



Turun Lääketiedepäivät totutussa muodossaan seuraavan kerran vasta 2021!
Sitä odotellessa: makupaloja tämän vuoden ohjelmakokonaisuudesta etäkoulutuksena ke 4.11.2020 - seuraa ilmoittelua!



TURUN XXXVII
LÄÄKETIEDEPÄIVÄT
3. - 5.11.2020

www.turunlaaketiedepaivat.fi



Alexander Salava, Nicolas Kluger ja Anita Remitz

Ekseemat yleislääkärin vastaanotolla

Ekseemat ovat yleisimpiä ihosairauksiamme. Niitä yhdistävät samankaltainen histologia ja iholla näkyvä ihottuma. Kutina on keskeinen oire. Taudit erotetaan toisistaan pääosin kliinisin perustein, mikä vaikeuttaa diagnosointia ja hoitoa. Ensisijainen hoito on riittävän vahva ja tarpeeksi pitkä glukokortikoidivoidekuuri. Hoitovaihtoehtoksi sopivat myös kalsineuriinestäjävoiteet. Osassa ekseemoista on tarpeen kiinnittää huomiota niitä pahentaviin tai aiheuttaviin tekijöihin. Potilaan asianmukainen ohjattu omahoito on oleellista. Se perustuu hoidon tehostamiseen pahenemisvaiheissa ja tarvittaessa ylläpitohoitoon. Potilaan on tärkeää ymmärtää, että taudinkulku ja hoitovaste voivat vaihdella ja että lääkehoito perustuu yleensä oireiden hoitoon.

Ekseeman kliininen kuva on monimuotoinen. Eri ekseemat erotetaan toisistaan pääosin kliinisin perustein, jolloin huomioidaan niiden mielipaikat, kliininen kuva ja potilaan anamneesin. Vaativa tilanne edellyttää lääkäriltä usein terävää havainnointikykyä ja salapoliisin taitoja.

Etiologia

Ekseeman kliinisen kuvan ääripäitä edustavat akuutti vetistävä ekseema, jossa nähdään ihon lehahtavaa punoitusta, näppylöitä, vesirakkuloita ja ihon eroosiopintoja (KUVA 1) sekä krooninen ekseema, jonka ominaispiirteet ovat punoitus ja hilseily, näppylät ja usein myös ihon jäkälöityminen (likenifikaatio) ja pykimät (fissuurat) (KUVAT 2 ja 3).

Saman potilaan taudinkulkuun saattaa kuulua akuuttia ja kroonista ekseemaa, jotka voivat myös esiintyä samaan aikaan eri ihoalueilla. Usein nähdään myös akuutin ja kroonisen ekseeman sekamuotoja (subakuutti ekseema). Ekseeman ominaispiirteisiin kuuluvatkin kliinisen kuvan monimuotoisuus ja taudinkulun vaihtelevuus. Kaikissa ekseemoissa kutina on hallitseva oire.

Ekseemat jaotellaan sisä- ja ulkosyntyisiin sekä mahdollisen taustasyynsä mukaan (TAULUKKO 1). Sisäsyntyiset ekseemat ovat monitekijäisiä, eikä niiden mekanismeja ja patogeenisiä ole vielä täysin ymmärretty. Ulkosyntyisten ekseemojen pääaiheuttaja selittyy osittain ärsytystekijöillä tai muilla ekseemareaktion aiheuttavilla tekijöillä. Jaottelu perustuu myös historiallisiin syihin eikä ole ehdoton tai pois sulkeva.

Samalla potilaalla voi olla monen syyn aiheuttamia tai erilaisia ekseemaoireita. Ulkoiset tekijät voivat muun muassa pahentaa sisäsyntyisiä ekseemoja. Esimerkiksi käsien atooppinen ärsytykseksä (KUVA 4) tai ihon taipumus voivat altistaa potilaan ulkosyntyisille ekseemoille, kuten atooppisen ikääntyneen asteatoottiselle ekseemalle.

Sisäsyntyiset ekseemat

Atooppinen ekseema on yleisin ekseema Suomessa. Sen ominaispiirteisiin kuuluvat kutina sekä kliinisen kuvan monimuotoisuus ja iänmukainen muuttuminen. Atooppinen ekseema esiintyy tyypillisesti kasvoilla sekä kyynär- ja polvitaieissa (KUVAT 2 ja 4) (1).



KUVA 1. Akuutti vetistävä ekseemaläiskä sääressä. Huomaa epätarkkarajaisuus, reuna-alueen pienet vesirakkulat ja läiskän keskellä keltainen rupimainen hilse.

KUVA 2. Jäkälöitynyt atooppinen ekseema molemmissa polvitaiveissa. Huomaa symmetrisyys ja ekseeman tyypillinen sijainti.

KUVA 3. Krooninen käsiekseema oikeassa kädessä. Huomaa paksu kellertävä hyperkeratoosi ja ranteen alueella tuore fissuura.

TAULUKKO 1. Sisäsyttyiset ekseemat.

