

Alexander Salava

Ihottumapotilaan kliininen tutkimus ja haastattelu

Ihottumapotilaita tutkittaessa perusteellinen kliininen tutkimus ja tarkka haastattelu ovat keskeisiä. Näkyvien löydösten havainnointi kannattaa tehdä järjestelmällisesti, ja usein tarvitaan koko ihon ja limakalvojen silmämääräinen arviointi. Kliinisessä tutkimuksessa huomioidaan muun muassa ihomuutosten laatu, ulkonäkö, värit ja muodot sekä niiden sijainti ja levittyminen. Haastattelussa keskitytään etenkin ihottuman kehittymiseen, oireisiin, aikaisempiin hoitoihin ja potilaan taustaan. Tarvittaessa kysytään kohdennettuja lisäkysymyksiä iholöydösten tai saatujen tietojen perusteella. Hyvin toteutetut kliininen tutkimus ja haastattelu vahvistavat potilas-lääkärisuhdetta ja lisäävät hoitomyöntyvyyttä. Ne edesauttavat myös sitä, että potilas tuntee itsensä tutkituksi ja kuulluksi, ja toimivat näin jo osana hoitoa.

Perusteellinen kliininen tutkimus (status) ja tarkka haastattelu (anamneesi) muodostavat ihottumapotilaan oikean diagnoosin kannalta ensimmäiset ja ratkaisevimmat askeleet. Silmämääräinen, iholla näkyvien löydösten tutkimus on tärkein osa vastaanottoa, jonka osuutta ei kannata aliarvioida. Löydösten perusteella tehdään kliininen työdiagnosi, jota pyritään itsekriittisesti vahvistamaan erotusdiagnoosien valossa. Usein on mielekäs siirtyä jo vastaanoton varhaisessa vaiheessa kliiniseen tutkimukseen, koska sillä on pääosa jatkotutkimusten tarpeen ja laajuuden arvioimisessa. Potilaalta kysytään aluksi muutamia yleisiä kysymyksiä, joita kohdennetaan kliinisen tutkimuksen aikana. Vasta tämän jälkeen tehdään tarkempi ihottumaan ja potilaan taustaan liittyvä haastattelu. Vastaanotolla huomioidaan kaikki potilaan löydökset selkeästi ja tosiasioihin perustuen eikä tehdä alkuvaiheessa liian nopeita päätelmiä.

Kliinisen tutkimuksen laajuus määräytyy tilanteen ja iho-ongelman mukaan. Etenkin epäselvien kroonisten ihottumien yhteydessä korostuu järjestelmällinen lähestymistapa, joka sisältää kaikki ihoalueet. Iholöydösten laatuun, sijaintiin ja oireisiin kiinnitetään erityistä huomiota.

Kliininen tutkimus

Kliiniseen tutkimukseen on syytä varata tarpeeksi aikaa. Se kannattaa tehdä hyvässä valossa systemaattisesti ja rauhallisesti. Ihoalueiden tutkimisjärjestys riippuu lääkäristä ja potilaasta sekä iho-ongelman luonteesta. Tutkimukseen kuuluu tyypillisesti ainakin ihon, limakalvojen, hiusten ja kynsien silmämääräinen havainnointi. Hyväksi osoittautunut käytäntö on aloittaa käsistä ja yläraajoista, minkä jälkeen siirrytään kasvoihin, ylävartalolle, selkään, niskaan sekä hiuspohjan ja pään alueelle. Vasta sen jälkeen tutkitaan alavatsa, ristiselkä, alaraajat ja jalkaterät. Lopuksi arvioidaan tilanteen mukaan suun limakalvot sekä sukuelinten ja pakaroiden alue. On tärkeää muistaa tutkia myös kynnet, kämmenten ja jalkapohjien iho, korvien taustat, kainalot sekä varpaanvälit. Näiltä alueilta löytyy usein tärkeitä diagnostisia vihjeitä.

Alkuvaiheessa pyritään saamaan myös yleinen kuva potilaan voinnista ja nykyisestä iho-ongelmasta. Potilaan käyttäytymisen ja keskustelun perusteella kerätään arvokasta tietoa hänen mielentilastaan ja muun muassa sairauden kuormittavuudesta. Statuksella on tarkoitus löytää iholta patologisia muutoksia. On siis tunnistettava, mitä terveessä ihossa ei normaa-

TAULUKKO 1. Tärkeitä seikkoja ihottumapotilaan kliinisessä tutkimuksessa ja haastattelussa.

