

Spondyloartritt: en case

Aksial spondyloartritt er en kronisk inflammatorisk sykdom, som hovedsakelig rammer det aksiale skjelettet. Spondyloartritt regnes som en spesifikk årsak til korsryggssmerter og havner i det revmatologiske spekteret av sykdommer. Pasientene er ofte unge med betydelig funksjonsnedsettelse. I denne artikkelen presenteres en case-rapport fra klinikken, som beskriver pasientpresentasjonen og resonneringen som ledet frem til diagnosestillingen.



AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

Leseren henvises i første omgang tilbake til Fysioterapi i Privat Praksis nr 1 (2023), hvor undertegnede skrev en utfyllende oppsummering om spondyloartritt. Her tillates allikevel en kort oppsummering.

Hva er spondyloartritt

I litteraturen snakker man om aksial spondyloartritt (axial spondyloarthritis) som 'kronisk inflammatorisk sykdom som

hovedsakelig rammer det aksiale skjelettet'. Aksial spondyloartritt er igjen en del av spondylartropatiene, som utover de aksiale også inkluderer psoriasisartritt, reaktiv artritt og artritt forbundet med inflammatorisk tarmsykdom (Mb Crohn og ulcerøs kolitt) [1].

De aksiale spondyloartrittene (axSpA) deles inn i to hovedgrupper:

- Radiografisk aksial spondylartropati (r-axSpA) aka ankyloserende spondylitt (AS) aka Morbus Bechterew
- non-radiografisk aksial spondylartropati (nr-axSpA)

Prevalensen av alle former for SpA er opptil 2 % i den generelle befolkningen globalt, mens man rapporterer ulike prevalenstall i ulike deler av verden, og gjerne høyere forekomst i Nord-Europa. Dette er sannsynligvis grunnet høyere forekomst av vevstypen HLA-B27 i de nordiske landene [2]. Vevstypen HLA-B27 er sterkt assosiert med spondyloartritt, og omkring 75-90 % av pasienter med diagnostisert spondyloartritt er HLA-B27 positive. Det er rapportert en forekomst på mellom 0.3-1.4 % av axSpA på verdensbasis [1]. I Europa er forekomsten av HLA-B27 ca. 8 % i befolkningen, og denne synker drastisk i Asia og Afrika. Allikevel

er det viktig å påpeke at på tross av at forekomsten av HLA-B27 er høy i Norden, vil <10 % av pasienter med vevstypen utvikle spondyloartritt [1,3].

ASAS kriteriene (se bilde) er de gjeldende klassifikasjonskriteriene som benyttes ved diagnosestillelse. Etter at disse ble publisert i 2009, har vår kunnskap omkring axSpA økt betraktelig. Inklusjonen av pasienter med mer diffuse symptomer og negative røntgenfunn, har medført at man nå snakker om to distinkte grupper pasienter, med overlappende kliniske karakteristika: den tradisjonelle, røntgenverifiserte aksiale spondyloartritten (ankyloserende spondylitt / Mb Bechterew), og den «nye» pasientgruppen som man kaller ikke radiografisk spondyloartritt (nr-axSpA). Tidligere har det hersket en overbevisning om at det primært er menn som rammes av tilstanden aksial spondyloartritt. Spesielt ankyloserende spondylitt har vært antatt å være en predominerende mannlig sykdom. Tidligere opererte man med 3:1 forhold, men en større gjennomgang fra 2019 viser at andelen menn er forskjellig avhengig av diagnose [4]. Av >8400 pasienter med r-axSpA (ankyloserende spondylitt), er 69 % menn, mens i en populasjon