Ekseemat	Ihosairauteen mahdollisesti liittyviä tekijöitä	Hoidon erityispiirteitä
Atooppinen ekseema	Usein IgE-välitteinen herkistyminen, astma, allerginen rinokonjunktiviitti tai ruoka-aineallergioita. Esiintyy usein myös lähisuvussa.	Paikallisesti käytettävät glukokortikoidit ovat atooppisen ihottuman perushoito. Muista ylläpito-hoidon mahdollisuus. Kalsineuriinestäjävoiteilla virallinen käyttöaihe, peruskorvattavuus B-lausunnolla.
Läiskä- eli nummulaari-ekseema	Hammasperäiset infektiopesäkkeet, alaraajojen staasiekseema, säärhaava, ihon kuivuminen (mm. pesutottumukset), tupakointi, liiallinen alkoholin käyttö.	Vartalolla ja raajoissa sijaitessaan voi vaatia pidempiä (1–2 kk) kuureja vahvoja glukokortikoidivoiteita. Mahdollisten infektiopesäkkeiden ja staasiekseeman hoito.
Seborrooinen ekseema	Voi esiintyä myös lähisuvussa.	Yleensä hyvä hoitovaste miedoilla glukokortikoidivoiteilla. Kalsineuriinestäjä- ja sienivoiteetkin tehokkaita.
Krooninen käsiekseema	Atooppinen ihotaipumus, tupakointi, liiallinen alkoholin käyttö.	Vaatii usein pitkiä kuureja vahvoja glukokortikoidivoiteita. Ärsytystekijät ja kosketusallergiat suljettava pois.



KUVA 4. Atooppinen ekseema yläraajoissa. Huomaa kynnärtaipeiden jäkälöityminen, symmetrisyys ja ekseeman esiintyminen myös käsiterissä.



KUVA 5. Läiskä- eli nummulaariekseema alaraajassa. Huomaa ekseemaläiskien epätarkkarajaisuus, reuna-alueiden pienet vesirakkulat, läiskien keskiosiin painottuva rupimainen hilse ja paikoin vetistävät eroosiopinnat.

Monesti potilaalla on atooppinen taipumus eli hän on herkistynyt yleisille hengitystieallergeeneille, mutta useilla potilailla atooppinen ekseema esiintyy ilman atooppista taipumusta tai allergioita. Vaikka atooppinen ekseema alkaa usein lapsuudessa tai nuoruudessa, sitä todetaan kaikissa ikäluokissa. Tauti voi alkaa myös aikuis- tai vanhuusiässä (myöhään alkava, late onset), jolloin erotusdiagnostiikka vaatii erityistä tarkkuutta (2,3).

Läiskäekseemaksi (nummulaariekseema, latinan nummulus tarkoittaa lanttia) kutsutaan etiologialtaan epäyhtenäistä ihotautia, jonka yhteinen piirre on lantinkokoisina läiskinä esiintyvä ekseema (**KUVA 5**). Sitä esiintyy erityisesti kahdessa ryhmässä, lapsilla ja vanhemmillä aikuispotilailla. Lapsuusiässä kyseessä on todennäköisesti atooppisen ekseeman alamuoto (4). Aikuisten läiskäekseeman syy jää usein epäselväksi, mutta se on yhdistetty ihon kuivu-

miseen, infektiopesäkkeisiin (etenkin hammasperäisiin) ja alaraajojen staasiekseemaan.

Monet ihotautilääkkeet pitävät läiskäekseeman alatyypinä myös infektioekseemaa (5). Sen määrittäminen on epäselvää, mikä puoltaisi sen käytöstä luopumista. On huomattava, että leviävä allerginen kosketusekseemakin voi näyttäytyä läiskäekseeman kaltaisena. Läiskäekseemaa ei myös tule sekoittaa sekundaarisesti infektoituneeseen ekseemaan.

Seborrooisessa ekseemassa (tali-ihottuma) todetaan punoitusta ja hentoa hilseilyä hiuspohjassa, korvien alueella ja kasvoilla sekä rintakehällä, kainaloissa ja nivustaipeissa (**KUVA 6**) (6). Aikuispotilailla tali-ihottuma on melko yleinen sukupuolielinten alueellakin (7). Aikuispotilaan seborrooisen ekseeman erottaminen ihopsoriaasista voi monesti olla vaikeaa (etenkin jos kyseessä on hiuspohjan tai taipepsoriaasi), mutta yleensä kokonaiskuva, tyy-



KUVA 6. Kasvojen seborrooinen ekseema painottuu yleensä poskiin ja nasolabiaaliurteisiin sekä parta- ja kulmakarva-alueille. Huomaa punoittavat läiskät, joiden päällä hentoa kellertävää hilsettä.



KUVA 7. Krooninen hyperkeratoottinen käsiekseema. Huomaa paksut kellertävät hyperkeratoosit, symmetrisyys sekä ekseeman painottuminen kämmenten keskiosiin ja vastapäkiän (hypothenar) alueelle. Lievää ekseemaa myös useassa sormenpäässä.



KUVA 8. Ärsytykseemaa molemmissa kädenselissä. Ekseemaa esiintyy tyypillisesti läiskäisenä myös sormien dorsaalipinnoilla ja väleissä. Ekseemaa nähdään vain alueella, jolla ärsytystä on käsien pesun myötä esiintynyt.

KUVA 9. Nikkeliä sisältävän housunnapin aiheuttama allerginen kosketusekseema. Huomaa punoituksen epätarkkarajaisuus sekä näppylät ja vesirakkulat. Kuten tässäkin tapauksessa, allerginen kosketusekseema leviää usein myös kosketusalueen ulkopuolelle.

