

# Vierastyöläisen monivaiheinen ihosairaus – ihotautilääkärin päänsärky

Bangladeshiläinen mies oli sairastanut neljä vuotta ihottumaa, jonka syyksi paljastui vahvojen kortikosteroidivoiteiden käytön peittämä dermatofyytti-infektio. Sisäisen sienilääkityksen aloittamisen jälkeen hänelle tuli parran alueelle kivulias sienen aiheuttama laaja kyhmyinen märkivä ihottuma (kerion-reaktio). Sen rauhoittamiseksi tarvittiin kaksi systeemistä kortikosteroidikuuria. Niiden päätyttyä miehelle puhkesi laaja-alainen psoriaasi.

**POTILAS** oli 35-vuotias bangladeshiläinen mies. Hän hakeutui vastaanotolle neljä vuotta jatkuneen kutiavan laaja-alaisen ihottuman vuoksi. Hänen kotimaassaan ihotautilääkäri oli epäillyt ihottuman syyksi allergiaa. Potilas kertoi hoitaneensa ihottumaansa jatkuvasti klobetasolipropionaattia ja beetametasonidipropionaattia sisältävillä voiteilla sekä emulsiovoiteilla. Muut lääkärit olivat uusineet reseptejä niihin. Mies oli toiminut viime vuodet tilanhoitajana Abu Dhabissa. Ennen nykyistä ihosairauttaan hän oli yleensä ollut terve. Hän ei käyttänyt sisäistä lääkitystä eikä tiennyt sukulaisillaan olleen ihosairauksia.

**Tinea incogniton diagnosoiminen.** Potilaalla todettiin laaja-alainen punoittava ihottuma vartalolla ja raajoissa. Ihottuma oli paikoin epätarkkarajainen, paikoin se muodosti halkaisijaltaan useiden senttimetrien mittaisia pyöreähköjä alueita, joissa oli punoittavia kyhmyjä, pieniä näppylöitä ja märkäpäitä (KUVAT 1 ja 2). Parran alueella hänellä oli hieman hilsettä. Päänahka oli terve ja hiukseton. Osa varpaiden ja sormien kynsistä oli epämuotoisia ja paksuuntuneita ja niissä oli kynsilevyn alaista hyperkeratoosia (KUVA 3).

Ihottuman hilseestä ja kynsistä otettiin sieninäytteet natiivitutkimusta ja viljelyä varten. Natiivinäytteet asetettiin vastaanotolla objektilasille, kostutettiin 20 %:n vahvuisella kaliumhydroksidiliuoksella, ja niiden päälle laitettiin peitinlasi. Nopean kuumennuksen jälkeen näytteet tutkittiin mikroskoopilla. Sekä iho- että kynsinäytteistä löytyi sienirihmaa (KUVA 4). Sieniviljely osoitti myöhemmin, että kyse oli *Trichophyton rubrum*-mikrobista.

Koska kliininen kuva sopi dermatofyytiin eikä homesienen aiheuttamaan infektiin, asetettiin diagnoosiksi tinea incognita, ja potilaalle aloitettiin sisäinen terbinafiinihoito 250 mg:n päiväannoksella.

Paikallinen kortikosteroidivoidehoito lopetettiin. Pienen verenkuvan, verensokerin, maksan aminotransferaasien ja seerumin kreatiniinin pitoisuudet olivat viitealueella. HIV-vasta-aineita potilaalla ei todettu.

**Kerion-reaktio.** Muutaman päivän kuluttua potilas tuli uudelleen vastaanotolle, koska useimmat ihomuutokset olivat alkaneet aristaa, turvota ja punoittaa. Nyt hänellä todettiin aristavat paksuuntumat ylähuulen iholla ja leuan alla (KUVA 5) sekä muutamia pienempiä aristavia paksuuntumia vartalolla. Alkuperäiset ihottumaläiskät punoittivat enemmän kuin aikaisemmin. Pään alueen kivuliaat turvotusalueet sopivat kerion-reaktioksi, ja potilaalle aloitettiin terbinafiinin lisäksi prednisolonilääkitys (0,5 mg/kg) suun kautta. Viikon kuluttua ihotulehdus oli rauhoittunut. Prednisolonilääkitystä jatkettiin toinen viikko annosta pienentäen.