Kliininen tutkimus	Tärkeitä seikkoja
Ihomuutosten ulkonäkö ja laatu (morfologia)	Primaariset ja sekundaariset muutokset Koko, muoto, reuna, väri ja koostumus (palpaatio)
Ihomuutosten sijainti ja levittyminen	Paikallinen vai laaja-alainen Ihosairauksien tyypipaikat Anatomiset alueet Symmetrisyys Ilmestyykö aina samalle paikalle?
Ihomuutosten suhde toisiinsa	Asettuminen kuvioissa tai hahmoissa, esim. ryhmittyminen
Haastattelu	Tärkeitä seikkoja
Ihomuutosten aiheuttamat oireet ja esitiedot	Kliiniset oireet (esim. kutina, kipu) Ihomuutosten kehittyminen, paikan vaihtuminen, parantuminen jälkiä jättämällä
Käsitys iho-ongelman alkuvaiheista	Miltä ihottuma näytti alussa? Onko olemassa aikaisempia kuvia ihottumasta (esim. potilaan omat valokuvat)?
Käsitys ihottuman kehitymisestä ja leviämisestä, ajallinen yhteys laukaiseviin tekijöihin	Miten nopeasti ihottuma levisi? Selvitetään esim. pöytäkalenterin tai aikajanan avulla ajallinen kehitys
Onko viitteitä siitä, että alkuperäinen taudinkuva on muuttunut?	Mitä hoitoja on käytetty? Onko viitteitä maskeeraavista tekijöistä?
Onko viitteitä yleisen iho-ongelman harvinaisesta ilmentymisestä?	Yleisen ihotaudin harvinainen taudinkuva on paljon yleisempi kuin harvinaisen taudin yleinen taudinkuva
Hoitovasteen arviointi on osa diagnoosia	Minkälainen oli vaste aikaisempiin hoitoihin, esim. glukokortikoidivoiteisiin?
Tekijät, jotka vaikuttavat iho-ongelmaan	Mikä parantaa ja mikä pahentaa iho-ongelmaa?
Potilaan oma käsitys iho-ongelmansa etiologiasta	Mikä aiheuttaa iho-ongelmaa? Sopiiko jokin elämänmuutos ajallisesti iho-ongelman alkamiseen? Stressitekijät?

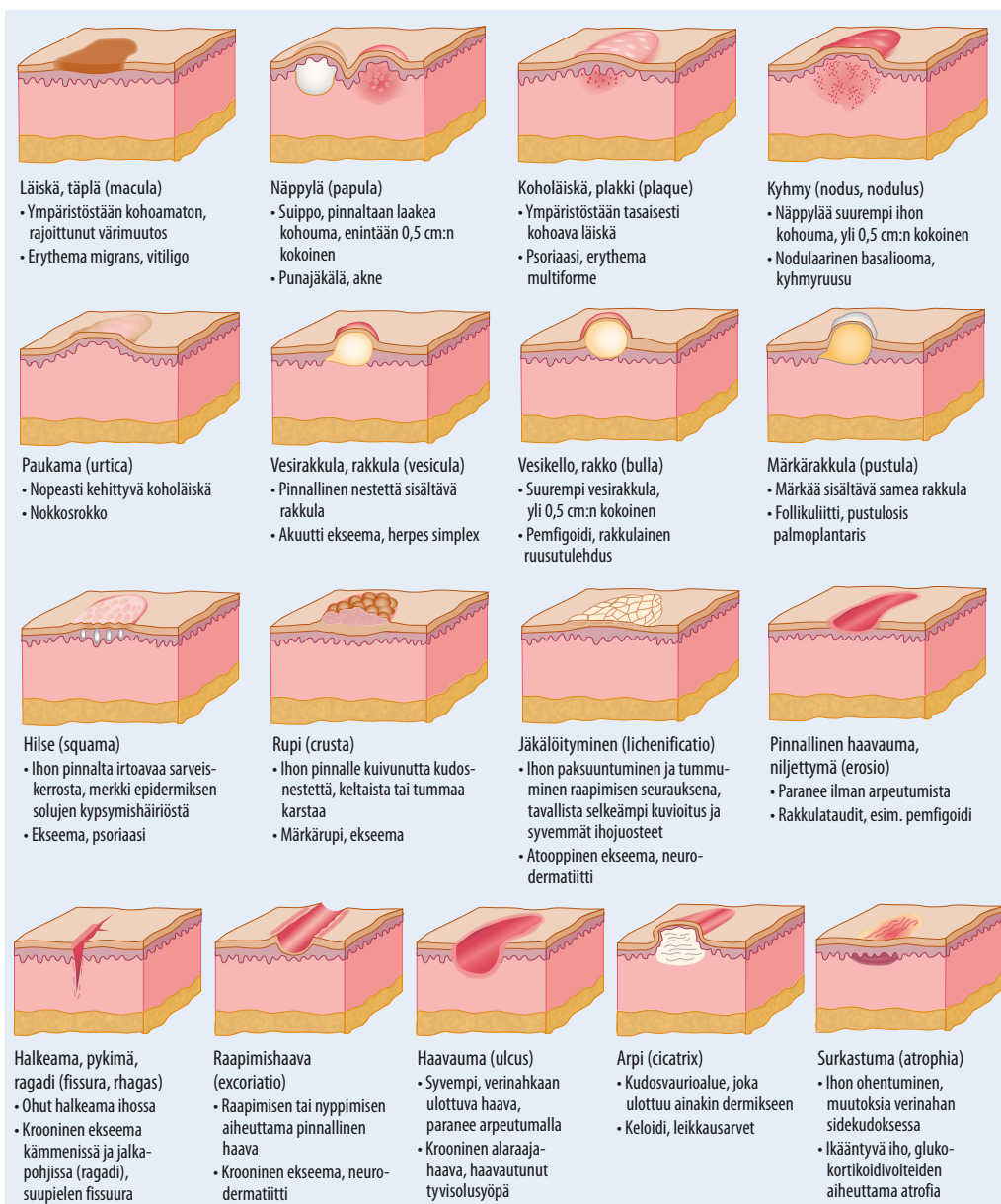
listi nähdä. Kliinisen tutkimuksen alussa kaikki muutokset huomioidaan puhtaasti sen perusteella, mitä todella nähdään, eikä kiirehdiä tulkitsemaan niiden tärkeyttä. Diagnoosin ei tule pohjautua vain yksittäisiin havaintoihin. Oman työdiagnoosin kumoaminen uusien, ristiriitaisten löydösten ilmetessä on vaikeaa ja vaatii avointa mieltä. Nähdyt ihomuutokset ilmaistaan selkeillä termeillä, koska jo niiden kuvauksella aloitetaan tärkeä ja välttämätön erotusdiagnostinen päättely.

