

## Kielipaise

Kielipaise on harvinainen ja joskus hengenvaarallinenkin sairaus, sillä kielen turvotus voi tukkia ilmatiet nopeasti. Kuvaamme potilaan, jolla kielen turpoamisen syyksi todettiin magneettikuvauksessa kielen etuosan paise, joka ulottui suunpohjaan leuanalussylkirauhasen viereen. Vasta lokeroisen kielipaiseen uusintakanavoointi ja sylkirauhasen poisto johtivat potilaan paraneamiseen.

**Vuoteen 2004 mennessä** englanninkielisessä kirjallisuudessa oli kuvattu vain noin 50 kielipaisetapausta, joista kaksi Suomesta (1, 2). Alan oppikirjoissakin aihe sivuutetaan, ja moni erikoislääkäri kohtaa uransa aikana kielipaiseen vain kerran. Suomenkielisessä lääketieteellisessä julkaisussa aihetta ei tietojemme mukaan ole aiemmin käsitelty.

### Oma potilas

46-vuotias nainen käytti säännöllisenä astmalääkityksenä flutikasonipropionaattia kahdesti vuorokaudessa ja sisäänhengitettävää salbutamolia tarvittaessa. Ennen sairaalaan tuloa hänellä oli ollut kahden päivän ajan kuumetta 38 °C ja kurkkukipua. Kipu oli äkillisesti pahentunut, ja suunpohja ja kieli olivat turvonneet vasemmalta puolelta niin, että potilaan oli vaikea puhua. Anafylaksia- ja angioödeemaepäilyn vuoksi potilaalle annettiin ensiapupoliklinikassa las-kimonsisäisesti 0,2 mg adrenaliinia, 80 mg metyyli-prednisolonia ja ihon alle 30 mg ikatibanttia. Vastetta hoitoon ei saatu. Potilas oli septinen ja takykardinen, ja systolinen verenpaine oli nesteytyksestä huolimatta 90–100 mmHg ilman inotrooppista lääkitystä. Puhevaikeuden vuoksi anamneesin saaminen oli vaikeaa. Potilas pystyi hengittämään nenän kautta.

Fiberoskopiassa kurkunkansi todettiin normaalliksi eikä kurkkupaiseeseen sopivaa havaittu. Kieli, suunpohja ja kaula olivat vasemmalta puolelta voimakkaasti turvoksissa, mutta palpoitaessa ei syntynyt vaikutelmaa paiseesta. Kaulan ja välikarsinan varjoainetehosteisessa tietokonetomografiassa (TT)

havaittiin turvotusta vasemmalla kielessä ja nielussa, vasemmassa leuanalussylkirauhasessa sekä kaulan pehmytosissa. Selvää paiselöydöstä tai henkitorven puristusta ei havaittu. Oikea poskiontelo oli eriteen täyttämä. Kielen löydöksen tulkintaa haittasivat useat hampaiden paikoista irronneet artefaktit. Veren hemoglobiinipitoisuus oli 130 g/l, valkosolujen määrä  $7,8 \times 10^9/l$  ja CRP-pitoisuus 70 mg/l. Veren glukoosi- ja elektrolyyttipitoisuudet sekä maksan, kilpirauhasen ja munuaisten toimintakokeet olivat normaalit. Thoraxkuvalöydös oli tulovaiheessa normaali.

