleja magneettikuvauslöydöksiä. **A)** T1-painotteinen ristiluun pitkittäisakselin suuntainen koronaalinen kuva. Nivelrustot näkyvät normaalin levyisinä ja tasaisina. Suoli- ja ristiluun puoleinen nivelrusto erotettavissa. Luiset nivelpinnat ovat tasaiset, eikä skleroosilisiä tai hohkaluun poikkeavaa rasvoittumista ole todettavissa. **B)** Koronaalisuunnan vahvasti T2-painotteinen STIR-kuva. Hohkaluun ödeemaa ei näy.

vain 38 %. Tutkijat totesivat, että tämä tulos mahdollistaa aikaisen diagnoosin teon ja myös aikaisemman hoidon aloituksen. MK:n nousussa tärkeimmäksi yksittäiseksi diagnostiseksi työkaluksi kuvien oikea tekniikka ja tulkinta muodostuvat ensiarvoisen tärkeiksi.

### Onko nopeutetulla diagnoosilla merkitystä?

Rudwaleit ym. (2009b) tutkivat potilaita, joilla oli joko klassinen selkärankareuma (236 potilasta) tai aksiaalinen (röntgennegatiivinen) SPA (226 potilasta). He totesivat, että kliiniset oireet ja sairauden esiintyvyys olivat kummasakin ryhmässä varsin samankaltaisia. Ryhmät eivät eronneet toisistaan seuraavien seikkojen suhteen: tautiaktiivisuus (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index, BASDAI 49 % vs 48 %), kudostyyppi HLA-B27+ (82 % vs 75 %) sekä perifeeristen artriittien (38 % vs 41 %), entesiittien (38 % vs 44 %) tai iriittien esiintyvyys (21 % vs 12 %). Yleisesti katsotaan, että standardoidulla ja validoidulla BASDAI-lomakkeella määritetty taudin aktiivisuus, joka ylittää luvun 4, aiheuttaa yleensä mm. invaliditeettia ja heikentynyttä työkykyä. Eroja esiintyi sen sijaan CRP- ja laskoarvoissa sekä luonnollisesti selän liikkuvuudessa (Bath

BASFI). Selkärankareumapotilailla oli suuremmat tulehdusarvot, ja heidän selkänsä liikkuvuus oli huonompi, mikä kuvastaa röntgenkuvissa nähtyjä luutumismuutoksia nikamien välillä. Suurempi CRP ja miessukupuoli olivat yhteydessä vaikeampiin röntgenmuutoksiin.

Nämä havainnot korostavat nopean diagnoosin tärkeyttä. Tuolloin aktiivinen hoito päästään aloittamaan ajoissa ja pysyvien vaurioiden ja invaliditeetin kehittyminen voidaan toivottavasti estää. Edellä kuvatussa tutkimuksessa peräti 48 % hoidetuista SPA-potilaista ilmoitti BASDAI-lukemaksi 4 tai enemmän, mikä kertoo tarpeesta tehostaa näiden potilaiden hoitoa (Rudwaleit ym. 2009b).

### Nopeamman diagnoosin merkitys hoidon kannalta

Aikaisemmin diagnoosin viivästyminen on ollut vähemmän merkitystä, sillä tulehdusta hillitsevien tavanomaisten reumalääkkeiden (DMARD) tehosta selkärankareumassa on vain vähän näyttöä. Tulehduskipulääkkeet (NSAID) lievittävät sairauden oireita usein merkittävästi, ja ne voivat estää tai hidastaa pysyvien vaurioiden kehittymistä, mutta merkittävää tulehdusta ne eivät poista (Wanders ym. 2005). Tehokkaiksi osoitettuja lääk vaihtoehtoja ei siis ole ollut tarjolla potilaille,



joille mainitut lääkkeet eivät ole riittäneet tai sopineet. Tilanne on 2000-luvulla kuitenkin muuttunut merkittävästi sekä selkärankareuma- että SPA-potilaiden hoidossa biologisten lääkkeiden tultua markkinoille.

