

Uudet oivallukset kampittavat selkärankareuman etenemistä

Reuma-lehti 2/2012

Professori **Dan Nordström**:

- **Magneettikuvauksella varmistetut varhaiset diagnoosit ja uudet lääkkeet ovat auttaneet kampittamaan selkärankareuman etenemistä.**
- **Uusien oivallusten myötä vaikeimmin sairaista potilaista monet saavat tehokkaan hoidon riittävän varhain ennen pysyviä sairauden aiheuttamia muutoksia, toteaa sisätautien dosentti, reumatologi Dan Nordström Helsingin yliopistollisen sairaalasta.**
- **Perusterveydenhuoltoon hakeutuvista pitkäaikaista alaselkäkipua kärsivistä potilaista viideltä prosentilta löytyy tulehduksellinen selkäsairaus.**
- **Perusterveydenhuollon suuri haaste onkin löytää juuri ne selkäpotilaat, jotka tarvitsevat reumaattisen tulehduksen sammuttavaa hoitoa.**

”Pääsemme aiempaa nopeammin varhaiseen diagnoosiin magneettikuvauksen ja uusien luokittelukriteereiden avulla. Biologisten lääkkeiden, TNF-alfa -salpaajien, käyttöönoton myötä voimme hoitaa vaikeimmin oireilevia varhaista selkärankareumaa sairastavia aivan eri lailla kuin kymmenen vuotta sitten”, sanoo Dan Nordström.

Usein selkärankareuman oireet alkavat jo 20 –30 vuoden iässä. Aiempien selkärankareuman luokittelukriteereiden perusteella diagnoosi tehtiin, kun potilaan röntgenkuvinäky riistisuoliluunivelen tulehdus, sakroiliitti. Tulehduksellisessa alaselkävaivassa sakroiliitin kehittyminen saattaa kestää vuosikausia. Tämä viivästytti diagnoosin varmistamista keskimäärin 5–7 vuotta oireiden alusta.

Diagnoosiin ilman röntgenkuvausta

Jos potilaalla esiintyy tulehduksellista selkäkipua ilman röntgenkuvinäkyä todettua sakroiliittia, voidaan nykyisin tietyin edellytyksin diagnosoida aksiaalinen eli röntgennegatiivinen spondyloartriitti.

Tämän termin otti käyttöön vuonna 2009 kansainvälinen ASAS-työryhmä, Assessment of SpondyloArthritis International Society. Työryhmä loi uudet aksiaalisen spondyloartriitin eli SPA:n kriteerit, joita käytetään nykyisin myös Suomessa.

Aksiaalinen spondyloartriitti on uusi tautimuoto, joka aikaisessa vaiheessa erottuu selkärankareumaa lievempänä tai edeltävänä reumaattisena sairautena.

Tulehduksellinen löydös ristinivelen magneettikuvauksessa ennustaa hyvin pysyvien radiologisten muutosten syntymistä. Uusien luokittelukriteereiden mukaan magneettikuvauksella havaittu tulehdus riittää aksiaalisen spondyloartriidin kriteeriksi ilman röntgenmuutoksia.

Selkärankareumaa esiintyy yhdellä prosentilla väestöstä. Se on yleisin spondyloartriiteista.

Tähän ryhmään kuuluvat myös nivelpsoriaasi, reaktiivinen artriitti, kroonisiin suolistosairauksiin liittyvät artritit ja osa lastenreumataudeista.

Spondyloartriittipotilaita on Suomessa yli 100 000. Tällä tautiryhmällä on monia yhteisiä oireellisia piirteitä, yhteys HLA-B27 -kudostyyppiin ja hyvä vaste tuumorinekroositekijä alfan estäjälääkitykseen.