Yksinkertaisimmista päätelmistä kannattaa aloittaa. Esimerkiksi vyöruusu ilmaantuu vain yhdelle puolelle kehoa hermosegmentin alueelle (dermatomi). Monet sisäsyntyiset ihosairaudet kuten atooppinen ekseema esiintyvät melko symmetrisesti molemmiin puoliin, kun taas ulkosyntyiset iho-ongelmat (esimerkiksi infektiot) painottuvat yleensä toiselle puolelle. Yleiskuvan jälkeen on syytä edetä yksittäisten iholöydösten arviointiin. On pyrittävä tunnistamaan, mistä

ihomuutoksista on kyse (effloresenssit) ja missä ne sijaitsevat (**KUVA 1** ja **TAULUKKO 1**). Päämääränä on arvioida, sopiiko kokonaiskuva johonkin ihosairauteen tai miten ihomuutokset ovat muutoin selitettävissä.

Useimmissa tapauksissa etsitään vastauksia melko yksinkertaisiin ja selkeisiin kysymyksiin: Minkälaisia muutoksia potilaan iholla nähdään? Missä ihomuutokset sijaitsevat? Mikä on ihomuutosten määrä ja miten ne ovat levittäytyneet (esimerkiksi yksittäiset tai laaja-alaiset muutokset)? Ovatko muutokset tarkkarajaisia? Minkä muotoisia ne ovat (esimerkiksi pyöreitä, renkaan- tai viivanmuotoisia)? Minkä värisiä ne ovat (esimerkiksi sinipunertavat näppylät punajäkälässä)? Ovatko kaikki muutokset samanlaisia? Nähdäänkö eri kehitysvaiheissa olevia muutoksia? Jättävätkö muutokset parantuessaan jälkiä tai arpia?

Yleensä ihomuutokset eivät sijoitu sattumanvaraisesti, joten niiden sijainti on diagnoosin



KUVA 1. Ihon primaarisia ja sekundaarisia muutoksia ja esimerkkejä ihotaudeista, joissa niitä tyypillisesti esiintyy (suluissa latinankieliset nimitykset). Kuva julkaistaan uudelleen Kustannus Oy Duodecimin luvalla (21).

kannalta keskeinen. Ihosairauksilla on omat tyyppipaikkansa, esimerkiksi psoriaasissa raajojen ojentajapinnat ja hiuspohja tai atooppisessa ekseemassa kyynär- ja polvitaipeet, kasvot ja niska (**TAULUKKO 2** ja **KUVAT 2** ja **3**). Potilaan ikä vaikuttaa myös löydösten arvioimiseen. Psoriaasi oireilee lapsilla usein aukkojen ympärillä (korvat, suu, napa ja vaippa-alue), ja läiskät ovat ohuempia, pienempiä ja hennommin hilseileviä

kuin aikuisilla. Myös atooppisen ekseeman ja joidenkin muidenkin ihosairauksien oirekuva muuttuu iän myötä.