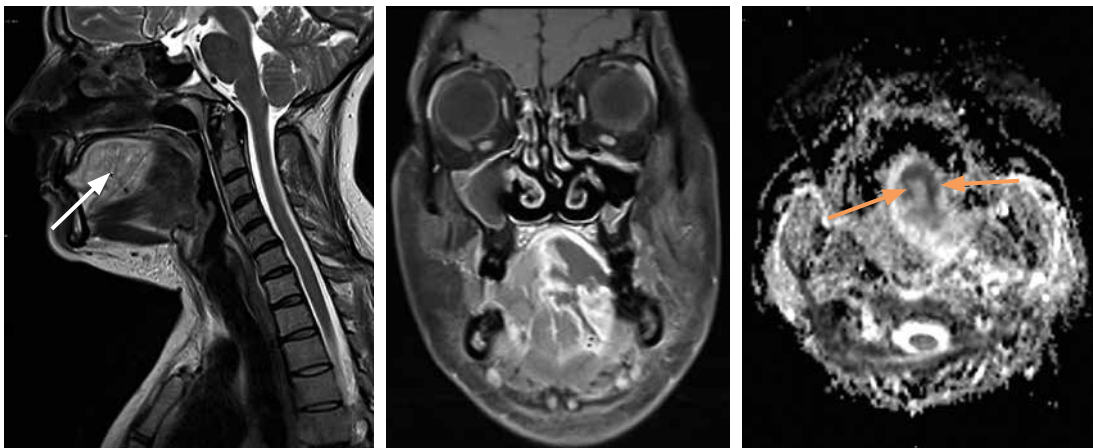
Potilas otettiin teho-osastolle ja mikrobilääkitykseksi aloitettiin metronidatsoli ja kefuroksiimi, joka vaihdettiin seuraavana päivänä meropenemiin. Seuraavien kolmen päivän aikana kielen ja suunpohjan turvotus väheni. Thoraxkuvaan ilmaantui keuhko-kuumeeseen sopiva muutos, ja veren valkosolujen määrä suureni pitoisuuteen  $28,6 \times 10^9/l$ . CRP-pitoisuus oli kolmantena hoitopäivänä korkeimmillaan 332 mg/l. Uusitus nenän fiberoskopiassa ei todettu kurkunkannen tulehdukseen eikä nieluntakaiseen tai viereiseen paiseeseen sopivaa. Sylkikiveen tai -tietien tukokseen viittaavaa ei todettu. Kielen vasen puoli oli aristava, turvoksissa ja katteinen. Tulehdusprosessin todettiin alkaneen kielestä.

Kun potilas pystyi täydentämään anamnesiaa, selvisi että hänellä oli tapana säännöllisesti harjata kieltään hammasharjalla, viime aikoina vielä aiempaa tehokkaammin.

Neljäntenä hoitopäivänä kielen turvotus oli vähentynyt. Veren valkosolujen määrä oli  $12,6 \times 10^9/l$  ja CRP-pitoisuus 52 mg/l. Kielen turvotus rajoittui vasemmalle puolelle. Kuudentena hoitopäivänä tehdyssä kaulan magneettikuvauksessa (MK) kielen vasemmalla puolella todettiin reunoiltaan tehostuva paiseeksi sopiva muutos (KUVA). Se oli yhteydessä hieman turvonneeseen vasempaan leuanalussylkirauhaseen, jonka vieressä oli erillinen 17 x 9 mm:n kokoinen paiseontelo.

Uusitus kielen palpaatiossa kielen vasempaan reunaan paikantui fluktuoiva aristava kohta, josta saatiin paikallispuudutuksessa neulalla aspiroiden sekä kanavoimalla märkäistä eritettä, ja paisediagnoosi varmistui.

Paiseen avauksen jälkeen seitsemäntenä hoitopäivänä kielen turvotus väheni, mutta kipu ja turvotus suunpohjassa lisääntyivät. Suu aukesi vain 1,5 cm. Intubaation jälkeen leuanalussylkirauhasen viereinen paise kanavoitiin kaulalle. Toimenpide vaati vasem-



**KUVA.** A) T2-painotteisessa sagittaalikuvasa kielipaise (nuoli) näkyy signaalivoimistumana. B) Gadoliniumtehosteissä T1- painotteisessa koronaalisuunnan rasvasuppressiokuvassa kielipaiseen reunat korostuvat voimakkaasti. Eritettä oikealla poskiontelossa. C) Aksiaalisuunnan diffuusiokuvassa (ADC-kuva) todetaan kielen vasemmassa reunassa rajoittunut diffuusio, joka sopii paiseeseen (nuolet).

man leuanalussylkirauhasen poiston. Histologinen löydös sopi voimakkaaseen tulehdukseen. Oikean poskiontelon huuhtelussa saatiin märkäistä eritettä. Alkuvaiheessa veriviljelyt olivat jääneet ottamatta, eikä laajakirjoisen mikrobilääkityksen aikana märkänäytteitä enää otettu. Kielen ja kaulan turvotus alkoi nopeasti vähentyä, ja intubaatioputki sekä paiseen kumiliuska poistettiin kymmenentenä hoitopäivänä, jolloin potilas siirtyi tavalliselle osastolle.

Kahdententoista hoitopäivänä potilas jakoi jo liikkua osastolla ja puhuminen onnistui, mutta kieli oli edelleen kankea. Nestemäisen ruuan ja soseen syönti onnistui kolmantentoista päivänä. Hoito jatkui kotona kymmenen vuorokauden ajan suun kautta otetuilla kefaleksiinilla ja metronidatsolilla.

