

Spondylartropatiat natiivikuvin

Ylilääkäri emerita Irma Soini, Reumasäitiön sairaala

Spondylartropatioiden (SPA) tautiryhmästä käytännön työssä useimmiten on kyse selkärankareumasta, psoriasisartriitista tai reaktiivinen artriitista. Radiologille tärkeintä on osata tunnistaa havaitut muutokset spondylartropatian aiheuttamiksi, ei niinkään mistä tämän ryhmän taudista tarkemmin on kyse. Röntgenkuvassa havaittavat SPA:n aiheuttamat muutokset ovat myöhäismuutoksia, taudin alkuvaiheen muutokset ovat parhaiten todettavissa magneettikuvauksella. Tässä luennossa käsitellään vain rangan ja SI-nivelten muutoksia, ei perifeerisiä niveliä.

Selkärankareuma on nuorten tauti, tyypillisimmin sairastuu 18–30-vuotias mies, psoriasisartriittiin ja reaktiiviseen artriittiin voi sairastua myöhemmälläkin iällä. Selkärankareumassa rangan ensimmäiset röntgenkuvassa havaittavat muutokset nähdään rinta- ja lannerangan ylimenoalueella. Tämän vuoksi lannerankakuva on otettava niin että alimmat rintanikamat näkyvät. Nikamat neliöityvät, mikä aiheutuu nikamien edessä kulkevan pitkittäisen ligamentin ja nikamakorpuksen etupinnan välisen liitoksen tulehduksesta, mistä seurauksena on lisäluukasvua. Nikamanurkkiin annuluksen uloimman kerroksen kiinnityskohtaan kehittyä eroosioita tulehduksen seurauksena, tämä voi olla röntgenkuvassa vaikeasti havaittavissa mutta tulee myöhemmin kalkkeutuessaan selvemmin näkyviin (shiny corner). Annuluksen uloin kerros kalkkeutuu tulehduksen seurauksena (syndesmofyytit). Fasettinivelet tulehtuvat ja luutuvat. Myöhäisvaiheessa koko ranka voi muodostaa yhtenäisen jäykän 'bamburangan', tällöin taudin alusta on kulunut jo vuosikymmen. Jos tällaiseen lopputulokseen on päästy, on taudin diagnostiikka ja hoito epäonnistunut.

Spondylartropatioissa esiintyy myös samantyyppisiä yläkaularangan muutoksia (AAS ja altlantoaksiaalinelvelten vaurio) kuin nivelreumassa. Fasettinivelten tulehtuminen ja ligamenttien kalkkeutuminen voi jäykistää kaularangan.

Psoriasisartriitissa ja reaktiivisessa artriitissa rangan muutokset ovat samantyyppisiä mutta syndesmofyytit (vertikaaliset kalkkisangat) ovat paksumpia, epäsymmetrisesti sijaitsevia ja alkavat nikamakorpuksen puolelta.

Selkärankareuma alkaa lähes aina SI-nivelistä, ylemmän rangan muutokset ilman SI-nivelmuutoksia ovat harvinaisia. Sakroiliitti alkaa useimmiten suoliluun puoleisen fibroottisen ruston ja subkondraalisen luun välisestä liitoksesta. Varhaisvaiheen muutokset (tulehdussoluinfiltraatio, hohkaluun ödemi) eivät näy röntgenkuvassa, vasta luupinnan eroituminen ja skleroosilisa ovat havaittavissa, mutta diagnoosin varmistaminen vaatii usein magneettitutkimuksen. Myöhempien selvien muutosten kehittymiseen kuluu vuosia.

Mikäli kuvataan vain SI-nivelet, tulee ottaa kohdennettu AP- tai PA-suunnan kuva, viisoprojektiot eivät ole suositeltavia. Mikäli kuvataan myös lanneranka, kohdennettu PA-kuva SI-nivelistä on tarpeen, jos SI-nivelet näkyvät huonosti esim. voimakkaasti taakse kääntyvän sakrumin vuoksi. Kuitenkin alle 35-vuotiailla magneettitutkimus on ensisijainen rangan ja SI-nivelten varhaisten tulehdusmuutosten toteamisessa, koska muutokset eivät varhaisvaiheessa vielä tule esiin röntgenkuvassa ja myös sädehygieenisistä syistä.

Kirjallisuutta

The Assessment of SpondyloArthritis international Society handbook: a guide to assess spondyloarthritis. *Annals of Rheumatic Diseases*. The EULAR Journal. June 2009 Volume 68 Supplement II.