Yksittäisiä ihomuutoksia kannattaa arvioida myös lähietäisyydeltä (suurennuslasietäisyys), jotta niiden muoto, reuna, pinta ja rakenteet huomioidaan. Esimerkiksi punatäplähilseilyssä tarkkarajaiset punoittavat läiskät ovat yleensä ovaalinmuotoisia, ja niissä on kaulusmainen

TAULUKKO 2. Esimerkkejä ihosairauksien tyyppipaikoista, muodoista, rajoittumisesta sekä erilaisesta levittytymisestä.

Ihomuutosten sijainti ja tyyppipaikat	Esimerkkejä ihosairauksista
Kasvot, etenkin otsa, posket, leuka; olkapäät, rintakehä ja yläselkä "hikirännit"	Akne
Raajojen taipeet, kyynär- ja polvitaieet, ranteet, niska, kasvot, silmäluomet	Atooppinen ekseema
Raajojen ojentajapuolet, kyynärpäät, polvet, ristiselkä, hiuspohja, navan seutu, kynnet	Ihon psoriaasi
Ranteet, nilkat, sääret, ristiselkä, suun limakalvot	Punajäkälä
Ihomuutosten muodot ja rajoittuminen	Esimerkkejä
Epätarkkarajainen	Ekseemat, kyhmyruusu
Maalitalulun muotoisesti (target-shaped)	Monimuotoinen punavihoittuma, erythema migrans
Ovaalinmuotoinen	Punatäplähilseily, parapsoriaasi
Pyöreä (discoid)	Läiskäekseema, toistopunoittuma (erythema fixum)
Rengasmainen (annular)	Silsa, erythema migrans
Tarkkarajainen	Psoriaasi, vitiligo
Täplämäinen (guttate)	Täpläpsoriaasi, punatäplähilseily
Verkkomainen (reticulate)	Livedo, lämpöpunoitus (erythema ab igne, paikallisen lämpöaltistuksen aiheuttama verkkokuvioitus)
Ihomuutosten levittäytyminen	Esimerkkejä
Akraalinen, raajojen kärkiin painottuva	Akrosyanoosi, käsiekseema
Epäsymmetrinen	Akuutti kosketusekseema, fytofodermatiitti
Altistuneet alueet, esim. UV-säteilylle altistuneet	Valoihoittumat, ihon punahukka
Hermosegmentissä, dermatomin alueella	Vyöruusu
Hajakylvönä, satunnaisesti levittäytynyt (disseminated)	Eksanteema, purppura, punatäplähilseily
Paikallinen	Hiuspohjan seborrooinen ekseema, genitaalialueen valkojäkälä
Kämmenten ja jalkapohjien alueella, palmoplaantarinen	Palmoplaantarinen pustuloosi, krooninen käsi- ja jalkapohjaekseema
Ryhmittyneet	Herpes simplex, vyöruusu
Rivinä, suoraviivainen	Köbnerin ilmiö psoriaasissa, lymfangiitti, epidermaaliluomi (Blaschkon linjat)
Symmetrinen, molemminpuolinen	Atooppinen ekseema, psoriaasi, punajäkälä
Yksipuolinen	Vyöruusu, ärsytysekseema, silsa
Yleistynyt, koko iholla	Erythrodermia, alopecia universalis

reunaan painottuva hilse (collarete) (**KUVA 4**).

Löydökset suhteutetaan lopuksi potilaan kokonaiskuvaan ja tilanteeseen. Näin saadaan suuressa osassa tapauksista selvä käsitys potilaan iho-ongelmasta ja pystytään muotoilemaan työdiagnoosi. Tämän jälkeen on tärkeää miettiä erotusdiagnooseja. Omaa diagnoosia arvioidaan kriittisesti, ja erotusdiagnooseja pyritään sulkemaan pois kohdennetuilla kysymyksillä, etsimällä lisää kliinisiä löydöksiä tai tekemällä jatkotutkimuksia kuten kudoksenäytteen mikroskopia, laboratorio- tai mikrobiologiset tutkimukset.

Monesti ihottumista kuten ekseemataudeista kiiruhdetaan ottamaan ihobiopsia tai muita jatkotutkimuksia, vaikka asianmukainen paikallishoito ei ole toteutunut. Ihottumapotilaiden ihobiopsian diagnostinen arvo on usein rajallinen, ja pääpaino on kliinisessä tutkimuksessa ja haastattelussa.