Kolmen viikon kuluttua potilas todettiin tarkistuskäynnillä hyväkuntoiseksi ja hän koki jo olevansa työkykyinen. Kolme kuukautta sairastumisen jälkeen tehdyssä kielen ja kaulan MK:ssa todettiin normaali leikkauksenjälkeinen löydös, eikä paiseen uusimiseen sopivaa todettu kliinisessä tutkimuksessa.

## Pohdinta

Potilaallamme oli vakava kielipaiseen aiheuttama tehohoitoon johtanut septinen infektio. Kielipaiseen lisäksi hänellä oli poskiontelotulehdus ja tehohoidon aikainen keuhkokuume. Vasta lokeroisen kielipaiseen uusintakantavuus johti potilaan paranemiseen. Äkillisen kielipaiseen tyypillisiä oireita ovat kipua, joka usein säteilee korvaan, kielen äkillinen turpo-

aminen, nielimisvaikeudet, vaikeus liikuttaa kieltä sekä hengitysvaikeudet. Kielen äkillinen turpoaminen voi tukkia ylempät hengitystiet ja aiheuttaa näin hengenvaaran.

Kieli on hyvin vastuskykyinen infektioille suuontelon runsaasta bakteerikannasta huolimatta. Tätä selitetään muun muassa kielen runsaalla verenkierrolla, suurella lihasmassalla ja paksulla sarveistuneella epiteelillä (2). Myös suuontelon ja syljen puolustusmekanismit estävät yleensä tehokkaasti bakteeri-infektioiden syntyä, kun syljeneritys on normaalia. Potilaan iän, sukupuolen tai sosioekonomisen aseman ei ole todettu vaikuttavan kielipaiseen ilmaantuvuuteen (3, 4).

Yleisimmin kielipaiseesta kasvaneet bakteerit ovat olleet streptokokkeja, stafylokokkeja, anaerobisia bakteereita, hemofilusta, fusobakteereita, prevotellaa, peptokokkeja ja sekainfektioita (5). *Actinomyces israeliin* aiheuttamista kielipaiseista on julkaistu 18 tapausta (6). Oman potilaamme paiseen mikrobiologia jäi tunnistamatta.

Valtaosa kielipaiseista on toispuolisia ja kielen etuosaan paikantuvia, ja ne voivat liittyä paikalliseen traumaan. Kielen takakolmanneksen alueen paiseet voivat saada alkunsa infektoituneesta kilpirauhas-kielitiehyestä, dermoidikystasta, kielen tyven imukudoksen

tulehduksesta tai komplisoituneesta hammasperäisestä infektiosta (2, 7). Kielen takakolmanneksen paise voi johtaa ilmäteiden nopeaan tukkeutumiseen.

Kielipaiseelle altistavina tekijöinä on kuvattu muun muassa vierasesineitä, diabetes ja immunosuppressio (2, 8). Etenkin vierasesinetapauksessa diagnoosi voi viivästyä. Omalla potilaallamme kielen toistuvalla harjaamisella on saattanut olla merkitystä tulehduksen synnyssä. Potilaan syljeneritys oli normaalia eikä immunologisissa perusselvittelyissä todettu poikkeavaa.

Yleisimpiä muita kielen turpoamisen syitä ovat verenvuoto, allergiat ja infarktoituminen. Kielen traumat, antikoagulanttihoito ja verisuonten epämuodostumat voivat altistaa verenvuodolle. Allergia ja angioödeema (HAE) voivat myös turvottaa kieltä äkillisesti (2). Pahanlaatuisten kasvainten aiheuttamat oireet ovat yleensä pitempiaikaisia.

Kaikukuvauksen käytöstä kielipaiseiden kuvantamisessa on kirjallisuudessa vain yksittäisiä siihen kannustamattomia mainintoja (5). TT on nopea ja hyvin saatavissa oleva tutkimus, mutta hampaiden paikoista lähtevät artefaktit haittaavat usein pään ja kaulan alueen diagnostiikkaa, kuten omalla potilaallammekin. Ensimmäiset MK:lla tutkitut kielipaisepotilaat on julkaistu 1998 (7, 9). MK:n edut ovat suuri pehmytkudoskontrasti, vapaa leikesuunnan valintamahdollisuus ja hyvä paikanerotuskyky ilman hammaspaikoista lähteviä artefakteja. Rasvasuppressiotekniikoiden ja gadoliniumtehosteaineen käyttö auttaa kielipaiseen laajuuden selvittelyssä, vaikka itse MK onkin epäspesifinen.

