

TULEHDUKSELLISEN SELKÄKIVUN JA
AKSIAALISEN SPONDYLARTRIITIN
TUNNISTAMISOPAS

Auttaa



Opastaa



Ohjeistaa



TUNNISTAMISOPPAAN TAVOITTEET

Auttaa

s. 2-3



Auttaa tunnistamaan potilaat, joilla on tulehduksellinen selkäkipu, joka on tyypillinen aksiaalisen spondylartriitin* oire

*selkärankareuma tai aksiaalinen spondylartriitti ilman radiografista näyttöä selkärankareumasta

Opastaa

s. 4-5



Opastaa tunnistamaan tyypilliset aksiaalisen spondylartriitin oireet

Ohjeistaa

s. 6-7



Ohjeistaa oikea-aikaisen ja laadukkaan lähetteen tekemiseen

MILLOIN SELKÄKIPU ON TULEHDUKSELLISTA?



5% Tulehduksellinen
selkäkipu

Ei-tulehduksellinen selkäkipu 95%
Mm. rakenteellinen, rasitus, trauma

Tulehduksellisen selkä kivun kriteerit (kun selkäkipu jatkunut > 3kk)

Kyseessä on tulehduksellinen selkäkipu, jos vähintään neljä oheisista kriteereistä täyttyy.

- Oireiden alkaminen alle 40 vuoden iässä
- Oireet alkaneet vähitellen
- Liikunta lievittää oireita
- Oireet eivät lievitä levossa
- Yösärkyä (jota ylösnousu lievittää, ei tarkoita vuoteesta kääntymisen aiheuttamaa kipua)

Tulehduksellinen selkäkipu on tyypillinen aksiaalisen spondylartriitin löydös, mutta spondylartriitit ovat monimuotoisia sairauksia, joten potilaan koko oirekuva tulee huomioida läheteessä sekä hoidon valinnassa.

