

## Reumataudit ja silmät

Reumapotilailla on yllättävän paljon silmäongelmia, jotka tahtovat usein jäädä niveltaudin rinnalla huomiota vaille. Silmien sitkeä punoittelu ja rähmiminen voi olla merkinä kuivasilmäisyydestä, jota esiintyy useiden reumasairauksien yhteydessä. Toistuvat värikalvontulehdukset, iriitit voivat edeltää selkärankareuman diagnosointia 10-15 vuotta. Kovankalvon tulehdus, skleriitti, viittaa aktiiviseen niveltautiin, useimmiten nivelreumaan. Lapsipotilaiden näönaleneneman taustalla voi olla oireeton iriitti, jonka syyksi voi paljastua vähäoireinen lastenreuma. Toisaalta taas niveltautien lääkitys voi aiheuttaa silmäongelmia, nykyisin tavallisimmin on kortikosteroidien käyttöön liittyvä ennenaikainen harmaakaihien muodostus ja aikaisemmin Helioparin aiheuttamat silmämuutokset. Reumatauteja sairastavien ajoittaiset silmälääkärillä käynnit ovat tarpeellisia ja suositeltavia.

**Seuraavissa kappaleissa kuvataan tavallisimpia reumaa sairastavien tavallisimpia silmäongelmia:**

### **Nivelreuma eli reumatoidi artriitti**

**Kuivasilmäisyyttä** esiintyy nivelreumapotilailla jopa 30 %:lla, varsinkin sairauden kestänyt pitempään. Silmissä on kirvelyä, kutinaa, roskantunnetta, rähmimistä ja punoittelu. Oireet lisääntyvät iltaa kohden, silmät väsyvät helposti ja vuotavat usein ulkona vettä. Auton tuuletus, ilmastointi ja sauna erityisesti ärsyttävät silmiä. Monilla kuivasilmäoireista kärsivillä on kuivumisoireita myös muilla limakalvoilla, jolloin kyseessä voi olla ns. toissijainen Sjögrenin syndrooma. Kuivasilmäisyys on niveltautiin liittyen varsin tavallinen, mutta useimmiten vaaraton ja hoituu hyvin säännöllisellä kostutushoidolla. Epäspesifiseen tulehdukseen liittyen kyynelerityksen erityis vähenee ja/tai kyynelnesteen koostumus muuttuu niin, ettei kyynelneste kostuta silmän pintaa kunnolla aiheuttaen edellä mainittuja oireita.

Kuivasilmäisyyden hoidossa käytetään korvaavia kostutustippoja useita kertoja päivässä, hyytelömäistä tippaa tai voidetta yöksi ja tarvittaessa useamminkin. Vaikeassa kuivumisen aiheuttamassa sarveiskalvon ja sidekalvon tulehduksessa, keratoconjunctivitis sicca, tarvitaan antibiootti- kortikosteroidi-tippakuureja ja antibioottivoidetta ajoittaisiin hankalampiin vaiheisiin. Kuivasilmäisyydessä tulee silmätulehdukset hoitaa huolellisesti, erityisesti luomireunojen tulehdus lisää kuivasilmäoireilua. Vaikeampaan kuivasilmäisyyden hoitoon käytetään kyynelpisteiden tulppausta tai kiinni polttamista ja/tai kuivasilmäisen suojalaseja. Jotkut hyötyvät uimarin tai laskettelijan laseista. Ympäristön muuttaminen silmäystävälliseksi on tärkeää; tuuletuksen säätö, ilman kostutus, pölyjen saneeraus jne.

Tärkeää on oivaltaa hakeutua silmälääkärin hoitoon, mikäli kostutushoidosta huolimatta silmät ovat ärtyneet. Runsasta kostutushoitoa käytettäessä tulisi suosia säilöntäaineettomia vaihtoehtoja, sillä kostutustippojen säilöntäaineillekin voi allergisoitua (bentsalkoniumkloridi). Keinokyynelvalmisteita on apteekkeista saatavilla ilman lääkemääräystä. Säännöllisessä käytössä voi reseptillä saada 3 kk annoksen edullisemmin.

