
Reumasairaudet voivat aiheuttaa hengenahdistusta ja yskää

Reuma-lehti 3/2011

- Keuhko- ja muiden hengityselinten muutokset ovat yleisiä reumasairauksissa ja voivat aiheuttaa niin akuutteja kuin kroonisiakin oireita.
- Reumatulehdusta voi esiintyä hengitysjärjestelmän kaikissa eri osissa – hengitysteissä, keuhkokudoksessa, verisuonissa ja lihaksistossa. Joskus hengityselinten oireet voivat olla ensimmäinen merkki reumasairaudesta ja esiintyä ennen niveltulehdusta ja muita mahdollisia oireita.
- On tärkeätä, että hengityselinten muutokset löydetään mahdollisimman aikaisessa vaiheessa, jotta alentuneen keuhkofunktion aiheuttamalta vammautumiselta voisi välttyä.

Mahdollisuudet selvittää hengityselimiin liittyviä oireita ovat parantuneet nykyaikaisten diagnostisten menetelmien avulla. Näitä ovat erilaiset radiologiset tutkimukset ja keuhkofunktio-testit, bronkoskopia ja bronkoalveolaarinen huuhtelu sekä kudoksenäytteen mikroskopia.

On tärkeätä huomioida, että monet reumasairauksien hoidossa käytetyt lääkkeet voivat aiheuttaa keuhkomuutoksia ja että ne immuunivastetta vähentävän vaikutuksensa johdosta voivat lisätä myös keuhkoihin kohdistuvaa infektiotilaa.

Seuraavassa ovat tarkastelussa nivelreuman, ankolysoivan spondyliitin, systeemisen lupus erythematosuksen, systeemisen skleroosin, primaarisen Sjögrenin oireyhtymän ja tulehduksellisten lihassairauksien yhteydessä yleisimmin esiintyvät hengityselinten muutokset ja niiden hoito pääpiirteittäin.

Nivelreuma

Yleisimmät hengityselinten muutokset nivelreumassa ovat interstitiaalinen keuhkosairaus, hengitysteiden sairaudet, reumakyhmy ja keuhkopussin nestekertymä. **Hengityselinten oireilla on taipumus lisääntyä nivelreuman edetessä, mutta ne voivat myös ilmetä samanaikaisesti niveltulehduksen kanssa tai jopa ennen sitä.**

Interstitiaali-keuhkokuumeella tarkoitetaan keuhkotulehdusta, jossa keuhkojen löyhässä sidekudoksessa esiintyy lukuisia pieniä tulehduspesäkkeitä. Taudin eri tyyppiä voi erotella tietokonetomografialla ja tutkimalla koepalaa mikroskoopilla. Esiintyvyys reumapotilaiden kohdalla vaihtelee tutkimusmenetelmästä riippuen seuraavasti:

- Keuhkokuva (thoraxkuva) paljastaa interstitiaalisia muutoksia alle 5 prosentilla.
- Keuhkofunktiota mittaavien testien perusteella 30–40 prosentilla esiintyy poikkeavia tuloksia.
- Korkean resoluution tietokonetomografialla jopa yli 50 prosentilla reumapotilaista esiintyy muutoksia keuhkokudoksessa.

Kaiken kaikkiaan kliinisesti merkittävää interstitiaalista keuhkosairautta esiintyy 5–10 prosentilla.

Tunnistettuja riskitekijöitä ovat ikä, sukupuoli (mies) ja tupakointi.

Pääasiallinen oire on hengenahdistus, jota ilmenee aluksi raskaan fyysisen rasituksen yhteydessä, mutta ajan myötä myös kevyehkössä työssä ja pitkälle edenneessä sairaudessa jopa levossa. Hengenahdistuksen pääasiallinen syy on alentunut veren happisaturaatio.

Keuhkojen arpeutuminen eli fibroosi tulehduksen seurauksena saattaa johtaa pulmonaalihypertensioon eli kohonneeseen verenpaineeseen keuhkojen valtimoissa. (Aiheesta lisää artikkelin systeemistä skleroosia käsittelevässä osiossa.) Pulmonaalihypertension komplikaationa voi kehittyä sydämen vajaatoiminta.