**Kerion-reaktion uusiutuminen.** Potilas ilmaantui uudelleen vastaanotolle viikon kuluttua kortikosteroidikuurin loppumisesta, koska iho oli alkanut jälleen ärtyä. Tutkimuksessa todettiin kerion-reaktion uusiutuneen. Prednisolonikuuri aloitettiin uudelleen ja purettiin pois hitaammin, viiden viikon kuluessa.

**Psoriaasin ilmaantuminen.** Kaksi viikkoa prednisolonikuurin loputtua potilas tuli jälleen vastaanotolle. Hän kertoi, että iho oli parantunut kuurin aikana ja pysynyt oireettomana kymmenen päivää. Sen jälkeen hänelle oli ilmaantunut taas laaja-alainen ihottuma. Vartalolla, raajoissa ja päälle oli tarkkarajaisia punoittavia plakkeja, jotka varsinkin selässä olivat hilseileviä (KUVA 6). Hartian ihosta otetussa koepalassa voitiin nähdä paksuuntunut sarveiskerro, jossa oli paikoitellen neutrofiilisten valkosolujen kertymiä (ns. Munron mikroabsesseja). Paksuuntuneen epidermisen retharjanteet olivat pidentyneet nujamaisiksi. Dermiksessä oli perivaskulaarisia tulehdussolukertymiä (KUVA 7). Histopatologia sopi psoriaasiin (McKee ym. 2005). Psoriaasin hoidoksi aloitettiin voide, joka sisälsi beetametasonivaleraattia ja kalsipotriolia. Iho parani kahdessa viikossa oireettomaksi, ja paikallishoito voitiin lopettaa.

Kuukautta myöhemmin potilaan iho todettiin terveeksi. Hän sai yhteensä neljän kuukauden terbinafiinilääkityksen, koska sen on osoitettu olevan varpai-



**KUVA 1.** Oikeassa olkavarressa oleva reuna-alueeltaan tarkkarajainen ihomuutos, jossa on nähtävissä joitakin näppylöitä, märkähäitä ja hilsettä.



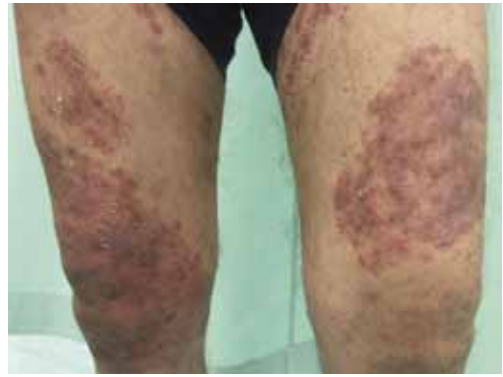
**KUVA 4.** Ihottuman hilseestä vastaanotolla tehty naatiivipreparaatti. Näytteessä voidaan nähdä dermatofyyttirihmaa (valkoinen nuoli). 400-kertainen suurennos.

den kynsisien hoidossa kolmen kuukauden hoitoa tehokkaampi (Heikkilä ja Stubb 2002). Yhteenveto potilaan käyttämästä lääkityksestä on esitetty **TAULUKOSSA 1**.

### Pohdinta

**Kortikosteroidivoiteiden käytön sudenkuoppa.** Potilaan ensisijainen ongelma oli vahvojen

**1804** kortikosteroidivoiteiden pitkäaikaisen käytön



**KUVA 2.** Reisissä olevat punoittavat tarkkarajaiset niukkahilseiset ihomuutokset, joissa on punoittavia kyhmyjä, näppylöitä ja pieniä märkähäitä.