Palpaatio ja muut statuslöydökset

Silmämääräisen tutkimuksen ohella käytetään ihon tunnustelua sekä tarvittaessa apuvälineillä

tehtäviä lisätutkimuksia. Palpaatiolla arvioidaan ihomuutosten koostumus, pinta ja liikkuvuus alustallaan esimerkiksi pinsettiotteella. Se on erityisen tärkeää arvioitaessa yksittäisiä ihomuutoksia ja -kasvaimia. Tutkija voi kädenselälään arvioida ihon lämpöä ja sen puolieroja. Esimerkiksi erysipelaksessa ihon pinta on lämmin ja punoittava.

Ihomuutosten pintaa ja mahdollista hilseilyä voidaan arvioida raaputtamalla niitä varovaisesti puisella lastaimella (spaatteli). Silsassa hilse painottuu punoittavien läiskien reuna-alueelle (**KUVA 5**), ja savipuolessa esiintyy raaputtamisen jälkeen hentoa hilsettä oranssinpunaisten läiskien päällä. Tylpällä esineellä voidaan arvioida selän alueen mahdollinen piirtopaukamointi (dermografismi), joka viittaa nokkosihottumiin (**KUVA 6**). Diaskopiassa ihoa painetaan läpinäkyvällä esineellä (esimerkiksi viivoitin tai objektilasi), jolloin voidaan arvioida ihon koostumusta. Iholla näkyvissä pienissä verenpurkaumissa kuten purppurassa läiskät eivät haalistu painamalla. Joissakin ihon verinahkaa paksuntavissa sairauksissa kuten granulomatoottisissa ihosairauksissa havaitaan diaskopiassa tummankeltainen, omenahilloa muistuttava väri (infiltraatio).

Myös dermatoskopiaa käytetään yksittäisten ihomuutosten ja ihottumien arvioinnissa. Se perustuu ihon pinnan mikroskopointiin kymmenkertaisella suurennoksella. Monissa hyvän- ja pahanlaatuisissa ihokasvaimissa voidaan todeta tyypillisiä rakenteita, mikä parantaa diagnostista tarkkuutta. Seborrooinen keratoosi tai hemangiooma on yleensä helppoa erottaa melanosyytti-luomesta dermatoskopian avulla. Kyseessä on ihotautilääkärin rutiinityökalu, mutta sen käyttö on lisääntynyt myös perusterveydenhuollossa. Merkittävää lisäapua siitä voi olla muidenkin iho-ongelmien yhteydessä kuten esimerkiksi syyhyypunkin löytämisessä tai tulehduksellisten ihosairauksien erotusdiagnosoinnissa.

Ihomuutosten ulkonäkö ja muodot sekä levittäytyminen

Yksi kliinisen tutkimuksen tärkeimmistä vaiheista on ihomuutosten ulkonäön arviointi (morfologia). Yksittäisiä ihomuutoksia kutsutaan effloresensseiksi, ja ne voidaan jakaa pri-



KUVA 2. Psoriaasin tyyppipaikkoja ovat muun muassa raajojen ojentajapinnat (kynärpäät, polvet), ristiselkä ja hiuspohja. Punoittavat läiskät ovat tarkkaraajaisia, ja niiden päällä esiintyy valkoista lastumaista hilsettä (hyperkeratoosi), joka ulottuu paikoin punoituksen reunaan asti.



KUVA 3. Atooppisen ekseeman tyyppipaikkoja ovat muun muassa raajojen taivepinnat (kynär- ja polvi- taiepteet), niska ja kasvot. Kuvassa nähdään punoitusta, näppylöitä ja plakkimaista paksuuntumista. Ihojuosteet ovat selvästi näkyvissä (jäkälöityminen eli likenifikaatio). Paikoin nähdään raapimisen aiheuttamia pisteenmuotoisia eroosioita (ekskoriaatiot eli naarmut).

maarisiin ja sekundaarisiin (**KUVA 1**). Effloresenssien tunnistaminen on tärkeä osa kliinistä tutkimusta, ja termien oikeanlainen käyttö selkeyttää myös kommunikaatiota.

Primaariset effloresenssit ilmaantuvat terveille iholle alkuvaiheessa: näihin kuuluvat esimerkiksi punoitus, vesirakkulat ja näppylät akuutissa ekseemassa. Taudin jatkuessa niitä löydetään usein helpommin suuremmiksi sulau-



KUVA 4. Punatäplähilseilyssä tarkkarajaisten punoitavien läiskien päällä on reunaan painottuvaa kaulusmaista hilseilyä (collarete). Muutokset ovat ovaalinmuotoisia ja asettuvat ihon jännityslinjojen suuntaisesti. Kuvassa ylempänä nähdään kaksivaiheisen taudin alkuvaiheessa ilmestyvä yksittäinen läiskä (primaarimedalionki).



KUVA 6. Piirtopaukamoinnissa (dermografismi) nousee selkään tylpällä esineellä (esimerkiksi puinen kieltenpainaja) raaputettaessa juosteenmuotoisia nokkos-paukamia, joiden ympärillä on läiskäistä punoitusta.



