

Reumatoloogia

Diagnostika ja ravi muutumine reumatoloogias – spondüloartriitide paradigma

Selliste reumaatiliste põletikuliste haiguste nagu reumatoidartriidi ja anküloseeriva spondüliidi diagnoosimine ning ravi on viimastel aastatel oluliselt muutunud. Kliinilise tegevuse peamiseks eesmärgiks on uute ravimite kiire ja ulatuslik rakendamine, et mõjutada haigust varases faasis ning hoida ära pöördumatute muutuste teket ja parandada haigete elukvaliteeti. Spondüloartriidid on vanimad ja levinumad põletikulised sidekoehaigused selgroogsetel, kuid nende haiguste tunnustamine ühtse haiguste rühmana algas alles 20. sajandil seronegatiivsete spondüloartropaatiate mõiste kasutuselevõtuga. Praegusajal on nende haiguste grupi üldnimetuseks spondüloartriidid (SpA).

Lüüsamast, aksiaalseid ja perifeerseid liigeseid haaravate põletike prototüübiks peetakse anküloseerivat spondüliiti (AS), mida varem tunti Bechterewi tõvena. AS on nii SpA alatüüp kui ka kogu grupile iseloomulik haiguse lõppfaas. Lisaks ASile kuuluvad gruppi reaktiivne artriit (varem Reiteri sündroom), põletikulise soolehaiguse artropaatia, psoriaatiline artriit ja mitte-diferentseerunud spondüloartriit. Kuigi SpA igal alatüübil on iseloomulik kliiniline pilt, on nendel haigustel ka hulk ühiseid kliinilisi, piltidiagnostilisi ja laboratoorseid tunnuseid, mis selgelt eristuvad teistest põletikulistest reumaatilistest haigustest, sealhulgas reumatoidartriidist.

Nimetatud haigused võivad esineda ühel haigel vahelduva või kattuva sündroomina. SpA-dele on iseloomulik perekondlik esinemine, mille aluseks on geneetiline eelsoodumus, mis väljendub inimese leukotsüüdiantigeeni HLA

B27 olemasoluna. Haigete suur arv (kuni 1,2% rahvastikust) ja haigusest põhjustatud elukvaliteedi halvenemine ning süvenev invaliidistumine on olnud põhjusteks, miks SpA diagnostilised kriteeriumid on üle vaadatud (1). Olulisim diagnostiline uuendus puudutab seljavalu ja sakroiliidi diagnoosimist. Haigust iseloomustav põletikuline seljavalu algab hiilivalt enne 40. eluaastat, on häiriv öösiti ja väheneb füüsiliste harjutustega, kuid puhkamine valu ei vähenda. SpA tunnuste hulka on lisatud iseloomulik C-reaktiivse valgu sisalduse suurenemine ja mittesteroidsete põletikuvastaste ravimite (MSPVRide) hea terapeutiline efekt. Lisaks peetakse SpA puhul iseloomulikuks daktüliitide ja entesiitide esinemist. Oluline on ka varase sakroiliidi diagnoosimine magnetresonantstomograafia (MRT) abil, sest röntgeniülesvõttel leitud sakroiliit viitab juba pikaajalisele haigusele. Sakroiliit MRT-leiuna ja HLA B27 olemasolu koos tüüpiliste kliiniliste tunnustega kinnitab SpA diagnoosi. Kokkuvõttes on SpA diagnoosimine uute kriteeriumite valgusel võimalik juba mõni kuu pärast haiguse algust, mitte nagu varem, kui haigus diagnoositi mõnikord alles pärast aastatepikkust põdemist.

Medikamentoosne ravi algab NSAIDidega, sh koksibidega, ning püsiva aktiivse haiguse käigus võib ravi osutada pikaajaliseks (2). Glükokortikoidide süsteid võib kasutada skeleti erinevates põletikukolletes, kuid mitte süsteemselt. Haigust modifitseerivad antireumaatilised ravimid (DMARDid), sh sulfasalasiin ja metotreksaat, on tõhusad pigem perifeersete haigusnähtude puhul, kuid mitte aksiaalsete haigusprotsesside pidurdamisel. Tuumorinekroosifaktor alfa (TNF-alfa) vastane bioloogiline ravi on näidustatud püsiva kõrge aktiivsusega

haiguse korral, vaatamata ravile MSPVRiga. Siiani ei ole tõendatud, et eelnev DMARD-ravi oleks vajalik ja parandaks tulemust. Bioloogilistest ravimitest on SpA ravis praeguseks piisavalt tõendamist leidnud vaid TNF-alfa antagonistide terapeutiline mõju.

Kokkuvõttes on tänapäeval valdavalt töövõimelisi inimesi tabava SpA diagnostika ja ravi muutunud oluliselt kiiremaks, tõhusamaks ja kallimaks ning see parandab haigete elukvaliteeti ja töövõimet. Eesti Haigekassa on reumatoloogide taotlusi bioloogilise ravi rakendamiseks erialal toetanud, kuid on ilmne, et diagnostika paranemine ja tõenduspõhiste bioloogiliste ravimite olemasolu reumatoloogias ei luba pikemas perspektiivis kasutada väga rangeid ja ajale jalgu jäänud kitsendusi ravi määramisel ning kindlasti on vajalik lähiperspektiivis leida lisaraha reumaatiliste haiguste raviks.

ALLIKAD

1. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, et al. The assessment of SpondyloArthritis International Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis* 2011;70:25–31.
2. Braun J, van den Berg R, Baraliakos X, Boehm H, et al. 2010 update of the ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2011;70:896–904.



Riina Kallikorm
TÜ Kliinikumi
sisekliinik,
TÜ sisekliinik
riina.kallikorm@kliinikum.ee