Interstitiaalisen keuhkosairauden ongelmana on, että se harvoin aiheuttaa oireita ennen kuin keuhkojen toiminta on selvästi heikentynyt. Osasyynä myöhäiseen havaitsemiseen on nivelsairaudesta kärsivien potilaiden suhteellisen vähäinen fyysinen aktiivisuus.

Interstitiaalinen keuhkosairaus nivelreumassa on yleensä joko vakaa tai hitaasti etenevä. Tila voi kuitenkin edetä nopeasti ja vaarana voi olla pysyvästi heikentynyt keuhkotoiminta ja invaliditeetti.

Hoitona käytetään kortisonivalmisteita, tarvittaessa yhdessä immuunivastetta vähentävien lääkkeiden kuten atsatiopriinin ja mykofenolaattimofetiilin kanssa, vaikeissa tapauksissa syklofosamidin kanssa. Jos sairaus on edennyt fibroottiseen vaiheeseen, lääkkeiden vaikutus heikkenee.

Pleuraeffuusiota eli keuhkopussin nestekertymää keuhkopussitulehduksen seurauksena on raportoitu esiintyvän noin 5 prosentilla reumapotilaista. Yleisimmin pleuraeffuusioon sairastuu mieshenkilö, jolla on reumakyhmyjä ihon alla ja reumatekijä on koholla. Tila voi tunnetusti olla nivelreuman ensimmäinen oire. Potilaalla voi ilmetä rintakipuja, hengenahdistusta ja kuumetta, mutta tila voi myös olla pitkään oireeton.

Taudin määrittämisessä käytetään ensisijaisesti keuhkokuvaa ja kaikukuvausta. Keuhkopussinesteestä paljastuu tyypillisiä biokemiallisia erikoispiirteitä, jotka auttavat lääkäriä erottamaan nivelreuman monista muista sairauksista, jotka voivat aiheuttaa nestekertymää keuhkopussiin.

Nivelreumaan liittyvän pleuraeffuusion hoito tapahtuu kortisonivalmisteilla ja tarvittaessa muun antireumaattisen hoidon tehostamisella. Pitkäaikaisessa effuusiossa keuhkopussin kiinnikemuodostusten vaara kasvaa, jolloin seurauksena keuhkojen laajeneminen voi vähetä ja infektiovaara lisääntyä.

Nivelreuma voi kohdistua kurkunpäähän ns. krikooarytenoidaalitriitin eli rengas-kannusrustonivelten tulehduksena. Koska rengas-kannusrustoniivelet vaikuttavat äänihuulten liikkuvuuteen, voivat tulehdukselliset muutokset ja huonontunut liikkuvuus niissä vaikeuttaa sisäänhengitystä ja aiheuttaa käheyttä.

Alemmissa hengitysteissä voi esiintyä keuhkoputkien laajentumaa, jonka oireita ovat limainen yskä, toistuvat infektiot, hengenahdistus ja joskus veriyskä.

Harvinaisempi alempiin hengitysteihin kohdistuva muoto on obliteroiva bronkioliitti, jossa pienimmät keuhkoputket ahtautuvat ja voivat arpeutua. Obliteroivalle bronkioliitille ominaista on hengenahdistus ja kuiva yskä. Sen hoidossa käytetään kortisonivalmisteita ja muita immuunivastetta vähentäviä lääkkeitä.

Reumakyhmyjä, yksittäisiä tai useampia, voi esiintyä ihon alla, mutta myös keuhkoissa. Reumakyhmyt ovat yleisempiä miehillä kuin naisilla ja niitä esiintyy koholla olevan reumatekijän yhteydessä. Useimmiten kyhmyt eivät aiheuta oireita vaan ne löytyvät sattumalta keuhkokuvista, joissa niitä ei pysty erottamaan muista pyörövarjoa aiheuttavista sairauksista kuten infektiosta ja syövästä. Näytteen otto ja seurannat ovat siksi usein välttämättömiä. Veriyskä ja tulehdukset voivat vaikeuttaa kyhmyjä.