SPONDYLARTRIITIT OVAT RYHMÄ MONIMUOTOISIA SAIRAUKSIA

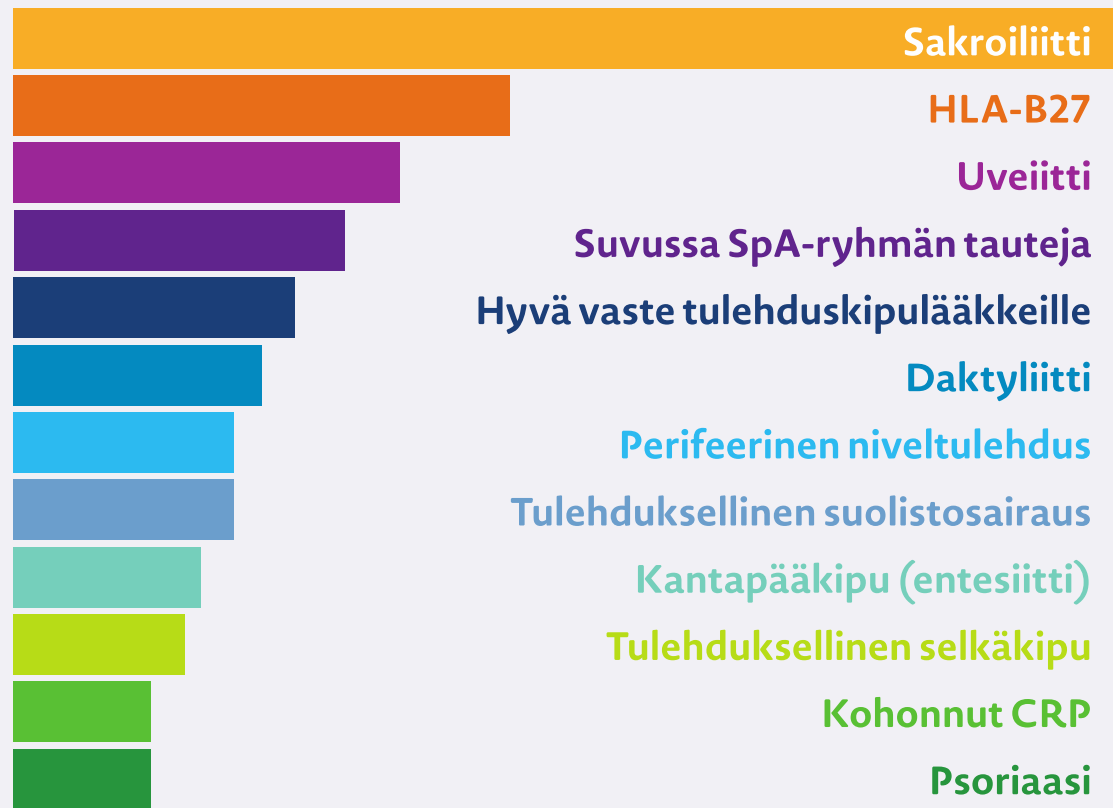


Spondylartriitit (SpA) jaetaan karkeasti kahteen ryhmään sen perusteella, ovatko oireet pääasiallisesti selkärangassa (aksiaalinen tauti) tai muualla kuin selkärangassa (perifeerinen tauti). Koska samoja oireita esiintyy monissa spondylartriittien ryhmään kuuluvissa sairauksissa ja taudinkuva voi olla päällekkäinen, ei diagnoosin määrittäminen ole välttämättä yksinkertaista. Potilaan taudinkuva voi myös muuttua ajan kuluessa niin, että hänen diagnoosinsa vaihtuu.

MITKÄ OIREET JA LÖYDÖKSET LIITTYVÄT TYYPILLISESTI AKSIAALISEEN SPONDYLARTRIITTIIN?



LÖYDÖKSILLÄ ON ERILAINEN PAINOARVO



Mitä pidempi palkki oireen tai löydöksen edellä on, sitä voimakkaammin se viittaa nimenomaan aksiaaliseen spondylartriittiin. Koko oirekuva tulee huomioida lähetettä tehtäessä ja hoitoa valittaessa.

Tiedot koottu seuraavista lähteistä:

Rudwaleit M, van der Heijde D, Khan MA ym., Ann Rheum Dis 2004;63:535-543

Rudwaleit M, Khan MA & Sieper J, Arthritis Rheum 2005;52:1000-1008

ASAS-ryhmä: <http://www.asas-group.org/>

TOIMI NÄIN, KUN EPÄILET AKSIAALISTA SPONDYLARTRIITTIA

Perusterveydenhuollon rooli

- Hoitokokeilu tulehduskipulääkkeillä (4 viikkoa, 1-2 lääkettä, maksimiannos)
 - Jos ei vastetta, lähete reumatologille
 - Jos vaste saavutetaan, hoitoa voidaan jatkaa perusterveydenhuollossa, mutta tarvittaessa lähete erikoissairaanhoidon diagnoosin vahvistamiseksi
- Liikehoito-ohjeistus (fysioterapia)
- Kuntoutusharkinta, mikäli työkyky uhattuna lääkityksestä huolimatta

Lähetteessä tulee olla

- Oireiston ja statuksen kuvaus
- Laboratoriokokeet (myös HLA-B27)
- Sukuanamneesi
- Vaste tulehduskipulääkkeille
- Röntgen/magneettikuva (kuvat mukaan)

Interaktiivinen selkälähetete auttaa huomioimaan tarvittavat seikat

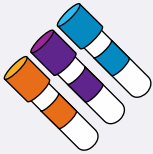
(http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=pgr00073)

Lisätietoa aksiaalisesta spondylartriitista luettavissa artikkelista:

Tulehduksellisen selkäsairauden diagnostiikka ja hoito

Paananen M, Alasaarela E, Elo P ym., Suomen Lääkärilehti 2014;69(46):3059-3067.

AKSIAALISEN SPONDYLARTRIITIN TUNNISTAMISEN KANNALTA OLENNAISET TUTKIMUKSET



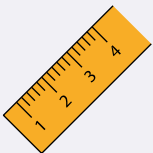
Laboratoriokokeet

- CRP, La, PVK
- HLA-B27
- Nivelneste (solut + diff, kiteet, bakt.värjäys, -viljely) aina kun saatavilla



Kuvantaminen

- Röntgen: SI-nivelet ja lanneranka sekä tarvittaessa pidempään oirehtineet raajanivelet kliinisen arvion mukaan.
- MK: Lanneranka sisältäen SI-nivelet kohdistettuna sekä tarvittaessa muu oirehtiva ranka. Jos potilas lähetetään magneettikuvaukseen, tulee huomioida, että spondylartriitti-epäily mainitaan lähetteessä. Erikoissairaanhoidossa magneettikuva on ensisijainen kuvantamismenetelmä alle 35-vuotiaille, joilla epäillään aksiaalista spondylartriittia.