KUVA 5. Silsassa esiintyy renkaanmuotoisia läiskiä, joiden päällä on hentoa hilseilyä. Muoto ja hilse painottuvat vallimaisesti muutosten reunaan.



KUVA 7. Punajäkälässä nähdään sinipunertavia näppylöitä, joiden pinnalla voi olla hentoa hilsettä ja valkoisia verkkomaisia rakenteita (Wickhamin juosteet). Tyypipaikat ovat ranteet, nilkat, sääret ja ristiselkä.

tuneiden ihomuutosten reunasta. Sekundaariset effloresenssit kehittyvät primaaristen jälkeen. Kroonisessa atooppisessa ekseemassa voi kehittyä hilseilyä ja ihojuosteiden jäkälöitymistä (**KUVA 3**). On tärkeää arvioida, ovatko ihomuutokset samoissa kehitysvaiheissa vai nähdäänkö samanaikaisesti erilaisia kehitysvaiheita. Hilseily, rakkulamuodostus tai rupeutuminen ovat merkkejä pinnallisista orvaskeden muutoksista. Jos ihosairaus ilmenee vain ihon syvemmissä rakenteissa, kuten verinahassa, on ihon pinta yleensä ehjä ja sileä (urtikaria tai kyhmyruusu).

Ihomuutosten muoto, rajoittuminen, koostu-

mus ja värit antavat myös hyödyllisiä lisätietoja. Monesti kannattaa kiinnittää huomiota ihomuutosten pintaan ja värisävyihin. Punajäkälässä nähdään tyypillisesti sinipunertavia näppylöitä, joiden pinnalla on valkoisia verkkomaisia rakenteita (Wickhamin juosteet) (**KUVA 7**).

Jos ihomuutoksia on useampia, on tärkeää arvioida niiden sijainti. Painottuvatko ne joillekin ihoalueille, esimerkiksi ihosairauksien tyypipaikoille tai anatomiselle alueelle? Ihomuutosten paikallinen levittäytyminen ja yksittäisten muutosten suhde toisiinsa eivät useinkaan ole sattumanvaraisia, ja ne ovat diagnoosin kannal-

ta tärkeitä havaintoja. Tyypipaikkojen lisäksi monessa iho-ongelmassa nähdään muutosten tyypillistä levittäytymistä tai asettautumista. Myös ihomuutosten muotoon ja niiden rajoittumiseen terveeseen ihoon kannattaa kiinnittää huomiota (**TAULUKKO 2**).

Haastattelu

Haastattelu on kliinisen tutkimuksen jälkeen toinen keskeinen osa ihottumapotilaan vastaanottoa. Suuri osa iho-ongelmista diagnosoidaan kliinisesti vertaamalla nykyisiä iholöydöksiä muihin taudinkulun havaintoihin, joten vastaanotolla on tärkeää keskittyä yksityiskohtaiseen ja kohdennettuun haastatteluun. Haastattelulla on kaksi pääkohtaa, itse iho-ongelma (oireet, niiden kehittyminen, mahdolliset laukaisevat tekijät) ja potilaan taustatiedot.

Iho-ongelman anamneesi voidaan ajallisesti jakaa kahteen vaiheeseen, joista haastattelun aikana pyritään saamaa mahdollisimman selvä kuva: ihottuma- ja etiologia-anamneesi. Hyvän haastattelun toteuttamiseen tarvitaan mielikuvitusta, jotta hahmotetaan alkamisajankohta, ihottuman dynamiikka, sen ensimmäiset löydökset ja niiden sijainti (**TAULUKKO 1**). Usein potilaan itsestään aikaisemmin ottamat valokuvat ovat ratkaisevia. Tärkein yksittäinen kysymys liittyy taudin kestoon. Akuuteissa ihottumissa painottuvat mahdolliset syy-yhteydet ulkoisiin tekijöihin.

Etiologia-anamneesissa tiedustellaan laukaisevia tai pahentavia tekijöitä, jotka vaikuttivat ennen ihottuman puhkeamista. Arvioitaessa ajallista yhteyttä ärsykkeeseen ja ihottuman välillä on monesti hyvä käyttää havainnollistavaa pöytäkalenteria tai aikajanaa. Esimerkiksi lääkeihottumat ilmaantuvat yleensä neljän viikon aikaikkunassa, tyypillisimmin 7–10 päivän kuluessa aiheuttavan lääkkeen aloituksesta.