KUVA 10. Säären asteatoottinen ekseema, johon liittyy usein verkkomaista halkeilua ja hilseilyä. Kliininen kuva muistuttaa ”kuivaa savipeltoa”.

pilliset sijaintipaikat, hento kellertävä hilse ja sukuanamneesi ohjaavat oikeaan diagnoosiin (8). Vastasyntyneillä esiintyy seborrooista ekseemaa hiuspohjassa ja taiteissa, mutta se voi joskus olla laaja-alaistakin.

Krooninen käsiekseema painottuu kämmeniin ja jalkapohjiin. Sen kliinisten ilmentymien ääripäitä edustavat rakkulainen käsi- ja jalkapohjaekseema (dyshidroosi, pompholyx)

ja krooninen hyperkeratoottinen ekseema (**KUVA 7**) (9). Tärkeä erotusdiagnoosi hyperkeratoottisen käsiekseeman osalta on psoriaasi ja rakkulaisen käsiekseeman osalta palmoplantaarinen pustuloosi. Vaikka potilaan oireet pysyvät yleensä samankaltaisina, voi taudinkuva muuttua ajan kuluessa.

Krooninen käsiekseema liittyy usein atooppiseen ihoon, ja sitä voi olla mahdotonta

erottaa ulkosyntyisistä käsiekseemoista (10). Yleensä pitkittyneissä (yli 3 kk kestäneissä) tapauksissa tarvitaan perusteellinen työ- ja vapaa-ajan ärsytystekijöiden ja mahdollisten kosketusallergioiden kartoitus epikutaanikokeiden avulla näihin perehtyneessä yksikössä (11).

Ulkosyntyiset ekseemat

Ärsytysekseeman yleisin muoto (toksinen kosketushottuma, *eczema toxicum*) on krooninen käsiekseema (KUVA 8). Sitä havaitaan yleensä kädenselissä ja sormissa ihoa ärsyttävien tekijöiden aiheuttamana. Näitä ovat vesikontaktit, märkätyö, saippuapesu ja suojäkäsineiden hautova vaikutus. Ärsytystekijät voivat liittyä selvästi työhön (riskiammatit), mutta on hyvä muistaa myös vapaa-ajan ärsykkeet ja käyttäytyminen, kuten ihon hoito- ja pesutottumukset, kosmetiikka ja mekaaninen ärsytys. Ärsytysekseemaa esiintyy herkemmin potilailla, jolla on samanaikainen atooppinen ekseema (atooppinen käsiekseema) tai joilla on aikaisemmin elämässään ollut atooppinen ekseema.

Allergista kosketusekseemaa (*eczema allergicum*) sairastava potilas on herkistynyt ihoaltistuksen kautta pienimolekyylisille aineille (KUVA 9). Yleisiä tällaisia aineita ovat ihonhoitotuotteiden ja kosmetiikan ainesosat (muun muassa säilöntäaineet) sekä kumikemikaalit (12).

Ekseema voi johtua monista ihon kanssa kosketuksissa olevista allergeeneista, ja joskus oikeaan diagnoosiin tarvitaan salapoliisin taitoja. Näistä tärkeimmät ovat perusteellinen anamneesi ja tieto ajallisesta yhteydestä oireiden ja altistuksen välillä. Potilas voi olla herkistynyt työpaikkansa allergeeneille, mikä voi pahimmassa tapauksessa johtaa työkyvyttömyyteen ammattitaudin vuoksi (13). Kroonisen ja hoitoon huonosti reagoivan käsiekseeman yhteydessä on muistettava allergisen käsiekseeman ja työperäisen herkistymisen mahdollisuus.

Asteatoottinen ekseema (kuivuusekseema) on yleensä ikääntyneiden ekseema, jonka oireet esiintyvät aluksi selässä, käsivarsissa ja sääriässä (KUVA 10). Usein se liittyy ärsytystekijöihin, jotka kuivattavat ihoa, esimerkiksi talvi-

Ydinasiat

- ▶ Ekseemat ovat ryhmä yleisimpiä ihosairauksiamme.
- ▶ Diagnoosi tehdään yleensä kliinisin perustein.
- ▶ Hoidon kulmakivet ovat jaksoittain käytetyt, tarpeeksi vahvat glukokortikoidivoiteet.
- ▶ Toimiva ohjattu omahoito on hyvän hoitutuloksen avain.

kauteen, ärsyttäviin pesunesteisiin ja pesuharjan käyttöön.

Kyseessä on erittäin yleinen vanhuksen kutinan syy, joka väistyy yleensä ihoa kuivattavien ärsytystekijöiden, esimerkiksi pesutottumusten muuttamisella. Vaikeissa tapauksissa kuivuusekseema voi osittain kutina-raapimiskierteen vaikutuksesta pahentua laaja-alaiseksi. On tärkeä erottaa myös ikääntyneen myöhään alkava atooppinen ekseema.

Staasi ekseema (laskimoperäinen ihottuma, *eczema hypostaticum*) voi olla varikoottinen (*eczema varicosum*). Staasi ekseema liittyy yleensä alaraajojen turvotustaipumukseen ja laskimoiden vajaatoimintaan. Säären ruskea hyperpigmentaatio on tyypillinen oire ihottuman lisäksi. Monella potilaalla on perinnöllinen taipumus vaivaan. Myös ylipaino ja imunestekierroksen häiriöt alaraajoissa (esimerkiksi sairastettu ruusu tai laskimotukos) voivat myötävaikuttaa staasi ekseeman syntyyn. Erityisen yleinen staasi ekseema on potilailla, jolla on laskimoperäinen säärihaava.

