

NIINA HIETA

LT, ihotautien ja allergologian erikoislääkäri
Tyks, ihoklinikka sekä Turun yliopisto, iho- ja sukupuolitautioppi

HARRY KUJARI

LL, patologian erikoislääkäri
Tyks, patologia ja Turun yliopisto, patologian oppiaine

MARKKU VOUTILAINEN

LKT, sisätautien ja gastroenterologian erikoislääkäri, professori emeritus
Turun yliopisto

KIRJALLISUUTTA

- 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 EADV* 2020;34:1403–14.
- Gorouhi F, Davari P, Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. *ScientificWorldJournal* 2014;742826. doi: 10.1155/2014/742826.
- Halonen P, Jakobsson M, Heikinheimo O ym. Incidence of lichen planus and subsequent mortality in Finnish women. *Acta Derm Venereol* 2020;100:adv00303.

Ruokatorven punajäkälä on harvinainen mutta alidiagnosoitu

- Ruokatorven punajäkälää todetaan eniten postmenopaussi-ikäisillä naisilla, joilla on muiden alueiden, etenkin suun punajäkälää.
- Diagnoosi perustuu tyypillisiin oireisiin sekä tähytys- ja histologisiin löydöksiin.
- Tautiin liittyy ruokatorven ahtautumisen ja ainakin naisilla levyepiteelisyövän riski.
- Jos punajäkälää on usealla anatomisella alueella, valitaan lääkitys, joka tehoaa mahdollisimman hyvin kaikilla vaurioituneilla alueilla.

Punajäkälä on iholla, kynsissä ja limakalvoilla ilmenevä immuunivälitteinen, pitkäaikainen, tulehdussellinen sairaus (1). Sen eri muotojen yhteenlaskettu esiintyvyys väestössä vaihtelee suuresti eri tutkimuksissa (0,2–5 %) (2). Suomalaisessa tutkimuksessa punajäkälän ilmaantuvuus naisilla oli 26–31 / 100 000 henkilövuotta. Ilmaantuvuus oli suurin 65–69-vuotiailla (64 / 100 000 henkilövuotta) (3).

Ruokatorven punajäkälälle ei ole vielä muotoutunut selviä diagnostisia kriteerejä eikä yhteisiä hoitosuosituksia (4). Diagnoosia ei yleensä voi tehdä pelkän histologian perusteella, vaan se tehdään kliinisten, endoskooppisten, histologisten ja radiologisten löydösten perusteella (4,5,6).

kalvoilla ovat usein kivuliaita ja lisäävät suun levyepiteelisyövän riskiä (kuva 1B, kuva 1C).

Silmien punajäkälä voi ilmetä arpeuttavana sidekalvontulehduksena tai kyynelkanavien ahtautumisena, joka ilmenee silmien vetistykseenä (8). Korvien punajäkälä voi oireilla epäspesifisesti korvakäytävien ja tärykalvon alueella. Märkänen vuoto korvakäytävästä, kutina, tinnitus, korvakäytävien ahtautuminen ja kuulon heikentyminen voivat olla oireita (9).

Yleisyys

Kliinisiä oireita aiheuttava ruokatorven punajäkälä on harvinainen sairaus. Se on todennäköisesti kuitenkin alidiagnosoitu, koska sitä ei harvinaisuutensa vuoksi osata epäillä. Ruokatorven punajäkälän esiintyvyydestä ei ole voitu esittää tarkkoja arvioita.

Tuoreessa katsauksessa sitä on kuitenkin arvioitu olevan yhdellä kymmenestä punajäkäläpotilaasta, jolloin sen esiintyvyys olisi 0,1 % (6). Eräässä tutkimuksessa löydettiin tähytyksessä ruokatorven punajäkälä puolelta (12/24) erikoissairaanhoidon lähetetyistä potilaista, joilla oli suun punajäkälä (10). Dickensin ym. tutkimuksessa (11) löydettiin ruokatorven punajäkälä 26 %:lta (5/19) punajäkäläpotilaista, joilla oli oireita suussa (10 potilasta), iholla (15 potilasta) tai molemmilla alueilla.