**Kovankalvon** pintakalvon, episkleeran **tulehdus** on viaton, punoittava alue yleensä silmän ulko- tai sisänurkassa, joka voi aiheuttaa pientä vaivaa. Tulehdus voi parantua hoidotta, mutta rauhoittuu nopeasti kortikosteroiditipoilla 2-4 viikon kuluessa ja suun kautta otettavalla

tulehduskipulääkkeellä. Episkleriitti voi uusiutua, mutta ei uhkaa näköä. Tavallisimmin episkleriitti liittyy nivelreumaan.

Syvempi kovankalvon tulehdus, skleriitti, on aina vakava sairaus. Silmän pintaan valkuaisien alueelle tulee sinipunerva, aristava kyhmy. Usein todetaan sarveiskalvon reunahaava ja lievä iriitti samalla. Skleriitti kuuluu reumalääkärin ja silmälääkärin yhteishoitoon; paikallinen kortikosteroidi ja suun kautta annettu kortisoni, tehokas perustaudin hoito.

Skleriitti on uhka silmän näölle ja usein merkinä aktiivista nivelreumasta, mutta nykyisellä reuman tehokkaalla hoidolla vaikeita skleriittejä näkee todella harvoin.

## **Sjögrenin oireyhtymä, ns. primaarinen Sjögrenin syndrooma**

"Kuivat silmät, kuiva suu, Sjögren eikä mikään muu!". Limakalvojen kuivumisoireet, tärkeimpänä kuivasilmäoireilu, ilman niveltautia liittyvät olennaisesti Sjögrenin oireyhtymään, johon kuuluu myös väsymystä, nivelsärkyjä ja monia muita oireita. Ylläkuvattu silmien kostutus hoito ja silmätulehdusten hoito sekä ympäristöolosuhteiden muuttaminen vähemmän ärsyttäväksi muodostavat hoidon perustan. Joskus käytetään reumalääkkeitä vaikeammassa tautimuodoissa, esim. kortikosteroideja tai Oksikloriinia. Vaikean kuivasilmäisyyden hoito kuuluu silmälääkärin valvontaan.

## **Selkärankareuma ja sen sukuiset taudit (Spondylartropatit)**

Äkillinen **värikalvon tulehdus**, iriitti tai iridosykliitti, on tyypillinen selkärankareumaan liittyvä silmänsairaus. Tauti alkaa yleensä toispuoleisena silmän punoitteluna, valonarkuutena ja kosketusarkuutena; silmä ei rähmi, eikä näkö alussa juuri huonone. Ensimmäinen iriitti yleensä pitkittyy, kunnes potilas pääsee silmälääkärin hoitoon ja saa kortikosteroidi tipat, voiteen yöksi ja mustuaista suurentavat tipat. Iriitti rauhoituu yleensä 4-6 viikon kuluessa asianmukaisella hoidolla, mutta voi uusiutua samassa tai toisessa silmässä jopa useita kertoja vuodessa.

Värikalvontulehdus voi edeltää selkärankareuman diagnoosia aina 10-15 vuodella. Varsinkin naisten selkärankareuma voi olla vaikeasti todettavissa. Iriittiä esiintyy n. 25 %:lla selkärankareumaa sairastavista. Jos potilaalla todetaan HLA B27-tekijä, iriitin mahdollisuus on vielä suurempi. Toistuvissa iriiteissä on syytä reumatologin kanssa miettiä perustaudin lääkityksen tehostamista, jotta iriittien uusiutuminen vähenisi. Toistuva ja pitkittynyt värikalvontulehdus voi aiheuttaa silmänpohjan turvotuksen ja näön alenemisen, kun taas pitkällinen kortikosteroidihoito edistää harmaakaihien tuloa ja nostaa joillekin silmänpainetta. Iriittipotilas kuuluu silmälääkärin seurantaan.

