

Alexander Salava

Nokkosihottumat (urtikariat)

Keskeistä

- Akuutin urtikarian taustalla on usein infektio.
- Tilan kroonistuessa kyseessä on yleensä autoimmuuniurtikaria tai idiopaattinen urtikaria.
- Vältetään turhia laboratoriotutkimuksia sekä urtikarian yhdistämistä allergioihin tai ruoka-aineisiin.
- Hoidetaan tehokkaasti oireen mukaan.

Epidemiologia

- Nokkosihottuma on yleisimpiä ihosairauksiamme. Noin 20 % väestöstä potee sitä jossakin elämänsä vaiheessa.

Diagnoosi

- Tyypillisiä ovat nopeasti nousevat ja kutisevat nokkospaukammat, joiden ympäristö saattaa punoittaa.
- Paukama saattaa olla laajoilla alueilla, ja niiden koko vaihtelee 1 mm:stä suurempiin yhtenäiseen paukamiin.
- Kutina on usein kovinta paukamien noustessa, mutta raapi-mäjäljet ovat harvinaisia.
- Nokkospaukammat nousevat ja laskevat paikkaa vaihdellen. Ominainen piirre on, että yksittäinen paukama pysyy samassa paikassa korkeintaan vuorokauden.
- Nokkospaukamiin ei liity rak-

kulointia, hilseilyä tai haavautumista.

- Noin puolella potilaista on lisäksi angioedeemaa, joka on joko itsenäinen oire tai esiintyy yhdessä nokkosihottuman kanssa.
- Muuhun kuin nokkosihottumaan viittaa, jos yksittäinen muutos pysyy samassa paikassa yli vuorokauden tai jättää parantuessaan jäljen, esim. pigmenttiä, lievän mustelman tai purppuran.

Erotusdiagnoosit

- Atooppinen ekseema
- Syyhy
- Infektion tai lääkeaineen aiheuttama eksanteema
- Monimuotoinen punavihoittuma (erythema multiforme)
- Punatäplähilseily (pityriasis rosea)
- Pisarapsoriaasi (psoriasis guttata)
- Papulaarinen nokkosihottuma (strophulus) on yleensä lapsilla esiintyvä yliherkkyyssreaktio hyönteisten, etenkin hyttysten ja kirppujen pistoille.
- Urtikariavaskuliitti

Akuutti nokkosihottuma (kesto < 6 viikkoa)

- Liittyy yleensä infekcioihin (esim. virusperäinen ylähengitystieinfektio).



- Syy-yhteys urtikarian ja infektion välillä varmistuu harvoin.
- Infektion aikana käytettyjä lääkkeitä epäillään usein aiheuttajiksi, vaikka kyseessä on harvoin lääkeainereaktio.
- Myös anafylaksian ensioireena voi olla akuutti urtikaria.
 - Myöhemmin kehittyvät yleistilan heikentyminen, verenpaineen lasku ja bronkiaalinen obstruktio.
- Jos potilaan yleistila on hyvä, ei laboratoriotutkimuksia yleensä tarvita.
- Jatkotutkimukset kohdistetaan oireiden perusteella mahdollisesti nokkosihottumaa laukaavaan infekcioon, jos niillä on hoidon kannalta vaikutusta (PVKT, CRP, Ps-StrVi, sinusten kaikututkimus, thoraxkuva jne).

Kosketusurtikaria

- Nokkospaukamia voi herksityneillä potilailla ilmaantua suoraan allergeenin kanssa kosketuksissa olleille ihoalueille (välitön allergia; eläinten sylki, luonnonkumi jne.).
- Syy-yhteys on usein selvä, ja herkistyminen voidaan osoittaa välitöntä allergiaa mittaavilla testeillä (prick-testit ja seerumin spesifiset IgE-vasta-aineet).

Toistuvat akuutit nokkosihottumat

- Toistuvissa akuuteissa nokkosihottumissa on hyvä ja yksityiskohtainen anamneesi tärkeä.
- Provoisoivat lääkeaineet, esim. tulehduskipulääkkeet, ruoka-aineet, fysikaaliset ärsykkeet tai rasitus nokkosihottumaa?
- Usein nokkosihottuman laukaisemiseksi tarvitaan monen tekijän yhteisvaikutus, esim. nuhakuume ja alkoholinkäyttö tai ruoka-aine (esim. vehnä) ja rasitus.