Ihottuman aiheuttamat oireet antavat tärkeitä vihjeitä sen aiheuttajasta tai ihotaudista. Tärkeää on selvittää, onko yleisvoinnissa esiintynyt muutoksia, onko potilaalla ollut kuumetta tai muita yleisoireita ja ovatko iho-oireet yhteydessä infektioihin tai lääkeaineisiin. Kutinaa esiintyy tyypillisesti ihosairauksissa (atooppinen ekseema, nokkosihottumat) kun taas kipua ai-

Ydinasiat

- » Perusteellinen kliininen tutkimus ja tarkka haastattelu ovat ihottumapotilasta tutkittaessa tärkeimmät seikat oikeaan diagnoosiin pääsemiseksi.
- » Kliinisessä tutkimuksessa havainnoidaan silmämääräisesti muun muassa ihomuutosten laatu, ulkonäkö, värit ja muodot sekä niiden sijainti ja levittäytyminen.
- » Haastattelussa keskitytään etenkin ongelman kehittymiseen, oireisiin, aikaisempiin hoitoihin ja potilaan taustaan.
- » Hyvin toteutettu kliininen tutkimus ja haastattelu vahvistavat potilas-lääkärisuhdetta ja lisäävät hoitomyyntövyvyyttä.

heuttavat tavallisimmin ihoinfektiot (vyöruusu) tai neuropatiaan liittyvät iho-ongelmat. Oireetomien ihomuutosten taustalla voivat olla muun muassa reaktiiviset ihosairaudet (esimerkiksi eksanteema), autoimmuunitaudit tai ihokasvaimet.

Potilaalta kannattaa myös kysyä siihenastisista hoidoista sekä selvittää aikaisemmat voideostot (tarvittaessa reseptikeskuksen tiedoilla) ja lääkärikäynnit. Potilaat saattavat tulla vastaanotolle ”uuden” ihottuman kanssa mutta muistavat vastaavaa olleen jo aiemminkin vasta kun lääkäri näyttää aikaisemman konsultaatiolöydöksen tai esimerkiksi ihotautilääkärin tekstin.

Löydösten ulkonäkö voi olennaisesti muuttua hoitojen myötä, ja ne voivat maskeerata alkuperäistä kliinistä kuvaa. Hyvä esimerkki on silsan muuttuminen salasilsaksi (tinea incognita), kun sitä hoidetaan glukokortikoidivoiteilla. Hoitovasteen arvioimisella saadaan myös ex iuvantibus -käsitys ihottuman luonteesta. Esimerkiksi ekseemoiden vaste glukokortikoidivoiteisiin on yleensä hyvä. Ihottuman diagnoosia koskevia päätelmiä voidaan monesti tehdä havaitusta hoitovasteesta. Aikaisempien hoitojen perusteella voidaan selvittää myös pahentavia tai laukaisevia tekijöitä sekä muun muassa kosketusallergioita (esimerkiksi haavanhoitotuotteiden aiheuttama allerginen kosketusekseema).

Kolmen v:n muistisääntö sisältää ihottuma-

potilaan haastattelun tärkeimmät kysymykset: vaihtelu (kesto ja dynamiikka), vaivat (oireet) ja voitteet (aikaisemmat hoidot ja niiden vasteet).

Muiden esitietojen osalta tärkeitä ovat myös potilaan yleinen terveystila ja aikaisemmat iho-sairaudet, muut sairaudet (etenkin yleissairau-det), lääkitys, suvussa esiintyneet ihosairaudet, allergiat ja atooppinen taipumus. Myös ammatti (etenkin käsi-ihottuman yhteydessä), vapaa-ajan ärsytystekijät, matkat sekä mahdolliset samantyyppiset oireet lähipiirissä (esimerkiksi syyhy) ovat huomionarvoisia tietoja.

Lopuksi

Oikeaan diagnoosiin pääsemiseksi ihottuma-potilaan kliininen tutkimus ja haastattelu tulee suorittaa johdonmukaisesti ja tarkasti. Tämä ei koostu pelkästään katsomisesta ja avointen kysymysten luettelemisesta, vaan tutkimus tehdään järjestelmällisesti ja kysymykset vali-taan ongelman ja tilanteen mukaan. Potilaan iholöydösten ja saatujen vastausten perusteella tehdään jo kliinisen tutkimuksen aikana koh-dennettuja lisäkysymyksiä ja syvennyttään tar-kastelemaan olennaisia löydöksiä.

Hyvin toteutettu kliininen tutkimus ja haas-tattelu vahvistavat potilas-lääkärisuhdetta ja vai-kuttavat positiivisesti hoitomyöntyvyyteen. Ne

edesauttavat myös sitä, että potilas tuntee itsen-sä tutkituksi ja kuulluksi, eli toimivat jo osana hoitoa. Jokaisen lääkärin olisi hyvä ylläpitää klii-nisiä havaintotaitojaan, koska niihin kiteytyvät lääketieteen ydinperiaatteet: potilaan kohtaami-nen, fyysinen tutkiminen ja kliininen päättely.