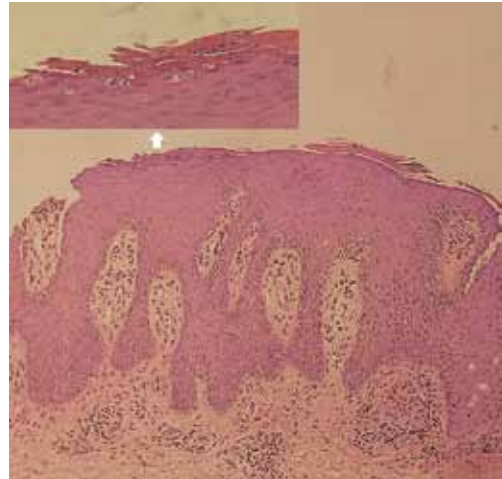
**KUVA 3.** Sormenkynnet, joissa on epämuotoisuutta, kuoppautumia ja kynsilevyn alaista hyperkeratoosia.



**KUVA 5.** Ylähuulen ja alaleuan karvoitusalueelle kolmen päivän kuluttua terbinafiinihoidon aloituksesta ilmaantuneet turvonneet alueet.



**KUVA 6.** Selän tarkkarajaiset hilseläiskät.



**KUVA 7.** Selän ihottumaplakin histologiassa näkyy hyperkeratoosi ja neutrofiilisten valkosolujen kertymiä sarveiskerroksessa (yksityiskohta valkoisen nuolen osoittamalta alueelta). Epidermis on paksuuntuunut ja retetapit ovat pitkittyneet nuijamaisiksi. Dermiksessä on nähtävissä perivaskulaarisia tulehdusso-lukertymiä. H-E-värijäys, 400-kertainen suurennos.

peittämä ihon dermatofyytti-infektio. Tilaa kutsutaan tinea incognitoksi (Ive ja Marks 1968). Hyvät esitiedot ja kliininen tutkimus ovat oikean diagnoosin lähtökohtia. Potilas ei puhunut englantia, ja hänellä oli vastaanotolla mukanaan huonosti englantia taitava ystävä. Sen takia sekä ihosairauden pitkän keston vuoksi ihottuman alkamisalueista ja laadusta ei voitu saada täysin luotettavia esitietoja.

**Hyvä kliininen tutkimus on tärkeää.** Hyvän kokonaisnäkemysten saamiseksi ihotautipotilasta tulee pyytää riisuutumaan tarpeeksi, joskus alastomaksi asti. Ihottuman lokalisaatio ja morfologia johdattivat ajatukset silsaan. Koska sisäisillä sienilääkkeillä voi olla vakavia sivuvaikutuksia, tulee dermatofyytin olemas-

saolo todentaa laboratoriotutkimuksilla ennen hoidon aloitusta. Diagnoosi voitiin varmistaa jo vastaanotolla sieninäytteiden natiivitutkimuksella (Milnel 1989). Sienen identifioiminen viljelemällä kuuluu asiaan. Viljelmän valmistuminen voi kuitenkin kestää useita viikkoja (Hay ja Ashbee 2010), joten sieniviljelystä ei ole nopeaksi diagnostiseksi apukeinoksi.

**Silsan hoidon mutkistuminen – kerion-reaktio.** Kerion on karvafollikkelien dermatofyytti-infektioon liittyvä ihon syvä tulehduksellinen yliherkkyysreaktio. Sen suosikkipaikka on päänahka. Kerionia voi esiintyä kaiken ikäisillä, mutta useimmat raportit ovat lapsipotilaista. Tämä johtunee tinea capitiuksen esiintymisestä yleisemmin lapsilla (Ginter-

**TAULUKKO 1.** Potilaan käyttämä lääkitys.

Ihosairauden hoito ennen vastaanotolle tuloa	Sienilääkitys	Kerionin hoito	Psoriaasin hoito
Klobetasolipropionaatti- ja beetametasonidipropionaattivoiteet noin neljä vuotta	Terbinafiini 250 mg x 1 neljä kuukautta	Prednisoloni 0,5 mg/kg Ensimmäinen kuuri kaksi viikkoa Toinen kuuri viisi viikkoa	Beetametasonivale- raatti-kalsipotriolivoide kaksi viikkoa