Haasteena tunnistaa hoidosta hyötyvät

Dan Nordströmin mukaan selkärankareumasta on opittu tuntemaan, että kroonisena sairautena se ei ole välttämättä niin harmiton kuin on luultu. Se on nuorten aikuisten tulehduksellinen selkäsairaus, jota sairastavat niin miehet kuin naisetkin. Selkärankareumaan sairastuneista miehiä on viisi kahta naista kohden.

Kela-korvausta tulehdukselliseen selkäsairauteen saa vuosittain 350 uutta potilasta. Luku on Dan Nordströmin mukaan aliarvio todelliseen tarvitsevien määrään nähden, sillä kaikki eivät hae lääkettä.

Puolet sairastuneista selviytyy ilman säännöllistä lääkitystä, eivätkä kaikki ehkä tiedä edes sairastavansa. Lievästi sairastuneet eivät tarvitse varsinaista hoitoa. He saavat alkuvaiheen liikuntaopastusta ja fysikaalista kuntoutusta ja selviävät kipuoireistaan tulehduskipulääkkeillä.

Ongelmana on tunnistaa ja motivoida se toinen puoli potilaista, joilla niveltulehdus voi johtaa krooniseen vaivaan. Heidän hoitonsa pitää olla diagnoosin jälkeen alkupainotteinen. Lisäksi 40 prosentille potilaista kehittyy myös raajaniveltulehduksia. Noin 40 prosentilla potilaista tulehtuvat jänteiden ja lihasten kiinnityskohdat. Potilailla saattaa esiintyä myös silmätulehduksia ja ihomuutoksia.

Aikaisella diagnoosilla on merkitystä, koska selkärankareuma aiheuttaa pysyviä muutoksia sairauden jatkuessa. Hoitamattomana tauti voi jäykistää selkärangan. Ranka taipuu etukumaraan ja nikamien väliin kasvaa luisia siltoja, jolloin rangan liikkuvuus kärsii. Nopea hoidon aloitus tehokkailla lääkkeillä estää muutoksia.

Uudet täsmennetyt aksiaalisen spondyloartriitin luokittelukriteerit jouduttavat merkittävästi diagnoosin tekoa. Diagnoosi voidaan tehdä, jos potilaalla on ennen 45 vuoden ikää alkanut vähintään kolme kuukautta jatkunut selkäkipu ja kuvantamalla todettu ristisuoliluun tulehdus sekä vähintään yksi kliininen spondyloartriittioire tai -löydös.

Kriteerit painottavat HLA-B27 -kudostyyppiä

Uudet luokittelukriteerit painottavat diagnoosin teossa magneettikuvan käyttöä ja oireiden yhteydessä HLA-B27 -kudostyyppin selvitystä.

Dan Nordström muistuttaa, että HLA-B27 -kudostyyppiä esiintyy suomalaisessa väestössä 14–16 prosentilla, kun sitä muualla Euroopassa esiintyy keskimäärin yhdeksän prosenttia. Kudostyyppin löytyminen voi olla sattumaa, eikä välttämättä tarkoita, että potilaalla olisi aksiaalinen spondyloartriitti.

Jos on syytä epäillä selkävaivan aiheutuvan tulehduksesta, antaa HLA-B27 -kudostyyppin löytyminen lisäaihetta lähettää potilas erikoissairaanhoidon. Tästä syystä kudostyyppitutkimus on aiempaa useammin syytä tehdä jo perusterveydenhuollossa.

Selkärankareumapotilailla ei ole reumatekijää, joten sen tutkiminen on tarpeetonta.

Selkäsairauden hoito aloitetaan tulehduskipulääkkeellä, jota käytetään säännöllisesti kuukauden ajan. Oireiden jatkuessa otetaan magneettikuva, jonka perusteella diagnoosi voidaan vahvistaa muiden kriteerien täytyessä. Potilas lähetetään erikoissairaanhoidon, jossa reumatologi aloittaa reumalääkityksen sulfasalatsiinilla tai metotreksaatilla.