Krooninen nokkosihottuma (kesto > 6 viikkoa)

- Krooninen nokkosihottuma on yleensä autoimmuniurtikaria tai idiopaattinen urtikaria.
- Laajoista tutkimuksista on harvoin apua.
- Diagnoosi perustuu anamneesiin ja kliiniseen kuvaan.
- Jokaiselle potilaalle kannattaa tehdä dermatografismitesti.

Tutkimukset

- Infektion poissulku
 - TVK, CRP, La.
 - Eosinofiliaa nähdään esim. suoliston parasiitti-infektioissa.

- Tarvittaessa lisätutkimuksia (kroonisen infektiokokon poissulku).
 - U-KemSeul, Ps-BaktVi, S-IgE, S-VirAb, F-BaktVi1 ja F-Para-O (jos matkustusanamneesi), ALAT, AFOS, S-HepyAb tai F-HepyAg (jos vatsaoireita), sinusten kaiku- tai röntgenkuvaus, thoraxkuva.

Autoimmuniurtikaria

- Autoimmuniurtikaria on yleisin kroonisen urtikarian muoto.
- Oireita esiintyy yleensä lievänä päivittäin, ja aika ajoin ilmaantuu pahenemisvaiheita.
- Pahenemisvaiheita voivat laukaista esim. infektiot tai tulehduskipulääkkeet.
- Autoimmuniurtikaria voi reagoida huonosti antihistamiineihin.
- Osassa tapauksista todetaan positiiviset vasta-aineet (S-Urtikar).
- Potilailla tavataan usein muita autoimmunisairauksia (esim. autoimmuunityreoidiitti), joiden poissulkemiseksi voidaan tutkia TSH, TPOAb, ANAAb.

Fysikaaliset urtikariat

- Diagnoosin kulmakivi on potilaan anamneesi. Provokaatiotestejä tarvitaan harvoin.
- Hoidollisesti tärkeintä on suojautuminen laukaisevilta tekijöiltä.
- Piirtopaukamointi
 - Puhkeamisen syynä on joskus infektio. Nokkosihottuma jatkuu infektion parantumisen jälkeenkin ja kestää yleensä muutaman vuoden.
 - Testi: raapaistaan tylpällä esineellä (esim. spaatteli) selän ihoa ja odotetaan 5 min. Testi tulkitaan positiiviseksi, jos iho kohoaa testialueella.
- Paineurtikaria
 - Mekaanisen paineen aiheuttamana nähdään n. 1 vrk:n viiveellä (yleisempi) tai välittömästi turvotuksia painealueilla.
- Hikiurtikaria (kolinerginen urtikaria)
 - Varsinkin nuorilla aikuisilla ilmaantuu fyysisessä tai psyykkisessä rasituksessa 1–2 mm:n läpimittaisia kovasti kutiavia paukamia rintakehälle ja vartalolle. Oire on lyhytkestoinen.
- Kylmäurtikaria
 - Kylmettyneen ihon lämmetessä ilmaantuvat punoitus ja turvotus vain osaan ihosta.
 - Ilmiö kestää yleensä joitakin vuosia. Oireet voivat provosoitua myös kylmää esinettä koskettaessa.
- Aurinkourtikaria
 - Vaikeahoitoinen harvinainen valoherkkyysihottuma, jossa paikallinen ihoturvotus kehittyy vain minuutteja luonnonvalolle tai keinovalolle altistumisen jälkeen.

NÄYTÖN ASTEEN LUOKITUS:

- A = VAHVA TUTKIMUSNÄYTTÖ
- B = KOHTALAINEN TUTKIMUSNÄYTTÖ
- C = NIUKKA TUTKIMUSNÄYTTÖ
- D = EI TUTKIMUSNÄYTTÖÄ

Artikkelin täydellinen versio on luettavissa Lääkärin tietokannoista Terveysportista

www.terveysportti.fi

Alexander Salava

© 2017 Kustannus Oy Duodecim

Angioedeema

- Esiintyy usein nokkosihottuman yhteydessä.
- N. 10 % kroonisista nokkosihottumista ilmenee pelkkänä kohotuksittaisena angioedeemana ilman nokkospaukama.
- Turvotus on usein huulissa tai silmäluomissa ja kestää 1–3 vrk.
- Aiheuttaa subjektiivisesti poltteen tunnetta ja kipua, ei niinkään kutinaa.
- Hoitovaste antihistamiineille on usein huono.
- Yleinen syy on lääkitys ACE:n estäjillä tai ATR:n salpaajilla. Oireet ilmaantuvat lääkkeiden jatkuvaan käytössä vain satunnaisesti. Taustalla on muu kuin allerginen mekanismi.
- Myös lääkeyliherkkyys (esim. tulehduskipulääkkeet) voi aiheuttaa angioedeemaa. Oireet toistuvat tuolloin aina lääkkeenoton yhteydessä.
- Pelkissä angioedeemakohtauksissa kannattaa erotusdiagnostiikassa muistaa anafylaksia ja hereditaarinen angioedeema (HAE).