Kustannustehokkuudeltaan silmät ja korvat ovat lääkärin parhaat apuvälineet ja kliinisten havaintotaitojen jatkuva kehittäminen lisää myös työn mielekkyyttä ja motivaatiota. Aito mielenkiinto, objektiivinen havainnointi ja ter-ve skeptisyys omia tai toisten päätelmiä kohtaan varmistavat tien oikeaan diagnoosiin. Ihottuma-potilaan kliininen tutkimus ja haastattelu onnis-tuvat parhaiten näihin periaatteisiin nojautuen. Bedside Sherlock Holmes! ■

Artikkelin kuvat: Alexander Salava

ALEXANDER SALAVA, LT, FT, dosentti

Ihotautien kliininen opettaja, Helsingin yliopisto
Ihotautien ja allergologian erikoislääkäri, HUS, iho- ja allergiasairaala

VASTUUTOIMITTAJA

Merja Laine

SIDONNAISUUDET

Alexander Salava: Apuraha (Opettajien akatemia, Helsingin yliopisto; Suomen Ihotautilääkäriyhdistys), luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Galderma Nordic, Orion Pharma, La Roche-Posay, Celegene, GSK), luottamustoimet (Allergiatutkimussäätiö, apurahatoimikunnan jäsen; HUS, Tulehduskeskus, tutkimus- ja apurahatoimikunnan jäsen)

KIRJALLISUUTTA

- Schwarzenberger K. The essentials of the complete skin examination. *Med Clin North Am* 1998;82:981–99.
- Nast A, Griffiths CE, Hay R, ym. The 2016 International League of Dermatological Societies' revised glossary for the description of cutaneous lesions. *Br J Dermatol* 2016;174:1351–8.
- Salava A. Mnemonic of the three cutaneous C's – essential questions of history taking in dermatology. *J Dtsch Dermatol Ges* 2025;23:894–5.
- Salava A, Kluger N. Teaching visual observational skills with a symbol-based square, triangle, circle method. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2022;36:e682–4.
- Lowenstein EJ, Sidlow R. Cognitive and visual diagnostic errors in dermatology: part 1. *Br J Dermatol* 2018;179:1263–9.
- Lowenstein EJ, Sidlow R. Diagnostic heuristics in dermatology, part 2: meta-cognition and other fixes. *Br J Dermatol* 2018;179:1270–6.
- Burge SM. Learning dermatology. *Clin Exp Dermatol* 2004;29:337–40.
- Rimoin L, Altieri L, Craft N, ym. Training pattern recognition of skin lesion morphology, configuration, and distribution. *J Am Acad Dermatol* 2015;72:489–95.
- Halioua B, Le Roux-Villet C, Baissac C, ym. The role of physical touch during patient examination in dermatology: a worldwide study in 20 countries. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2024;38:e401–3.
- Moran B, McDonald I, Wall D, ym. Complete skin examination is essential in the assessment of dermatology patients: findings from 483 patients. *Br J Dermatol* 2011;165:1124–6.
- Mauno M, Övermark M, Frisk O, ym. Koko ihon tutkiminen kannattaa. *Duodecim* 2020;136:1931–7.
- Norman G, Young M, Brooks L. Non-analytical models of clinical reasoning: the role of experience. *Med Educ* 2007;41:1140–5.
- Ko CJ, Braverman I, Sidlow R, ym. Visual perception, cognition, and error in dermatologic diagnosis: key cognitive principles. *J Am Acad Dermatol* 2019;81:1227–34.
- LaRosa C, Makkar H, Grant-Kels JM. Approach to the total body skin examination in adults and children: kids are not just little people. *Clin Dermatol* 2017;35:500–3.
- Maymone MBC, Neamah HH, Wirya SA, ym. Background and room illumination in color identification of skin lesions: a cross-sectional study. *JAMA Dermatol* 2017;153:1059–61.
- Salava A, Kluger N, Remitz A. Ekseemat yleislääkärin vastaanotolla. *Duodecim* 2020;136:1565–75.
- Ochsendorf F, Meister L. Untersuchungs-gang und Effloreszenzenlehre. *Hautarzt*. 2017;68:229–42.
- Lipsker D. Clinical examination and differential diagnosis of skin lesions. New York, Heidelberg: Springer 2013.
- Rourke L, Oberholtzer S, Chatterley T, ym. Learning to detect, categorize, and identify skin lesions: a meta-analysis. *JAMA Dermatol* 2015;151:293–301.
- Salava A, Salmela V. Perceptual learning in dermatology – a Finnish cohort study of undergraduate medical students. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2023;37:1426–34.
- Tasanen-Määttä K, Huilaja L, Kähäri VM, ym, toim. Ihotaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2025.