Selkärangan ja rintakehän liikkuvuuden mittaukset (normaaliarvot suluissa)

- Modifioitu Schober (≥ 6 cm)
- Takaraivo-seinämitta (0 cm)
- Hengitysero (≥ 4 cm)
- Sivutaivutus (≥ 20 cm)

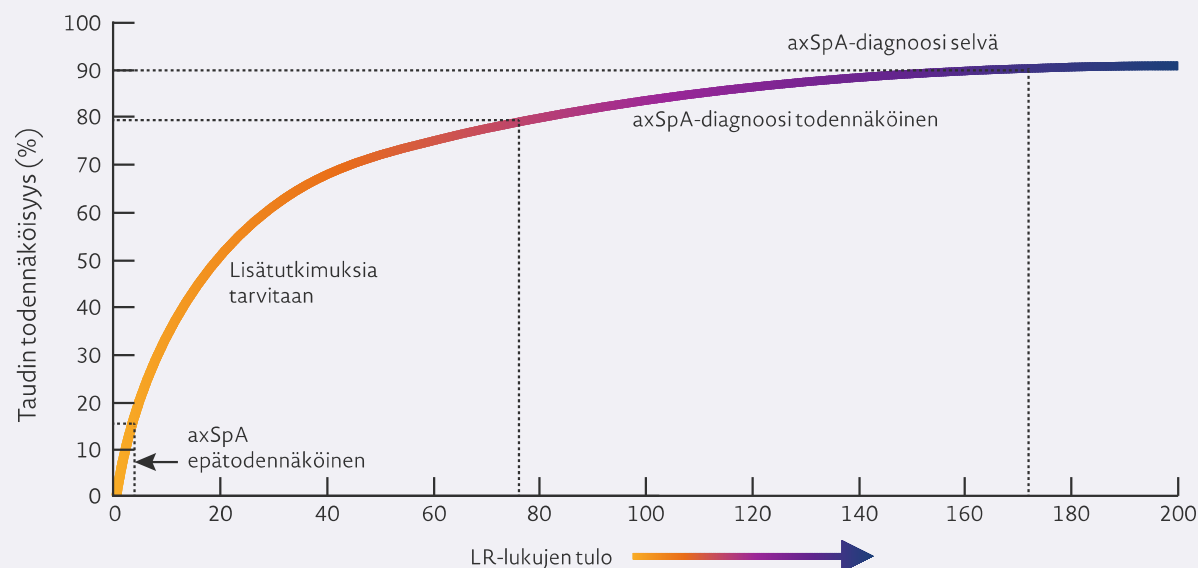
0-10

Taudin aktiivisuuden sekä toimintakyvyn mittarit

- BASDAI ja BASFI, skaala 0-10 cm (aktiivi tauti, jos yli 4)

Lomakkeet: <http://www.asas-group.org>

DIAGNOOSIN TODENNÄKÖISYYDEN ARVIOINTI LR-LUKUJEN PERUSTEELLA



Aksiaalisen spondylartriitin todennäköisyyttä voidaan arvioida eri oireille määriteltujen LR-lukujen (Likelihood Ratio) avulla. Kertomalla seuraavan sivun taulukossa esitetyt LR-luvut keskenään saadaan LR-tulo, joka kuvaa diagnoosin todennäköisyyttä. Jos potilaalla on tietty oire tai löydös, käytetään laskukaavassa LR+ -lukua ja jos kyseistä oiretta tai löydöstä ei ole käytetään LR- -lukua. Kun taudin todennäköisyyttä arvioidaan aksiaalisen spondylartriitin varhaisvaiheessa, LR- -luvut suositellaan jätettävän huomioimatta entesiitin, daktyliitin, uveitin, perifeerisen niveltulehduksen, psoriaasin ja IBD-sairauden kohdalla, sillä niitä ei välttämättä ole taudin alkuvaiheessa, mutta ne voivat ilmentyä myöhemmin. Mitä suurempi LR-luku tietyllä oireella tai löydöksellä on, sitä enemmän se lisää aksiaalisen spondylartriitin diagnoosin todennäköisyyttä. Kuvaajassa esitetään arvio aksiaalisen spondylartriitin todennäköisyydelle SpA-oireista laskettavan LR-lukujen tulon funktiona.

