



Painon väheneminen pulmana

Seitsemänkymppinen eturauhassyövän sairastanut, nivelreumaa ja verenpainetautia sairastava mies tuli sisätautien poliklinikkaan tutkimuksiin anemian ja puolen vuoden aikana tapahtuneen 10 kg:n tahattoman painon vähenemisen vuoksi. Hemoglobiinipitoisuus oli ollut pienehkö muutaman vuoden ajan ja pienentynyt seurannassa lukemaan 99 g/l. Tulehdusarvot olivat selvästi suurentuneet. Painon vähenemisen ja yleisen heikotuksen lisäksi ei esiintynyt kuumeilua, yöhikoilua, vatsaoireita, ohimosärkyä, lihaskipuja eikä niveloireita. Muutama kuukausi ennen painon vähenemisen alkua potilaalla oli ollut ylähengitystieinfektio, neljän viikon selittämätön kuumejakso ja ohimennyt ripulijakso.

Kliinisessä tutkimuksessa ei havaittu mitään epätavanomaista. Laboratoriotutkimusten tulokset esitetään **TAULUKOSSA**. Vartalon tietokonetomografiassa todettiin poikkeavia ja suurentuneita imusolmukkeita suoliliepeen alueella, lisäksi suolistossa oli turvotusta. Potilas ohjattiin tähytystutkimuksiin sekä gastrokirurgille tähytykselliseen imusolmukkeiden näytteenottoon. Gastroskopiassa todettiin ruokatorven hiivatulehdus, kolonoskopiassa havaittiin divertikuloosi ja poistettiin dysplastinen adenooma. Patologi tutki poistetut suoliliepeen imusolmukkeet, joissa todettiin lähinnä reaktiivisia muutoksia.

Seurantakäynnillä sisätautien poliklinikassa uutena löydöksenä todettiin laaja-alainen kuoppaturvotus raajoissa ja vartalolla. Laboratoriotutkimuksissa todettiin anemian syventyneen ja hypoalbuminemia, 24 g/l. Paino oli lisääntynyt 7 kg turvotusten vuoksi.

Veren leukosytoosin ja neutrofilian vuoksi epäiltiin latenttia infektiota. Potilaalla ei ollut

TAULUKKO. Potilaan laboratoriotutkimusten tuloksia. Plasman kreatiniinin, alaniiniaminotransferaasin ja alkalisen fosfataasin pitoisuudet olivat viitealueella, samoin tyreotropiinin ja prostataspesifisen antigeenin pitoisuudet. Myös seerumin B12-vitamiinin ja folaatin sekä IgG4:n ja tumavasta-aineiden pitoisuudet olivat viitealueella.

Tutkimustulokset	Viitealue
B-Hb 99 g/l	134–167 g/l
E-MCV 87 fl	82–98 fl
B-leuk $14,3 \times 10^9/l$	$3,4\text{--}8,2 \times 10^9/l$
B-trom $336 \times 10^9/l$	$150\text{--}360 \times 10^9/l$
B-retik $68 \times 10^9/l$	$30\text{--}108 \times 10^9/l$
B-neut $11,6 \times 10^9/l$	$1,5\text{--}6,7 \times 10^9/l$
P-CRP 83 mg/l	< 4 mg/l
B-La 34 mm/t	< 30 mm/t
fS-ACE 10 U/l	< 65 U/l
P-Na 136 mmol/l	137–145 mmol/l
P-K 4,0 mmol/l	3,3–4,9 mmol/l
S-Ca-ion $1,15 \text{ mmol/l} / \text{pH } 7,4$	$1,16\text{--}1,3 \text{ mmol/l} / \text{pH } 7,4$
P-ProBNP 2 525 ng/l	< 229 ng/l
P-Alb 24 g/l	34–45 g/l
S-protFr – ei M-komponenttia	–
S-IgLcK-V 44,4 mg/l	6,9–25,6 mg/l
S-IgLcL-v 24,0 mg/l	8,6–26,5 mg/l
P-ferriit 142 µg/l	20–195 µg/l
fP-trfesat 5 %	17–52 %
P-TfR 2,0 mg/l	< 1,4 mg/l
HIVAgAb negatiivinen	–
U-solut eryt $1 \times 10^6/l$	< $10 \times 10^6/l$
U-albKre 0,6 mg/mmol	< 3 mg/mmol

kuumeilua, veriviljelyt olivat negatiiviset, streptokokki- ja stafylokokki-infektioiden mahdollisuutta kuvaavat antistreptolysiini (AST)- ja antistafylolyysiini (ASTA) -määritykset olivat negatiiviset. Potilaalla ei ollut vierasesineitä kehossaan, ja hän oli käynyt säännöllisesti hammaslääkärissä.

