

Ulkosynnyttimien yleisimmät ihosairaudet

Sukupuolielinten alueella esiintyy monia erilaisia ihosairauksia, joiden erottaminen toisistaan voi olla vaikeaa. Perusteellinen anamneesi ja muualla iholla esiintyvät oireet voivat antaa viitteitä oikeasta diagnoosista. Ihottuma-alueelta on tärkeää ottaa kudospäyte silloin kun diagnoosi on epäselvä, kun hoitovaste on huono tai kun halutaan sulkea pois syövän mahdollisuus. Ulkosynnyttimien alueen kostea ja hautova ympäristö sekä ihon ja limakalvon suuri läpäisykyky altistavat ärsyttävälle ja herkistävälle tekijöille, jotka aiheuttavat toksista tai allergista ekseemaa. Neurodermatiitti syntyy pitkäaikaisen kutinan ja raapimisen kierteen seurauksena. Laukaisevina tekijöinä voivat olla alueen ihosairaudet tai hiivasieni-infektio. Kroonisista ihosairauksista tavallisimmin ulkosynnyttimien alueella esiintyvät ekseema, psoriaasi sekä valko- ja punajäkälä.

Sukupuolielinten alueella esiintyy monia tavallisia ihosairauksia, joiden erottaminen toisistaan pelkän kliinisen kuvan perusteella voi olla vaikeaa. Huolellinen anamneesi ja muualla esiintyvät ihomuutokset saattavat antaa viitteitä oikeasta diagnoosista. Moni potilas on jo ennen vastaanotolle tuloaan hoitanut oireitaan erilaisilla ilman reseptiä myytävillä paikallishoitovalmisteilla, ja tämä saattaa komplisoida kliinistä kuvaa. Tyypillisimmin itsehoitovalmisteilla lääkitään hiivatulehdusta ja allergiseksi epäiltyä oiretta (Farage ym. 2008). Epäselvissä tapauksissa tarvitaan ihosta otetun kudospäytteen histopatologista tutkimusta. Näytteenotto genitaalialueelta onnistuu kuten muualtakin iholta paikallispuudutuksessa insisiolla käyttäen veistä tai stanssia (3–4 mm) (Kuivanen ym. 2004). Läheteessä tulee olla hyvät esitiedot, joista käy ilmi ihottuman kliininen kuva ja sijainti, kudospäytteen ottopaikka, aikaisemmat hoidot, muut sairaudet sekä lääkitykset (Kuivanen ym. 2004).

Ekseemat

Atooppinen ekseema on yleisimpiä ihotauteja, ja sen kliininen kulku vaihtelee iän mukaan. Sukupuolielinten alueella se ilmenee hentona hilseilynä ja kutinana. Seborrooinen ekseema (tali-ihottuma) esiintyy häpykarvoituksen ja nivustaipeiden alueella punoittavana ja hennosti hilseilevänä ihottumana. Seborrooisen ekseeman tyyppipaikkoja ovat hiuspohja, kulmakarvat, nenänpieli, korvakäytävät sekä rinnan ja selän yläosa. Ulkosynnyttimien alueella kosteat ja hautovat olosuhteet sekä ihon ja limakalvon suuri läpäisykyky altistavat erilaisille ärsyttävälle ja herkistävälle tekijöille (Pipkin 2010). Limakalvojen vaurioituminen esimerkiksi pienen estrogeenipitoisuuden tai muiden ihosairauksien seurauksena altistaa ekseemalle (Pipkin 2010). Toksinen ekseema eli ärsytysihottuma voi johtua liiallisesta pesemisestä ja voimakkaiden pesuaineiden käytöstä. Allerginen kosketusihottuma voi ilmaantua ulkosynnyttimien ja nivustaipeiden iholle hoidettaessa näillä alueilla esiintyviä muita ihottumia. Sukupuolielinten alueella esiintyvän allergisen ekseeman syynä on erilaisille paikallishoitovalmisteille, esimerkiksi antiseptisille aineille ja sienivoiteille, herkistyminen. Kondomin käyttäjät voivat herkistyä lateksille. Altistuneella alueella todetaan punoitusta ja turvotusta; oireita ovat polttelu ja kutina. Huolellinen anamneesi on tärkeä, kun pyritään selvittämään ekseeman taustoja. Uusiutuvat tai jaksoittain esiintyvät oireet paikallishoitojen yhteydessä viittaavat allergiseen etiologiaan (Farage ym. 2008). Allergisen ekseeman syitä voidaan selvittää epikutaanitesteillä.

