

Niina Hieta, Sami Ventelä ja Harry Kujari

## Korvakäytävän punajäkälä – diagnoosiin varhain kuulon heikkenemisen estämiseksi

Punajäkälä on iholla, kynsissä ja limakalvoilla esiintyvä sairaus. Harvinaista korvakäytävien punajäkälää todetaan eniten keski-ikäisillä naisilla, joilla sitä esiintyy myös muualla, erityisesti suun, ulkosynnyttimien ja emättimen alueella. Tyypillisiä oireita ovat tavanomaiseen hoitoon huonosti vastaava korvakäytävien erityis ja ahtautuminen sekä kuulon heikkeneminen. Diagnoosi perustuu tyypillisiin oireisiin ja punajäkälän esiintymiseen muilla alueilla.

**P**unajäkälä on iholla, kynsissä ja limakalvoilla ilmenevä immuunivälitteinen, pitkäaikainen, tulehduksellinen sairaus (1). Sen eri muotojen yhteenlaskettu esiintyvyyttä väestössä on vaihdellut suuresti eri tutkimuksissa (0,14–1,27 %) (2). Punajäkälä voi ihon lisäksi esiintyä suussa, nielussa, ruokatorvessa, silmien sidekalvolla, ulkoisten sukuelinten alueella, emättimessä, perianaalialueella ja nenässä (KUVA 1). Sen vaikea erosiivinen muoto voi aiheuttaa arpeutumista ja anatomisia muutoksia limakalvoalueilla. Punajäkälä voi esiintyä myös korvakäytävän ja tärykalvon levyepiteelillä.

Korvakäytävien punajäkälästä on julkaistu vain muutamia tutkimuksia ja tapausselostuksia. Sen esiintyvyydestä ei ole esitetty arvioita, mutta se on todennäköisesti alidiagnosoitu. Ensimmäisen kerran tärykalvojen punajäkälä kuvattiin vuonna 1946 (3). Laajimmassa julkaistussa takautuvassa tutkimuksessa kuvattiin 19 potilasta runsaan kymmenen vuoden ajalta (4). Korvakäytävien punajäkälä on naisilla noin neljä kertaa yleisempi kuin miehillä (4).

### Oireet ja löydökset

Korvakäytävien seinämien ja tärykalvojen punajäkälän tyypillisimmät oireet ovat erityis, korvakäytävien ahtautuminen ja kuulon heikkeneminen. Muita oireita ja löydöksiä ovat korvakäytävien täyttyminen eritteestä, punoitus,



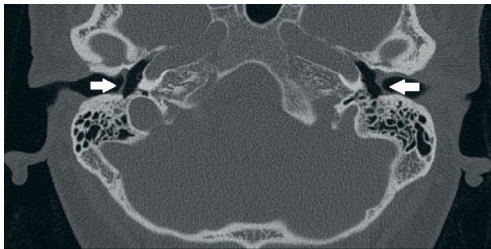
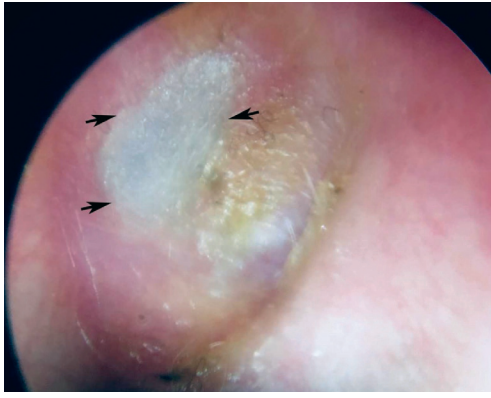
KUVA 1. Käsivarren (A) ja huulen (B) punajäkälä.

kutina, tinnitus, kipu, tärykalvojen paksuuntuminen, granulaatiokudos, valkoiset juosteet eli Wickhamin striat, haavauma tai eroosio ja verenvuoto (KUVA 2) (4–8). Myös molemminpuolinen tärykalvon puhkeama punajäkälän seurauksena on kuvattu, samoin välikorvan täyttyminen magneettikuvauksessa näkyvällä pehmeällä kudoksella (8,9).