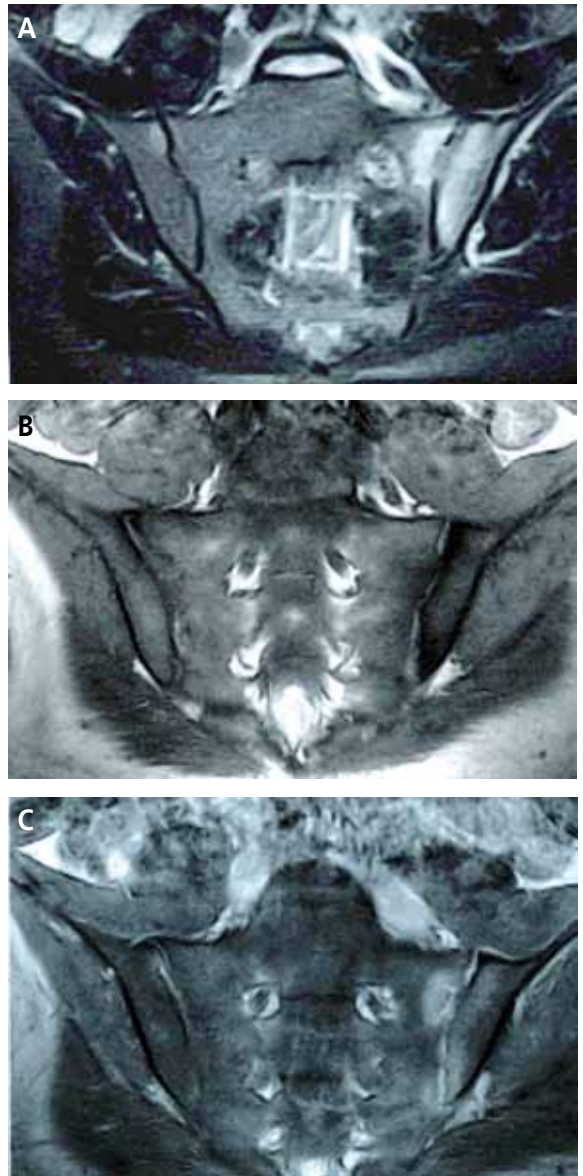
Vuonna 2006 osoitettiin, että sulfasalatsiini on jonkin verran hyötyä SPA:ta hoidettaessa (potilaat eivät täyttäneet selkärankareuman kriteereitä) vaikka potilaalla on vain aksiaalisiä oireita (Braun ym. 2006). Tutkimuksen 230 potilaan aineistossa 24 viikon seurannan aikana sulfasalatsiinia (2 g/vrk) saaneiden BASDAI-luvut sekä rankakivut ja aamujäykkyys kohenivat merkittävästi enemmän kuin lumelääkettä saaneilla. Vastaavanlaista hyötyä ei tullut esiin potilailla, joilla oli myös raajanieloireita.

Barkhamin ym. (2009) aineistossa oli 40 HLA-B27-positiivista potilasta, jotka sairastivat aksiaalista SPA:ta ja joilla oli todettu aktiivinen sakroiliitti MK:lla. Heitä hoidettiin satunnaistetusti ja sokkoutetusti tulehduskipulääkkeiden lisäksi joko suoneen annettulla TNF:n estäjällä (infiksimabi) tai lumelääkkeellä 16 viikon ajan. Sekä kliinisissä muuttujissa (BASDAI, BASFI ja Ankylosing Spondylitis Quality of Life score, ASQoL) että MK:n perusteella todettiin 16 viikon kuluttua merkittävästi parempi tulos aktiivihoidon ryhmässä. Lisäksi ASAS40 (oireiden väheneminen 40 %) saavutettiin tässä ryhmässä 62 %:lla ja 18 %:lla lumeryhmässä.

