

<https://helda.helsinki.fi>

---

## Penisilliiniä tottelematon ruusu? : vinkistä vihiä + ratkaisu

Hetemäki, livo

2021

---

Hetemäki , I 2021 , ' Penisilliiniä tottelematon ruusu? : vinkistä vihiä + ratkaisu ' , Duodecim ,  
Vuosikerta. 137 , Nro 3 , Sivut 319-320 . <  
<https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo16039.pdf> >

---

<http://hdl.handle.net/10138/341068>

---

publishedVersion

---

*Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.*

*This is an electronic reprint of the original article.*

*This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.*

*Please cite the original version.*



## Penisilliiniä tottelematon ruusu?

**Viisikymppinen mies** hakeutui terveyskeskukseen kolme viikkoa kestäneen oikean jalan turvotuksen ja kivun takia. Kipua esiintyi erityisesti jalalle varatessa. Traumaa ei ollut tiedossa. Perussairautena potilaalla oli tyypin 1 diabetes, jonka seuranta ja hoito olivat retuperällä. Diabeteskomplikaatioita oli kertynyt useampaan elinjärjestelmään.

Lääkäri totesi turvonneen oikean jalan. Alaraajan laskimoissa ei erottunut kaikukuvauksessa tulppaa. Jalkaterän röntgenkuvassa näkyi ilmeisesti vanha luksaatio toisessa varpaan tyvinivelessä (MTP-nivel). Potilaalle aloitettiin tulehduskipulääkitys ja hänet ohjattiin laboratoriotutkimuksiin.

Leukosyyttimäärä oli  $4,2 \times 10^9/l$ , CRP-pitoisuus 20 mg/l ja lasko 17 mm/h. Neljän päivän kuluttua soittoajalla potilas kertoi, ettei vointi ollut parantunut, joten aloitettiin penisilliini-kuuri työdiagnoosina pehmytkudosinfektio. Kolme vuorokautta mikrobilääkityksen aloittamisen jälkeen CRP-pitoisuus oli kuitenkin suurentunut lukemaan 80 mg/l, joten potilas lähetettiin sisätautipäivystykseen suonensisäisen mikrobilääkityksen aloituksen harkintaan.

Sisätautipäivystyksessä oikeassa jalkateräs-



**KUVA 1.** Potilaan jalat.

sä todettiin punoitus, kuumotus sekä runsas turvotus, joka ulottui säären puolelle (**KUVA 1**). Jalassa ei ollut haavoja eikä jalkaterä ollut kärsittänyt. Katkaistun lastaimen pistoa potilas ei kummassakaan jalkapöydässä tuntenut. Muuten status oli normaali. Verenpaine olivat 164/91 mmHg, syke 83/min ja lämpö 37,8 °C. Leukosyyttimäärä oli  $3,5 \times 10^9/l$  ja CRP-pitoisuus 75 mg/l.

Miksi mikrobilääkehoito ei auttanut tulehdukseen? Vastaus on sivulla 320.



## Penisilliiniä tottelematon ruusu?

Potilaalla oli jalkaterässään klassiset tulehdusoireet: punoitus, turvotus, kuumotus ja kipu. CRP-pitoisuuskin oli suurentunut ja lämpö lähenteli kuumelukemiaa. Oirekuva oli kuitenkin kestänyt jo kuukauden, mikä ei sopinut bakteerin aiheuttamaan pehmytkudosinfektioon. Ärhäköistä oireista huolimatta potilaan jalkaterä oli vain lievästi kivulias eli hänellä oli sensorinen neuropatia, joka oli kehittynyt tyypin 1 diabeteksen komplikaationa.

Jalkaterän röntgenkuvaus uusittiin päivystyksessä, ja löydös tuki kliinistä diagnoosia Charcot'n jalasta (KUVA 2). Myös magneettikuvissa todettiin Charcot'n jalkaan sopivaa runsasta luuturvotusta jalkaterän luissa. CRP-pitoisuus korjaantui immobilisaatiolla ilman mikrobilääkitystä.

Charcot'n neuro-osteopropatia on jalkaterän tai nilkan steriili tulehdus, jota ilmenee perifeerisestä neuropatiasta kärsivillä diabeetikoilla. Kliinisiä oireita ovat tulehduksen aiheuttama turvotus, punoitus ja kuumotus sekä joskus myös lievä tai kohtalainen kipu. Diagnoosi perustuu kliiniseen kuvaan ja kuvantamislöydöksiin. Taudin alkuvaiheessa magneettikuvaus on paras diagnoosin varmistava kuvantamistutkimus.

Varhainen kliininen epäily on hoidon onnistumisen edellytys. Hoito koostuu levosta, immobilisaatiosta ja varauskiellosta. Nämä toteutetaan kipsin ja kyynärsauvojen avulla, kunnes tulehdus on sammunut. Tauti on alidiagnosoitu, ja diagnoosin viivästyminen voi johtaa luiden ja nivelten tuhoutumiseen, virheasentoon ja alttiuteen haavaumille (1,2).

Neuropatiasta kärsivän diabeetikon punoitavaa, kuumottavaa ja turvonnutta jalkaa arvioitaessa taudinmäärityksessä on aina muistettava Charcot'n jalka. Terveyskeskuslääkäri olikin Charcot'n jalan maininnut mahdollisena erotusdiagnoosina, mutta hylännyt vaihtoehdon nähtyään normaalin jalkaterän röntgenkuvan (KUVA 2). Vaikka jalkaterän röntgenkuvassa



**KUVA 2.** Terveyskeskuksessa otetussa oikean jalkaterän röntgenkuvassa (vasemmalla) havaittiin vain varpaan toisen tyvinivelen luksaatio, joka erottuu tässä projektiossa huonosti. Viikkoa myöhemmin päivystyksessä otetussa kuvassa (oikealla) näkyi ensimmäisen ja toisen nilkka-jalkapöytäluunivelen (aa. metatarsales) osittainen sijoiltaanmeno, mikä tuki Charcot'n jalan kliinistä epäilyä.

voi edenneen taudin yhteydessä näkyä muutoksia, normaali kuva ei sulje pois taudin varhaisen vaiheen mahdollisuutta (1). Charcot'n jalassa CRP-pitoisuus pysyy usein normaalina tai suurenee vain vähän, mutta akuutissa vaiheessa voi suurentua merkittävästikin, mikä hankaloittaa tilan erottamista bakteeritulehduksesta (1). Taudinmäärityksessä tulee huomioida työdiagnoosia vastaan puhuvat tekijät mutta suhteuttaa niiden painoarvo muuhun kliiniseen kokonaisuuteen (3). ■

**IIVO HETEMÄKI, erikoistuva lääkäri**  
Sisätaudit, KHSHP

### KIRJALLISUUTTA

1. Diabeetikon jalkaongelmat. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Diabetesliiton lääkärineuvoston, Suomen Endokrinologiyhdistyksen ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2009. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
2. Päiväniemi O, Lahtela J. Diabetesjalan virheasento – leikatako vai ei? Duodecim 2020;136:1709–16.
3. Hetemäki I. Lääketieteellinen päätöksenteko ja sitä kuormittavat tekijät. Duodecim 2018;134:2461–6.