Jälkimmäistä tutkimusta on kritisoitu siitä, ettei tähytymillä tuohon aikaan voitu kuvantaa yhtä tarkkaan kuin nykyään. Lisäksi koepalat oli otettu nykytiedon mukaan punajäkälälle epätyypillisestä kohdasta ruokatorvea. Tuoreessa tutkimuksessa ruokatorven punajäkälää löydettiin yli puolelta erikoissairaanhoidon lähetetyistä potilaista, joilla oli ihon ja/tai limakalvojen

Hoidossa tarvitaan yleensä usean erikoisalan yhteistyötä.

Iholla punajäkälä yleensä ilmenee toisiinsa yhtyvinä sinipunervina papuloina, joiden pinnalla voi olla valkoisia juosteita (Wickhamin strioja) ja hentoa karstaa (kuva 1A). Tavallimmat esiintymispaikat ovat ranteet, nilkat ja ristiselkä. Sukuelinten alueella se voi esiintyä samanlaisina papuloina tai muodostaa vaaleaa verkkokuvioitusta tai punoittavia eroosioita (7). Emättimessä se saattaa hankalimmillaan aiheuttaa ahtautumista.

Punajäkälä voi aiheuttaa arpeuttavaa hiustenlähtöä hiuspohjassa, ja suussa se voi esiintyä lievässä muodossa poskien limakalvojen vaaleina juosteina. Erodoituvat muutokset suun lima-

- Kern JS, Technau-Hafsi K, Schwacha H ym. Esophageal involvement is frequent in lichen planus: study in 32 patients with suggestion of clinicopathologic diagnostic criteria and therapeutic implications. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2016;28:1374–82.
- Katzka DA, Smyrk TC, Bruce AJ, Romero Y, Alexander JA, Murray JA. Variations in presentations of esophageal involvement in lichen planus. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010;8:777–82.



- 6 Schauer F, Monasterio C, Technau-Hafsi K ym. Esophageal lichen planus: towards diagnosis of an underdiagnosed disease. *Scand J Gastroenterol* 2019;54:1189–98.
- 7 Hieta N, Kero K. Sukupuolielinten ihottumat. *Suom Lääkäril* 2016;71:131–7.
- 8 Mohebbi M, Mirghorbani M, Banafshe Afshan A, Towfighi M. Lichen planus in ocular surface: major presentations and treatments. *Ocul Immunol Inflamm* 2019;27:987–94.
- 9 Sartori-Valinotti JC, Bruce AJ, Krotova Khan Y, Beatty CW. A 10-year review of otic lichen planus: the Mayo Clinic experience. *Jama Dermatol* 2013;149:1082–6.
- 10 Quispel R, van Boxel OS, Schipper ME ym. High prevalence of esophageal involvement in lichen planus: a study using magnification chromoendoscopy. *Endoscopy* 2009;41:187–93.
- 11 Dickens CM, Heseltine D, Walton S, Bennett JR. The oesophagus in lichen planus: an endoscopic study. *BMJ* 1990;300:84.
- 12 Fox LP, Lightdale CJ, Grossman ME. Lichen planus of the esophagus: what dermatologists need to know. *J Am Acad Dermatol* 2011;65:175–83.
- 13 Salaria SN, Abu Alfa AK, Cruise MW, Wood LD, Montgomery EA. Lichenoid esophagitis: clinicopathologic overlap with established esophageal lichen planus. *Am J Surg Pathol* 2013;37:1889–94.
- 14 Ylävatsavaivaisen potilaan tutkiminen ja hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Gastroenterologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019 (viitattu 15.12.2020). www.kaypahoito.fi
- 15 Behrens A. Endoscopic imaging of esophageal lichen planus. *Video Journal and Encyclopedia of GI Endoscopy* 2013;1:31–32.
- 16 Lee MH, Lubner MG, Peebles JK ym. Clinical, imaging, and pathologic features of conditions with combined esophageal and cutaneous manifestations. *Radiographics* 2019;39:1411–34.
- 17 Chandan VS, Murray JA, Abraham SC. Esophageal lichen planus. *Arch Pathol Lab Med* 2008;132:1026–9.
- 18 van der Meij EH, Schepman KP, Plonait DR, Axéll T, van der Waal I. Interobserver and intraobserver variability in the clinical assessment of oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 2002;31:95–8.
- 19 Franco DL, Islam SR, Lam-Himlin DM, Fleischer DE, Pashab SF. Presentation, diagnosis, and management of esophageal lichen planus: a series of six cases. *Case Rep Gastroenterol* 2015;9:253–60.