Turvotuksen hoito (kompresiohoito) on ensisijaista, mutta myös itse ekseema tulee hoitaa. Ennen kompresiohoidon toteutusta tulisi sulkea pois alaraajojen ahtaava valtimonkoveutumistauti sykkeen tunnustelulla ja nilkka-olkavarsipainesuhteen (ankle-brachial index, ABI) määrittelyllä eli vertailemalla dopplerlaitteen avulla mitattua nilkkapainetta olkavarsipaineeseen. Mikäli hoitovaste jää tehokkaasta kompresiohoidosta huolimatta huonoksi tai staasi ekseema pahentuu lehahtelevasti, on



KUVA 11. Läiskäpsoriaasi molemmissa polvissa. Huomaa punoituksen tarkkarajaisuus ja paksu laattamainen hilse, joka ulottuu paikoin punoituksen reunaan saakka. Psoriaasin tyypipaikat ja ulkonäkö sekä usein positiivinen sukuanamneesi johdattavat oikeaan diagnoosiin.

KUVA 12. Hiuspohjan psoriaasi. Huomaa paksu hilse, joka tyypillisesti irtoaa laattamaisesti. Potilaalla myös psoriaasia sormien iholla ja psoriaasin aiheuttamia kynsimuutoksia.

KUVA 13. Oikean säären silsa. Huomaa punoituksen tarkkarajaisuus ja reunamapainotteinen hilseily. Sieninäytteet varmistavat silsadiagnoosin.

muistettava herkistyminen paikallishoidoille tai haavahoitotuotteille, kuten piikkavoiteelle. Myös muualle iholle leviävä läiskäekseema on yleisempi staasiekseemapotilailla (14).

Diagnosointi

Ekseemojen keskeinen oire on kutina, ja usein potilaiden iholla nähdään raapimisjälkiä. Kutina-raapimiskierre tai kutina-hankauskierre voivat aiheuttaa ihon paksuuntumista (jäkälöityminen, neurodermatiitti) ja kutinakyhmyjä. Seborrooista ekseemaa ja ärsytykseemaa lukuun ottamatta kutinan puuttuminen puhuu ekseemadiagnoosia vastaan.

Ekseeman reuna on yleensä epätarkkarajainen, toisin kuin psoriaasissa tai silsassa. Eri ekseemat erotetaan toisistaan lähinnä kliinisin perustein. Huomiota kiinnitetään ihottuman

sijaintiin, taivehakuisuuteen ja taivealueiden jäkälöitymiseen (atooppinen ekseema). Tärkeää on huomioida myös ekseeman muoto, kuten läiskät läiskäekseemassa.

Ihon järjestelmällisen ja perusteellisen tutkimisen jälkeen tai jo sen aikana siirrytään anamneesiin. Onko potilaalla ollut aikaisempia ihosairauksia tai atooppinen taipumus? Mikä pahentaa ja mikä lievittää ekseemaa? Liittyvätkö oireet työhön tai harrastuksiin (ärsytystekijät, kosketusallergiat)? Ihon tutkimuksen ja taustatietojen perusteella pyritään sulkemaan pois tärkeitä erotusdiagnooseja.

Ekseemojen klassiset erotusdiagnoosit ovat eri ekseematyypin lisäksi psoriaasi, silsa ja syyhy. Psoriaasidiagnoosiin johdattavat ihottuman tyypipaikat (kynnärpäät, polvet, ristiselkä, pakaravako, hiuspohja, navan seutu, kynsimuutokset), punoittavien läiskien tarkka-



KUVA 14. Syyhyn aiheuttamia kutisevia papuloita selän ja kainalon alueella. Papuloita nähdään usein myös sukupuolielinten alueella ja alavatsalla. Syyhykäytäviä kannattaa etsiä sormien väleistä, ranteista tai jalansivuilta.

KUVA 15. Syyhyn aiheuttamia papuloita, pieniä nesterakkuloita ja käytäviä sormien välissä.

KUVA 16. Atooppista ekseemaa sairastavan lapsen laaja-alainen herpes (eczema herpeticum). Huomaa ryhmityneet pienet nesterakkulat, jotka puhkeamisen jälkeen jättävät ”stanssatun” eroosiopinnan. Pääoireena on kipu.

rajaisuus ja sukuanamneesi (KUVAT 11 ja 12) (15). Silsa on yleensä epäsymmetrinen. Se on tavallinen jaloissa ja muodostaa usein hilseilevän, rengasmaisen reunavallin (KUVA 13). Se voidaan sulkea pois sieninäytteillä (16).

Syyhyssä kutina ja ihomuutokset alkavat yleensä melko äkillisesti ja usein ilman aikaisempaa ihotautianamneesia. Yleiskuva on näppyläinen, ja tyyppipaikkoja ovat sormien välit, ranteet, sukupuolielinten alue, nivustaipeet, alavatsa ja kainalot (KUVAT 14 ja 15). Syyhykäytävät löytyvät parhaiten luupilla tai dermatoskoopilla sormien välistä, ranteista ja jalkateristä (17). Usein myös potilaan kontaktihenkilöillä on oireita.