On syytä muistaa, että nivelreuman yhteydessä esiintyvät keuhkomuutokset eivät aina johdu reumatulehduksesta. Infektiot ja hoidossa käytetyt lääkkeet voivat pitkälti myös aiheuttaa vastaavia muutoksia. Metotreksaattihoito voi esimerkiksi aiheuttaa yliherkkyysreaktion, jonka oireita ovat hengenahdistus, kuiva yskä, kuume ja keuhkokuvassa näkyvä tiivistymä. Voi olla vaikeaa erottaa nämä oireet ja löydökset sairauden omista ilmenemismuodoista.

Selkärankareuma

Selkärankareumaan sairastuneilla henkilöillä voi ilmetä kroonisia arpeuttavia keuhkomuutoksia lähinnä ylälohkoissa. Rintakipua voi esiintyä rintalastan ja kylkiluiden sekä kylkiluiden ja nikamien välillä olevien nivelien tulehdustilan johdosta.

Systeminen lupus erythematosus

Systemisen lupus erythematosuksen (SLE:n) yleisin keuhkoilmentymä on keuhkopussitulehdus, ja sen jälkeen interstitiaalinen keuhkosairaus, verisuonisairaus keuhkoissa, pallean toimintahäiriöt ja ylempien hengitysteiden muutokset.

Oireita aiheuttavaa keuhkopussintulehdusta esiintyy 30–50 prosentilla SLE-tautiin sairastuneista. Ensimmäinen oire on rintakipu, joka korostuu syvässä sisäänhengityksessä. Hengenahdistusta ilmenee, jos keuhkopussiin kerääntyy suurehko määrä nestettä. SLE:ssä keuhkopussin nestekertymä on usein molemminpuolista.

Pieni tai keskisuuri annos kortisonivalmistetta vähentää yleensä oireita ja neste häviää. Keuhkopussin kiinnikkeet ovat harvinaisia.

SLE:ssä interstitiaalinen keuhkosairaus voi olla joko akuutti tai krooninen. Akuutti lupuspneumoniitti, jota on raportoitu esiintyvän muutamalla prosentilla, on SLE:n vakavampia komplikaatioita. Se ilmenee akuuttina hengenahdistuksena, kuumeena ja yskänä, joskus veriyskänä.

Sairaustilan ennuste oli aiemmin huono, mutta nykyisin aikaisempaa parempi tehohoidon ja aktiivisen immuunivastetta vähentävän hoidon ansiosta. Hoitona käytetään kortisonivalmisteita ja tarvittaessa syklofosfamidia. Akuutin lupuspneumoniitin erottaminen akuutista infektiosta voi olla vaikeata.

Krooninen intersitiaalinen keuhkosairaus SLE:n yhteydessä on yleisempää kuin akuutti lupuspneumoniitti. Se alkaa hiipien ja aiheuttaa asteittain lisääntyvää hengenahdistusta rasiuksessa sekä kuivaa yskää. Kuten nivelreumassakin sairaustilaa hoidetaan ensisijassa kortisonivalmisteilla ja tarvittaessa myös muilla immuunivastetta vähentävillä lääkkeillä.

Diffuusi keuhkoverenvuoto on harvinainen ja vakava SLE:n komplikaatio. Kuten akuutissa lupuspneumoniitissakin diffuusin keuhkoverenvuodon ensimmäisiä oireita ovat hengenahdistus, veriyskä ja kuume. Verinäytteessä todetaan usein anemia. Verenvuodon syynä on pienimpien

verisuonten tulehdus eli kapillariitti.

Röntgenkuvissa näkyvät molemminpuoliset tiivistymät. Bronkoskopia ja bronkoalveolaarinen huuhtelu vahvistavat diagnoosin ja auttavat sulkemaan pois muut syyt. Hoitona käytetään suuriannoksista kortisonia, syklofosfamidia ja mahdollisesti plasmafereesia (plasman luovutusta).

Pulmonaalihypertensio on SLE:n harvinainen komplikaatio, jota nähdään varsinkin silloin kun potilaalla esiintyy piirteitä, jotka viittaavat systeemiseen skleroosiin tai sekamuotoiseen sidekudostautiin (MCTD:hen). Jos fosfolipidivasta-aineet komplisoivat SLE:tä, vaarana on, että potilas sairastuu pulmonaalihypertensioon toistuvien keuhkoveritulppien takia.

Systeeminen skleroosi

Systeemisessä skleroosissa eli sklerodermassa kehittyy tyypillisesti keuhkojen ja muiden elinten arpeutuminen eli fibroosi.