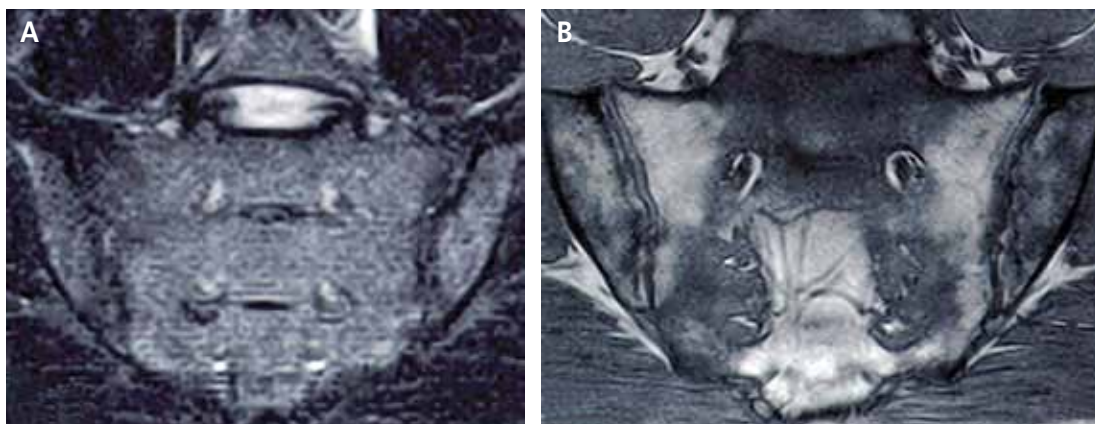
Samankaltaisia tuloksia on saavutettu toisella TNF:n estäjällä adalimumabilla. Haibelin ym. (2008) 12 viikkoa kestäneessä tutkimuksessa tätä lääkettä saaneet aksiaalista SPA:ta sairastavat potilaat saavuttivat merkittävästi useammin ASAS40:n lumeryhmään verrattuna (55 % vs. 13 %). Nämä ovat ensimmäiset tutkimukset, jotka ovat osoittaneet, että biologinen lääke on tehokas hoidettaessa aikaista, MK:lla varmistettua aksiaalista SPA:ta (KUVAT 4 ja 5).

## Selkärankareuman biologinen hoito

Viimeisten kymmenen vuoden aikana selkärankareumassa on käytetty TNF:n estäjiä ja



**KUVA 4.** Selvä sakroiliitti magneettikuvissa. **A)** Koronaalisuunnan vahvasti T2-painotteinen STIR-kuva. Vasemmalla sekä risti- että suoliluun puolella voimakasta ja laaja-alaista hohkaluun ödeema. Oikealla nivelen yläosissa suoliluun puolella pienialainen hohkaluun ödeema. **B)** Koronaalisuunnan T1-painotteinen kuva ilman varjoainetta. Nivelrustot molemmin puolin ovat huomattavasti ohentuneet ja paikoin kokonaan tuhoutuneet ja epätarkkarajaiset. Vasemmalla periartikulaarinen hohkaluun ödeema näkyy tummana. **C)** T1-painotteinen koronaalisuunnan varjoainetehosteinen kuva. Vasemmalla nivelraossa on tehostuvaa tulehduskudosta, ja myös hohkaluun periartikulaarinen ödeema tehostuu. Nivelen yläosissa ristiluussa on eroosioita. Oikeallakin nivelraossa näkyy pienialaisempaa tehostuvaa tulehduskudosta.



**KUVA 5.** Pysyvästi vaurioituneet nivelet magneettikuvissa, ei tulehdusaktiivisuutta. **A)** Koronaalisuunnan vahvasti T2-painotteinen STIR-kuva. Hohkaluun ödeemaa ei ole todettu. **B)** Koronaalisuunnan T1-painotteinen kuva. Nivelrustot paikoin huomattavasti kaventuneet ja epätasaiset, huomattava rasvakonversio molemmin puolin.

tulokset ovat olleet varsin rohkaisevia. Infliksimabi, etanersepti ja adalimumabi ovat osoittaneet selkeästi lääkeryhmän tehon (Davis JC ym. 2005, van der Heijde ym. 2005 ja 2006, Kontinen ym. 2007, Braun ym. 2008, Virkki ym. 2010). Biologisilla lääkkeillä on saatu aikaan vajaalle puolelle aktiivista selkärankareumaa sairastavista ASAS40-vaste. Lääkkeistä on raportteja jopa yli seitsemän vuoden seurannan ajalta.