Hoito

- Väsyttämätön H₁-antihistamiini on kaikkien nokkosihottumien ensisijainen hoito.
 - Käytetään aluksi normaaliannoksin nokkosihottuman keston ajan, tarvittaessa usean viikon.
 - Jos oireet eivät rauhoitu, voidaan annos nostaa 2–4-kertaiseksi (esim. setiritsiini 10 mg 1–2 tbl aamuin illoin); reseptiin on tuolloin tehtävä Sic!-merkintä.
 - Antihistamiineilla on usein yksilöllinen vaste potilaan oireiden lievityksessä, ja kokeilu eri ryhmien anti-

histamiineilla kannattaa (setiritsiini/levosetiritsiini, loratadiini/desloratadiini, ebastiini, feksofenadiini, akrivastiini, bilastiini).

- Erittäin rajuissa oireissa voidaan antaa sisäistä kortikosteroidia, esim. prednisolonia 40 mg p.o. kerran päivässä 3 päivän kuurina. Sairausloma on joillekin potilaille tarpeen.
- Ellei normaalin antihistamiinannoksen nelinkertaistaminen riitä, voidaan kroonisessa urtikariassa lääkitykseen lisätä oireenmukaisena hoitona ensisijaisesti montelukasti 10 mg × 1 iltaisin.
- Toisena vaihtoehtona on lisätä H1-antihistamiinihoitoon ranitidiini 150 mg × 2^D.
- Näiden hoitojen tehosta ei ole vahvaa näyttöä, mutta ne ovat turvallisia ja niistä saattaa olla lisähyötyä joillekin potilaille.
- Vaikeaan ja tavanomaiseen hoitoon reagoimattomaan krooniseen spontaaniin urtikariaan käytetään erikoislääkärin valvonnassa immunosuppressiivisiä lääkkeitä (esim. siklosporiini A) tai monoklonaalista anti-IgE-vasta-ainetta omalizumabia.
- Angioedeemassa antihistamiini ei useinkaan tehoa.
 - Jos turvotus on voimakasta ja haittaavaa, annetaan aikuiselle prednisolonia 30–60 mg × 1 esim. 1–3 päivän kuurina.
 - Hengitystieobstruktiossa tarvitaan päivystyksellinen sairaalahoito ja seuranta.

Konsultaatio

- Toistuvissa nokkosihottumuksissa tehdään tarvittaessa ihotautilääkärin ohjaamana jatkotutkimuksia.

- Pitkittänyt ja asianmukaisesti toteutettuun hoitoon reagoimaton krooninen urtikaria voi vaatia muuta hoitoa, esim. UVB-valohoitoa tai immunosuppressiivisia lääkkeitä.

Kirjallisuutta

1. Maurer M, Church MK, Gonçalo M ym. Management and treatment of chronic urticaria (CU). *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;29 Suppl 3():16-32.
2. Zuberbier T, Aberer W, Asero R ym. The EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy* 2014;69(7):868-87.
3. Sharma M, Bennett C, Carter B ym. H1-antihistamines for chronic spontaneous urticaria: an abridged Cochrane Systematic Review. *J Am Acad Dermatol* 2015;73(4):710-716.e4.
4. de Silva NL, Damayanthi H, Rajapakse AC ym. Leukotriene receptor antagonists for chronic urticaria: a systematic review. *Allergy Asthma Clin Immunol* 2014;10(1):24.
5. Mitchell S, Balp MM, Samuel M ym. Systematic review of treatments for chronic spontaneous urticaria with inadequate response to licensed first-line treatments. *Int J Dermatol* 2015;54(9):1088-104.
6. Urgert MC, van den Elzen MT, Knulst AC ym. Omalizumab in patients with chronic spontaneous urticaria: a systematic review and GRADE assessment. *Br J Dermatol* 2015;173(2):404-15.