Histologisesti ekseemassa havaitaan epidermisen pinnalla läiskittäistä parakeratoosia. Akuutissa ekseemassa keratiinikerroksessa on kudospnestepisaraita ja tulehdussoluja. Epidermis voi olla paksuuntunut, varsinkin jos ihoa on hangattu. Ylädermiksessä verisuonten ympärillä on kroonista tulehdussolukkoa, 1763

joka koostuu lymfosyyteistä ja makrofageista. Runsas eosinofilia voi viitata allergiseen etiologiaan tai immunologisiin rakkulatauteihin. Akuutissa ja subakuutissa ekseemassa tulehdussolut työntyvät epidermikseen aiheuttaen soluväliedeemaa ja spongioosia. Kroonisessa ekseemassa hankaamisen ja raapimisen seurauksena epidermis on paksuuntunut ja reteharjanteet ovat epäsäännöllisesti venyntyneitä (Sulzberger 1982, Russell-Jones 1983). Erotusdiagnostisesti tulee huomioida psoriaasi ja tinea. Sukupuolielinten alueen ihottumanäytteistä tuleekin aina tehdä PAS-värjäys sieninfektion sulkemiseksi pois.

Ekseeman hoidoksi riittävät yleensä miedot tai keskivahvat kortikosteroidivoiteet, joihin on lisätty esimerkiksi lääkerikkiä. Paikallishoidon lisäksi tulee huomioida toksisten ärsykeiden ja allergeenien poistaminen ympäristöstä. Myös tulehdusta hillitseviä kalsineuriinin salpaajia sisältäviä voiteita (takrolimuusi, pimekrolimuusi) voidaan käyttää ekseeman hoidossa (Goldstein ym. 2009). Ihon hyvällä perushoidolla pyritään ehkäisemään ihon ärsyyntymistä. Siihen kuuluvat vahvojen pesuaineiden, ärsyttävien paikallishoitovalmisteiden ja tiukkojen tekokuituisten alusvaatteiden välttäminen sekä perusvoiteiden säännöllinen käyttö.

Neurodermatiitti (lichen simplex chronicus) kehittyy pitkäaikaisen kutinan ja raapimisen kierteen seurauksena. Muutoksia voi esiintyä ulkosynnyttimien ja häpykarvoituksen iholla. Sukupuolielinten alueella on runsaasti sensorisia hermopäätteitä, joiden ärsytys aistitaan kutinana. Kutinan voivat laukaista genitaalialueella esiintyvät ihosairaudet, hiivasienitulehdus tai pesuaineiden aiheuttama ärsytys. Neurodermatiitti ilmenee useimmiten symmetrisenä punoittavana jäkälöityneenä muutoksena, johon voi liittyä sekä hypo- että hyperpigmentaatiota (KUVA 1). Usein mukana on lisäksi sekundaarinen hiiva- tai bakteerinfektio. Neurodermatiitti diagnosoidaan anamneesin, tyyppillisen kliinisen kuvan ja tarvittaessa ihobiopsian avulla. Histologinen löydös on samanlainen kuin kroonisessa ekseemassa. Paikallishoitona käytetään vahvoja kortikosteroidivoiteita. Joskus tarvitaan lisäksi



KUVA 1. Ulkosynnyttimien alueen neurodermatiitti. (Kuva: Iho- ja allergiasairaala)

sedatiivista lääkitystä, koska raapimisen lopettaminen on tärkeintä pysyvän hoitotuloksen saavuttamiseksi.