Interstitiaalinen keuhkosairaus on myös systeemisen skleroosin yleisin hengityselinten ilmenemismuoto. Se alkaa sklerodermapotilailla, kuten muillakin reumatauteja sairastavilla, tulehduksena ja johtaa vähitellen fibroosiin. Yli 40 prosentilla sklerodermaan sairastuneista todetaan muutoksia keuhkofunktiotesteissä.

Interstitiaalinen keuhkosairaus on yleisempi systeemisen skleroosin diffuusissa kutaanisessa muodossa kuin sen rajoittuneessa kutaanisessa muodossa (jota aiemmin kutsuttiin nimellä CREST-oireyhtymä). Yleisin ensioire on rasituksessa esiintyvä hengenahdistus. Jos tila pahenee, hengenahdistusta esiintyy myös levossa. Kuivaa yskää ja rintakipua voi esiintyä. Interstitiaalisen keuhkosairauden kulku systeemisessä skleroosissa vaihtelee hyvin paljon ja sitä on vaikea ennakoita.

Hoito on ongelmallista muun muassa sen takia, että suuriannoksista kortisonia tulisi välttää, koska se saattaa aiheuttaa skleroderman munuaiskriisin (korkeaa verenpainetta ja munuaisten vajaatoimintaa). Syklofosfamidilla on suotuisa vaikutus, mutta vähemmän sivuvaikutuksia aiheuttavat lääkkeet, esimerkiksi mykofenolaattimofetiili, voivat myös tulla kyseeseen. Jos lääkehoito osoittautuu tehottomaksi, voi olla syytä harkita keuhkonsiirtoa.

Edelleen kokeiluvaiheessa oleva, mutta lupaava hoitomenetelmä systeemisen skleroosin yhteydessä esiintyvän vakavan keuhkosairauden hoidossa on kantasolusiirto.

Toinen systeemisen skleroosin merkittävä keuhkokomplikaatio on pulmonaalihypertensio. Tätä vakavaa komplikaatiota esiintyy noin 10 prosentilla. On tärkeitä, että sairaus todetaan varhaisessa vaiheessa ja että sitä seurataan, koska nykyaikaisten hoitomenetelmien myötä ennuste on paljon parempi kuin aikaisemmin.

On esitetty, että systeemiseen skleroosiin sairastuneiden potilaiden tulisi käydä tutkimuksissa vuosittain mahdollista pulmonaalihypertensiota ajatellen.

Pulmonaalihypertensio on varhaisessa vaiheessa yleensä oireeton, mutta sillä on kuitenkin taipumus edetä jatkuvasti. Ensimmäiset oireet ovat fyysisen suorituskyvyn heikkeneminen ja rasituksessa ilmaantuva hengenahdistus. Taudin edetessä hengenahdistusta ilmaantuu jo kevyemmässä rasituksessa ja jopa levossa. Väsymystä, rintakipua ja pyörtymistä esiintyy myös.

Seurannassa käytetään kliinisten tutkimusten lisäksi myös keuhkofunktiotestejä, 6 minuutin kävelytestiä ja sydämen ultraäänitutkimusta.

Pulmonaalihypertension hoito on kehittynyt suotuisasti viime vuosina. Hoitoon käytettäviä verisuonia laajentavia lääkkeitä ovat lähinnä prostanoidit, fosfodiesteri-inhibiittorit ja endoteliinireseptoriantagonistit sekä näiden yhdistelmät. Happi, virtsan eritystä lisäävät lääkkeet (diureetit), digitalis ja veren hyytymistä estävät lääkkeet (antikoagulantit) kuuluvat myös hoitoarsenaaliin.

Primaarinen Sjögrenin oireyhtymä

Primaarisessa Sjögrenin oireyhtymässä hengityselimissä esiintyy suuri joukko

oireita. Tavallisesti ne aiheutuvat interstitiaalisesta keuhkosairaudesta, hengityselinten muutoksista ja erilaisista imusolmujen sairauksista.

Kuivuutta ei esiinny pelkästään silmien, nenän ja suun limakalvoissa, vaan myös henkitorvessa ja suurissa keuhkoputkissa, mikä voi selittää Sjögrenin oireyhtymälle tyypillisen ärsytysyskän. Pienissä hengitysteissä esiintyvät tulehdukselliset muutokset saattavat aiheuttaa yskää, hengenahdistusta ja vinkuvaa hengitystä.

