
Selkärankareuma ja aksiaalinen spondylartriitti

Selkärankareuma (spondylarthritis ancylopoetica, Bechterewin tauti) on pitkäaikainen niveltulehdus lähinnä selkärangan mutta usein myös raajojen nivelissä. Tyypillisiä ovat myös tulehdukset jänteiden kiinnittymispaikoissa sekä silmän etuosassa. Tulehduksesta 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. Sairaalahoidon ja kuntoutuksen tarve on miehillä paljon suurempi kuin naisilla. Kaikki sairastuneet naiset eivät edes tiedä sairastavansa lievää selkärankareumaa. Koska taudille altistava perinnöllinen riskitekijä HLA-B27-antigeeni 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.

Vuonna 2009 otettiin käyttöön uusi termi, aksiaalinen spondylartriitti, kuvaamaan tilannetta, jossa tulehduksellisten selkäoireiden taustalta havaitaan tulehduslöydöksiä risti-suoliluunivelten ja selkärangan magneettitutkimuksella, mutta ei tavallisella röntgentutkimuksella. Aksiaalisen spondylartriitin ja selkärankareuman katsotaan olevan saman taudin jatkumoa, mutta kaikki aksiaalista spondylartriittia sairastavat eivät päädy selkärankareumapotilaiksi.

Syyt

Taudin syytä ei tunneta, mutta arvellaan, että ainakin yhtenä laukaisevana tekijänä on infektio tauti, 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. Rintakehäkiput ovat melko yleisiä ja johtuvat entesiiteistä eli nivelsiteiden kiinnityskohtien tulehduksesta. Melko yleinen oire on myös akillesjänteen kiinnityskohdan tai jalkapohjan kalvojänteen tulehdus, joista voi aiheutua kävelyä haittaavia kantapään alueen kipuja. 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. Nikamiin väliin kasvaa luusiltoja. Selän jäykistymisen lopputulos voi olla etukumara, liikkumaton selkäranka. Raajojen nivelet voivat vaurioitua. Suurimmat haitat koituvat lonkkien, polvien ja olkanivelten pitkäaikaisesta taudista.

Noin joka viides potilas sairastuu jossakin vaiheessa silmän etuosan reumaattiseen tulehdukseen eli iriittiin, ja pieni osa aortan ja sydänläppien tulehdukseen, johon voi liittyä myös sydämen rytmihäiriöitä.

Toteaminen

Selkäkivut ovat yleisiä, joten selkärankareuman diagnoosi viivästyy helposti. Varhaisvaiheessa selkä taipuu hyvin, mutta usein sairauden toteamisen aikoihin jäykistymistä on jo tapahtunut. Ei ole harvinaista, että diagnoosiin päästään vasta 5–10 vuoden kuluttua ensimmäisistä oireista. Tauti saadaan varmistettua risti-suoliluunivelten (SI-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 tai sitrulliinipeptidivasta-aineita ei ole veressä. Mikäli diagnoosi oireiden ja kuvantamislöydösten perusteella on varma, ei HLA-B27-antigeenin tutkimista pidetä tarpeellisena.

Mikäli risti-suoliluunivelten ja selkärangan tulehdusmuutokset näkyvät vain magneettikuvauksessa, puhutaan aksiaalisesta spondylartriitista, joka voi edeltää selkärankareuman toteamista. Jos muutoksia näkyy röntgenkuvissa, on kyseessä jo 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 heillä, joilla on pääasiassa raajanivelten oireita. Biologiset reumalääkkeet, ensisijaisesti TNF-estäjät (infliksimabi, adalimumabi, etanersepti, golimumabi ja sertolitsumabipegoli), ovat osoittautuneet selkärankareumassa hyvin tehokkaiksi.

Vaihtoehtoja TNF-estäjille ovat interleukiini 17:n estäjät sekukinumabi ja iksekitsumabi. Biologisen reumalääkkeen aloittamista ei viivytellä, jos sairaus näyttää vakavalta ja invalidisoivalta. Tällaisen tehokkaan lääkehoidon aloittaminen voi olla aiheellista jo aksiaalisessa spondylartriitissa, jolloin tavoitteena on pysäyttää sairaus ennen kuin siitä kehittyy varsinainen selkärankareuma. Raajojen nivelten tulehduksiin sopivat hoidoksi paikalliset kortisoni-injektiot.

Leikkauksista tulevat kyseeseen etenkin polvien ja lonkkien tekonivelleikkaukset, jos sairaus on tuhonnut näitä niveliä. Leikkauksia tarvitaan kuitenkin enää kohtalaisen harvoin. 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. Aktiivinen ja säännöllinen harjoittelu, tulehduskipulääkkeet, sulfasalatsiini ja varsinkin biologiset lääkkeet helpottavat oireita ja hidastavat selän jäykistymistä. Useimmat säilyttävät työ- ja toimintakykynsä, ja vain pieni osa potilaista sairastuu niin vaikeasti, että seurauksena on haittaava invaliditeetti.

Päivitetty: 2022, asiantuntijana professori Tom Pettersson

- [Selkärankareuma-opas](#), 2014, pdf