Psoriaasi

Psoriaasi on monitekijäinen krooninen tulehduksellinen ihosairaus, jota sairastaa 2–3 % väestöstä. Erilaisten kyselytutkimusten perusteella 30–40 %:lla psoriaasipotilaista on oireita myös sukupuolielinten alueella (Meeuwis ym. 2011). On arvioitu, että noin 5 % naisten genitaalialueen kutinasta ja polttelusta johtuu psoriaasista (Fischer 1996). Psoriaasin kliininen kuva ja vaikeusaste vaihtelevat. Jos potilaalla on laaja-alainen psoriaasi, voi muutoksia esiintyä myös sukupuolielinten alueella. Psoriaasi esiintyy suurten häpyhuulten iholla punoittavana hennosti hilseilevinä läiskinä, jotka yleensä kutisevat (KUVA 2). Noin 2–5 %:lla psoriaasipotilaista taudin ainoa oire on yksittäinen leesio sukupuolielinten iholla (Meeuwis ym. 2011). Diagnoosiin pääsyä helpottaa potilaalta yleensä löytyvät tyyppilliset psoriaasiläiskät taudin tyyppipaikoilta eli kyynärpäistä, polvista tai hiuspohjasta.

Psoriaasissa epidermis on paksuuntunut. Reteharjanteet ovat venyntyneitä ja kömpe-



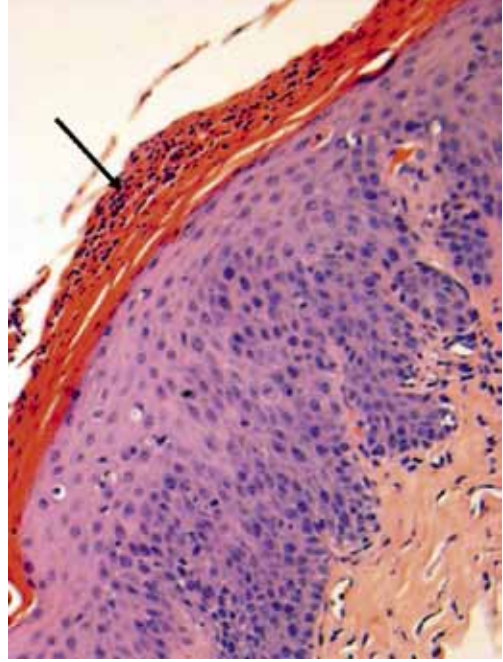
KUVA 2. Laaja hilseilevä psoriaasimuutos sukupuolielinten alueella. (Kuva: Iho- ja allergiasairaala)

löitä, ja paikoin ne yhtyvät päistään. Papillien päät nousevat lähelle epidermisen pintaa, ja niissä ilmenee kapillaariproliferaatiota ja tulehdussolukkoa, joka koostuu lymfosyyteistä, makrofageista ja neutrofiileista. Epidermisen pinnalla on parakeratoosia ja keratiinikerroksessa kuivahtaneiden neutrofiilien muodostamia Munron mikroabsesseja. Sukupuolielinten alueella psoriaasimuutokset voivat olla lieviä ja epäspesifisiä (Calonje ym. 2011) (KUVA 3).

Taivepsoriaasia (psoriasis inversa) esiintyy nivustaipeissa, pakaravaossa, rintojen alla sekä kainaloissa. Näillä alueilla hilseily usein puuttuu ja leesiot ovat rajoiltaan epätarkkoja.

Taivealueilla sekundaarinen hiivasieni-infektio (kandidaasi) saattaa muuttaa psoriaasin kliinistä kuvaa. Hiivasienelle voivat altistaa myös raskaus, ylipaino, diabetes, immunosuppressio sekä pitkät mikrobilääkekuurit. Pääoireita ovat voimakas kutina, punoitus ja vetistys sukupuolielinten alueella. Muina erotusdiagnostisesti huomioitavina ihosairauksina tulevat kyseeseen seborrooinen ekseema sekä harvinaiset Bowenin ja Pagetin taudit.