### Niveltenulkoisten ilmentymien hoito

Spondylartropatioihin liittyy ajoittain vaikeahoitoisia iriittejä, jotka voivat aiheellistaa tulehdusta hillitsevän hoidon tehostuksen, mm. systeemisellä steroidilla ja metotreksaatilla. Vaikean iriitin hoidossa myös TNF:n estäjien teho on selkeästi osoitettu. SPA:n muista ilmentymistä ainakin ihopsoriaasin (Iho- ja nivelpsoriaasin diagnostiikka ja hoito: Käypä hoito -suositus 2010) ja Crohnin taudin koliitin hoidossa biologisilla lääkkeillä on myös saatu hyviä tuloksia.

### Lääkekorvauskäytäntö

Selkärankareuman ja muiden tulehduksellisten spondylartropatioiden hoidon lääkekorvauskäytäntö on sama kuin nivelreumassa.

Tähän on historialliset syyt, sillä hoitokäytännötkin ovat viime aikoihin asti olleet samankaltaiset. Nivelreuman ja muiden perifeerisiin niveliin kohdistuvien tulehduksellisten reumatautiin hoidossa tavanomaisilla reumalääkkeillä saadaan usein hyviä tuloksia. Aksiaalisten tautien (selkärankareuma ja aksiaalinen SPA) hoidossa näyttö näiden lääkkeiden tehosta on kuitenkin vähäinen. Sen sijaan TNF:n estäjät ovat osoittautuneet erittäin tehokkaiksi invalidisoivan aksiaalisen tulehduksen hoidossa.

Monissa maissa TNF:n estäjiä pidetään tulehduksellisen SPA:n ensisijaisina lääkkeinä, jos tulehduskipulääkkeillä ei tulla toimeen. Suomessa lääkekorvauslainsäädäntö edellyttää, että ennen TNF:n estäjien peruskorvattavuuden myöntämistä tavanomaisten reumalääkkeiden teho on osoittautunut riittämättömäksi tai ne ovat vasta-aiheisia. Aksiaalisissa taudeissa tälle linjaukselle ei juuri löydy tieteellisiä perusteita. Terveystaloustieteellisesti arvioiden lienee järkevää, että edullisia tavanomaisia reumalääkkeitä kokeillaan (Kauppi 2009), mutta liian suurta viivettä tästä ei saa syntyä. Jos TNF:n estäjällä tai muilla uusilla biologisilla lääkkeillä voidaan esimerkiksi palauttaa potilaan työkyky ja estää pysyvien vaurioiden kehittyminen, lienee kalliskin lääke hintansa arvoinen.

Tulevaisuudessa biologisten lääkkeiden korvauskäytännössä joudutaan ehkä tekemään

erilaisia linjauksia aksiaaliseen SPA:lle ja perifeerisille niveltulehduksille.

## Lopuksi

Spondylartropatiat (eli nivelnikamareumat) muodostavat tautiryhmän, johon kuuluvat selkärankareuma, nivelpsoriaasi, enteroartriitti, reaktiivinen artriitti, osa lastenreumoista sekä epäspesifinen SPA. Oireiden alkuvaiheessa näiden sairauksien diagnosointi tavanomaisin menetelmin on ollut hankalaa. Silti on osoitettu, että monissa tapauksissa epäspesifinen aksiaalinen SPA johtaa vuosien saatossa pysyviin kudostulehduksiin ja täyttää tuolloin selkärankareuman klassiset kriteerit. Aksiaaliseen SPA:lle on julkaistu uudet luokittelukriteerit, joiden avulla pyritään aikaistamaan tulehduksellisen sairauden diagnoosia ja hoitoa.

