

**DAN NORDSTRÖM**  
dosentti, reumatologi  
Helsingin yliopisto, Clinicum  
HYKS, sisätautien klinikka,  
reumataudit

**ANNA-MARI HOKKANEN**  
sisätauteihin erikoistuva lääkäri  
Helsingin yliopisto ja HYKS

## Milloin selkäkivun taustalla on tulehduksellinen sairaus?

- Noin 40 % suomalaista on kärsinyt selkäkivusta edellisen kuukauden aikana. Pienellä osalla heistä on tulehduksellinen rankasairaus, aksiaalinen spondylartriitti.
- Jos sairaus diagnosoidaan, potilasta voidaan auttaa omaehtoiseen harjoitteluun ohjaavalla fysioterapialla ja modernilla antireumaattisella lääkehoidolla.
- Reumatologin arviosta hyötyvät potilaat on kuitenkin haastavaa löytää, koska oirekuva on moninainen.
- Kansainväliset suositukset pyrkivät nopeuttamaan diagnoosiin pääsyä ja hoidon aloitusta.
- Hoitamaton aksiaalinen spondylartriitti voi johtaa nikamia luuduttavaan selkärankareumaan ja perifeeristen nivelten muutoksiin.

Kroonisesti oirehtivaan selkäsärkyyn perusterveydenhuollosta apua hakevista potilaista arviolta 2–5 % sairastaa tulehduksellista selkäsairautta. Sellaisia ovat aksiaalinen spondylartriitti ja klassinen selkärankareuma (1). Oireiden alkamisesta saattaa kulua 5–8 vuotta selkärankareumadiagnoosin saamiseen, sillä röntgenkuvissa havaittavissa olevat muutokset ilmaantuvat hitaasti (2,3). Tätä diagnostista viivettä pitäisi saada lyhennettyä, jotta säästyttyisiin sekä invalidisoitumisilta että turhilta kustannuksilta.

Selkäoireiden yleisyyden takia ei ole tarkoituksenmukaista, että kaikki niistä kärsivät lähetetään reumatologiseen arvioon. Oireisten spondylartriittipotilaiden löytämiseksi aiempaa

löytää potilaat, jotka on syytä lähettää erikoislääkärin arvioon diagnoosin varmistamiseksi.

### Koska epäillä tulehduksellista selkäsairautta?

#### Oireet

Lähtökohtaisesti aksiaalista spondylartriittia sairastavat potilaat ovat oireiden alkaessa nuoria, keskimäärin 30-vuotiaita. Käytännössäkin, kuten myös edellä mainitussa tutkimuksessa (5), he ovat alle 40-vuotiaita.

Tulehduksellinen selkäkipu (taulukko 1) on tyypillinen löydös (89 %:lla potilaista ASAS-luokittelututkimuksessa) (4). Se johtuu sakroiliaaliniivelen tulehduksesta. Luonteenomaista on, että kivut ovat hankalia öisin ja aamuisin, mutta iltapäivisin selvästi vähäisempiä.

Vastaavaa kipua tavataan myös muissa spondylartriittiperheeseen kuuluvissa sairauksissa: nivelpsoriaasissa, reaktiivisessa artriitissa, tulehduksellisiin suolistosairauksiin liittyvässä artriitissa sekä lasten juveniilissa spondylartriitissa (6).

Sakroiliitti voidaan havaita magneettikuvauksella ja myöhemmin useimmiten myös röntgenkuvauksella, jonka perusteella on oikeus alkaa puhua selkärankareumasta. Aksiaalinen spondylartriitti ja selkärankareuma edustavat siis saman sairauden jatkumoa. Ensiksi mainittu diagnoosi varmistetaan magneettikuvauksella ja viimeksi mainittu röntgenkuvauksella.

#### Löydökset

Aksiaalisella spondylartriitilla on lisäksi monia muita klinisiä ilmentymiä. Tyypillistä on myös

### *Tulehduksellinen selkäkipu on öisin ja aamuisin selvästi pahempi kuin iltapäivisin.*

varhaisemmassa vaiheessa onkin pyritty löytämään uusia keinoja.

ASAS-työryhmä (Assessment of spondyloarthritis international society) laati vuonna 2009 aksiaalisen spondylartriitin luokittelukriteerit (4). Kun on käytetty niitä erikoissairaanhoidon lähettämisen aiheena, 33–45 %:lta potilaista on jatkoselvityksissä todella löytynyt tulehduksellinen selkäsairaus (5). Kriteerit sallivat mm. magneettikuvauksen, jolla tulehdukselliset muutokset löytyvät herkemmin kuin röntgenkuvauksella.

