

Jättisoluarteriitti

ICD-10: M31.6

OMIM: 187360

Muut nimet: *temporaaliarteriitti, ohimovaltimon tulehdus, ohimovaltimotulehdus, Hortonin arteriitti, latinaksi: arteritis temporalis, ruotsiksi: temporalarterit ja jättecellsarterit sekä englanniksi: temporal arteritis ja giant cell arteritis (GCA)*

Jättisoluarteriitti kuuluu suurien ja keskisuurien verisuonien tulehdussairauksiin. Jättisoluarteriitissa [valtimon](#) seinämä tulehtuu. Sana jättisoluu viittaa immuunisysteemin solukertymiin ns. [granuloma-toottiseen](#) tulehdusreaktioon osallistuviin jättisoluihin, joita on tulehtuneen suonen seinämässä ja jotka näkyvät siitä otetussa koepalassa. Koska tyypillinen tulehduspaikka on ohimovaltimo, puhutaan myös temporaaliarteriitista. Tulehdusta voi esiintyä myös muissa valtimoissa, tavallisimmin ulommassa kaulavaltimossa tai sisemmän kaulavaltimon kallonulkoisissa haaroissa, mutta myös aortankaaren suurissa valtimoissa, kuten solis- tai nikamavaltimoissa.

Kirjoittaja: **Jaana Hirvonen**, Suomen Reumaliitto ry
Lääketieteellinen asiantuntija: Professori **Tom Pettersson**, HUS.

Vaskuliiteista

Sana vaskuliitti on johdettu latinan sanasta vasculum, joka tarkoittaa suonta ja sanapäätteestä itis, joka tarkoittaa tulehdusta. Vaskuliitti tarkoittaa siis verisuonitulehdusta.

Monet vaskuliitit ovat autoimmuunisairauksia, joissa kehon immuunijärjestelmä kääntyy toimimaan itseään vastaan sen sijaan, että se suojelisi kehoa ulkopuolisilta hyökkääjiltä.

Vaskuliiteissa hyökkäys kohdistuu verisuonten seinämiin. Ne tulehtuvat ja vaurioituvat. Suoneen alkaa kertyä hyytymiä, jotka aiheuttavat ahtaumia ja tukoksia. Tästä seuraa verenvuotoja ja kuolioita verisuonten ravitsemisessa kudoksissa. Verenkierron mukana paikalle kulkeutuvat tulehdussolut pääsevät verisuonen seinämän läpi ja aiheuttavat lisävaurioita verisuonissa ja niitä ympäröivissä kudoksissa. Tulehduspaikasta riippuen siitä seuraa erilaisia oireita.

Vaskuliitit luokitellaan ensisijaisesti vaurioituneiden verisuonten koon mukaan. Suuri osa vaskuliiteista on harvinaisia ja niiden synty tapa on useimmiten tuntematon. Ne eivät ole suoraan periytyviä, mutta alttius sairastua niihin voi periytyä. Lisäksi tarvitaan esimerkiksi ympäristötekijä, joka laukaisee sairauden.

Mistä sairaus johtuu?

Jättisoluarteriitin syytä ei tiedetä.

Esiintyvyys

Jättisoluarteriitti on yksi tavallisimmista vaskuliiteista, mutta kuitenkin sairautena harvainen.

Sitä arvioidaan esiintyvän noin 1–2 ihmisellä 10 000 henkilöä kohden eli Suomen kokoisessa maassa se on noin 500–1000 ihmisellä. Sitä tavataan miltei yksinomaan yli 50-vuotiailla. Sairastu-mishuippu on 70-vuotiaana. Sairautta on enemmän Pohjois-Euroopassa. Se on tavallisempi naisilla, kaksi kolmesta sairastuneesta on naisia.