Uudet kriteerit korostavat MK:n mahdollisuuksia ja tärkeyttä sairauden tulehduksellisuuden osoittamisessa. MK voi osoittaa kroonisen kudostulehduksen vuosia ennen kuin pysyviä röntgenmuutoksia kehittyä. Hoidolla tätä kehitystä on pyrittävä estämään. Kriteerit korostavat myös HLA-B27-kudostyyppin asemaa SPA:n diagnostiikassa nykyiseen verrattuna. Tähän löydökseen on syytä suhtautua tietyllä varauksella Suomessa, jossa tämä kudostyyppi on väestössä poikkeuksellisen yleinen ja painottaa diagnostiikassa aina samalla spondylartropatioiden kliinisiä tulehdusoireita ja ilmentymiä.

Tulehduskipulääkkeet lievittävät usein SPA:n oireita merkittävästi, mutta niillä ei ole tehoa varsinaisen tulehduksen hillinnässä. Tä-

## YDINASIAAT

- ▶ Selkärankareuman diagnoosi viivästyy usein vuosia oireiden alusta, joten tarvitaan nopeampaa menetelmää tulehduksellisen selkäsairauden diagnosoimiseksi.
- ▶ Uusi tautimuoto aksiaalinen spondylartropatia voidaan diagnosoida magneettikuvauksen avulla jo ennen kuin selkärankareuman diagnostiset kriteerit täyttyvät.
- ▶ Klassisessa selkärankareumassa ja aksiaalisessa (röntgennegatiivisessa) spondylartropatiassa kliiniset oireet, löydökset ja sairastavuus ovat varsin samankaltaisia.
- ▶ Sekä selkärankareumaa että aksiaalista spondylartropatiaa sairastavilla lääkitys tuumorinekroositekijä alfan estäjällä on osoittautunut tehokkaaksi.

hän voidaan käyttää tavanomaisia reumalääkkeitä, mutta jos ne eivät riitä, tarjoavat biologiset reumalääkkeet (erityisesti TNF:n estäjät) usein merkittävän ja pitkäaikaisen avun. ■

\* \* \*

Kiitokset radiologi Irma Soinille magneettikuvista.

**DAN NORDSTRÖM, dosentti, reumatologi**

HYKS:n yleissisätautien ja reumatologian klinikka  
PL 340, 00029 HUS

**MARKKU KAUPPI, dosentti, reumatologi**

Reumasäätiön sairaala  
Pikijärventie 1, 18120 Heinola

Kirjoittajien sidonnaisuudet artikkelin verkkoversiossa,  
[www.duodecimlehti.fi](http://www.duodecimlehti.fi)

## Summary

### **Axial spondyloarthritis and ankylosing spondylitis**

Current classification criteria for ankylosing spondylitis do not allow diagnosis before radiographic changes are visible in sacroiliacal joints. The the new axial spondyloarthropathy (SpA) criteria include axial SpA without radiographic changes as well as established ankylosing spondylitis, recognizing them as a continuum of the same disease. This is of major importance as the burden of early SpA is comparable to that of later stage disease. Diagnosis relies on inflammatory MRI findings which is the most significant change compared to earlier criteria. Emerging data on the efficacy of tumor necrosis factor (TNF)  $\alpha$  blocking therapies already in early but also in established disease have given new promising alternatives for treatment of this often very cumbersome disease, that rarely responds to classic DMARDs.