Esitämme nyt kriteereihin nojautuvia kansainvälisiä suosituksia, joiden tarkoituksena on

VERTAISARVIOITU 

## KIRJALLISUUTTA

- 1 Reveille JD, Weisman MH. The Epidemiology of back pain, axial spondyloarthritis and HLA-B27 in the United States. *Am J Med Sci* 2013;345:431–36.
- 2 Sieper J, Srinivasan S, Zamani O ym. Comparison of two referral strategies for diagnosis of axial spondylarthritis: the Recognizing and Diagnosing Ankylosing Spondylitis Relia-bly (RADAR). *Ann Rheum Dis* 2013;72:1621–7.
- 3 Paananen M, Alasaarela E, Elo P ym. Tulehduksellisen selkäsairauden diagnoosi ja hoito. *Suom Lääkäril* 2014;69:3059–67.
- 4 Rudwaleit M, Heide van der D, Lendevé R ym. The development of Assessment of Spondylarthritis international Society classification criteria for axial spondylarthritis: validation and final selection. *Ann Rheum Dis* 2009;68:777–83.
- 5 Sieper J, van der Heijde D, Landewe R ym. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the ASAS. *Ann Rheum Dis* 2009;68:784–8.
- 6 Nordstöm D, Virkki I, Aaltonen K. Spondylartriitin erotusdiagnoositiikka. *Suom Lääkäril* 2012;67:2629–31.
- 7 Poddubnyy D, Tubergen van A, Landewe R ym. Development of an ASAS-endorsed recommendation for the early referral of patients with a suspicion of axial spondylarthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:1483–7.
- 8 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimian ja Suomen Fysiatriryhdistyksen asettama työryhmä. Alaselkäkipu. Käypä hoito -suositus 27.4.2015. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- 9 De Hooge M, Van den Berg R, Navarro-Compán V ym. Patients with chronic back pain of short duration from the SPACE cohort: which MRI structural lesions in the sacroiliac joints and inflammatory and structural lesions in the spine are most specific for axial spondylarthritis. *Ann Rheum Dis* 2016;75:1308–15.
- 10 Shanna S, Kadiyala V, Naidu G ym. A randomized controlled trial to study the efficacy of sulfasalazine for axial disease in ankylosing spondylitis. *Int J Rheum Dis* 2018;21:308–14.
- 11 Heinonen A, Aaltonen K, Joensuu J ym. Effectiveness and drug survival of TNF-inhibitors in the treatment of ankylosing spondylitis: A prospective cohort. *J Rheumatol* 2015;15:2339–41.

geneettinen assosiaatio HLA-B27-kudostyyppiin (ASAS-luokittelututkimuksessa 66 %:lla potilaista) (4). Potilaan suvussa tavataan usein sairautta.

Kliiniseen kuvaan kuuluu paitsi sakroiliitti (yhteensä 95 %:lla potilaista, joista 65 %:lla magneettikuvauksella ja 30 %:lla röntgenkuvauksella diagnosoituna), myös perifeeristen nivelten (36 %:lla) ja selän, nivelsiteiden- ja luuston tulehdusmuutokset (magneettikuvauksessa 33 %:lla osteiitti tai entesiitti) (4). Tulehdus aiheuttaa ajan mittaan luun destruktiota ja

### TAULUKKO 1.

#### Tulehduksellisen selkävivun määrittely.

ASAS-työryhmä määrittelee tulehduksellisen selkävivun kivuksi, joka (5,6):

- on alkanut ennen 40 vuoden ikää
- on alkanut vähitellen
- rauhoittuu liikkumalla
- ei rauhoitu levolla
- ilmenee yösärkinä, joka helpottuu sängystä nousemisen jälkeen

Potilaalla on määrittelymukainen kipu, mikäli neljä viidestä kohdasta täyttyy (5). Kiputila edustaa tällöin sakroiliakalinivelen tulehdusta, joka on aksiaalisen spondylartriitin tai selkärunkareuman tärkein löydös.