Oireet

Jättisoluarteriitissa tulehtuneen verisuonen seinämä paksunee. Sen seurauksena verisuoni ahtautuu ja saattaa lopulta tukkeutua. Oireet vaihtelevat sen mukaan, missä tulehdus on. Tavallisia yleisoireita ovat kuume ja väsymys sekä ruokahaluttomuus ja laihtuminen. Osalla sairastuneista on myös pitkittynyttä kuivaa yskää. Tyypillisiä ovat myös polymyalgia rheumaticalle, ”lihasreumalle”, ominaiset oireet, joihin kuuluvat lihasten ja nivelten jäykkyys ja kivut sekä erityisesti käsivarsien ja reisien lihasheikkous, joka voi olla voimakastakin. Oireiden seurauksena monet arkiset askareet, kuten ruoanlaitto, tuolista tai sängystä ylös nouseminen sekä käveleminen voivat olla hankalia. Tyypillinen oire on myös nielemiskipu sekä leuan ja kielen kipeytyminen syödessä ns. leuan klaudikaatio.

Koska jättisoluarteriitissa vaurioituvat keskisuuret [valtimot](#), voi siitä seurata iskemia eli veren- tai hapenvähyys eri elimissä ja kohtalokkaitakin oireita. Tavallista on ohimovaltimoiden tulehdus ja siitä johtuva päänsärky etenkin ohimoiden alueella sekä päänahan arkuus. Verenvähyys silmien verisuonissa voi aiheuttaa näköhäiriöitä, esimerkiksi kaksoiskuvia tai näkökenttäpuutoksen, näön heikentymistä sekä pitkittyessään toisen tai molempien silmien näön menetyksen. Nikamavaltimoiden tulehdus voi johtaa aivoverenkierron häiriöön ja aiheuttaa huimausta tai jopa aivoinfarktin. Noin puolella sairastuneista tulehdusta on löytynyt [aortasta](#), mikä näyttää liittyvän lisääntyneeseen riskiin verisuonikomplikaatioihin sekä sairauden uusiutumistaipumukseen.

Diagnosointi

Diagnosointihetkellä jo noin viidenneksellä sairastuneista esiintyy näön heikentymistä. Siksi sairaus on pyrittävä tunnistamaan varhaisvaiheessa, jotta hoito saadaan käynnistettyä nopeasti oireiden etenemisen estämiseksi.

Tautia tulisi epäillä, jos yli 50-vuotiaalla on aikaisemmasta poikkeavaa päänsärkyä, kuten tois- tai molemminpuolista ohimopäänsärkyä tai yleistynyttä päänsärkyä. Jättisoluarteriitin diagnosoimiseen ei kuitenkaan ole yhtä testiä, vaan diagnoosi perustuu sairastuneen tutkimiseen, jättisoluarteriitille tyypillisiin oireisiin, verikokeisiin, joilla selvitetään tulehdusarvoja sekä ohimo-valtimon koepalan tutkimiseen mikroskoopilla.

Kliinisessä tutkimuksessa todetaan sairaudelle tyypillinen ohimovaltimon arkuus, paksuuntuminen ja pulssin heikkeneminen. Isojen verisuonten tulehdukseen viittaavat niiden suhinat sekä yläraajojen pulssin ja verenpaineen epäsymmetrisyys. Tyypillistä on tulehdustasoa osoittavien [laskon](#) ja [CRP](#):n arvojen suureneminen, veren hemoglobiinarvon laskeminen eli anemia sekä verihiutaleiden runsaus veressä, eli trombosytoosi. Jos tulehdusarvot ovat normaalit, sen pitäisi johtaa ajatukset muihin mahdollisiin diagnooseihin.

Ohimovaltimo voidaan tutkia ultraäänellä tai ohimovaltimosta otettavalla kudoksenäytteellä, biopsialla. Ultraääni ei anna yhtä tarkkaa tutkimustulosta, kuin biopsia, mutta se on toimenpiteenä kevyempi ja kokoneen tutkijan tekemänä tarkkuudeltaan varsin hyvä. Vaikka kudoksenäytteen tulos olisi negatiivinen, se ei täysin poissulje jättisoluarteriitin mahdollisuutta, etenkin jos kliininen oirekuva on tyypillinen ja glukokortikoidihoito lievittää tehokkaasti oireita.

Joissakin tapauksissa käytetään myös muita kuvantamismenetelmiä, kuten positroniemissio-tomografiaa, tietokonetomografiaa ja magneettikuvausta suurten suonien tulehduksen toteamiseksi ja arvioimiseksi.

Silmänpohjatutkimusta suositellaan kaikille, joilla näköhäiriöiden syyksi epäillään jättisoluarteriittia.