Sjögrenin oireyhtymässä tavataan ns. lymfosyyttistä interstitiaalipneumoniaa, joka muiden interstitiaalisten keuhkosairauksien tavoin ilmenee hengenahdistuksena ja yskänä, mutta joka voi myös aiheuttaa yleisoireita kuten kuumetta, hikoilua ja painon alenemista.

Asteittainen kehitys imusolmujen sairautta, kuten pseudolymfoomaa ja lymfoomaa, kohti on suhteellisen harvinainen, mutta tunnettu ilmiö.

Kuten muissakin reumasairauksissa pulmonaalihypertensio ja pleuraeffuusio voivat komplisoida Sjögrenin oireyhtymää.

Henkitorven kostuttamiseksi voidaan käyttää suolaliuosta sisältäviä sumuttimia. Interstitiaalia keuhkosairautta hoidetaan kortisonivalmisteilla, tarvittaessa yhdistettyinä muihin immuunivastetta vähentäviin lääkkeisiin.

Tulehdukselliset lihassairaudet

Tärkeimpiä tulehduksellisia lihassairauksia ovat polymyosiitti, dermatomyosiitti ja inkluusiokappalemyosiitti. **Yskä ja hengenahdistus ovat yleisiä sekä polymyosiitissa että dermamyosiitissa ja voivat johtua hengityselinlihasheikkoudesta tai interstitiaalisesta keuhkosairaudesta.**

Myosiiteille ominaista lihasheikkoutta voi myös esiintyä hengityselinlihasheikkouksessa ja harvinaisissa tapauksissa se voi aiheuttaa kroonista tai akuuttia hengitysvajautta. Keuhkoinfektiot eivät ole harvinaisia tulehduksellista lihassairautta sairastavilla henkilöillä. Osasyinä ovat sairautteen liittyvät nielemisvaikeudet, joiden johdosta vieraat aineet, esim. suun sisältö, saattaa joutua keuhkoihin.

Tulehduksellisen lihassairaudenkin yleisin keuhkokomplikaatio on interstitiaalinen keuhkosairaus. Oirekuva vaihtelee oireettomasta ja rauhallisesta kroonisesta taudinkulusta hengitysvajauksena ilmenevään akuuttiin alkun.

Yleisimpiä oireita ovat hengenahdistus ja yskä. Interstitiaalinen keuhkosairaus on erityisen yleinen henkilöillä, joiden veressä todetaan Jo-1-vasta-aineita.

Hoitona käytetään ensisijaisesti kortisonivalmisteita, tarvittaessa yhdistettyinä immuunivastetta vähentäviin lääkkeisiin kuten syklofosfamidiin, atsatiopriiniin, metotreksaattiin tai syklosporiiniin tai liitettynä immuunimodulaatioon laskimoon annettavan suuriannoksen immunoglobuliinitiputuksen muodossa.

Loppusanat

Reumasairauksien yhteydessä esiintyvät hengityselinten oireet ja komplikaatiot ovat hyvin tunnettuja, mutta kuitenkin niin harvinaisia, että eri lääkkeiden tehoa ei ole päästy järjestelmällisesti tutkimaan.

Selvää näyttöä on kuitenkin siitä, että interstitiaalisessa keuhkosairaudessa käytettävä immuunivastetta vähentävä lääkitys ja pulmonaalihypertensiossa käytettävä nykyaikainen verensuonia laajentava lääkitys voivat vähentää kroonisten hengitysvaikeuksen vaaraa.

Varhaisen toteamisen ja säännöllisen seurannan merkitystä ei voi korostaa liikaa. Taudinmääritys ja hoito tapahtuvat parhaiten moniammatillisessa yhteistyössä, johon kuuluvat keuhkolääkäri, reumatologi, röntgenlääkäri ja laboratoriolääkäri.

Tom Pettersson

lääketieteen ja kirurgian tohtori, dosentti
sisätautien ja reumatologian erikoislääkäri
Helsingin yliopistollinen keskussairaala

[Sivun alkuun](#)

[Takaisin](#)