Tässä mallissa perusesiintyvyyden aksiaaliselle SpA:lle selkäkipuisilla oletetaan olevan 5 % ennen kuin SpA-oireet on otettu huomioon. Tätä taudin todennäköisyyttä esittävää kuvaajaa on tarkoitettu käytettävän, kun arvioidaan niitä kroonisesta selkäkivusta kärsiviä potilaita, joilla epäillään aksiaalista SpA:ta. Todennäköisyyttä arvioitaessa on käytetty seuraavia raja-arvoja LR-lukujen tulolle (Ppost): Diagnoosi selvä (Ppost ≥ 90 %, LR-lukujen tulo ≥ 171), todennäköinen (Ppost 80-90 %, LR-lukujen tulo 76-171) ja epätodennäköinen (≤ 10-20 %, LR-lukujen tulo < 2-4).

Aksiaaliseen spondylartriittiin liittyvien oireiden sensitiivisyydet ja spesifisyydet aikaisempien arvioiden perusteella sekä näiden perusteella lasketut LR+ ja LR- -luvut*.

	LR+	LR-	Sensitiivisyys (%)	Spesifisyys (%)
Tulehduksellinen selkäkipu	3,1	0,33	75	76
Kantapääkipu (entesiitti)	3,4	0,71*	37	89
Perifeerinen niveltulehdus	4,0	0,67*	40	90
Makkarasormi- tai varvas (daktyliitti)	4,5	0,85*	18	96
Psoriaasi	2,5	0,94*	10	96
Silmän värikalvon ja sädekehän tulehdus (uveiitti)	7,3	0,80*	22	97
Tulehduksellinen suolistosairaus (IBD-sairaus)	4,0	0,97*	4	99
Suvussa SpA-ryhmän tauteja	6,4	0,72	32	95
Hyvä vaste tulehduskipulääkkeille	5,1	0,27	77	85
Kohonnut akuutin vaiheen reaktantti (CRP)	2,5	0,63	50	80
HLA-B27+**	9,0	0,11	90	90
Sakroiliitti (MK)	20,0	0,41	60-85	90-97
Sakroiliitti (röntgen, ≥3 asteen muutos)	20,0	0,61	40	98

Taulukko koottu seuraavista lähteistä:

Rudwaleit M, van der Heijde D, Khan MA ym., Ann Rheum Dis 2004;63:535-543

Rudwaleit M, Khan MA & Sieper J, Arthritis Rheum 2005;52:1000-1008

ASAS-ryhmä: <http://www.asas-group.org/>

CRP, C-reaktiivinen proteiini; HLA, HL-antigeeni; LR+, positiivinen uskottavuusosamäärä; LR-, negatiivinen uskottavuusosamäärä

$LR+ = \text{sensitiivisyys} / (100 - \text{spesifisyys})$; $LR- = (100 - \text{sensitiivisyys}) / \text{spesifisyys}$

* Koska entesiittiä, daktyliittia, uveittia, perifeeristä niveltulehdusta, psoriaasia tai IBD-sairautta ei välttämättä ole axSpA:n alkuvaiheessa, mutta ne voivat ilmentyä myöhemmin, suositellaan, että näiden oireiden puuttumista ei otettaisi huomioon mahdollisen axSpA-epäilyn varhaisvaiheessa.

** HLA-B27:lle esitetyt sensitiivisyys ja spesifisyys viittaavat Euroopan valkoihoiseen väestöön. Sensitiivisyys- ja spesifisyysarvot voivat vaihdella eri väestöryhmissä.

Tämän tunnistamisoppaan toteutuksesta on vastannut

AbbVie Oy

Oppaan asiantuntijoina ovat toimineet:

Jaro Karppinen

LT, professori, fysiatrian erikoislääkäri

Marjatta Leirisalo-Repo

LT, professori, sisätautien ja reumasairauksien erikoislääkäri

Dan Nordström

LT, dosentti, sisätautien ja reumasairauksien erikoislääkäri

Mikko Nykänen

LL, työterveyshuollon erikoislääkäri

Leena Paimela

LKT, dosentti, sisätautien ja reumasairauksien erikoislääkäri