### TAULUKKO 2.

#### Koska lähettää selkäpotilas erikoissairaanhoidon epäilynä aksiaalinen spondylartriitti?

ASAS-työryhmän suositus (mukailtu lähteestä 7):  
Lähtökohdaksi on kroonistunut selkäkipu (≥ 3 kk), joka on alkanut ennen 45 vuoden ikää. Potilaalla tulee esiintyä myös yksi seuraavista lisälöydöksistä:

- tulehduksellinen selkäkipu (taulukko 1)
- HLA-B27
- magneetti- tai röntgenkuvauksella (jos saatavilla) varmistettu sakroiliitti
- lääkärin toteamia artriitteja, entesiittejä tai daktyliittejä
- lääkärin varmistama psoriaasi, tulehduksellinen suolistosairaus (IBD) tai iriitti
- positiivinen sukutausta (spondylartriitti, ensimmäisen tai toisen polven sukulaiset)
- suotuisa vaste NSAID-lääkkeille
- suurentuneet tulehdusarvot (CRP tai lasko)

uudisluunmuodostusta tai luusiltoja. Se aiheuttaa myös akillesjänteen entesiittejä tai plantaarfaskiitteja (40 %:lla) ja sormien tai varpaiden daktyliittejä (7 %:lla).

Perifeeristen nivelten tulehdukset esiintyvät tyypillisesti epäsymmetrisesti ja useammin alkuun yläraajoissa. Tyypillisiä ovat myös ilmentymät muualla kuin nivelissä. Sellaisia ovat mm. iriitit (12 %:lla) ja tietyt ihottumat, erityisesti psoriaasi ja pustulosis palmoplantaris (8 %). Myös tulehduksellista suolistosairautta (inflammatory bowel disease, IBD) tavataan joskus (4 %:lla potilaista).

Kliiniset löydökset ovat melko epäspesifisiä perifeerisiä artriitteja ja entesiittejä lukuun ottamatta. Tärkein havainto on vakavamman selkäsairauden oireiden puuttuminen. Patrickin vivutustesti voi hyvin olla positiivinen sakroiliitin merkinä, mutta epäspesifisesti myös Schöberin testi, sivutaivutukset ja rintakehän liikkuvuustestit voivat antaa poikkeavia tuloksia – jo pelkästään selkävivun takia. Vuosia jatkuneessa tulehduksellisessa taudissa tulokset ovat yleensä selvästi poikkeavia, tällöin uudisluunmuodotuksen vuoksi.

#### Milloin konsultoida erikoissairaanhoidoa – soveltuvatko suositukset Suomeen?

Aksiaalisen spondylartriitin oirekuva on moninainen. Siksi ASAS on pyrkinyt luomaan yksinkertaisia suosituksia, joiden on tarkoitus nopeuttaa diagnoosiin pääsyä ja hoidon aloitusta (7). Suositukset (taulukko 2) tukeutuvat aiemmin mainittuihin luokittelukriteereihin, ja niitä voidaan tietyin varauksin soveltaa myös suomalaisiin potilasiin.

Suomessa ei säteilyturvastyistä suositella sakroiliakalinivelen röntgentutkimusta alle 35-vuotiaille (3). Magneettikuvaus on melko kallis ja hankalamminkin saatavissa oleva tutkimus. Myös tulkinta vaatii perehtyneisyyttä, joten se jää erikoissairaanhoidon tehtäväksi.

Lisäksi on hyvä muistaa, että Suomessa HLA-B27:n esiintyvyys on noin 15 %, mikä tekee kudostyyppistä ehkä liiankin herkän kriteerin, mikäli muut oireet ovat epätyypillisiä tai puuttuvat (3,6).

Suomessa säännöllistä NSAID-lääkitystä tulee kokeilla ennen erikoissairaanhoidon lähettämistä ainakin kuukauden ajan riittävällä annoksella (> 50 % maksimiannoksesta, tarvittaessa kahdella valmisteella). Vasteen tulee olla

## SIDONNAISUDET

Dan Nordström: Asiantuntijapalkkiot (AbbVie, BMS, Lilly, MSD, Novartis, Roche, UCB).  
Anna-Mari Hokkanen: Matka- ja koulutuskulut (Amgen).

suotuisa, joskin riittämätön (3). Sairauden alkuvaiheessa ei painoteta tutkimuslöydöksiä, kuten Schoberin testin tulosta, koska ne ovat tällöin usein epäspesifisiä.

### Erotusdiagnostiikka

Seuraavat tilat tulee huomioida aksiaalisen spondylartriitin erotusdiagnostisina vaihtoehtoina.

Epäspesifinen selkäkipu: ei tulehduksellisia tai iskiasoireiston piirteitä, eikä vakavan selkäsairauden oireita tai löydöksiä (8).