Genitaalialueiden psoriaasimuutoksia hoidetaan miedoilla tai keskivahvoilla kortikosteroidivoiteilla (Meeuwis ym. 2011). Taivealueille eivät sovellu kaikki ihon psoriaasiin tarkoitetut valmisteet, vaan paikallishoitoina käytetään ensisijaisesti mietoja rikkipitoisia kortikosteroidivoiteita. Mahdollinen sekundaarinen hiivasieni-infektio on myös huomioitava paikallishoidossa. Yleensä riittää pai-



KUVA 3. Psoriaasin histologia. Epidermisen pinnalla on parakeratoosia ja kuivahtaneista neutrofiileista koostuvia Munron mikroabsesseja (nuoli). Epidermis on akantoottinen ja reteharjanteet venyttyneitä. (Kuva: Iho- ja allergiasairaala). HE-värijäys

kallishoito antimykooteilla, mutta hankalissa ja pitkittyneissä tapauksissa voidaan käyttää suun kautta otettavaa lääkitystä (flukonatsoli, itrakonatsoli)

Valkojäkälä

Valkojäkälä (lichen sclerosus et atrophicus) on melko yleinen, pääosin sukupuolielinten alueella esiintyvä ihon ja limakalvojen krooninen tulehduksellinen sairaus. Taudin etiologia on epäselvä, mutta sitä pidetään autoimmuniperäisenä. Valkojäkäläpotilailla esiintyy myös muita autoimmunisairauksia, kuten tyreoidiittia, pernisisioosia anemiaa, vitiligoa ja alopecia areataa (Murphy 2010). Naisilla sairaus on yleisempi kuin miehillä (6:1). Tautia esiintyy etenkin sukupuolielinten alueella (TAULUKKO), mutta yksittäisiä läiskii voidaan todeta noin 10 %:lla potilaista myös muualla iholla, erityisesti ylävartalolla ja käsivarsien iholla. Taudilla on kaksi erillistä esiintymis- huippua: esipuberteetti sekä menopaussin

TAULUKKO. Ekseeman, psoriaasin sekä valko- ja punajäkälän tyypillisimmät kliiniset piirteet.

Tauti	Pääoire	Tyypillinen kliininen kuva	Muutoksia voi esiintyä emättimessä	Erotusdiagnoosisesti huomioitava	Muutoksia genitaalialueen ulkopuolella
Ekseema	Kutina	Hento hilseilevä läiskä	Ei	Psoriaasi, tinea	Kyllä
Psoriaasi	Kutina	Tarkkarajainen hilseilevä läiskä tai punoitus taivealueella	Ei	Ekseema, hiiva-infektio	Kyllä
Valkojäkälä	Voimakas kutina, polttelu, yhdyntäkivut	Tarkkarajaiset vaaleat muutokset	Ei	Psoriaasi, punajäkälä	Harvoin
Punajäkälä	Kirvely, kipu, yhdyntäkivut	Kiiltäväpintaistat papulat, vaalea verkkokuvioitus tai eroosiot	Kyllä	Sukupuolielinherpes, valkojäkälä, rakkula- taudit	Kyllä

aika (Farage ym. 2008). Yleisin sairastumisikä on 50–60 vuotta, mutta tautia tavataan myös pienillä lapsilla (Murphy 2010). Lasten oireet häviävät usein murrosikään tullessa, mutta tutkimusten mukaan tauti kuitenkin persistoi aikuisiälle (Murphy 2010). Valkojäkälämuutokset ovat tarkkarajaisia ja vaaleita läiskä, joita esiintyy ulkosynnyttimien ja välilihan iholla sekä limakalvoilla (**KUVA 4**). Taudinkuvaan voi kuulua myös verenpurkaumia ja verisiä rakkuloita. Pääoireena on yleensä voimakas kutina, joka pahenee iltaa kohti (Murphy 2010). Hoitamattomana taudin edetessä häpyhuulet voivat surkastua ja emättimen aukko pienentyä (kraurosis vulvae). Tämä johtaa yhdyntäkipuihin (Neill ym. 2010). Erotusdiagnoosista tulevat kyseeseen psoriaasi, punajäkälä ja neurodermatiitti. Toisin kuin punajäkälää, valkojäkälää ei esiinny emättimessä. Diagnoosi varmistetaan tarvittaessa histologisesti.