Ekseemojen jaottelu sisä- ja ulkosyntyisiin ei ole ehdoton. Ulkoiset tekijät voivat pahentaa sisäsyntyisiä ekseemoja, esimerkiksi käsien atooppista ärsytykseemaa, ja potilaan ihotaipumus, kuten atooppinen ihotaipumus tai vanhempi ikä, voi altistaa ulkosyntyisille

ekseemoille. On myös mahdollista, että jotkin ihoinfektiot, kuten silsa ja märkärupi, tai loisinfestaatiot, esimerkiksi täit ja syyhy, eksematisoituvat sekundaarisesti, jolloin niiden kliininen kuva voi jäljitellä ekseemaa (18).

Toisaalta ekseemat voivat infektoitua sekundaarisesti (impetiginisoituminen, etenkin atooppinen ekseema), jolloin ihottuma-alue alkaa märkiä ja siihen ilmaantuu keltaista rupea, joka voi muistuttaa märkärupea. Herpes simplex -virus voi levitä laaja-alaisesti etenkin kasvoilla ja kaulassa, jos potilaalla on atooppinen ekseema (eczema herpeticum) (KUVA 16).

Lisätutkimukset

Ihotautidiagnoosia johdattaa aina perusteellinen, koko ihon kliininen tutkimus ja ekseemoissa etenkin sijainti, ulkonäkö sekä potilaan aikaisempi anamneesi. Myös suvussa esiintyneiden ihotautien kartoitus tuo usein lisävaloa

tilanteeseen. Lisätutkimuksista olla apua valikoituissa tapauksissa ja kun kysymyksenasettelu on selvä (**TAULUKKO 2**) (19,20).

Siljaepäilyyn yhteydessä tarvitaan sieninäytteet hilseilevältä ihoalueelta (Sk-SienNa, Sk-SienVi) tai sienten nukleiinihappo-osoitus (-DermNhO). Atooppisen ekseeman diagnoosia tukee IgE-välitteinen herkistyminen tai seerumin kokonais-IgE-vasta-ainepitoisuuksien (S-IgE, S-PölyEr tai prick-perussarja) suurentuminen, mutta kumpikaan niistä ei varmista ekseemadiagnoosia. Useimmiten allergiatutkimukset eivät ole tarpeellisia.

Ihobiopsiaa voidaan tarvita erotusdiagnostisista syistä, mutta ekseeman syy ei selviä histopatologisessa tutkimuksessa, koska histologiset löydökset ovat kaikissa ekseemoissa samankaltaisia. Kosketusallergioita epäiltäessä tehdään tarvittaessa kohdennetusti epikutaanikoikeita niihin perehtyneessä yksikössä (21).

Aikuis- tai vanhuusiässä alkavan ekseeman erotusdiagnooseja ovat psoriaasi, ekseemankaltainen lääkeihottuma, iholymfooma, rakkulainen pemfigoidi ja paraneoplastiset ihottumat. Tällöin voidaan tarvita lisäselvityksiä, joihin lukeutuvat hyvä yleistilan selvitys, lääkeanamneesi, ihobiopsia ja seerumin pemfigoidivasta-ainepitoisuudet.

Hoito

Vaikka kaikkien ekseemojen hoidossa käytetään ensisijaisesti glukokortikoidivoiteita, eri ekseemoilla on kuitenkin omat erityispiirteensä (**TAULUKOT 1 ja 3**). Sisäsyntyisten ekseemojen hoito on oireenmukaista. Se perustuu pahenemisvaiheiden hoitoon sekä ehkäisevään ylläpitohoitoon. Ulkosyntyisten ekseemojen hoidossa saadaan yleensä pysyvämpi vaste hoitamalla ekseeman syytä (esimerkiksi ärsytyksen vähentäminen, allergienkontaktin välttäminen).

Ekseemojen hoitovaste vaihtelee hyvin yksilöllisesti, ja ne voivat aktivoitua vuosienkin remission jälkeen. Stressitekijät voivat pahentaa etenkin atooppista ekseemaa, mutta monesti pahenemisvaiheet ovat huonosti ennustettavissa ja ilmaantuvat ilman syytä.

Atooppisen ekseeman vartalo- ja raajaoireet pysyvät yleensä rauhallisina jaksoittain, esimer-

kiksi 2–3 viikon kuureina, käytettävillä miedoilla ja keskivahvoilla glukokortikoidivoiteilla (22). Hankalimpien tapausten ja jäkälöityneiden alueiden hoitoon voidaan tarvita vahvoja glukokortikoidivoiteita. Jos oireet uusiutuvat tiheästi, voidaan kokeilla myös 1–2 kertaa viikossa otettavaa glukokortikoidivoidetta ylläpitohoitona. Kasvojen alueen hoidossa käytetään mietoja glukokortikoidivoiteita jaksoittaisesti, esimerkiksi 1–2 viikon kuureina, tai kalsineuriinestäjävoiteita alkuun päivittäin, kunnes ihottuma rauhoittuu ja sen jälkeen vielä ylläpitohoitona esimerkiksi 2–3 kertaa viikossa (23).