punajäkälää (4). Tässä tutkimuksessa ruokatorven punajäkälää sairastavista potilaista 90 %:lla oli myös suun punajäkälä. Osalla ruokatorven punajäkälä oli lievä eikä edellyttänyt hoitoa.

Suurin osa potilaista on keski-ikäisiä tai sitä vanhempia naisia (6,12). Useimmilla (85–90 %) on myös suun punajäkälä ja melkein puolella anogenitaalialueen tai ihon punajäkälä (6,12). Noin viidesosalla ruokatorvi on kuitenkin ensimmäinen tai ainoa alue, jossa on punajäkälää (12). Ruokatorven punajäkälää sairastavista potilaista 11 %:lla on todettu jokin kilpirauhassairaus (12) ja neljäsosalla jokin sidekudossairaus (13).

Oireet

Ruokatorven punajäkälän oireena voi olla nielemisvaikeus tai -kipu, ruoan takertuminen ruokatorveen tai rintalastan takainen kipu (12). Oireet saattavat muistuttaa refluksitautia, mutta happosalpaaläläkityksestä ei ole selvää hyötyä (14). Muita kuvattuja oireita ovat laihtuminen, närästysoireet, äänen käheys, tukehtumisen tai hengästymisen tunne ja ylävatsakipu (12).

Endoskooppiset ja radiologiset löydökset

Punajäkäläleesiot sijaitsevat yleensä (89 %) ruokatorven yläosissa (15). Spesifinen endoskopia-löydös on limakalvon denudaatio eli erodoituminen tai epiteelin irtoaminen. Se jaetaan neljään vaikeusasteeseen: D0 = ei denudaatiota, D1 = iatrogeninen denudaatio (limakalvon irtoaminen ja repeäminen biopsian ottamisen jälkeen), D2 = spontaani paikallinen limakalvon

KUVA 1A.

Vartalon ihon punajäkälä



Sinipunerva väri ja valkoiset juosteet (Wickhamin striat) ovat punajäkäläplakkien tyypillisiä löydöksiä.

irtoaminen (< 1 cm²) ja D3 = spontaani laaja-alainen limakalvon irtoaminen (> 1 cm²) (kuva 2). Limakalvon denudaatio todetaan vain noin puolella ruokatorven punajäkäläpotilaista (5).

Epäspesifejä löydöksiä ovat striktuurat (S1 = endoskoopilla ohitettavissa oleva striktuura, S2 < 1 cm:n striktuura), valkoinen karkeapintainen limakalvo (hyperkeratoosi) ja trakealisaatio. Striktuurat liittyvät vaikeaan punajäkälään. Muita mahdollisia muutoksia ovat valkoiset papulat, limakalvonalaiset plakit, verkkäät leesiot, eroosiot ja haavaumat sekä verkkomainen kuviointi (15).

Tunnusomainen radiologinen löydös on ruokatorven kaventuma. Yleensä ahtautuu ruoka-

KUVA 1B JA 1C.

Suun punajäkälä potilaalla, jolla on myös ruokatorven punajäkälä



Valkoisia juosteita ja punoittavia alueita posken limakalvolla.



Kielen sivun punajäkälän erosoituvia alueita.