Kudosnäytteessä todetaan epidermiksen pinnalla hyperkeratoosia. Karvafollikkeleiden suuaukot ovat laajentuneita ja täynnä keratiinimassaa. Epidermis on usein oiennut ja atrofinen. Epidermiksen alla voi olla turvotusta ja verenvuotoa. Ylädermiksessä kollageeni on homogeenisoitunutta ja verisuonet laajentuneita. Homogeenisoituneen kollageenialueen alaosassa, verisuonten ympärillä ja epidermiksen alapuolella on pyörötumaista tulehdussolukkoa, joka työntyy epidermikseen aiheuttaen basaalista vakuolisaatiota (Barker ja Gross 1962) (**KUVA 5**). Alkuvaiheen valkojä-

kälässä ylädermiksessä on voimakas punajäkälää muistuttava nauhamainen pyörötumainen tulehdussolukko (Calonje ym. 2011).

Valkojäkälän aiheuttamiin kroonisiin muutoksiin liittyy lisääntynyt riski (alle 5 %) sairastua okasolusyöpään, minkä vuoksi potilaan säännöllinen seuranta on tarpeen (McPherson ja Cooper 2010). Erotusdiagnoosissa on muistettava leukoplakia, joka on limakalvon prealigni muutos. Hoidon tavoitteena on potilaan oireiden hallinta ja taudin etenemisen estäminen. Koska kyseessä on krooninen sairaus, joudutaan paikallishoitoja käyttämään vuosia. Tämä on tärkeä ottaa huomioon hoitoa suunniteltaessa. Tuoreen englantilaisen hoitosuosituksen mukaan valkojäkälän ensisijaisena hoitovaihtoehtona on vahva kortikosteroidivoide (klobetasolipropionaatti 0,05 %). Sitä käytetään kuukauden ajan iltaisin, seuraavan kuukauden ajan joka toinen ilta ja sitten vielä kuukauden verran ylläpitohoitona kahdesti viikossa (Neill ym. 2010). Viime vuosina on julkaistu useita tutkimuksia kalsineuriinien käytöstä valkojäkälän hoidossa (Strittmacher ym. 2006). Tämän jälkeen seurantakäynnillä arvioidaan hoitovaste. Kalsineuriinin salpaajia (takrolimuusi- tai pimekrolimuusivoiteet) ei suositella ensisijaisina hoitovaihtoehtoina, koska niiden pitkäaikaiskäytöstä ei ole riittävästi kokemusta (Neill ym. 2010). Lievässä valkojäkälässä riittävät yleensä keskivahvat kortikosteroidivoiteet, joita käytetään kuuriluonteisesti perusvoitei-

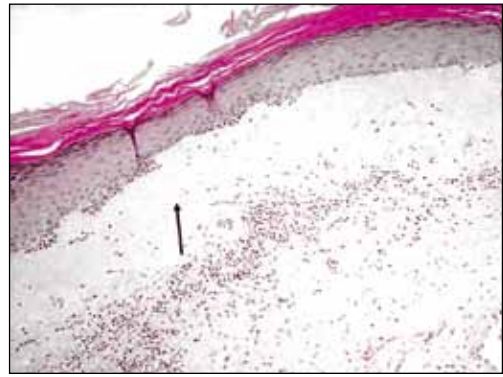


KUVA 4. Vaaleita valkojäkälämuutoksia ulkosynnyttimien alueella. (Kuva: Iho- ja allergiasairaala)

den kanssa vuorotellen. Vuosittaista seuranta suositellaan, ja sen voi toteuttaa avoterveydenhuollossa.

Punajäkälä

Punajäkälä (lichen planus) on tulehduksellinen ihosairaus, jonka patogeenesi on avoin. Immunologista alkuperää pidetään todennäköisenä, ja laukaiseviksi tekijöiksi on epäilty muun muassa lääkkeitä, virusinfektioita ja kemikaaleja. Taudin kesto vaihtelee kuukausista vuosiin. Punajäkälä esiintyy ihon lisäksi myös limakalvoilla, etenkin suun mutta myös sukuelinten alueella. Ainakin joka neljännellä punajäkäläpotilaalla on oireita myös sukupuolielinten alueella (McPherson ja Cooper 2010). Klassisessa muodossa punajäkälä ilmenee sinipunertavina kiiltäväpintaisina papuloina ranteiden, nilkkojen ja ristiselän alueen iholla. Poskien limakalvoilla voidaan todeta vaaleaa verkkokuvioitusta (Wickhamin striat) ja eroosioita. Joka neljännellä suuoireisista punajäkäläpotilaista on myös genitaalialueen tauti (Farage ym. 2008). Sukupuolielinten



