

Turvonneen jalan arvoitus

Alaraajan turvotus on yleinen kliininen ongelma. Sen syy voi olla helpostikin pääteltävissä (esimerkkinä syvä laskimotukos), mutta joskus turvotus on vaikea erotusdiagnostinen haaste. Tässä tapausselostuksessa kuvataan potilas, jolla toispuolisen alaraajaturvotuksen, lymfödeeman, aiheutti imuteihin levinnyt kynsipedin melanooma.

Yleisiä syitä alaraajan turvotukseen ovat sydämen, munuaisten, maksan ja syvien laskimoiden vajaatoiminta sekä äkillisissä toispuolisissa turvotuksissa syvä laskimotukos. Turvotus voi olla myös fysiologista. Joskus turvotus on melkoinen erotusdiagnostinen haaste, jolloin harvinaisempiakin syitä on osattava etsiä.

Melanooma on valkoihoisessa väestössä nopeasti yleistyvää pahanlaatuinen kasvain. Akraalinen, raajan ääriosan lentigomainen melanooma voi olla lähes tai täysin väritön, amelanootinen. Jopa kolmannes kynnenalusemelanoomista saattaa olla sellaisia (Patel ym. 2008). Alkuvaiheessa löydös saakin usein väärän diagnoosin, mikä huonontaa entisestään potilaan ennustetta (Gosselink ym. 2009).

Oma potilas

Palvelutalossa asuva 90-vuotias nainen sairasti verenpaine- ja sepelvaltimotautia sekä hyperkolesterolemiaa. Häneltä oli kymmeniä vuosia sitten poistettu kohtusyövän takia kohtu ja munasarjat. Päivittäisenä lääkityksenään hän käytti risperidonia, asetyylisalisyylihappoa, simvastatiinia, metoprololia, isosorbidi-5-mononitraattia sekä tarvittaessa tsopiklonia ja parasetamolia.

Potilas oli kertomansa mukaan loukannut kesälä 2008 oikean isovarpaansa eikä sen kynsi lähtenyt kunnolla parantumaan. Vuoden lopussa kynttä leikattiin yksityissektorilla, mutta kun tämä ei auttanut, päädyttiin poistamaan koko kynsi. Haava ei seu-

raavan keväänkään aikana parantunut kunnolla, ja potilas sai useita antibioottikuureja infektioepäilyn takia. Alkusyksystä häneltä hoidettiin keuhkokuume. Saman vuoden lokakuussa potilaalla oli ollut viikon ajan oikeassa alaraajassaan lisääntyvää särkyä, minkä jälkeen jalka alkoi turvota ja punoittaa. Kuumetta ei ollut. Potilas hakeutui terveyskeskuksen päivystykseen. Plasman D-dimeeripitoisuus oli suurentunut, ja hänet lähetettiin yliopistosairaalaan, koska epäiltiin syvää laskimotukosta.

Ensiavussa potilas todettiin yleistilaltaan hyväkuntoiseksi ja virkeäksi. Sydäimestä ja keuhkoista ei kuulunut auskultaatiossa erityistä, ja verenpaine oli 154/74 mmHg. Kaulassa, soliskuopissa tai kainaloissa ei tuntunut poikkeavia imusolmukkeita. Vatsa oli pehmeä ja aristamaton. Oikea pohje oli paksumpi kuin vasen. Homanin testissä (nilkan passiivinen dorsifleksio) tuntui hieman aristusta oikealla, mutta laskimoiden kaikukuvaus ei tuonut esiin syvään tukokseen viittaavaa. Sen sijaan nivusessa oli kaksi normaalia kookkaampaa, noin 3 cm:n läpimittaista patologiselta vaikuttavaa imusolmuketta. Tämän jälkeen löydös myös palpoitui. CRP-pitoisuus oli normaali, eikä myöskään verenkuvassa tai elektrolyyttiarvoissa ollut poikkeavaa. Potilas siirtyi sisätautiosastolle jatkohoitoon, ja hänelle alettiin antaa pienimolekyylisiä hepariinia laskimotukoksen ehkäisyssä käytettävänä annoksina.