av >4000 pasienter med nr-axSpA er 53 % av pasientene menn. Med andre ord tyder det fortsatt på at den tradisjonelle formen for AS har overvekt av menn med diagnosen, mens det er mer jevnt fordelt på den nyere tilstanden nr-axSpA. Inflammatorisk ryggsmerte er en hjørnestein klinikerne bør være klar over (se boks). De aller fleste pasientene (opp mot 90 % av diagnostiserte r-axSpA og nr-axSpA pasienter) oppfyller de fleste av kriteriene for inflammatorisk ryggsmerte. Over 80 % av pasientene, uavhengig av diagnose, er hvite, og majoriteten (75-90 %) av pasientene er HLA-B27 positive. De fleste pasientene (>60 %) responderer godt på NSAIDs, mens familiær disposisjon (det vil si førsteleddslektning med diagnostisert axSpA) er tilstede i omkring 25 % av tilfellene.

Ved mistanke om spondyloartritt, må man være klar over at diagnostikken hviler på én av to «armen» (se klassifikasjonskriteriene). Den sterkeste indikatoren er MR-verifisert sacroilitt (den «bildediagnostiske armen»), som medfører at man kun behøver ett ekstra SpA tegn for å bli klassifisert som axSpA. Den «kliniske armen» baserer seg på positiv HLA-B27 vevstype + to ekstra SpA-tegn. Av

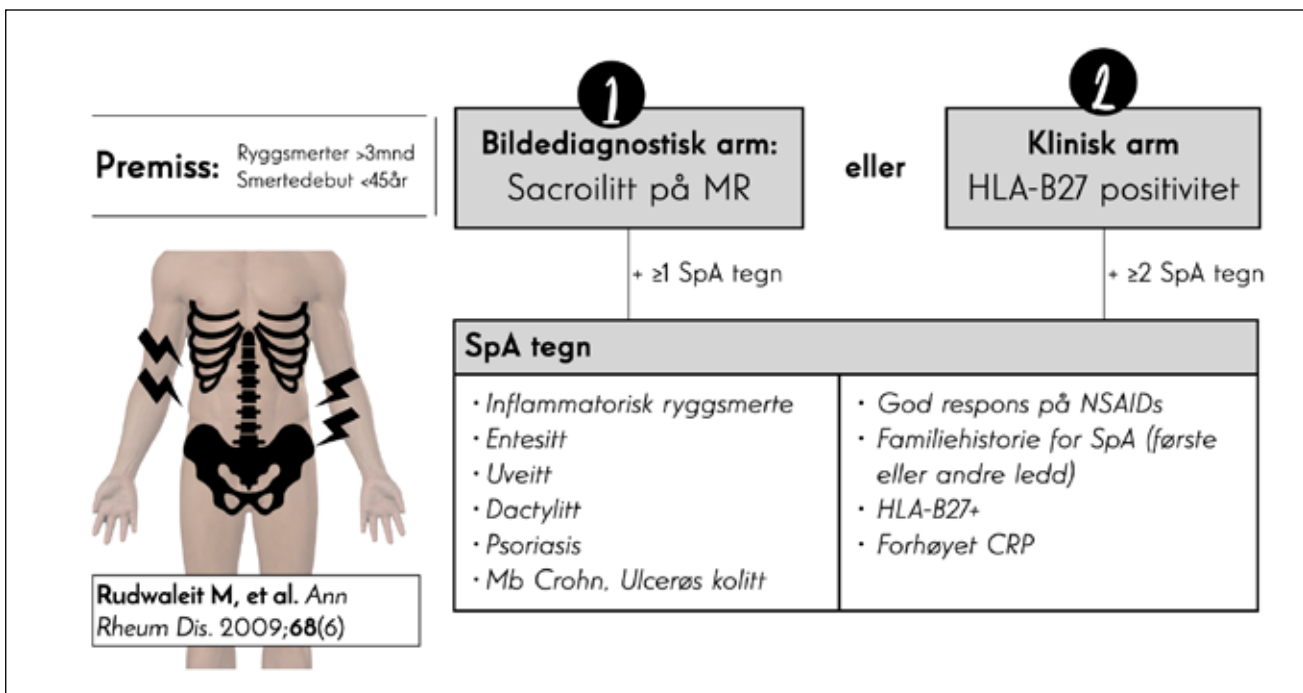
Inflammatoriske ryggsmertes	
Symptomdebut	<40 år
Debuttype	Gradvis, forverrende
Forverring/lindring	Forverring i ro/hvile Bevegelse lindrer
Nattesmerter	Ja, spesielt sent om natten