Turvotusten kehittymisen vuoksi tehtiin kii-reellisesti sydämen kaikukuvaus, jossa ei todet-tu latenttia endokardiittia, sydämen vajaatoi-mintaa eikä amyloidoosia.

Jatkotutkimuksena tehtiin PET-TT, jossa ei todettu aktiiviseen infektiopesäkkeeseen, syö-pään eikä vaskuliittiin viittaavaa. Vatsan alueen imusolmukkeissa ei havaittu poikkeavaa merk-

kiainekertymää. Anemian vuoksi tutkittiin vie-lä luuydinnäyte. Verisairautta ei todettu, mutta luuydinnäytettä tutkiessaan uudet kattavat esi-tiedot potilaan kokonaistilanteesta saivat pato-login tarkastamaan uudelleen aiemmat suolilie-peen imusolmukenäytteet, mikä johti viimein oikeaan diagnoosiin. Mikä potilasta vaivasi? Vastaus on sivulla 1530.



Painon väheneminen pulmana

Luuydinnäytteessä ei perusvärjäyksessä havaittu spesifistä löydöstä, mutta uudelleen tutkituissa kolme kuukautta aiemmin otetuissa suoliliepeen imusolmukenäytteissä todettiin Whipplen taudille tyypillinen vakuolisaatio sekä vaahtoplasmaisia makrofageja, joissa oli vahvasti granulaarista, PAS-positiivista värjäytymistä. Gastroskopiassa otetuissa kudosnäytteissä todettiin vastaavia muutoksia. Imusolmukenäytteiden parafiinilastuista saatiin jälkikäteen tehdyksi yleisbakteeri-PCR-tutkimus, jossa diagnosoiksi vahvistui Whipplen tauti eli *Tropheryma whipplei* -bakteerin aiheuttama infektio.

Kontaminaation poissulkemiseksi otettiin vielä gastroskopiassa tuoreet kudosnäytteet, joiden yleisbakteeri-PCR:ssä löydöksenä oli myös *T. whipplei*. Potilaan hoitoa jatkettiin infektiosairauksien klinikassa.

Whipplen tauti eli grampositiivisen aktinomykeetti *T. whipplei* -bakteerin aiheuttama infektio on harvinainen, hoitamattomana kuolemaan johtava tauti. Aikakauskirjassa on aiemmin julkaistu tapausselostus kahdesta potilaasta (1). Kyseessä on ympäristöbakteeri, jota tavataan endokardiitin yhteydessä tai joka voi ilmetä suolistoon painottuvana yleisoireisena sairautena, johon usein liittyy hypoalbumine-

miaa. Neurologisia oireita ja oligoartriittia voi esiintyä. Muutamia vuosia kestävät esioireet tai oireeton kantajuus ovat mahdollisia. Hoidoksi annetaan kahden viikon keftriaksoni- tai G-penisilliinikuuri suonensisäisesti sekä sen jälkeen vähintään vuoden hoito doksisykliinin ja hydroksiklorokiinin tai sulfametoksatsolin ja trimetopriimin yhdistelmällä suun kautta.

Yleissisätautipoliklinikassa ratkotaan ajoittain vaativia diagnostisia ongelmia yhteistyössä muiden erikoisalojen kanssa. Patologin oivallus johti tämän potilaan täsmädiagnoosiin ja oikeaan hoitoon. ■

PAULA VÄRE, LL, sisätautien erikoislääkäri
Helsingin sisätautien poliklinikka

SAMULI VAITTINEN, LT, patologian erikoislääkäri
HUS, TYKS

HENRI PUTTONEN, LKT, osastonylilääkäri
Vastuuyksikön päällikkö, Kotkan ja Lappeenrannan patologia
HUS Diagnostiikkakeskus, Meilahden patologia

LOTTA KAUPPI-RAUTAOJA, patologiaan erikoistuva lääkäri
HUS

KIRJALLISUUTTA

1. Nielsen C, Kerilahti M, Martelius T. Whipplen tauti – harvinainen ja vakava systeemi-infektio. Duodecim 2012;128:1699–704.