Diagnoosin varmistaminen tarvitaan erikoiskorvattaviin reumalääkkeisiin

Dan Nordström muistuttaa, että potilaan kuuluu päästä kuukauden sisällä sisätautilääkärin tai reumatologin vastaanotolle. Liian suurta viivettä hoidon aloittamiseen ei saisi syntyä. Diagnoosi tarvitaan, jotta potilas saa erityiskorvattavat lääkkeet.

Aiemmin diagnoosilla ei ollut niin kiire, sillä käytettyjen tavanomaisten reumalääkkeiden tehosta selkärankareumaan on vain vähän näyttöä. Tulehduskipulääkkeet lievittävät tulehdusta ja voivat estää tai hidastaa vaurioita, mutta ne eivät varsinaisesti poista tulehdusta.

Potilaan reumalääkityksen tehoa seurataan yleisvoinnin ja taudin aktiivisuutta mittaavien mittareiden perusteella. Jos BASDAI-lomakkeella määritelty taudin aktiivisuus ylittää luvun 4 ja perinteiset reumalääkkeet eivät auta tai ovat vasta-aiheisia, reumatologi harkitsee biologisten lääkkeiden käyttöä. Oireiden pitäisi käytännössä puolittua neljän kuukauden aikana perinteisellä reumalääkkeellä, jotta niillä saataisiin riittävä teho.

Kun muu ei tepsii, kokeillaan biologisia

Jos muilla tavoin ei saada tulehdusta hillittyä, voidaan selkärankareumaa ja aksiaalista spondyloartriittia hoitaa tuumorinekroositekijä alfan estävillä biologisilla lääkkeillä. Näitä on käytössä neljä: infliksimabi, etanersepti, adalimumabi ja golimumabi. Ensimmäinen on sairaalassa tiputuksessa annosteltava lääke, muut kolme potilas pistää itse.

Biologisia lääkkeitä on ollut selkärankareuman hoitoon jo vuodesta 2003 lähtien. Biologisten reumalääkkeiden rekisteri, ROB-FIN, sisältää tiedot niiden käytöstä myös selkärankareuman hoidossa.

”Selkärankareuman biologisesta lääkehoidosta meillä on tuntuma, että potilaat saavat niistä jopa paremman hoitovasteen kuin nivelreuman hoidossa. Noin 80 prosenttia potilaista saa avun biologisista lääkkeistä ja yli 50 prosentilla oireet puolittuvat. Vaikka lääkkeet tehoavat hyvin, täytyy muistaa, että parantavaa hoitoa ei vielä ole. Oireet palaavat, jos lääkitys loppuu”, Dan Nordström sanoo.

Hoitovasteen ilmaannuttua potilaan jatkoseuranta siirtyy perusterveydenhuoltoon.

Selkärankareuman taudinkuva on aaltoileva. Välillä voi olla rauhallisia jaksoja. Jos sairaus on oireettomassa vaiheessa, lääkkeen antokertoja voidaan harventaa. Ei toisaalta ole olemassa takarajaa, kuinka kauan lääkitystä pitäisi jatkaa.

Kela myöntää biologisen lääkkeen korvattavuuden kahden vuoden ajaksi. Sen jälkeen lääkettä varten tarvitaan uusi B-todistus.

Neljä vaihtoehtoa käytössä Suomessa

Potilaan riskiprofiili määrää, mikä biologinen lääke hänelle valitaan. Jos potilaalla on infektoriski, etanersepti voi olla turvallisin vaihtoehto. Jos potilaalla on lisäksi silmä- tai suolistotulehduksia, muut kolme lääkevaihtoehtoa voivat olla etanerseptia toimivampia.

”Lääkevalintaa mietitään potilaan kanssa. Jos hän haluaa pistää vain kerran kuussa ja riskien kannalta lääke sopii hänelle, valitaan kerran kuussa pistettävä vaihtoehto.”

Teholtaan lääkkeet vastaavat melko lailla toisiaan. Ani harvassa on potilaita, jotka eivät reagoi näihin lääkkeisiin.