Typiske karakteristika ved inflammatorisk ryggsmerte

tabellen ser vi at majoriteten av pasienter som diagnostiseres med SpA har HLA-B27 positivitet (opp mot 90 %). Dersom man finner denne positiv, men ikke finner objektiv sacroilitt på MR, kan pasienten likevel altså henvises, men erfaringsmessig er det noe vanskeligere å få satt diagnosen hos denne pasientgruppen.

Case

Den aktuelle pasientkasusen er en ung jente i starten av 20-årene, som henvendte seg til undertegnede klinikk ultimo 2022. Hun hadde på dette tidspunktet hatt plager i fire år, med aktuelle høyresidige bekkenleddsplager som primære henvendelsesårsak. Ved mer detaljert historie, avdekket det at symptomene er tidvis bilaterale, men at de primært har vært



ASAS-kriteriene er klassifikasjonen som er gjeldende for diagnose av spondyloartritt

skiftevis på høyre og venstre side over de siste årene. Hun har hatt noen få gode perioder, men typisk i forbindelse med NSAIDs-kur ordinert via fastlege. Symptomene har etter hvert spredt seg til korsrygg, men ved henvendelse angis fortsatt høyre IS-leddsregion som punctum maximum. Ved generell forespørsel angir hun at hun har følt seg mye syk med fatiguelignende symptomer, sykmeldt i kortere perioder, og episoder med antibiotikakrevende lungebetennelse. Hun har uttalt morgenstivhet som strekker seg forbi frokost, med bedring utover dagen. Hun opplever bedring ved lett aktivitet (gåture, joggeturer), med forverring i timene etterfølgende («når kroppen blir kald»). Hun er ikke plaget med nattesmerter, men hun kan våkne tidlig (før 06:00) grunnet smerter og stivhet i korsrygg/bekken.

Hun rapporterer flere besøk hos forskjellige klinikere (kiropraktor og fysioterapeut). Hun har opplevd forverring ved manipulasjonsbehandling av bekkenleddet tidligere, og opplever området som «sårt og vondt å ta på». Generell treningsterapi i regi av fysioterapeut har hatt akutt god, men kortvarig effekt, og ingen effekt utover hva hun opplever fra en alminnelig gåtur. Ved spesifikt spørsmål om «hvor effektivt betennelsesdempende fungerer», beskriver pasienten konsekvent eklatant effekt over perioden på fire år. Hun forteller videre at hun har følt et uttalt behov for gjentagende kurer, og anslår et tyvetalls separate perioder med kortere (ca. 7 dagers varighet) kurer av NSAIDs. Ved førstegangshenvendelse har pasienten med en MR skanning av lumbosakralcolumna fra høsten 2022, som beskriver «normale forhold». Ved forespørsel om det er foretatt revmatiske blodprøver, kan ikke pasienten bekrefte dette. Hun forteller at det er foretatt blodprøver som har vist jernmangel, men det er altså ukjent HLA-B27 og CRP-status.

Resonnering

Ved første øyekast er dette en forholdsvis normal, og oftest harmløs, presentasjon på våre

	radiografisk	ikke-radiografisk
Kjønn (mann)	69.6%	53.6%
Etnisitet (hvit)	83.8%	84.2%
Røyker (noen sinne)	37.7%	31.1%
HLA-B27 positiv	76.7%	72.0 %
Inflammatorisk ryggsmerte	86.1%	87.8%
God respons på NSAIDs	68.5%	61.7%

Tabell over funn ved hhv radiografisk og ikke-radiografisk spondyloartritt

kontorer. Men nettopp derfor kan den også brukes til å illustrere en viktig resonneringsprosess basert på nåværende litteratur, mønstergjenkjenning og applisert forskningskunnskap i klinisk praksis.