Jos tauti uusiutuu herkästi, painottuu kasvovoihin tai on hyvin laaja-alainen, tulevat myös kalsineuriinestäjävoiteet kyseeseen kaikille ihottuma-alueille. Niitä käytetään aluksi pitkäaikaisesti, kunnes oireet väistyvät, ja sen jälkeen ylläpitohoitona. Potilaalle on tärkeää kertoa ohimenevästä, hoidon alkuvaiheissa esiintyvistä ihon kuumotuksesta. Kalsineuriinestäjävoiteilla on virallinen käyttöaihe vain atooppisen ekseeman hoitoon, mutta ne tehoavat monesti muihinkin ekseematyyppisiin.

Läiskäekseeman yhteydessä vartalon ja raajojen läiskien hoitoon voidaan tarvita pidempään käytettäviä ja vahvempia glukokortikoidivoiteita esimerkiksi 1–2 kk:n kuureina. Käsi-ekseeman alkuvaiheen riittävän tehokkaalla ja pitkäkestoisella hoidolla estetään ekseeman kroonistuminen (24). Käsiekseeman lääkehoitohoidon kokonaisaika on usein 2–3 kk, ja tärkeää on myös pahentavien tekijöiden vähentäminen tai välttäminen (ärsytystekijät, pesuaineet, allergiat). Seborrooinen ekseema rauhoittuu yleensä miedoilla tai keskivahvoilla glukokortikoidivoiteilla, kalsineuriinestäjävoiteilla tai paikallisesti käytettävillä sienilääkevoiteilla ja -shampoilla (25).

Sekundaarisesti infektoituneen ekseeman (etenkin atooppinen tai läiskäekseema) yhteydessä lyhyt sisäinen mikrobilääkekuuri (kefaleksiini tai stafylokokkipenisilliini) voi paikallishoidon lisäksi olla aiheellinen (26). On tärkeää kuitenkin varmistaa, että myös ekseeman paikallinen hoito lääkevoiteella toteutuu. Väsyttävät tai väsyttämättömät antihistamiinit lievittävät joidenkin potilaiden oireita, vaikka näyttö niiden tehosta ekseemojen hoidossa on

TAULUKKO 2. Ekseemojen tärkeitä erotusdiagnooseja (19,20).

	Kliininen kuva	Tärkeimmät tutkimukset
Ekseemat	Erotetaan toisistaan yleensä sijainnin, taudinkulun ja anamnestisten tietojen perusteella.	Yleensä tutkimuksia ei tarvita. Allergiatutkimuksia vain tarvittaessa: kokeita ei tarvita, jos allergiaoireita on anamnestisesti. S-PölyEr, S-IgE tai ihopistokoeperussarja, positiivinen herkistyminen tukee atooppisen ekseeman diagnoosia. Epikutaanikokeet (kohdennetusti, jos epäillään kosketusallergioita).
Psoriaasi	Tyypilliset paikat, tarkkarajaisuus, paksu valkoinen hilse, kynsimuutokset, hiuspohjan muutokset, sukuanamneesi.	Erotetaan ekseemasta yleensä kliinisesti. Ihobiopsiassa voidaan havaita psoriaasille tyypillinen histopatologinen löydös.
Silsa	Usein jaloissa, punoituksen tarkkarajaisuus, reunamahilseily. Glukokortikoidivoidehoidon myötä silsa voi pahentua ja muuttua märkänäppyläiseksi (salasilsa, tinea incognita).	Sieniviljely ja natiivinäyte (Sk-SienNa, Sk-SienVi) tai nukleiinihapon osoitus (-DermNhO) varmistavat diagnoosin.
Syyhy	Äkillinen alkua, syyhykäytävät sormien väleissä, ranteissa tai jalansivuissa, papulaariset muutokset sukupuolielinten alueella. Oireita usein myös potilaan kontaktihenkilöillä.	Syyhyypunkin ja käytävien havainnointi luupilla tai dermatoskoopilla, neulalla kaivetun syyhyypunkin mikroskopointi.
Ekseemankaltainen lääkehottuma (19)	Allergologinen diagnostiikka aiheellinen vain valikoiduissa tapauksissa.	Ajallinen yhteys lääkeaineeseen, lääkityksen lopettamisen vaikutus oireisiin.
Iholymfooma (mm. mycosis fungoides) (20)	Tarkkarajaisia kroonisia eryteemäläiskä, huono vaste glukokortikoidivoidehoitoon.	Diagnoosi perustuu ihobiopsian histologiseen tulkintaan, usein tarvitaan toistuvia biopsioita.
Rakkulainen pemfigoidi	Etenkin ikääntyneellä alkaneessa taudissa. Tarkkarajaisia punoitavia läiskä, joiden päällä vesirakkuloita.	Diagnoosi perustuu ihobiopsian histologiseen tulkintaan, immuunifluoresenssinäytteeseen ja seerumin spesifisiin vasta-aineisiin.
Pinnallinen tyvisolusyöpä (basaliooma)	Yksittäinen tarkkarajainen hilseilevä läiskä, ei vastetta ekseemahoitoihin.	Diagnoosi varmistuu ihobiopsialla.

TAULUKKO 3. Ulkosyntyiset ekseemat.