Uusitusakaan kaikukuvauksessa ei havaittu laskimotukokseen viittaavaa, eikä jalkaterän natiiviröntgenkuvauksessa näkyneet osteiitin merkkejä. Nivusen suurentuneiden imusolmukkeiden arveltiin komprimoivan imuteitä ja aiheuttavan turvotuksen, lymfödeeman. Syöpäepäilyn vuoksi tehtiin vatsan kaikukuvaus ja palpoitiin rinnat. Löydökset olivat normaalit. Jalkapöydän valtimon pulssi tuntui heikkona, ja raaja oli lämmin aivan kärkiosiin saakka. Melkein vuosi sitten poistetun isovarpaan kynnen tilalle ei ollut kasvanut uutta, ja kynsipeti oli poikkeavan vaalean ja vetistävän näköinen. Kynsipedistä otettiin stanssilla näyte. Histologinen tutkimus paljasti pahanlaatuisen melanooman. Vartalon tietokonetomografiassa todettiin etäpesäkkeitä vasemmalla keuhkon ylälohkossa, keuhkoportissa ja väliriksinassa. Melanooma oli tässä vaiheessa ulseroitunut jo miltei luuhun saakka, minkä vuoksi varvas amputoitiin. Potilas sai nivusimusolmukkeisiin palliatiivista sädehoitoa.

Pohdinta

Kuvattu potilas päätyi päivystyksellisiin tutkimuksiin alaraajaturvotuksen takia. Turvotuksen syyksi paljastui imuteihin metastasoituneen akraalisen amelanoottisen melanooman aiheuttama lymfödeema (KUVA 1).

Alaraajaturvotus on yleinen kliininen ongelma lääkärin vastaanotolla. Erotusdiagnostiikassa auttavia seikkoja ovat mm. turvotuksen alkamisen nopeus ja tois- tai molemminpuolisuus.

Tyypillisesti molemminpuolista alaraajaturvotusta aiheuttavat tilat. Sydämen vajaatoiminta aiheuttaa tyypillisesti runsasta kuoppautuvaa turvotusta (pitting). Muita löydöksiä ovat painon lisääntyminen lyhyessä ajassa, takykardia, hepatomegalia ja kohonnut kaulalaskimopaine sekä usein myös rasitushengenahdistus ja yöllinen ortopnea. Tutkimuksiin kuuluvat keuhkoröntgenkuvaus, EKG:n rekisteröinti, eteispeptidipitoisuuden määrittäminen ja sydämen kaikukuvaus, jolla saadaan usein suljetuksi pois pulmonaalihypertensio (Ely ym. 2006). Erotusdiagnostiikassa on tärkeää tunnistaa syvien laskimoiden läppien vajaatoiminta, josta paras diagnostinen vihje on staasiekseema. Siinä iho värjäytyy ruskeaksi nilkan sisäpinnalta, ihokarvoitus häviää ja usein nähdään pinnallisia suonikohjuja. Syvien laskimoiden toispuolista vajaatoimintaa esiintyy posttromboottisessa oireyhtymässä.

Premenopausaalilla naisilla täytyy muistaa hyvänlaatuisen, idiopaattinen (ortostaattinen) turvotus, joka ilmenee tyypillisesti pitkän seisomisen tai istumisen jälkeen ilman muita merkittäviä oireita tai löydöksiä (Ely ym. 2006). Lisäksi kuukautisia edeltävä oireyhtymä ja raskaus (erityisesti toksemia) aiheuttavat turvotuksia. Munuais- ja maksasairauksissa sekä malnutritiossa ja -absorptiossa hypoproteinemiamia johtaa kolloidiosmoottisen paineen laskun myötä diffuusiin turvotukseen. Lääkkeistä varsinkin kalsiuminestäjät, kortikosteroidit ja tulehduskipulääkkeet ovat tyypillisiä turvotuksen aiheuttajia. Hyvin harvinaisia turvotuksen syitä ovat sarkoidoosi ja vaikean hypotyreoosin aiheuttama myksödeema.