Pasientens demografi

Pasienten er altså en ung kvinne med flerårige symptomer fra bilaterale (aktuelt høyresidig) bekkenledd. Fra forskningen vet vi nå at ankyloserende spondylitt er en predominerende mannlig sykdom, mens den ikke-radiografiske spondyloartritten er likt fordelt mellom menn og kvinner. Med andre ord bør klinikeren være årvåkne også for unge kvinner med flerårige symptomer fra bekkenleddene. Hun er hvit kvinne med nord-europeisk bakgrunn (som de fleste av pasientene i Norge). Av tabellen fremgår det at >80 % av pasienter med spondyloartritt har denne bakgrunnen.

Pasientens symptomer og klinikk

Klinisk har hun skiftevis symptomer høyre og venstre side, som er rapportert i tidligere kasuser og er ikke sjeldent forekommende for spondyloartrittpasienter [5]. Hun har uttalt morgenstivhet (>1 time) og lindring ved lett aktivitet. Forverring i hvile. Våkner ofte tidlig om morgenen (før kl. 06:00) grunnet smerter og stivhet. Alle tegnene til

en inflammatorisk ryggsmerte [6]. Tabellen viser at omkring nesten 90 % av pasienter med radiografisk og ikke-radiografisk spondyloartritt rapporterer disse funnene. Man noterer seg gjennomgående god effekt av NSAIDs, som er tatt i mange, uavhengige kurer. Tallen viser at 60-70 % av pasientene rapporterer god effekt av NSAIDs. Av øvrige SpA tegn, har hun ikke hudpsoriasis, perifer artritt, enthesitt, uveitt eller dactylitt. Hun har vært til gjentagende behandling hos fysioterapeut og kiropraktor. Man noterer seg forverrende symptomer etter manipulasjonsbehandling av IS-leddet, og kortvarig god, men forbigående effekt av trening hos fysioterapeut. Førstnevnte gjør at man ikke kan utelukke aktiv sacroillitt i smertefullt bekkenledd, og sistnevnte er gjerne forventelig ved inflammatorisk leddsykdom.

Serologi og bildediagnostikk

Ved henvendelsestidspunktet er det ukjent HLA-B27-status. Det er foretatt blodprøver høsten 2022 som viste jernmangel, men ingen øvrige funn. Undertegnede hadde på dette tidspunktet ikke tilgang til blodprøvene, men man antok at det ikke var foretatt HLA-B27 test tidligere. Ved henvendelse hadde pasienten med nylig foretatte MR-bilder av lumbosakralcolumna,

men det var ikke bilder av bekkenledd eller torakalcolumna.

Vurdering og tiltak

Man sitter altså med en ung kvinne i starten av tyveårene, med smerter fra bilaterale bekkenledd siste fire år (aktuelt høyre side). Hun har inflammatorisk preg i smertene og oppgir alternerende smertested (skiftevis høyre og venstre side). Hun rapporterer svært god effekt av NSAIDs, og smertene fremstår behandlingsresistente for tradisjonell konservativ terapi, herunder trenings- og manuellterapi. Det foreligger ikke MR bilder av IS-ledd, ei heller vevstypetest eller blodprøver. Tar man utgangspunkt i ASAS klassifikasjonen, har hun kun to SpA tegn; inflammatorisk ryggsmerte og god respons på NSAIDs. Men kombinert med at hun er en ung pasient med langvarige smerter, uten kjent vevstypetest, ingen MR bilder av IS-ledd og at hun viser behandlingsresistens, gjør at man finner god indikasjon for ytterligere utredning. Man viderefremidler sitt ønske om serologiske prøver til pasientens fastlege, som ordinerer bred blodprøvescreening, og undertegnede henviser til MR-skanning av IS-ledd.