KUVA 5. Valkojäkälän histologia. Epidermisen pinnalla on hyperkeratoosia. Ylädermiksessä kollageeni on hyalisoitunut ja lähes soluton (nuoli). Tämän alapuolella dermiksessä havaitaan nauhamaista pyörötumaista tulehdussolukkoa. (Kuva: Iho- ja allergiasairaala). HE-värjäys



KUVA 6. Erosiivinen punajäkälä emättimen suulla. (Kuva: Iho- ja allergiasairaala)

alueella voidaan nähdä punajäkälän kaikkia eri muotoja. Punajäkälää tavataan genitaalialueella harvemmin kuin valkojäkälää. Vaikein taudinkuva on potilailla, joilla on limakalvojen erosiivinen punajäkälä (vulvovaginal-gingival syndrome). Siinä kivuliaita eroosioita todetaan suun ja sukupuolielinten limakalvoilla, noin 70 %:lla potilaista myös emättimessä (Farage ym. 2008) (**KUVA 6**). Erosiivinen punajäkälä voi aiheuttaa lisääntynyttä vuotoa emättimestä sekä yhdynnän jälkeistä veristä vuotoa, polttelua ja kipua. Sisätutkimuksessa limakalvo vuotaa herkästi verta ja emättimen seinämissä havaitaan tarkkarajaisia punoitavia leesioita. Edetessään tauti voi aiheuttaa emättimen aukon stenoosin, kiinnikkeitä

YDINASIAT

- ▶▶ Ulkosynnyttimien alueella voi esiintyä lähes mikä tahansa ihosairaus.
- ▶▶ Perusteellinen anamneesi ja koko ihon tutkiminen auttaa diagnosiin pääsyä.
- ▶▶ Ihottuma-alueelta voidaan ottaa kudoksenäyte histologista tutkimusta varten myös avohoidossa.
- ▶▶ Histologinen tutkimus on tärkeä, jos hoitovaste on huono tai epäillään syöpää.

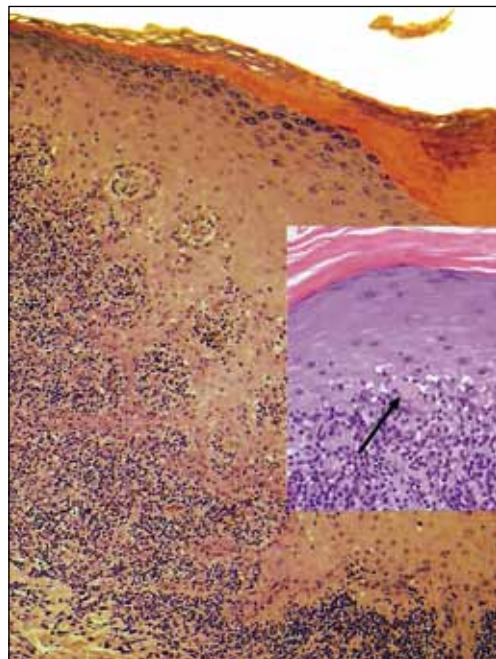
emättimeen sekä emättimen lyhenemisen ja ahtautumisen. Eroosiivinen muoto on valitettavan usein krooninen, kivulias ja hyvin hoitoresistentti. Tauti on yleisin 30–70-vuotiailla naisilla; lapsilla tautia tavataan hyvin harvoin (McPherson ja Cooper 2010). Punajäkäläänkin on liitetty suurentunut (1–2 %) okasolusyövän riski (Pipkin 2010). Erotusdiagnostisesti tulee huomioida sukupuolielinherpes, valkojäkälä sekä rakkulataudit, joissa esiintyy myös eroosioita. Genitaalialueen punajäkälä diagnosoidaan histologisesti. Kudoksenäyte otetaan eroosiivisen leesioon reunasta, jotta mukaan saadaan myös ehjää epiteeliä. Rakkulatautien sulkemiseksi pois tarvitaan näyte immuno fluoresenssitutkimusta varten.