1828 Tyypillisesti toispuolista alaraajaturvotusta aiheuttavat tilat. Yleinen päivystykseen lä-



KUVA 1. Potilaan alaraajat varvasamputaation jälkeen. Oikean alaraajan lymfödeeman aiheutti imuteihin levinnyt kynsipedin melanooma.

hettämisen aihe on toispuolinen, suhteellisen nopeasti ilmaantunut turvotus, jolloin epäillään syvää laskimotukosta. Pohje on usein arka kävellessä ja puristettaessa, Homanin koe voi antaa positiivisen tuloksen ja tukosjalka olla toista lämpimämpi. Aiempi syvä laskimotukos, immobilisaatio ja pahanlaatuiset sairaudet voivat viitata tukokseen (Scarvelis ja Wells 2006). Diagnostiikassa epäspesifinen D-dimeerimääritys on ongelmallinen mutta alaraajan kaikukuvaus ja hyvin distaalisissa trombeissa flebografia ovat diagnostisia. Erotusdiagnostiikassa tulee kyseeseen puhjennut Bakerin kysta.

Huonontunut imunestepaluu aiheuttaa lymfödeemaa (Szuba ja Rockson 1998). Sitä esiintyy lantion syövässä ja niiden hoidon (leikkaus, sädehoito) komplikaatioissa. Imutiet voivat olla myös synnynnäisesti hypo-

plastiset. Kasvain aiheuttaa joskus turvotusta komprimoimalla laskimoita lantion tai vatsan alueella. Vatsan ja gynekologisten elinten tutkiminen kuuluvat siten epäselvän turvotuksen selvittelyihin.

Muita syitä jalkojen turvotukseen ovat erilaiset infektiot (ruusu, selluliitti ja osteiitti), joissa tyypillisesti punoitus, kuumoitus ja suurentuneet tulehdusarvot vievät oikeaan diagnoosiin. Raju artriitti, kuten kihti, voi aiheuttaa ympäröivän kudoksen turvotusta. Diabeetikon jalan punoittavaa, kuumoittavaa mutta yleensä kivutonta turvotusta on epäiltävä neuro-osteartropatian aiheuttamaksi (Charcot'n jalka) (Trepman ym. 2005). Joskus trauma on dementoituneen vanhuksen jalkaturvotuksen syytä.

Akraalinen melanooma. Ihomelanooma on vuosikymmeniä ollut nopeimmin lisääntyviä syöpiä länsimaissa. Vuosittainen lisäys läntisessä Euroopassa on 3–5 %. Suomessa melanooman ikävakiointu vuosittainen ilmaantuvuus on miehillä 8,5 ja naisilla 7,8/100 000. Viiden vuoden eloonjäämisennuste on parantunut jatkuvasti ja on nykyisin Suomessa noin 80 % (Ihomelanooma: Käypä hoito -suositus 2006). Melanooman diagnostiikassa kokemus auttaa enemmän kuin algoritmit (Hannukse-la 2003). Melanoomaa on epäiltävä, jos ihon luomi alkaa kasvaa, muuttaa väriään, sen ympärille tulee satelliitteja tai se vuotaa verta tai visvaa. Melanooma leviää tyypillisesti alueellisiin imusolmukkeisiin ja veriteitse aivoihin, luustoon ja keuhkoihin. Melanoomaksi epäilty muutos on poistettava mahdollisimman nopeasti histopatologista tutkimusta varten.

Raajan ääriosan lentigomainen melanooma (5–10 % melanoomista) sijaitsee yleensä sormissa, kämmenissä, varpaissa, jalkapohjissa tai päänahassa (Ihomelanooma: Käypä hoito -suositus 2006). Kynsipedissä kasvava melanooma voidaan sekoittaa hematoomaan (Ghariani ym. 2008). Kynteen kohdistunut trauma, värin nopea ilmaantuminen ja myöhemmin kynnen tyvessä näkyvä kaistale normaalia lunulan väriä viittaavat hematoomaan. Jos proksimaalisessa kynsipöimussa piilee melanooma, se aiheuttaa kynsinauhan seutuun tumman värin, Hutchinsonin merkin. Joskus

YDINASIAIAT

- ▶ Toispuolisen alaraajaturvotuksen syytä voi olla metastasointi nivusen imusolmukkeisiin.
- ▶ Parantumattoman haavan – kynnenalaisenkin – taustalla saattaa olla melanooma.
- ▶ Huonosti paranevan haavan reunasta on otettava herkästi kudoksenäyte.

sormien ja varpaiden melanooma on lähes tai täysin väritön, amelanootinen (KUVA 2). Muutos voi muistuttaa esimerkiksi ekseemaa, psoriaasia tai kroonista haavaa. Tällöin ainoastaan histologinen tutkimus antaa diagnoosin, kuten kuvatussa potilastapauksessakin. Jopa kolmannes kynnenalusalusmelanoomista voi olla amelanoottisia (Patel ym. 2008). Potilas saattaa johdattaa lääkäriä harhaan ehdottamalla mekanismiksi traumaa, kuten tässä kuvattu potilaskin. On kuitenkin muistettava, että deformatiivisuus altistaa kynnen traumaalle. Iäkäs potilas ei ehkä myöskään muista tarkasti tapahtumien kulkua. Alkuvaiheessa löydös saakin usein väärän diagnoosin ja huonontaa täten entisestään potilaan ennustetta (Gosse-link ym. 2009).