Hinta ei ole potilaan kannalta ratkaiseva, sillä lääkekatto ylittyy jo ensimmäisen annoksen jälkeen kaikissa vaihtoehdoissa.

Lääkekustannusten rahoitusmallin takia sairaalassa annosteltavan infliksimabin käyttöä rajaava tekijä on sen kustannus suoraan sairaalan lääkebudjetista. Tällöin lääkkeen kustannus kohdistuu tiettyyn sairaalaan. Muut kolme biologista selkärankareuman lääkettä maksaa Kela. Itsepistettäviä lääkkeitä käytetään osin kustannussyistä.

Toisaalta osa potilaista haluaa tulla saamaan lääkkeensä sairaalassa, jolloin samalla voi keskustella hoitavan lääkärin kanssa.

Dan Nordströmin mukaan hoidontarve ohittaa budjettikysymykset, jos muut lääkkeet eivät toimi ja tarvitaan tehokasta lääkitystä hoitovastaan saamiseksi.

Liikunta rauhoittaa oireilua ja kipuja

Liikuntaan ohjaus ja aktivoiva fysioterapia ovat tärkeä osa kaikkien selkärankareumapotilaiden hoitoa. Jos tulehduksellista selkäsairautta päästään hoitamaan alkuvaiheessa, ei potilaalle ole vielä ehtinyt tulla invalidisoivia muutoksia. Sairastava pystyy pitämään selkärankansa liikkuvana soveltuvien harjoittein.

Kaikki selkärankareumapotilaat tulisi ohjata sopeutumisvalmennustyyppiseen kuntoutukseen, joka voi olla avo- tai laitospohjainen. Uudet tutkimus- ja hoitokäytännöt estävät vastasairastuneiden vammautumista, jolloin myös kuntoutustarve vähenee.

Ne, jotka ovat sairastuneet aiemmin, ovat voineet joutua odottamaan diagnoosia, eivätkä ole ehtineet saada oireita jarruttavaa lääkettä sairautensa alkuvaiheessa. He tarvitsevat erityisesti liikuntaan ja itsehoitoon motivoivaa kuntoutusta.

”On tutkimusnäyttöä, että ohjattu liikunta on selkäpotilaalle parempi vaihtoehto kuin oleilu. Se rauhoittaa sairauden oireita, lievittää kipuja ja pitää notkeana ja paremmassa kunnossa kuin liikkumattomuus.”

Jos potilaalla on paljon oireita, hän saattaa tarvita myös ammatillista kuntoutusta.

Kannattaa varoa bakteeritulehduksia

Jos on tiedossa, että suvussa on HLA-B27 -antigeeniä, kannattaa varoa bakteeritulehduksia, jotka voivat laukaista reaktiivisen artriitin. Suolistotulehdukset, sukupuolitaudit ja bakteerien aiheuttama keuhkoputkentulehdus ovat syitä hakeutua lääkäriin.

Kannattaa välttää turistiripuliin sairastumista, eikä jäädä sairastamaan kuumeista keuhkoputkentulehdusta kotihoitoon. Seurauksena voi olla reaktiivinen artriitti, joka voi luisua selkärankareumaksi. Esimerkiksi armeijassa kylmissä olosuhteissa pesii klamydian aiheuttamia keuhkoputkentulehduksia. Virustaudit eivät altista reaktiiviselle artriitille.

Osalla selkärankareumapotilaista on myös tulehduksellinen suolistosairaus. Biologista lääkettä saavilla tämä vaiva hoituu samalla tuumorinekroositekijä alfaa estävällä lääkkeellä.

Tulehduksellisen selkävun oirekuva:

- ikä alle 40 vuotta
- aamuyöherääminen säryn takia
- alkanut vähitellen
- ei rauhoitu levolla
- rauhoittuu liikkumalla.

Teksti: Riitta Katko

[Sivun alkuun](#)

Takaisin