Punajäkälässä epidermis voi olla paksuuntunut tai jopa ohentunutkin. Epidermiksen jyväsikerros (stratum granulosum epidermidis) on paksuuntunut. Epidermiksen pinnalla on hyperkeratoosia. Ylädermiksessä esiintyy nauhamaista, pyörötumaista tulehdussolukkoa, joka työntyy epidermikseen aiheuttaen basaalista vakuolisaatiota. Osa reteharjanteista voi olla sahalaitamaisia, tai ne ovat saattaneet syöpyä kokonaan pois. Epidermiksen alaosassa on usein nekroottisia keratinosyyttejä (colloid bodies) (Ragaz ym. 1981). Genitaalialueen punajäkälässä dermiksessä voi esiintyä runsaasti plasmasoluja, kuten limakalvoilla yleensäkin (Calonje ym. 2011) (KUVA 7).

Hoidolla pyritään lievittämään oireita mutta

1768 myös ehkäisemään taudin etenemistä ja sen ai-

heuttamaa arpeutumista (Pipkin 2010). Limakalvoalueen punajäkälää hoidetaan vahvoilla tai keskivahvoilla kortikosteroidivoiteilla. Kirvelyn vuoksi kannattaa välttää alkoholipohjaisia emulsiivoiteita (Mirowski ja Goddard 2010). Oireiden lievittyessä siirrytään miedompiin kortikosteroidivoiteisiin ja jatketaan ylläpitohoitoa 1–2 kertaa viikossa (McPherson ja Cooper 2010). Kortikosteroidivoiteiden pitkäaikaisen käytön seurauksena saattaa kehittyä atrofiaa, strioja, telangiektasioita sekä sekundaarisesti bakteeri-, virus- tai sieni-infektioita (Mirowski ja Goddard 2010). Tulehdusta hillitseviä kalsineuriinin salpaajia (takrolimuusi, pimekrolimuusi) on käytetty punajäkäläänkin. Hoidon alussa esiintyvä polttelu häviää yleensä käytön jatkuessa. Takrolimuusi sopii ylläpitohoidoksi, jolloin sitä käytetään 2–3 kertaa viikossa (Kirtschig ym. 2002). Emättimen punajäkälää hoidetaan hydrokor-



KUVA 7. Punajäkälän histologia. Epidermis on akantoottinen ja epidermiksen jyväsikerros on paksuuntunut. Dermiksessä havaitaan nauhamainen pyörötumainen tulehdussolukko, joka työntyy basaaliseen vakuolisaatiota. Osa reteharjanteista on sahalaitamaisia. Pienemmässä kuvassa epidermiksen alaosassa on nekroottisia keratinosyyttejä (colloid bodies) (nuoli). (Kuva: Iho- ja allergiasairaala)

tisonipitoisilla valmisteilla sekä striktuuroita ehkäisevällä dilatoinnilla (Mirowski ja Goddard 2010). Hankalahoitoisessa erosiivisessä tautimuodossa paikallishoitoon ei saada vastetta. Silloin tarvitaan lisäksi systeemistä lääkitystä (steroidi, siklosporiini, asitretriini, metotreksaatti) ja potilas kuuluu erikoislääkärin hoitoon.

Lopuksi

Sukupuolielinten alueella tavataan tavallisten ihosairauksien lisäksi harvinaisempia ja joskus pahanlaatuisiakin ihomuutoksia. Pitkittyneistä ja hoitoon huonosti reagoivista ihottumista onkin syytä ottaa herkästi kudospäyte oikean diagnoosin varmistamiseksi. Myös sukupuoliteitse tarttuvien tautien, kuten herpes simplex- ja HPV-infektioiden, mahdollisuus on huomioitava erotusdiagnostiikassa. Geni-

taalialueen krooniset ihosairaudet aiheuttavat runsaasti epämukavuutta, huolta ja turhaa ahdistusta. Hankalimmillaan ne voivat heikentää elämänlaatua ja niillä saattaa olla merkittävä vaikutus yksilön psykoseksuaalisuuteen. Hyvä ja luottamuksellinen potilas-lääkärisuhde on tärkeä hoidettaessa sukupuolielinten alueen vaivoja. Monesti potilaan onnistuneeseen hoitoon tarvittaisiin eri erikoisalojen ammattilaisten (dermatologi, gynekologi, urologi, hammaslääkäri, seksuaaliterapeutti) yhteistyötä. ■