Hanselmayer ym. 2007). Vaikka *Trichophyton rubrum* ei ole erityisesti karvafollikkelien silsaa aiheuttava dermatofyytti, voi sekin aiheuttaa kerion-reaktion (Larralde ym. 2010). Kerion ilmenee paksuna ihon kovettuma-alueena, joka voi märkiä. Hiuspohjan lisäksi kerion-reaktio voi esiintyä parran (Ramachandran ym. 2005) ja kulmakarvojen alueella (Hiruma ja Kawada 1991). Kerion voi olla spontaani reaktio dermatofyytti-infektioon, mutta se voi provosoitua myös sisäisen sienilääkityksen ansiosta (Nikkels ym. 2006).

Omalle potilaalleni, jonka päänahka oli kalju, kehittyi kerion ylähuulen ja leuan alaiselle karvoitusalueelle merkinä karvafollikkelien tinea. Ajallisesti reaktio sopi terbinafinin fungisidisen vaikutuksen provosoimaksi. Vartalon ja raajojen ihomuutosten ärtyminen oli todennäköisesti seurausta pitkäaikaisen paikallisen kortikosteroidihoidon lopettamisen aiheuttamasta rebound-ilmiöstä.

Kerionin aiheuttaman voimakkaan inflamaation rauhoittamiseksi tarvittiin kaksi sisäistä kortikosteroidihoitojaksoa. Niiden tavoitteena oli nopeuttaa potilaan toipumista ja estää ihon arpeutumista. Sisäistä sienilääkitystä jatkettiin koko ajan samalla annoksella.

**Kaksi iho- ja kynsisairautta samanaikaisesti.** Arvoitukseksi jäi, oliko potilaan ihon sieni-infektio primaarinen vai alkoivatko hänen neljä vuotta kestäneet iho-ongelmansa psoriaasina, joka komplisoitui ihon ja kynsien sienitulehduksella. Hänen kynsissään oli silsaan liittyvän kynsilevyn epämuotoisuuden ja kynnen alaisen hyperkeratoosin lisäksi kuoppaisuutta. Kaikki nämä löydökset sopivat myös kynsipsoriaasiin (Tosti ja Piraccini 2008). Molemmat sairaudet voivat luonnollisesti esiintyä samassa kynnessä. Vallitsevan käsityksen mukaan kynsipsoriaasipotilaat ovat normaali-

livesestöä alttiimpia saamaan vaurioituneisiin kynsiinsä hiiva- ja homesieniä mutta eivät dermatofyyttejä (Szepletowski ja Salomon 2007).

Paikallinen kortikosteroidihoito hillitsee ihon inflammaatiota, johtui se sitten psoriaasista tai sienitulehduksesta, mutta kumpakaan sairautta se ei paranna. Immuunivastetta vaimentavana lääkkeenä (Winiski ym. 2007) kortikosteroidihoito voi altistaa ihon mikrobioitulehduksille.

Ihopsoriaasi voi aktivoitua sisäisen kortikosteroidihoidon loputtua (Brenner ym. 2009). Tapauselostusten valossa näyttää siltä, että terbinafiinihoitokin voi pahentaa psoriaasin oireita (Gupta ym. 1998). Omalla potilaallani terbinafinin osuus psoriaasin ilmaantumiseen vaikuttaa epätodennäköiseltä, koska terbinafiinihoidon jatkumisesta huolimatta psoriaasi talttui hyvin pelkällä paikallishoidolla.