Korvakäytävien oireita esiintyy usein molemmissa korvissa. Korvakäytävien punajäkälää sairastavilla potilailla sitä on yleensä muillakin

### Ydinasiat

- ▶ Punajäkälän mahdollisuus tulee muistaa myös korvakäytävien oireilun yhteydessä.
- ▶ Tyypillisiä oireita ovat korvakäytävien vuoto, ahtautuminen ja kuulon heikkeneminen.
- ▶ Potilas on tyypillisesti keski-ikäinen tai vanhempi nainen, jolla on punajäkälää myös suussa, ulkosynnyttimissä ja emättimessä.
- ▶ Varhaisella diagnoosilla ja hoidolla voidaan estää kuulon heikkenemistä.



**KUVA 2.** A. Korvamikroskooppikuva punajäkälän lähes kokonaan arpeuttamasta tärykalvosta. Nuolet osoittavat kohti tervettä aluetta tärykalvossa. B. Tietokonetomografia korvien alueelta. Nuolet osoittavat kohti punajäkälän vuoksi paksuuntuneita tärykalvoja.

iho- tai limakalvoalueilla, erityisesti suun, ulkosynnyttimien ja emättimen limakalvoilla, mutta joskus punajäkälä voi alkaa korvakäytävistä (4).

Punajäkäläpotilailla on todettu sisäkorvatyyppistä (sensorineuraalista), johtumistyyppistä (konduktiivista) ja sekamuotoista kuulon heikkenemistä (10). Takautuvassa tutkimuksessa kuulo oli heikentynyt 79 %:lla potilaista (4).

### Histologiset löydökset

Korvakäytävän ihon kudoksenäytteissä todetaan punajäkälälle tyypillisinä muutoksina akantooisia, hypergranuloosia, dermaalista lymfosyytti-infiltraattia, paikallista eksosytoosia sekä tyvisoluvyöhykkeen rapautumista ja kolloidikappaleita (5). Tapausselostuksissa on kuvattu orto-keratoottinen ja hyperkeratoottinen epidermis, tyvisolukerroksen lymfosyytti-infiltraatti, eksosytoosi ja vakuolaarinen degeneraatio sekä punajäkälään sopiva likenoidi interfaasidermatiitti (7,11). Interfaasidermatiitissa näkyi nauhamainen, pääosin lymfosyyteistä koostuva infiltraatti dermoepidermaaliossa, hyperkeratoosia ilman parakeratoosia ja kiilan muotoista hypergranuloosia epidermiksessä.

Usein kudoksenäytteessä ei kuitenkaan havaita punajäkälälle tyypillisiä histologisia löydöksiä, vaan ainoastaan epäspesifistä tulehdusta ja granulaatiokudosta (4,6). On myös kuvattu yhtäaikainen punajäkälä ja sarkoidoosi korvakäytävässä suun ja genitaalialueen punajäkälää sairastavalla potilaalla, jonka niveloireista sarkoidoosia oli aiemmin hoidettu (12). Histologisesti oli todettavissa likenoidi interfaasidermatiitti, jossa oli pinnallisia ja syviä sarkoideja granuloomia.

### Diagnosointi

Korvakäytävän punajäkälälle ei ole vahvistettuja diagnostisia kriteerejä. Tyypillinen potilas on keski-ikäinen nainen, jolla on tautia myös ulkosynnyttimissä, emättimessä ja suun limakalvoilla, mutta korvakäytävä voi myös olla punajäkälän ainoa anatominen sijaintipaikka (4). Viive oireiden alusta diagnoosiin on usein pitkä, eräässä tutkimuksessa se oli keskimäärin neljä vuotta ja vaihteli puolesta vuodesta 14 vuoteen.

Korvakäytävien kudoksenäytteistä ei yleensä ole hyötyä diagnosoinnissa. Diagnoosi perustuu tyypillisiin oireisiin ja löydöksiin, punajäkälän esiintymiseen muilla iho- tai limakalvoalueilla ja hyvään vasteeseen punajäkälään kohdistettuihin hoitoihin (4). Jos korvakäytävät ovat ainoa oireileva alue, on diagnosointi vaativaa. Oireilun jatkuminen ja uusiutuminen huolimatta hyvästä tavanomaisesta korvakäytävä-