Hoito

Hoidon tavoitteena on oireiden lievittäminen ja eri elimille, erityisesti silmille, aiheutuvien vahinkojen estäminen. Hoidon perustana on glukokortikoidihoito eli kortisoni. Hoito aloitetaan välittömästi, kun epäily sairaudesta on herännyt. Jos sairastuneella ei ole näkö- eikä leuka-alueen oireita hoitona on suuriannoksen suun kautta otettava glukokortikoidi jo ennen mahdollista ohimovaltimosta otettavaa koepalaa. Mikäli sairastuneella on näön hämärtymistä tai menetystä sekä leukaoireita, hoito aloitetaan välittömästi suonensisäisenä suuriannoksena glukokortikoidihoitona, jota jatketaan suun kautta otettavalla lääkityksellä.

Jättisoluarteriitin oireet ja tulehdusarvot korjaantuvat yleensä nopeasti.

Glukokortikoidiannoksen pienentäminen voidaan aloittaa, kun sairastuneella ei ole enää jättisoluarteriitin oireita eikä laboratoriotutkimuksissa näy aktiivista tulehdusta. Annoksen vähentäminen tapahtuu portaittain lääkärin valvonnassa. Glukokortikoidihoito kestää usein pitkään. Sen yhteydessä on muistettava luunsuojälääkitys. Osa sairastuneista voi tarvita lääkitystä pysyvästi esimerkiksi jättisoluarteriitin toistuvan uusiutumisen tai hoitokomplikaatioiden takia.

Jos glukokortikoidiannosta ei pystytä riittävästi pienentämään, hoitoa tehostetaan solunsalpaajalääkityksellä, yleensä joko metotreksaatilla tai atsatiopriinilla, jo ensimmäisellä hoitokerralla tai sairauden uusiutuessa. Myös leflunomidi on osoittautunut tehokkaaksi alustavissa tutkimuksissa ja syklofosfamidi voi tulla kysymykseen vaikeissa tapauksissa. Biologisten lääkkeiden merkitys jättisoluarteriitin hoidossa on alkanut selkiytyä. Erityisesti interleukiini 6:n estävä tosilitsumabi on osoittautunut tehokkaaksi ja sen turvin on voitu merkittävästi vähentää glukokortikoidien käyttöä.

Koska arteriitteihin voi liittyä valtimotukosten suurentunut riski, määrätään jättisoluarteriittia sairastaville yleensä myös pieniannoksen valtimotukoksia estävä asetyylisalisyylihappolääkitys.

Ennuste

Jättisoluarteriitti on potentiaalisesti haastava sairaus. Sairauden tutkimusmenetelmät ja hoito ovat kuitenkin kehittyneet viime vuosina,

Sairauden ennuste on sitä parempi, mitä aikaisemmin hoito käynnistetään. Mikäli sairaus on ehtinyt aiheuttaa jo näön menetystä, niin näön palautumisen ennuste on huono. Kuitenkin nykyisillä hoitomenetelmillä näönmenetystä esiintyy vain 6–10 prosentilla sairastuneista. Näönmenetys johtuu useimmiten liian myöhään aloitetusta hoidosta, jolloin henkilö on jo sokeutunut.

Jättisoluarteriitin uusiutumisriski on noin 50 prosentin luokkaa.

Lähteet ja lisätietoa:

- **Laiho, K. Pettersson, T. ja Kauppi, M:** Katsaus: Temporaali- eli jättisoluarteriitin diagnosointi- ja hoitosuositukset, Suomen Lääkärilehti 68: 6/2013, 403–407.
- **Seppänen, M:** Tietoa potilaalle: Ohimovaltimon tulehdus (temporaaliarteriitti), Lääkärikirja Duodecim 12.12.2013
- **Vasculitis UK**
- **Mahr A.** [Kuvaus temporaaliarteriittista Orphanetissä \(2009\): Orphanet](#)
- **Claes Friman.** Vaskuliitit. 2007. Suomen Reumaliitto.

Huomaa myös:

- På svenska: [Jättecellsarterit](#)
- [Yhdistykset](#)
- [Liity postituslistalle](#)
- [Muistilista lääkäriin](#)

Päivitetty 7/2018