- 20 Keate RF, Williams JW, Connolly SM. Lichen planus esophagitis: report of three patients treated with oral tacrolimus or intraesophageal corticosteroid injections or both. *Dis Esophagus* 2003;16:47–53.
- 21 Ynson ML, Forouhar F, Vaziri H. Case report and review of esophageal lichen planus treated with fluticasone. *World J Gastroenterol* 2013;19:1652–6.
- 22 Podboy A, Sunjaya D, Smyrk TC ym. Oesophageal lichen planus: the efficacy of topical steroid-based therapies. *Aliment Pharmacol Ther* 2017;45:310–8.
- 23 Mohamed AA, Lu XL, Mounmin FA. Diagnosis and treatment of esophageal candidiasis: current updates. *Can J Gastroenterol Hepatol* 2019;2019:3585136.
- 24 Sato Y, Takenaka R, Matsumi A ym. A Japanese case of esophageal lichen planus that was successfully treated with systemic corticosteroids. *Intern Med* 2018;57:25–9.
- 25 Chaklader M, Morris-Larkin C, Gulliver W, McGrath J. Cyclosporine in the management of esophageal lichen planus. *Can J Gastroenterol* 2009;23:686–8.
- 26 Halonen P, Jakobsson M, Heikinheimo O, Riska A, Gissler M, Pukkala E. Cancer risk of lichen planus: a cohort study of 13,100 women in Finland. *Int J Cancer* 2018;142:18–2.
- 27 Ravi K, Codipilly DC, Sunjaya D, Fang H, Arora AS, Katzka DA. Esophageal lichen planus is associated with a significant increase in risk of squamous cell carcinoma. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2019;17:1902–3.



torven yläosa. Ruokatorvistriktuurat ovat harvinaisia, ja nekin sijaitsevat tyypillisesti proksimaalisessa ruokatorvessa.

Ruokatorvi voi olla kaventunut myös eosinofiilissä esofagitiissa. Siinä tyypillinen potilas on kuitenkin nuori mies, jolla on nielemishäiriö. Punajäkäläpotilaat sen sijaan ovat yleensä postmenopaussi-ikäisiä naisia. Eosinofiilisen esofagiitin tyypillisiä löydöksiä ovat ruokatorven rengasmaiset kaventumat eli trakealisaatio (16), mutta trakealisaatiota todetaan myös kolmanneksella punajäkäläpotilaista (6).

Histologiset löydökset

Ruokatorven punajäkälän on yleisesti katsottu muistuttavan pikemminkin suun kuin ihon punajäkälää (12). Sen tyypillisille histopatologisille löydöksille ei ole omaa tarkkaa kriteeristöä. Tyypillisiä löydöksiä ovat tiheä nauhamainen lymfosyytti-infiltraatti lamina propriassa, tyvisolukerroksen degeneraatio ja Civatten kappaleet eli apoptoottiset keratinosyytit epiteelissä tai sen alla (kuva 3). Intraepitelialaista lymfosytoosia voi esiintyä.

Erotusdiagnostisesti on huomioitava, että ruokatorveen takertunut lääketabletti, ruokatorven infektio ja refluksi voivat aiheuttaa epäspesifejä lymfosyytti-infiltraatteja (17). Epiteeli saattaa olla ohentunut. Koska ruokatorven epi-

teelistä puuttuu jyväs- ja sarveiskerros, hypergranuloosi yleensä puuttuu. Mahdollinen hyperkeratoosi on parakeratoottinen, ei ortokeratoottinen. Akantoosia tai atrofiaa voi ilmetä (18).

Pelkän koepalan perusteella punajäkälädiagnoosin voi tehdä kuitenkin vain 71 %:ssa tapauksista (12). Ruokatorven punajäkälän histologiset löydökset ovat vaihtelevia eivätkä yleensä täytä kaikkia punajäkälän kriteerejä (12). Koepalan perusteella jäätäisiin usein esofagiitin tai kroonisen tulehduksen epäspesifiseen histopatologiseen diagnoosiin (12). T-lymfosyyttinen, likenoidi tai interfaasi-inflammaatio ovat myös mahdollisia yleisluonnehdintoja. Jotkin lääkkeet, kuten kulta, tiatsididiureetit ja malarialääkkeet voivat aiheuttaa histologisesti punajäkälän tyyppisiä leesioita (17). Suurin osa ruokatorven punajäkälää koskevasta histopatologisesta tiedosta perustuu tapauselostuksiin.