Potilaamme isovarpaan kynnen kasvamista häiritsi kynsipedissä ollut melanooma. Koska



KUVA 2. Akraalinen melanooma. Kuvatietokanta 14.11.2005 Käypä hoito. Artikkelin tunnus: ima01872 (130.636) © 2010 HYKS:n iho- ja allergiasairaala.

kyntien kasvuhäiriön syyksi epäiltiin traumaa ja melanooma oli amelanoottinen, diagnosoitiin tuli lähes vuoden viive useista lääkärikontakteista huolimatta. Melanooma levisi imuteitä pitkin nivusimusolmukkeisiin ja aiheutti lopulta raajan lymfödeeman, minkä jälkeen päästiin nopeasti diagnosiin. Diagnosiin aikaan melanooma oli levinnyt veriteitse keuhkoihin, keuhkoporttiin ja välikarsinaan.

Lopuksi

Tapaus opettaa, että lymfödeema on pidettävä mielessä turvonneen alaraajan erotusdiagnos-

tiikassa. Se myös korostaa, että raajan ääriosan epäselvästä ihomuutoksesta on otettava heti alkuvaiheessa näyte histologista tutkimusta varten. Ennusteen kannalta avainasemassa ovat perusterveydenhuollon lääkärit, koska vain aktiivinen varhaisdiagnostiikka vähentää melanoomakuolemia (Koskivuo ja Suominen 2008). ■

JAN SUNDELL, dosentti, erikoislääkäri, vt. ylilääkäri
TYKS, Raision sairaala, sisätautien klinikka
PL 43, 21201 Raisio

KIRJALLISUUTTA

- Ely JW, Osheroff JA, Chambliss ML, Ebell MH. Approach to leg edema of unclear etiology. *J Am Board Fam Med* 2006;19:148–60.
- Chariani N, Bousofara L, Kenani N, ym. Post traumatic amelanotic subungual melanoma. *Dermatol Online J* 2008;14:13.
- Gosselink CP, Sindone JL, Meadows BJ, Mohammadi A, Rosa M. Amelanotic subungual melanoma: a case report. *J Foot Ankle Surg* 2009;48:220–4.
- Koskivuo I, Suominen E. Ihomelanooman muuttuva kirurginen hoito. *Duodecim* 2008;124:1995–2003.
- Hannuksela M. Algoritmit eivät auta melanoomadiagnostiikassa. *Duodecim* 2003;119:2137.
- Patel GA, Ragi G, Krysicki J, Schwartz RA. Subungual melanoma: a deceptive disorder. *Acta Dermatovenerol Croat* 2008;16:236–42.
- Scarvelis D, Wells PS. Diagnosis and treatment of deep-vein thrombosis. *CMAJ* 2006;175:1087–92.
- Käypä hoito -suositus: Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Chirurgi Plasteri Fennian asettama työryhmä. Ihomelanooma. *Duodecim* 2006;122:2157–8.
- Szuba A, Rockson SG. Lymphedema: classification, diagnosis and therapy. *Vasc Med* 1998;3:145–56.
- Trepman E, Nihal A, Pinzur MS. Current topics review: Charcot neuroarthropathy of the foot and ankle. *Foot Ankle Int* 2005;26:46–63.

SIDONNAISUUDET

JAN SUNDELL: Ei sidonnaisuuksia.

Summary

Mystery of the swollen leg

This case report demonstrates a 90-year-old female patient who had an amelanotic subungual melanoma of the right hallux. As usual non healing ulcer of the nail bed was initially misdiagnosed. Finally melanoma spread to the groin lymph nodes and induced lymphedema of the leg leading to the right diagnosis. Acral lesion requires early biopsy if any clinical uncertainty exists.