**TAULUKKO 1.** Korvakäytävän ihosairauksien erotusdiagnostiikka.

Erotusdiagnostiset sairaudet	Oireet korvakäytävässä	Oireet muualla iholla
Tali-ihottuma eli seborrooinen ekseema	Karstaantuminen ja kutina	Hiuspohja, kulmakarvat, parta-alue, nenänpielet, korvalehden tausta, rintakehä, kainalot ja nivustaipeet
Psoriaasi	Karstaantuminen ja kutina	Hiuspohja, kyynärpäät, polvet (mahdollinen lähes kaikilla ihoalueilla)
Akuutti bakteeritulehdus	Punotus, kosteus, turvotus, arkuus ja märkäinen erite	Ei
Krooninen bakteeritulehdus	Iho paksuuntunut, hilseilevä ja voimakkaasti kutiava	Ei
Sienitulehdus	Vihertävä, vaalea tai harmaanmusta peite	Ei

vätulehduksen paikallishoidosta antaa aiheen hoitokokeilulle, joka voi vahvistaa diagnoosin.

## Erotusdiagnostiikka

Psoriaasissa ja seborrooisessa eli tali-ihottumassa voi esiintyä korvakäytävien karstaantumista ja kutinaa (**TAULUKKO 1**) (14,15). Ihottumaa on yleensä tuolloin muillakin ihoalueilla.

Korvakäytävän akuutti bakteeritulehdus aiheuttaa korvakäytävän ihon punoitusta, kosteutta, turvotusta, arkuutta ja usein märkäistä eritettä (15). Myös ihottumat voivat sekundaarisesti tulehtua erityisesti, jos niihin liittyvän kutinan vuoksi korvakäytäviä manipuloidaan. Kroonisessa korvakäytävän bakteeritulehduksessa iho on usein paksuuntunut, hilseilevä ja voimakkaasti kutiava. Sienitulehduksessa korvakäytävässä voi näkyä vihertävä, vaalea tai harmaanmusta peite.

## Hoito

Korvien punajakälän hoidosta ei ole satunnaistettuja tutkimuksia. Varhainen diagnoosi ja hoito on tärkeää kuulon heikkenemisen estämiseksi. Lievissä tapauksissa paikallishoidon teho voi olla riittävä, mutta hoitoresistenteissä tapauksissa on tarvittaessa harkittava sisäisiä lääkityksiä.

**Paikallishoitona** on käytetty glukokortikoideja, takrolimuusia, siprofloksasiinia ja mikrobilääkkeitä sisältäviä valmisteita (**TAULUKKO 2**). Pienessä tapausarjassa beetametasonia sisältävät korvatipat lievittivät tulehdusta, kun ne aloitettiin ennen korvakäytävän ahtauman

muodostumista ja niitä käytettiin ensin päivittäin sekä oireilun rauhoituttua ylläpitohoitona 1–2 kertaa viikossa, joten tämän artikkelin kirjoittajat suosittavat niitä ensisijaiseksi lääkitykseksi (6). Potilaan, joka käytti siprofloksasiinia ja deksametasonia sisältäviä korvatippoja kolmen kuukauden ajan, korvakäytävien kipu ja kutina loppuivat ja erityis vähäni selvästi (8). Takrolimuusia sisältäviä korvatippoja ei ole saatavana Suomessa (9).

Nämä hoitokaksot ovat pidempiä kuin lääkkeiden valmisteyhteenvedossa suositetut. Lievessä kuitenkin turvallista käyttää glukokortikoideja sisältäviä korvatippoja päivittäin oireiden rauhoittumiseen asti tai enintään kaksi viikkoa ja sen jälkeen ylläpitohoitona kahdesti viikossa noin kuukauden ajan.

**Sisäinen lääkitys.** Jos paikallishoidon teho ei riitä, hoitoon voidaan liittää systeeminen lääkitys (**TAULUKKO 2**). Korvakäytävien punajakälään tehoaviksi lääkkeitä on kuvattu muun muassa asitretiinin ja prednisolonin yhdistelmä, mykofenolaatti lisättyä hydroksiklorokiiniin ja doksisykliiniin sekä rituksimabi (4,5,11). Subkutaaninen metotreksaatti yhdistettynä prednisoloniin rauhoitti kahden oman potilaamme, joilla on useita anatomisia alueita affisioiva punajakälä, korvakäytävienkin oireilua.