## Lopuksi

Esitely monivaiheinen ihosairautstapaus korostaa esitietojen ja kliinisen tutkimuksen tärkeyttä, kun tavoitellaan oikeaa diagnoosia. Kiinteä hoitosuhde on suureksi hyödyksi, varsinkin silloin, kun asiat hyvistä yrityksistä huolimatta pyrkivät menemään ojasta allikkoon. Koska ihon ja kynsien dermatofyytti-infektiot ovat maailmanlaajuisesti yleisiä sairauksia, on tinea incognito ja jopa kuvatonlainen tautijat-kumo mahdollinen Suomessakin. ■

**KEN MALANIN, dosentti, yliääkäri**  
Sheikh Khalifa Medical City (Managed by Cleveland Clinic)  
Division of Dermatology and Allergology  
Abu Dhabi  
Yhdistyneet Arabiemiirikunnat

## SIDONNAISUDET

Ei sidonnaisuuksia

## Summary

### A guest worker's multistage skin disease – a dermatologist's headache

A Bangladeshi man had suffered for four years from dermatitis that turned out to be caused by a dermatophyte infection masked by the use of strong corticosteroid ointments. After starting internal antifungal medication he developed a painful kerion reaction in the bearded region. Two systemic corticosteroid courses were required to calm it down. After discontinuation of corticosteroids he developed extensive psoriasis.

#### KIRJALLISUUTTA

- Brenner M, Molin S, Ruebsam K, Weisenseel, Ruzicka T, Prinz JC. Generalized pustular psoriasis induced by systemic glucocorticosteroids: four cases and recommendations for treatment. *Br J Dermatol* 2009;161:964–6.
- Ginter-Hanselmayer G, Weger W, Ilkit M, Smolle J. Epidemiology of tinea capitis in Europe: current state and changing patterns. *Mycoses* 2007;50 Suppl 2:6–13.
- Gupta AK, Lynde CW, Lauzon GJ, ym. Cutaneous adverse effects associated with terbinafine therapy: 10 case reports and a review of the literature. *Br J Dermatol* 1998;138:529–32.
- Hay RJ, Ashbee HR. Mycology. Kirjassa: Burns T, Breatnach S, Cox N, Griffiths C, toim. *Rook's Textbook of dermatology*. 8. painos. West Sussex: Blackwell Publishing Ltd 2010, kappale 36, s. 8.
- Heikkilä H, Stubb S. Long term results in patients with onychomycosis treated with terbinafine or itraconazole. *Br J Dermatol* 2002;146:250–3.
- Hiruma M, Kawada A, Shimizu T, Kukita A. Tinea of the eyebrow showing kerion kelsi reaction: report of one case. *Cutis* 1991;48:149–50.
- Ive FA, Marks R. Tinea incognito. *BMJ* 1968;3:149–52.
- Larralde M, Gomar B, Boggio P, Abad ME, Pagotto B. Neonatal kerion Celsi: report of three cases. *Pediatr Dermatol* 2010;27:361–3.
- McKee PH, Calonje E, Granter SR, toim. *Pathology of the skin with clinical correlations*. 3. painos. Philadelphia: Elsevier 2005, s. 200–6.
- Milnel JR. Direct microscopy. Kirjassa: Evans EGV, Richardson MD, toim. *Medical mycology: a practical approach*. Oxford: IRL Press 1989, s.17–45.
- Nikkels AF, Nikkels-Tassoudji N, Piéard GE. Oral antifungal-exacerbated inflammatory flare-up reactions of dermatomycosis: case reports and review of the literature. *Am J Clin Dermatol* 2006;7:327–31.
- Ramachandran K, Arif M, Ugoji U, Davis BR. Kerion: an unusual presentation in the otolaryngology department. *J Laryngol Otol* 2005;119:161–3.
- Szepletowski JC, Salomon J. Do fungi play a role in psoriatic nails? *Mycoses* 2007; 50:437–42.
- Tosti A, Piraccini BM. Biology of nails and nail disorders. Kirjassa: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, toim. *Fitzpatrick's Dermatology in general medicine*. 7. painos. New York: McGraw-Hill 2008, s. 788–9.
- Winiski A, Wang S, Schwendinger B, Stuetz A. Inhibition of T-cell activation in vitro in human peripheral blood mononuclear cells by pimecrolimus and glucocorticosteroids and combinations thereof. *Exp Dermatol* 2007;16:699–704.