## KIRJALLISUUTTA

- Barkham N, Keen HI, Coates LC, ym. Arthritis Rheum 2009;60:946–54.
- Bennett AN, McGonagle D, O'Connor P, ym. Severity of baseline magnetic resonance imaging-evident sacroiliitis and HLA-B27 status in early inflammation back pain predict radiographically evident ankylosing spondylitis at eight years. Arthritis Rheum 2008;58:3413–8.
- Braun J, Zochling J, Baraliakos X ym. Efficacy of sulfasalazine in patients with inflammatory back pain due to undifferentiated spondyloarthritis and early ankylosing spondylitis: a multicentre randomised controlled trial. Ann Rheum Dis 2006;65:1147–53.
- Braun J, Baraliakos X, Listing J, ym. Persistent clinical efficacy and safety of anti-tumour necrosis factor alpha therapy with infliximab in patients with ankylosing spondylitis over 5 years: evidence for different types of response. Ann Rheum Dis 2008;67:340–5.
- Davis JC Jr, van der Heijde DM, Braun J, ym. Efficacy and safety of up to 192 weeks of etanercept therapy in patients with ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis. 2008;67:346–52.
- Dougados M, van der Linden SM, Juhlin R, ym. The European Spondylarthropathy Study Group preliminary criteria for the classification of spondylarthropathy. Arthritis Rheum 1991;34:1218–27.
- Feldtkeller E, Khan MA, van der Heijde D, van der Linden S, Braun J. Age at disease onset and diagnosis delay in HLA-B27 negative vs. positive patients with ankylosing spondylitis. Rheumatol Int 2003; 23:61–6.
- Haibel H, Rudwaleit M, Listing J, ym. Efficacy of adalimumab in the treatment of axial spondylarthritis without radiographically defined sacroiliitis: results of a twelve-week randomized, double-blind, placebo-controlled trial followed by an open-label extension up to week fifty-two. Arthritis Rheum 2008;58:1981–91.
- Kauppi M. Jääkiekkoiilijan polvivamma. Duodecim 2009;125:1007–15.
- Kontinen L, Tuompo R, Uusitalo T, ym. ROB-FIN Study Group. Anti-TNF therapy in the treatment of ankylosing spondylitis: the Finnish experience. Clin Rheumatol 2007;26:1693–700.
- Iho- ja nivelpsoriaasin diagnostiikka ja hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2010 [päivitetty 1.3.2010] www.kaypahoito.fi
- Maksymowych WP. Disease modification in ankylosing spondylitis. Nat Rev Rheumatol 2010;6:75–81.
- Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewe R, ym. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. Ann Rheum Dis 2009a;68:777–83.
- Rudwaleit M, Haibel H, Baraliakos X, ym. The early disease stage in axial spondylarthritis: results from the German spondylarthritis inception cohort. Arthritis Rheum 2009b;60:717–27.
- Van der Heijde D, Dijkmans B, Geusens P, ym. Ankylosing Spondylitis Study for the Evaluation of Recombinant Infliximab Therapy Study Group. Efficacy and safety of infliximab in patients with ankylosing spondylitis: results of a randomized, placebo-controlled trial (ASSERT). Arthritis Rheum 2005;52:582–91.
- Van der Heijde D, Kivitz A, Schiff MH ym. Efficacy and safety of adalimumab in patients with ankylosing spondylitis: results of a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Arthritis Rheum 2006;54:2136–46.
- Van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. Arthritis Rheum 1984;27:361–8.
- Virkki LM, Sumathikutty BC, Aarnio M, ym. Outcomes of up to two years of biological therapy for psoriatic arthritis in clinical practice, J Rheumatol, painossa.
- Wanders A, van der Heijde D, Landewe R, ym. Nonsteroidal antiinflammatory drugs reduce radiographic progression in patients with ankylosing spondylitis. Arthritis Rheum 2005;52:1756–65.
- Underwood MR, Dawes P. Inflammatory back pain in primary care. Br J Rheumatol 1995;34:1074–7.

## SIDONNAISUUDET

**DAN NORDSTRÖM:** Kirjoittaja on toistuvasti ollut kutsuttuna luennoitsijana terveydenhuollon ja/tai lääkealan yrityksen järjestämässä tilaisuudessa ja saanut luentopalkkion (Abbott, Biovitrum) ja saanut palkkion osallistumisesta terveydenhuollon ja/tai lääkealan yrityksen järjestämän koulutustilaisuuden suunnitteluun (Biovitrum, UCB). Kirjoittaja on matkustanut ja osallistunut ulkomaiseen kongressiin terveydenhuollon ja/tai lääkealan yrityksen maksamana (Abbott, MSD, Pfizer, Roche) ja antanut asiantuntija-apua terveydenhuollon ja/tai lääkealan yritykselle ja saanut siitä palkkion (Abbott, UCB). Kirjoittaja toimii asiantuntijana potilasyhdistyksessä (Suomen Reumaliitto, Sjögrenin syndrooma yhdistys ry).

**MARKKU KAUPPI:** Ei ilmoitusta sidonnaisuuksista.