	Ihosairauteen mahdollisesti liittyviä tekijöitä	Hoidon erityispiirteitä
Ärsytys-ekseema	Atooppinen ihotaipumus, käsien pesu, saippuan käyttö, suojakäsineiden hautova vaikutus, käsien mekaaninen ärsytys, työperäiset ja vapaa-ajan ärsykkeet, työperäinen käsi-ihottuma.	Alkuvaiheen tehokkaalla ja tarpeeksi pitkäaikaisella lääkevoiteen käytöllä estetään kroonistuminen. Olennaista on myös ärsytystekijöiden vähentäminen tai välttäminen.
Allerginen kosketus-ekseema	Kosketusallergiat (mm. säilöntäaineet pesuaineissa tai kosmetiikassa, kumikemikaalit), työperäinen käsi-ihottuma.	Alkuvaiheen tarpeeksi tehokas hoito. Todetussa kosketusallergiassa allergeenin välttäminen ensisijaista.
Asteatoottinen ekseema	Pesutottumukset, vapaa-ajan ärsytystekijät. Atooppinen ihotaipumus voi altistaa.	Ihoa kuivattavien tekijöiden välttäminen. Lääkevoidehoidon jälkeen säännöllinen perusvoiteen käyttö.
Staasi-ekseema	Alaraajojen turvotus, jonka taustalla ylipaino, laskimoiden vajaatoiminta tai imunesteturvotus taikka toistuvien ruusujen, leikkausten tai laskimotukosten jälkitila.	Tehokas ja asianmukainen kompressiohoito ensisijainen. Monesti tarvitaan ylläpitohoitoa lääkevoiteella, esim. 1–2 kertaa viikossa rauhallisessa vaiheessa.

erittäin vähäistä (27). Väsyttävien antihistamiinien määräämiseen, etenkin vanhuksille ja lapsille, on suhtauduttava kriittisesti.

Potilaan motivaatioon ja paikallishoidon ohjeistukseen kannattaa erityisesti panostaa, koska usein huonon hoitovasteen taustalla on väärin tai puutteellisesti toteutunut paikallishoito. Hoidon onnistuminen vaatii potilaalta yleensä aktiivista ja säännöllistä omahoitoa. Perusvoiteiden käyttö lieventää useimpien potilaiden oireita rauhallisessa vaiheessa ja saattaa vähentää pahenemisvaiheita. Pahenemisvaiheisiin on kuitenkin syytä reagoida aktiivisella lääkevoiteiden käytöllä eikä pelkästään lisäämällä perusvoiteiden käyttöä.

Huonosti hoitoon reagoivat ja kroonistuneet ekseemat voivat vaatia diagnoosin tarkistamisen ja mahdollisten kosketusallergioiden selvittämisen. Laajan ekseeman hoitovaihtoehtoja ovat valohoidot tai erittäin vaikeissa tapauksissa erikoislääkärin ohjaamana systeemisillä immuunivastetta heikentävillä tai muokkaavilla lääkkeillä (28).

Lopuksi

”Eczema is like jazz. One assumes that everyone recognizes it and that makes any need to define it unnecessary.” (29). Ekseeman diagnoosi ja hoito saattaa olla lääkäriille vaativaa, ja ihottumaviidakossa voi olla vaikeaa nähdä met-sää puilta. On tärkeämpää erottaa ekseemaryhmä muista erotusdiagnooseista kuin kyetä käyttämään ekseemoista aina oikeita nimityksiä. Avaimet oikeaan diagnoosiin ovat systemaattinen koko ihon tutkiminen sekä perusteellinen ja lähisuvun kattava anamneesi.

Työdiagnoosin asettamisen jälkeen ratkaisu-assa asemassa ovat potilaan omahoidon hyvä ohjeistaminen ja asianmukainen toteuttaminen. Potilaan on tärkeää ymmärtää, että taudinkulku ja hoitovaste voivat vaihdella ja lääkehoito perustuu yleensä oireiden hoitoon. Usein tarvitaan niin hoitokokeiluja eri lääkevoiteilla ja hoitostrategian yksilöllistä sovittamista potilaalle sopivaksi kuin ymmärtävää ja empaattista lähestymistään. ■

Kiitämme artikkelin kuvista HUS:n iho- ja allergiasairaalan opetuskuviin arkistoa.

ALEXANDER SALAVA, LT, FT, ihotautien ja allergologian erikoislääkäri, kliininen opettaja
HUS, iho- ja allergiasairaala, Helsinki
Helsingin yliopisto

NICOLAS KLUGER, dosentti, LT, iho- ja sukupuolitautilien erikoislääkäri
HUS, iho- ja allergiasairaala, Helsinki

ANITA REMITZ, dosentti, LT, iho- ja sukupuolitautilien erikoislääkäri, kliininen opettaja
HUS, iho- ja allergiasairaala, Helsinki
Helsingin yliopisto

SIDONNAISUUDET

Alexander Salava: Apuraha (Orion Pharma), luento-/asiantuntijapalkkio (Galderma Nordic, Orion Pharma, La Roche-Posay, Cellego), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Sanofi)

Nicolas Kluger: Luento-/asiantuntijapalkkio (Bioderma NAOS, Beiersdorf, Galderma, SVR)

Anita Remitz: Apuraha (Astellas Pharma, Sanofi), luento-/asiantuntijapalkkio (Leo Pharma, Lilly, Sanofi, ACO Pharma), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Takeda), luottamustoimet (Kliinisen laitoksen laitosneuvoston varsinainen jäsen 2014), hankkeet (MeDigi-hanke, Suomen yliopistokliniikoiden opetusyhteistyö)

TEEMAN ERIKOISTOIMITTAJAT

livo Hetemäki ja Liisa Harjama

VASTUUTOIMITTAJA

Annikka Kalliokoski

SUMMARY

Eczematous eruptions in primary care

Eczematous eruptions are among the most common skin diseases. The unifying features are similar histopathology and visible eczema on the skin. Itch is the main symptom. The conditions are mostly separated on clinical grounds, which poses challenges for diagnosis and treatment. A sufficiently strong topical corticosteroid for adequately long courses is regarded as the first line therapy. Alternatives might include topical calcineurin inhibitors. In some eczematous eruptions triggering or deteriorating causes should be addressed. A well-guided and well-implemented self-care of the patient plays an important role. This should be based on intensifying treatment during exacerbations and, if necessary, maintenance treatment. It is essential for the patient to understand that the course of the disease and the response to treatment can be variable and that medication is usually based on the treatment of symptoms.