EIJA HILTUNEN-BACK, LT, iho- ja sukupuolitautien erikoislääkäri

LEILA JESKANEN, LL, ihotautien ja patologian erikoislääkäri

HUS Iho- ja allergiasairaala

SIDONNAISUUDET

Eija Hiltunen-Back: Luentopalkkio (Astellas, Farmasian oppimiskeskus, Orion)

Leila Jeskanen: Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

- Barker LP, Gross P. Lichen sclerosus et atrophicus of the female genitalia. Arch Dermatol 1962;85:362–73.
- Calonje E, Brenn T, Lazar A, McKee PH. McKee's pathology of the skin. Philadelphia: Elsevier Saunders 2011, s. 201–11, 446, 449–56.
- Farage MA, Miller KW, Ledger WJ. Determining the cause of vulvovaginal symptoms. Obstet Gynecol Surv 2008;63:445–64.
- Fischer GO. The commonest causes of symptomatic vulvar disease: a dermatologist's perspective. Australas J Dermatol 1996;37:12–8.
- Goldstein AT, Thaçi D, Luger T. Topical calcineurin inhibitors for the treatment of vulvar dermatoses. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2009;146:22–9.

- Kirtschig G, Meulen AJ, Ion Lipan JW, ym. Successful treatment of erosive vulvovaginal lichen planus with topical tacrolimus. Br J Dermatol 2002;147:604–31.
- Kuivanen T, Jeskanen L, Autio P. Koepala ihosta – aiheet ja tekniikka. Suom Lääkäril 2004;59:765–7.
- McPherson T, Cooper S. Vulval lichen sclerosus and lichen planus. Dermatol Ther 2010;23:523–3.
- Meeuwis KAP, de Hullu JA, Massuger LFAG, ym. Genital psoriasis: a systemic literature review on this hidden skin disease. Acta Derm Venereol 2011;91:5–11.
- Mirowski GW, Goddard A. Treatment of vulvovaginal lichen planus. Dermatol Clin 2010;28:717–25.
- Murphy R. Lichen sclerosus. Dermatol Clin 2010;28:707–15.
- Neill SM, Lewis FM, Tatnall FM, Cox

NH. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of lichen sclerosus 2010. BJD 2010;163:672–82.

- Pipkin C. Erosive diseases of the vulva. Dermatol Clin 2010;28:737–51.
- Ragaz A, Ackerman AB. Evolution, maturation and regression of lesions of lichen planus. New observations and correlations of clinical and histological findings. Am J Dermatopathol 1981;3:5–25.
- Russell-Jones R. The histogenesis of eczema. Clin Exp Dermatol 1983;8:213–25.
- Strittmatter HJ, Hengge UR, Blecken SR. Calcineurin antagonists in vulvar lichen sclerosus. Arch Gynecol Obstet 2006;274:266–70.
- Sulzberger MB. Eczema viewed from the perspective of 60 years' experience. Am J Dermatopathol 1982;4:337–8.

Summary

Common vulvar dermatologic conditions

A wide range of cutaneous diseases can affect genital area. Some of these dermatoses are predominantly present in vulvar area while others primarily occur in extra-genital skin areas. Genital area is susceptible to maceration and the combination of moisture and warmth together with the increased penetration of topical agents make the region vulnerable for mechanical and chemical irritation. Lichen simplex chronicus (LSC) is a secondary condition precipitated by chronic itching and scratching. Scratching may be caused by some dermatoses or candida infection. Chronic systemic dermatoses most commonly affecting vulvar area are various eczemas, psoriasis, lichen sclerosus and lichen planus.