

Selkärankareuma

Selkärankareuma (Spondylarthritis ancylopoetica, Bechterewin tauti) on pitkäaikainen niveltulehdus lähinnä selkärangan mutta usein myös raajojen nivelissä. Tyypillisiä ovat myös tulehdukset jänteiden kiinnittymispaikoissa sekä silmän etuosassa. Tulehdusta saattaa joskus olla sydämessä tai aortan seinämässä. Selkärankareuma kuuluu tauteihin, joita kutsutaan spondylartropatioiksi.

Selkärankareuma on yhtä yleinen miehillä ja naisilla, mutta taudinkuva on miehillä vaikeampi kuin naisilla. Sairaalahoidoa ja kuntoutusta miehet tarvitsevat paljon naisia enemmän. Kaikki sairastuneet naiset eivät edes tiedä sairastavansa lievää selkärankareumaa. Koska taudille altistava perinnöllinen riskitekijä on suomalaisilla verraten yleinen, on meillä myös melko runsaasti selkärankareumaa. Suomessa on noin 10 000 hoitoa tarvitsevaa selkärankareumapotilasta, mutta on arvioitu, että sairaus on jopa 1 prosentilla väestöstä.

Syyt

Taudin syytä ei tunneta, mutta arvellaan, että ainakin yhtenä laukaisevana tekijänä on infektiotauti, sillä melko usein selkärankareuma kehittyy reaktiivisen niveltulehduksen jälkeen. Sairastumiselle altistava tekijä on perinnöllinen HLA-B27 –antigeeni, joka voidaan verikokeella todeta 95 prosentilla potilaista. Pelkästään tämän antigeenin toteaminen ei kuitenkaan merkitse sairastumista selkärankareumaan.

Oireet

Tyypillinen potilas on nuori mies, harvemmin nainen, joka alkaa herätä aamuöisin ristiselän kipuun. Kipu voi säteillä takareisiin, mutta ei jalkaterään kuten iskiaksessa. Selkä on aamulla kankea, mutta ylösnousu ja lyhyt voimistelu poistavat kivun. Noin puolet potilaista sairastuu myös raajanivelten tulehdukseen. Yleisimmin sairastuvat polvet, nilkat ja lonkat. Joskus tauti alkaa polven tai muun raajanivelen turvotuksella, harvoin silmän tulehduksella. Rintakehäkivut ovat melko yleisiä. Sairauden alkaminen yli 40-vuotiaalla on harvinaista.

Selkärankareuma ei kaikilla pitkity, vaan oireet saattavat jäädä lyhytaikaisiksi. Joskus tauti uusiutuu vuosien oireettoman kauden jälkeen. Pitkäaikainen sairaus jäykistää selkärankaa. Kipu pakottaa selkärangan etukumaraan. Nikamien väliin kasvaa luusiltoja. Selän jäykistymisen lopputulos voi olla etukumara, liikkumaton selkäranka. Raajojen nivelet voivat tuhoutua. Suurimmat haitat koituvat lonkkien, polvien ja olkanivelten pitkäaikaisesta taudista.

Noin joka viides potilas sairastuu jossakin vaiheessa silmän etuosan reumaattiseen tulehdukseen (iriittiin), noin yksi tai kaksi sadasta sydäntulehdukseen.

Toteaminen

Selkäkivut ovat yleisiä, joten selkärankareuman diagnoosi viivästyy helposti. Varhaisvaiheessa selkä taipuu hyvin, mutta usein sairauden toteamisen aikoihin jäykistymistä on jo tapahtunut. On tavallista, että diagnoosiin päästään vasta 5 -10 vuoden kuluttua ensimmäisistä oireista. Tauti saadaan varmistettua risti-suoliluunivelten (s-i-nivelten)

röntgenkuvilla, joissa näkyy tulehdusmuutoksia. Varhaisvaiheessa magneettikuvauksesta on suurta hyötyä. Myöhemmin nähdään luusiltoja (syndesmofyyttejä) selkänikamien välillä. Veren lasko ja CRP ovat korkeat ja hemoglobiini matala merkkeinä tulehduksesta, mutta veriarvot voivat olla normaalitkin. Reumatekijää ei ole veressä. Epävarmoissa tapauksissa on HLA-B27 –antigeenin tutkimisesta joskus hyötyä.

Koska selkärankareuma todetaan usein vasta siinä vaiheessa, kun parhaat mahdollisuudet taudin hoitamiseksi on menetetty, on otettu käyttöön aksiaalisen spondylartriitin käsite. Aksiaalinen spondylartriitti vastaa oireiltaan varhaista selkärankareumaa, mutta toteaminen ei välttämättä edellytä röntgenkuvassa nähtäviä muutoksia. Tavoitteena on pysäyttää sairaus, ennen kuin siitä kehittyy varsinainen selkärankareuma.

Hoito

Hoidossa on tärkeimpiä asioita muistaa, että selkärankareuma voi jäykistää selkärangan etukumaraan. Tämän vuoksi voimistelun, joka ylläpitää hyvää ryhtiä ja selkärangan liikkuvuutta, on oltava jokapäiväinen elämäntapa. On suositeltavaa, että ojentaa selän ainakin kerran päivässä täysin suoraksi. Sen voi tehdä seisomalla kantapäät seinää vasten ja painamalla takaraivon seinään kiinni. Rintakehän liike voi jäykistyä, joten on hyvä myös harjoitella syvään hengittämistä. Kuntoutuskursseilla on suuri merkitys, sillä niillä opetetaan oikea tapa huolehtia tuki- ja liikuntaelimestöstä. Koska sairastuneet ovat useimmiten nuoria, ammatillinen kuntoutus on tärkeää.

Lääkehoidoksi riittävät lievissä tapauksissa kivun ja jäykkyyden mukaan käytetyt tulehduskipulääkkeet. Sulfasalatsiini hillitsee oireita ja jonkin verran taudin etenemistäkin selkärangan osalta. Muista reumatautien peruslääkehoitoon kuuluvista lääkkeistä käytetään joskus metotreksaattia etenkin niillä, joilla on pääasiassa raajanivelten oireita. Uudet biologiset reumalääkkeet (mm. TNF-salpaajat) ovat osoittautuneet selkärankareumassa hyvin tehokkaiksi. Biologisen reumalääkkeen aloittamista ei saa viivytellä, jos sairaus näyttää vakavalta ja invalidisoivalta. Tällaisen tehokkaan lääkehoidon aloittaminen voi olla aiheellista jo aksiaalisessa spondylartriitissa. Leikkauksista tulevat kyseeseen etenkin polvien ja lonkkien tekonivelleikkaukset, jos sairaus on tuhonnut näitä niveliä.

Kipu ja punoitus silmässä voivat olla merkki silmätulehduksesta. Tällaista epäiltäessä on hakeuduttava päivystystapauksena silmälääkärin hoitoon.

Ennuste

Vaikka parantavaa hoitoa ei ole, selkärankareuman ennuste on keskimäärin hyvä. Sairauden aktiivisuus yleensä laantuu 40 ikävuoden jälkeen. Useimmat säilyttävät työkykynsä, ja vain pieni osa potilaista sairastuu niin vaikeasti, että seurauksena on haittaava invaliditeetti.

Päivitetty 14.6.2016

- [Selkärankareuma-opas](#), pdf
- Mediaattori Oy:n tuottama [selkarankareumavideo](#). Videon asiantuntijana on reumatologi **Dan Nordström**.