KIRJALLISUUTTA

1. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, ym. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018;32(6):850–78.
2. Hanifin JM. Adult-onset atopic dermatitis: fact or fancy? *Dermatol Clin* 2017;35:299–302.
3. Vakharia PP, Silverberg JL. Adult-onset atopic dermatitis: characteristics and management. *Am J Clin Dermatol* 2019;20:771–9.
4. Fenner J, Silverberg NB. Skin diseases associated with atopic dermatitis. *Clin Dermatol* 2018;36:631–40.
5. Yamany T, Schwartz RA. Infectious eczematoid dermatitis: a comprehensive review. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;29:203–8.
6. Gupta AK, Versteeg SG. Topical treatment of facial seborrheic dermatitis: a systematic review. *Am J Clin Dermatol* 2017;18:193–213.
7. Hieta N, Voutilainen M. Tuli hännän alla. *Suom Lääkäril* 2019;74:1421–6.
8. Wikramanayake TC, Borda LJ, Miteva M, ym. Seborrheic dermatitis-looking beyond Malassezia. *Exp Dermatol* 2019;28:991–1001.
9. Masuda-Kuroki K, Murakami M, Kishibe M, ym. Diagnostic histopathological features distinguishing palmoplantar pustulosis from pompholyx. *J Dermatol* 2019;46:399–408.
10. Halling-Overgaard AS, Zachariae C, Thyssen JP. Management of atopic hand dermatitis. *Dermatol Clin* 2017;35:365–72.
11. Agner T, Aalto-Korte K, Andersen KE, ym. Classification of hand eczema. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;29:2417–22.
12. Johansen JD, Aalto-Korte K, Agner T, ym. European Society of Contact Dermatitis guideline for diagnostic patch testing – recommendations on best practice. *Contact Dermatitis* 2015;73:195–221.
13. Lampel HP, Powell HB. Occupational and hand dermatitis: a practical approach. *Clin Rev Allergy Immunol* 2019;56:60–71.
14. Sundaresan S, Migden MR, Silapunt S. Stasis dermatitis: pathophysiology, evaluation, and management. *Am J Clin Dermatol* 2017;18:383–90.
15. Nestle FO, Kaplan DH, Barker J. Psoriasis. *N Engl J Med* 2009;361:496–509.
16. Gupta AK, Cooper EA, Ryder JE, ym. Optimal management of fungal infections of the skin, hair, and nails. *Am J Clin Dermatol* 2004;5:225–37.
17. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, ym. European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017;31:1248–53.
18. Dadabhoy I, Butts JF. Parasitic skin infections for primary care physicians. *Prim Care* 2015;42:661–75.
19. Salava A, Alanko K, Hyry H. Dipyridamole-induced eczematous drug eruption with positive patch test reaction. *Contact Dermatitis* 2012;67:103–4.
20. Peterson E, Weed J, Lo Sicco K, ym. Cutaneous T cell lymphoma: a difficult diagnosis demystified. *Dermatol Clin* 2019;37:455–69.
21. Johnston GA, Exton LS, Mohd Mustapa MF, ym. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of contact dermatitis 2017. *Br J Dermatol* 2017;176:317–29.
22. Atooppinen ekseema. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen, Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen, Atopiaaliiton ja Iholiiton asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2016 [päivitetty 19.09.2016]. www.kaypahoito.fi.
23. Chong M, Fonacier L. Treatment of eczema: corticosteroids and beyond. *Clin Rev Allergy Immunol* 2016;51:249–62.
24. Lee GR, Maarouf M, Hendricks AK, ym. Current and emerging therapies for hand eczema. *Dermatol Ther* 2019;32:e12840.
25. Borda LJ, Perper M, Keri JE. Treatment of seborrheic dermatitis: a comprehensive review. *J Dermatolog Treat* 2019;30:158–69.
26. Wernham AGH, Veitch D, Grindlay DJC, ym. What's new in atopic eczema? An analysis of systematic reviews published in 2017. Part 1: treatment and prevention. *Clin Exp Dermatol* 2019;44:861–7.
27. Matteredne U, Böhmer MM, Weisshaar E, ym. Oral H1 antihistamines as 'add-on' therapy to topical treatment for eczema. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;1:CD012167.
28. Simpson EL, Bruin-Weller M, Flohr C, ym. When does atopic dermatitis warrant systemic therapy? Recommendations from an expert panel of the International Eczema Council. *J Am Acad Dermatol* 2017;77:623–33.
29. Calnan CD. Eczema for me. *Trans St Johns Hosp Dermatol Soc* 1968;54:54–64.