**Kirurginen hoito.** Radikaali ihon poisto vaikeasti oireilevan potilaan korvakäytävästä sekä tärykalvon päältä rauhoitti hänen oireensa mutta johti pysyvään johtumistyyppiseen kuulon heikkenemiseen (7).

**Kuulokoje** voi olla tarpeen, jos potilaan kuulo on pysyvästi heikentynyt. Osalle potilaista tavanomainen korvakäytävään sovitettava

**TAULUKKO 2.** Korvakäytävien punajäkälän hoitoon käytettyjä lääkkeitä.

	Valmiste-ryhmä	Vaikuttava aine	Käytetty aika ja annos	Saatavuus tai lähin vastaava valmiste Suomessa	Viite
Paikallis-hoito	Glukokortikoiditipat	Beetametasoni	Ensin päivittäin, ylläpito-hoitona 1–2 x vk	<sup>1</sup> Flumetasonipivalaattia (0,2 mg/ml) ja kliokinolia (10 mg/ml) tai fluosinoloni-asetonidia sisältävät tipat	(6)
		Siprofloksasiinia (3 mg/ml) ja deksametasonia (1 mg/ml) sisältävät korvatipat	Viisi tippaa kerran päivässä 3 kk:n ajan, ylläpitohoitona 20 päivää kuukaudesta	Siprofloksasiinia (2 mg/ml) yksin tai yhdistettynä hydrokortisoniin (10 mg/ml) sekä siprofloksasiinia (3 mg/ml) ja fluokinolonia (0,25 mg/ml) sisältävät korvatipat	(8)
	Takrolimuusi	0,1 %:n vahvuisena, sekoitettuna neomyysiinsulfaatin, polimyksiini B -sulfaatin ja hydrokortisonin yhdistelmään	x 2/vrk vähintään 1 kk:n ajan	Oksitetrasykliiniä, polimyksiini B -sulfaattia ja hydrokortisonia (ilman takrolimuusia) sisältävät tipat ja voide	(4)
Sisäinen lääkitys	Retinoidit	Asitretriini	25 → 35 mg/vrk, yhdistettynä prednisoloniin (1 mg/kg/vrk)	Saatavana	(5)
	Immuno-suppressiiviset lääkkeet	Mykofenolaatti	1 000 mg x 2/vrk ja hydroksiklorokiini 400 mg x 1 ja doksisykliini 20 mg x 2	Saatavana	(11)
		Rituksimabi	Ei mainittu	Saatavana	(4)
		Metotreksaatti	Subkutaanisesti 10–25 mg kerran viikossa yhdistettynä prednisoloniin (5–10 mg)	Saatavana	Kaksi kirjoittajien omaa potilasta

<sup>1</sup>Beetametasonia on saatavana iholle ja hiuspohjaan käytettävänä liuoksena.

kuulokoje sopii. Jos korvakäytävä on kuitenkin vaikeasti ahtautunut tai tulehtuu helposti korvakäytäväkojeen vuoksi (Köbnerin ilmiö), voi luujohtokuulokoje olla sopivampi (8).

## Punajäkälän ennuste

Ihon punajäkälä rauhoittuu yleensä itsekseen muutamien vuosien kuluttua, mutta limakalvoalueiden punajäkälä on yleensä krooninen sairaus ja vaatii pitkäaikaista hoitoa. Jos korvakäytävien ja tärykalvon epiteeli tuhoutuu ja korvautuu arpikudoksella, sammuu punajäkälän aktiivisuus tämän myötä (6).

Toisin kuin esimerkiksi eroosiiviseen suun punajäkälään, korvakäytävien punajäkälään ei ole yhdistetty lisääntynyttä levyepiteelisyövän riskiä. Korvakäytävän punajäkälän liitännäissairauksista ei ole tutkimuksia. Koska punajäkälään liittyy muiden autoimmunisairauksien

suurentunut riski, huolellinen anamneesi ja ainakin kilpirauhasen toiminnan selvittäminen laboratoriotutkimuksilla lienee perusteltua (1).