Iskiasoireisto: useimmiten lyhyempikestoinen (< 3 kk), alkaa selkäräsituksen jälkeen, on toispuoleista ja säteilee usein polven alapuo-

ka ja SI-nivelet. Jos potilaalla on oireita myös kaularangassa ja/tai rintarangassa, nekin on syytä kuvata.

Mikäli löytyy tulehdusmuutoksia (luuödeemaa kahdessa peräkkäisessä leikkeessä), potilaalla on aktiivinen spondylartriitti. Nykykäsityksen mukaan myös kolmiomaiset ödeemamuutokset nikamakorpusten ylä- tai alareunassa sekä nikamanurkkien rasvoittuminen (rakenteellinen muutos) viidessä eri kohdassa edustavat spondylartriittia ja tulee huomioida diagnostisina muutoksina (> 95 % spesifisyys) (9).

Mikäli potilaalla on aktiivinen magneettitutkimuslöydös, hänelle voidaan asettaa diagnosiiksi aksiaalinen spondylartriitti (M46). Jos potilaalta löytyy sakroiliittimuutoksia natiivikuvas- ta, hänellä katsotaan olevan klassinen selkärangan- kareuma (M45).

*Suomessa HLA-B27:n esiintyvyys on noin 15 %, mikä tekee siitä ehkä liiankin herkän kriteerin.*

### Hoito

Fysikaalisen kuntoutuksen ja liikehoidon lisäksi aloitetaan antireumaattinen lääkitys: sulfasalatsiini tai vaihtoehtoisesti metotreksaatti (esim. jos potilaalla on sulfa-allergia ja/tai perifeerisiä oireita) (3,10). Hoitovaste määritetään viimeistään 3–6 kuukauden kuluttua, ja tavoitteena on oireettomuus. Arvioinnissa käytetään myös validoituja mittareita (kuten BASDAI, BASFI tai ASAS).

Kyseinen hoito on riittävä noin puolelle potilaista. Mikäli riittävää vastetta ei kliinisesti arvioituna saavuteta (ja jos esim. BASDAI-tulos ei pienene vähintään 50 %) (www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\_haku=basdai), harkitaan biologisen lääkityksen aloittamista. Se edellyttää aktiivimuutoksia magneettikuvassa ja/tai suurentunutta CRP-pitoisuutta.

Näin menetellen tauti reagoi hoitoon suotuisasti noin 80 %:lla potilaista ja arviolta puolet saavuttaa ns. osittaisen remission (11). ●

lelle. Oireistoon kuuluu usein hermojuuri-kompressioon liittyviä neurologisia oireita ja löydöksiä.

Vakava selkäsairaus: potilas on pääsääntöisesti vanhempi (> 40-vuotias). Hänellä on joko neurologisia yleisoireita (kuten virtsaumpi, ulosteen pidätysvaikeus tai alaraajahalvausoireet), tai hänelle on tehty aiemmin selkäleikkaus, hänellä on syöpä, yleisoireita (kuten laihutumista tai lämpöilyä) tai solunsalpaaja- tai kortisonilääkitys.

### Potilas erikoissairaanhoidossa

#### Diagnosi

Oireinen potilas, jolla NSAID-hoitovaste on riittämätön, lähetetään reumatologille. Potilaan selkäranka ja SI-nivelet tutkitaan soveltuvin osin magneettikuvauksella (3). Mikäli potilaalla on pelkästään alaselkäoireita, kuvataan LS-ran-

**English summary** | [www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi) | in english  
In which cases is back pain inflammatory?

**DAN NORDSTRÖM**

Docent, rheumatologist  
Internal Medicine  
Outpatient Clinic, Rheumatology  
Helsinki University Central  
Hospital and University of Helsinki

**ANNA-MARI HOKKANEN**

# In which cases is back pain inflammatory?

The leading clinical manifestation of axial spondyloarthritis (axSpA) is chronic back pain. However, chronic back pain is highly prevalent in the general population and axSpA is responsible for only about 5% of cases. The high prevalence of chronic back pain calls for a specific kind of 'filter' or referral strategy based on the presence of features characteristic of axSpA. This is necessary in order to sufficiently increase the likelihood of patients with axSpA being referred to a rheumatologist by non-rheumatologists.

The ASAS-endorsed referral recommendation for patients suspected of having axial spondyloarthritis was developed as a flexible and universal strategy to be used in clinical practice by primary care physicians and can also be adapted to Finnish patients, however, keeping in mind the high prevalence of HLA-B27 in our country.