Blodprøvene viser at pasienten er HLA-B27 positiv og har ved



Oppsummering av resonneringen rundt pasientkasusen

undersøkelsestidspunktet (februar 2023) også lett forhøyet CRP. MR bildene av IS-leddene viser følgende:

MR iliosakralledd:

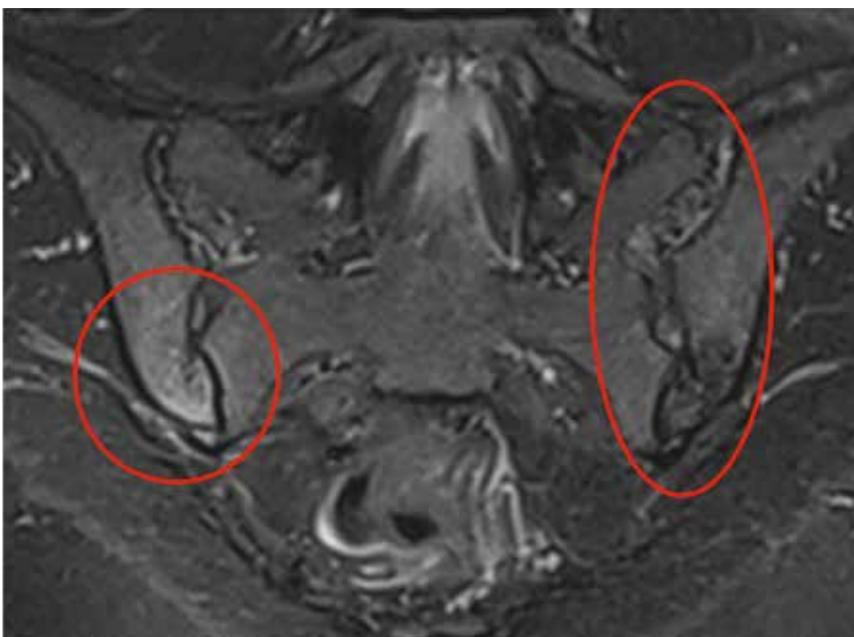
Det er lett forhøyet væskesignal i os ilium nær iliosakralleddet på høyre side nedad. På venstre side sees sclerotiske forandringer nær iliosakralleddet i os ilium. Lett uregelmessig leddflate bilateralt, på iliumsiden nedad. Man kan ikke utelukke tidligere gjennomgått sacroiliitt. Ødemforandringene på høyre side er sparsomme men er vanskelig å forklare med degenerative forandringer hos en så ung kvinne.

R: Mistanke om inflammatorisk forandring nær iliosakralleddet nedad høyre side. Lett uregelmessige leddflater.

Man får derfor nå forsterket mistanken om inflammatorisk sykdom. Med bakgrunn i ASAS kriteriene, kan man screene pasienten gjennom den bildediagnostiske armen, hvor man således kun trengte ett ekstra SpA tegn for å kvalifisere til henvisning. Hun har nå følgende: inflammatorisk ryggsmerte, positiv respons på NSAIDs, forhøyet CRP og HLA-B27 positivitet. Pasienten henvises til Drammen Sykehus og diagnostiseres med nr-axSpA i mars 2023. Hun følges opp videre med uttesting av medisinering og er på tidspunktet hvor denne artikkelen går i trykken i regi av sykehuset.

Klinisk vil det bli aktuelt å følge henne opp på muskelskjelettsymptomer som typisk er fremtredende hos pasienter med denne diagnosen, men det viktigste per nå er diagnosestillelsen og håndteringen videre i spesialisthelsetjenesten. Forhåpentligvis vil riktig informasjon, medisinering og håndtering gjøre at sykdomsbyrden reduseres betraktelig.

Se kilder/referanser side 36



MR bilde av IS-leddene til pasienten. Se artikkelen for fullstendig beskrivelse.