Äkillistä värikalvon tulehdusta esiintyy myös reaktiivisissa artriiteissa, psoriasiksessa ja suolistotautien yhteydessä (Colitis ulcerosa, Chronin tauti), sekä Reiterin taudissa, missä myös sidekalvon tulehdus voi olla selvä alkuvaiheessa. Kuivasilmäisyyttä todetaan myös tämän tautiryhmän potilailla.

## **Lastenreuma**

Lastenreumaa todetaan Suomessa noin 150 uutta tapausta vuosittain. Eri aineistoissa lastenreumaan liittyvää värikalvon tulehdusta eli iriittiä löytyy 2 - 21 %:lla. Lastenreuman iriitti on yli 90 %:lla lapsista täysin oireeton, piilevä tulehdus, joka hoitamattomana voi johtaa näkövammaisuuteen ja jopa sokeuteen 6 - 12 %:lla. Lastenreumapotilaan alkurutiineihin kuuluu silmälääkärin tarkastus oireettoman iriitin poissulkemiseksi tai toteamiseksi. Säännöllinen silmätarkastus tehdään alkuvaiheessa 3-4 kuukauden välein pari vuotta ja sen

jälkeen puolivuosisittain ainakin 7 vuotta. Useimmiten iriitti on molemminpuolinen ja krooninen ja se todetaan yli 90 %:lla 4-7 vuoden kuluessa reuman alusta; joskus se ilmaantuu paljon myöhemmin. Nykyisellä tarkalla silmäseurannalla oireettomat iriitit löytyvät jo alkuvaiheessa ja tehokkaalla hoidolla vältytään suuremmilta ongelmilta. Tehokas lastenreuman ja iriitin hoito, runsaat paikallishoidot ja uudenaikainen silmäkirurgia ovat parantaneet lastenreuman silmätulehduksen ennustetta. Suurin iriittiriski on pienillä tytöillä, jotka sairastuvat 1-4 nivelen tautiin ja joilla todetaan tumavasta-aineita, mutta iriittiä tavataan kaikissa lastenreuman eri tautimuodoissa.

## **Muut reumataudit**

Kuivasilmäisyyttä esiintyy monissa reumataudeissa, mm LED:ssä, sklerodermassa ja sekamuotoisessa sidekudostaudissa. Silmänpohjamuutoksia voi tulla hoitamattomassa LED:ssä, jättisoluarteriitissa voi näkö huonontua äkillisesti, sklerodermassa voi esiintyä luomien ihon kireyttä ja dermatomyosiitille on tyypillistä luomien punertava ihottuma.

## **Reumalääkkeet ja silmät**

Useimmat reumalääkkeet ovat silmien kannalta turvallisia ja esim. siklosporiinia ja metotreksaattia käytetään vaikean värikalvontulehduksen hoitona. Aiemmin klorokiinivalmisteista, lähinnä Helioparista nähtiin silmänpohjamuutoksia ja sarveiskalvolle saostuneita 'kissanviiksiä', joita käytännössä Oksikloriinia (tai Plaquenilia) käyttävillä potilailla ei ole. Jos kuitenkin klorokiinilääkitys jatkuu yli 6 vuotta, suositellaan silmlääkärillä käyntejä 1-2 vuoden välein.

Kortikosteroidien tunnettu haittavaikutus on mykiön takakotelosamentuma, ennenaikainen harmaakaihi, joka voi tulla kortikosteroiditippojen ja /tai suun kautta otettujen kortisonivalmisteiden pitkän käytön seurauksena. Kortisoni voi myös osalle potilaista aiheuttaa silmänpaineen nousua, joten silmlääkärillä tulisi käydä varsinkin tippalääkityksen ensimmäisinä kuukausina. Pienet kortisonimäärät suun kautta (<10mg/vrk) eivät herkästi aiheuta kaihia.

Allergisoituminen kullalle tai sulfasalatsiinille voi aiheuttaa limakalvomuutoksia myös silmien pintaan, mutta yleensä allergia todetaan jo ennen silmäoireiden ilmaantumista.

## **Huomaa myös**

- [Reuma-lehti 2/2017: Katse silmiin - yleisimmät silmäongelmat reumasairauksissa](#)