Uutta työssämme on diffuusiokuvauksen käyttö kielipaiseen diagnostiikassa. Paiseessa diffuusio on vähentynyt, mutta sekään ei ole paiseelle spesifinen löydös, koska runsassoluisen pahanlaatuinen kasvain voi käyttäytyä samoin. Kokonaiskuva ja kliiniset tiedot onkin aina suhteutettava kuvantamislöydökseen.

## Lopuksi

Kielipaiseen hoidossa on tärkeää varmistaa ilmäteiden avoimuus (8, 9). Osa julkaisuista suosittaa paisediagnoosin varmentamista ja kielen etuosan paiseen tyhjentämistä neulapunktion avulla sekä mikrobilääkehoitoa ainoana toimenpiteenä (3, 5) ja osa välitöntä kirurgista avausta (2, 6). Keskeistä on kielen takaosan paiseen kanavointi yhdistettynä herkkyysmäärittelyn mukaiseen mikrobilääkehoitoon (10). Mikrobilääkehoidon kestosta ja kortikosteroidien käytöstä ei ole konsensus-ta. Potilaamme kielen etuosan lokeroisen paiseen laajuus selvisi MK:ssa. Hän parantui vasta kielipaiseen laajan kirurgisen avaamisen ja laajakirjoisen mikrobilääkehoidon jälkeen. ■

**TAPANI TIKKAKOSKI, dosentti, osastonylilääkäri**  
**ANNAMARIA WEITZ-TUORETMAA, LL,**  
osastonylilääkäri

Keski-Pohjanmaan keskussairaala, röntgenosasto ja korvaosasto

**TADEUSZ KAMINSKI, LL, osastonylilääkäri**  
Keski-Pohjanmaan keskussairaala, teho-osasto

**MARKO RAHKONEN, LL, infektio lääkäri**  
Keski-Pohjanmaan keskussairaala, infektioyksikkö

### SIDONNAISUUDET

Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia

## Summary

### Tongue abscess

Tongue abscess is a rare and sometimes life-threatening condition, as swelling of the tongue may rapidly occlude the airways. In a patient described by us swelling of the tongue was found in MR imaging to be caused by an abscess of the anterior part of the tongue, extending to the floor of the mouth, beside the submandibular gland. It was only after recanalization of the compartmentalized abscess of the tongue and removal of the salivary gland that the patient recovered.

### KIRJALLISUUTTA

1. Jungell P, Asikainen S, Kuikka A. Acute tongue abscess: report of two cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1996;25:308–10.
2. Antoniadis K, Hadjipetrou L, Antoniadis V, Antoniadis D. Acute tongue abscess. Report of three cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod* 2004;97:570–3.
3. Balatsouras DG, Eliopoulos PN, Kaberos AC. Lingual abscess: Diagnosis and treatment. *Head Neck* 2004;26:550–4.
4. Ozturk M, Mavili E, Erdogan N, Cagli S, Guney E. Tongue abscess: MR imaging findings. *Am J Neuroradiol* 2006;27:1300–3.
5. Pallagatti S, Sheikh S, Kaur A, Puri N, Singh R, Arya S. Tongue abscess: a rare clinical entity. *J Invest Clin Dent* 2012;3:240–3.
6. Kurtaran H, Ugur KS, Ark N, Vuran O, Gundaz M. Tongue abscess with actinomycosis. *J Craniofac Surg* 2011;22:1107–9.
7. Ozturk M, Durak AC, Ozcan N, Yigitbasi OG. Abscess of the tongue. *Am J Roentgenol* 1998;170:797–8.
8. Boon M, Pribitkin E, Spiegel J, Nazarian L, Herbison GJ. Lingual abscess from grill cleaning brush bristle. *Laryngoscope* 2009;119:79–81.
9. Muñoz A, Ballesteros AI, Brandariz Castelo JA. Primary lingual abscess presenting as acute swelling of the tongue obstructing the upper airway: diagnosis with MR. *Am J Neuroradiol* 1998;19:496–8.
10. Vellin JF, Crestani S, Saroul N, Bivahagumye L, Gabrillargues J, Gilain L. Acute abscess of the base of tongue: a rare but important emergency. *J Emerg Med* 2011;41:e107–10.