## Lopuksi

Korvakäytävien punajäkälää tulisi epäillä, kun potilaalla on pitkäaikaista erityistä korvakäytävistä, korvakäytävien tulehdusta ja kuulon heikkenemistä, varsinkin jos oireet eivät rauhoitu tavanomaisilla hoidoilla ja jos potilaalla on todettu punajäkälää muualla iholla tai limakalvoilla. Varhaisella diagnoosilla ja hoidolla on mahdollista estää pysyvä kuulon heikkeneminen. Muita erikoisaloja kannattaa konsultoida herkästi, jos herää epäily korvaoireisen potilaan punajäkälästä muilla anatomisilla alueilla. Laaja-alaisen punajäkälän hoito vaatii monien klinisten alojen yhteistyötä. ■

## KIRJALLISUUTTA

1. Ioannides D, Vakirlis E, Kemeny L, ym. European S1 guidelines on the management of lichen planus: a cooperation of the European Dermatology Forum with the European Academy of Dermatology and Venereology. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020;34:1403–14.
2. Giuliani M, Troiano G, Cordaro M, ym. Rate of malignant transformation of oral lichen planus: a systematic review. *Oral Dis* 2019;25:693–709.
3. Warin RP, Hall-Smith P, Daunt FO. Lichen planus of alimentary canal and tympanic membranes. *Br J Dermatol Syph* 1948;60:249–5.
4. Sartori-Valinotti JC, Bruce AJ, Krotova Khan Y, ym. A 10-year review of otic lichen planus: the Mayo Clinic experience. *JAMA Dermatol* 2013;149:1082–6.
5. Martin L, Moriniere S, Machet MC, ym. Bilateral conductive deafness related to erosive lichen planus. *J Laryngol Otol* 1998;112:365–6.
6. Hopsu E, Pitkäranta A. Idiopathic, inflammatory, medial meatal, fibrotising otitis presenting with lichen planus. *J Laryngol Otol* 2007;121:796–9.
7. Košec A, Kostić M, Ajduk J, ym. Hypertrophic recurring lichen planus of the external auditory canal. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2019;136:123–6.
8. Lazzarini F, Bruschini L, Berrettini S, ym. Lichen planus of the external auditory canal: treatment options and review of literature. *Clin Case Rep* 2020;8:2017–20.
9. Tran B, Guffey D, Noland M. Image gallery: otic lichen planus complicated by tympanic membrane rupture successfully treated with topical 1% tacrolimus. *Br J Dermatol* 2020;182:e116. DOI: 10.1111/bjd.18687.
10. Altunisik N, Koc A, Toplu Y, ym. Evaluation of hearing function in patients with lichen planus. *Med Hypotheses* 2020;143:109867. DOI: 10.1016/j.mehy.2020.109867.
11. Guo LN, Shin JJ, Schulte S, ym. Severe recalcitrant otic lichen planus treated with mycophenolate mofetil. *JAAD Case Rep* 2020;8:1–3.
12. Young O, Murphy M, Fitzgibbon J, ym. Koebner phenomenon of the ear canal skin. *Auris Nasus Larynx* 2009;36:82–4.
13. Salava A, Kluger N, Remitz A. Ekseemat yleislääkärin vastaanotolla. *Duodecim* 2020;136:1565–75.
14. Psoriaasi ja nivelpsoriaasi. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2020 [viitattu 31.8.2021]. [www.kaypa-hoito.fi](http://www.kaypa-hoito.fi).
15. Starck M. Korvakäytävätulehdus. Lääkärin käsikirja [viitattu 31.8.2021]. [www.terveysportti.fi/](http://www.terveysportti.fi/).

## NIINA HIETA, LT, ihotautien ja allergologian erikoislääkäri, kliininen opettaja

Tyks, ihoklinikka

Turun yliopisto, iho ja sukupuolitautioppi

## SAMI VENTELÄ, LT, korva- nenä- ja kurkkutautien erikoislääkäri

Tyks, korva-, nenä- ja kurkkutaudit

Turun yliopisto, korva-, nenä- ja kurkkutautioppi

## HARRY KUJARI, LL, patologian erikoislääkäri

Tyks, patologia

Turun yliopisto, patologian oppiaine

## VASTUUTOIMITTAJAT

Hanna Savolainen-Peltonen ja Merja Laine

## SIDONNAISUUDET

**Niina Hieta:** Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Novartis, MSD), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (UCB, Janssen, Pfizer)

**Sami Ventelä:** Luentopalkkio (ALK-Abelló Nordic A/S)

**Harry Kujari:** Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Synlab Oy, Potilasvakuutuskeskus, FINAS), luottamustoimet (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, JUKO:n varaluottamusmiehes)