Immunofluoresenssitutkimuksessa todettavat tyvikalvoon liittyvät fibrinogeenisaostumat ovat tunnusomaisia vaikealle ruokatorven punajäkälälle, mutta niitä tavataan vain alle puolella kaikista potilaista (6). Myös globulaarisia IgM-saostumia strooman ja epiteelin välisessä junktiossa ja positiivinen komplementtivarjitys apoptoottisissa levyepiteelisoluissa saattaa esiintyä (14).

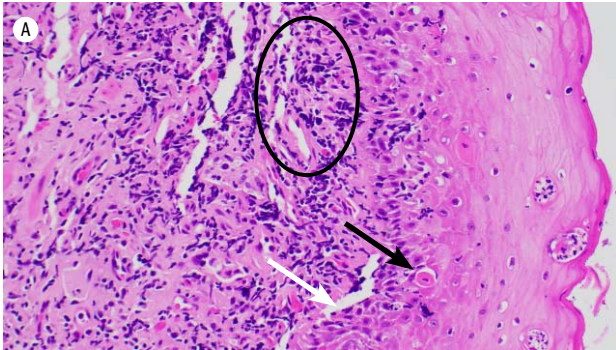
Diagnosointi

Ruokatorven punajäkälälle ei ole vahvistettuja kriteerejä. Tyypillinen potilas on yli 50-vuotias nainen, joka hakeutuu tutkimuksiin useimmiten nielemisvaikeuden tai -kivun, ruokapalan kiinni juuttumisen tai refluksitaudin oireiden vuoksi.

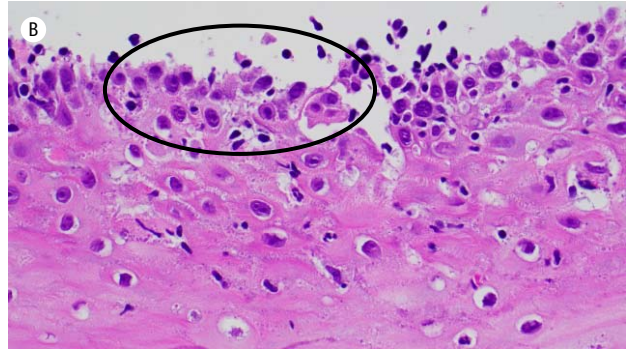
Etiologialtaan epäselvän ruokatorvitulehduksen yhteydessä kannattaa tiedustella potilaalta mahdollisia ihon ja limakalvon oireita tai tietoa aiemmasta punajäkälädiagnoosista muilla ihoalueilla (15). Jos refluksitaudin vuoksi hoidetun potilaan oireilu jatkuu eikä annoksen suurentaminen tai protonipumpun estäjä -valmisteen vaihto helpota refluksioireita, on tehtävä tähytys (ellei sitä ole tehty aiemmin) ja harkittava erotusdiagnostisia vaihtoehtoja, kuten punajäkälää (14).

Ruokatorvesta tulee tähytyksen yhteydessä ottaa koepalat endoskopiassa näkyvistä muutoksista ja normaalilta limakalvolta sekä tavalliseen histologiseen tutkimukseen että immunofluo-

Ruokatorven punajäkälän histologiset löydökset



Epiteeli (valkea nuoli) irtoaa alla olevasta sidekudoksesta basaalisien epiteelikerroksen tuhouduttua, apoptoottinen keratinosyytti epiteelin sisällä (musta nuoli), epiteelin alakerrosta degeneroiva lymfosititti-infiltraatti (ellipsi).



Degeneroituvia keratinosyyttejä (ellipsi). Vaalea alue osoittaa epiteelin irronneen alustan sidekudoksesta.

resenssitutkimusta varten. Koepalat otetaan erityisesti ylä- ja keskikolmanneksen alueelta. Koepalapyynnössä kannattaa erikseen tiedustella punajäkälän mahdollisuutta. Ruokatorven punajäkälä voidaan histologisesti todeta oireisen potilaan endoskooppisesti normaalin näköisessä ruokatorvessa (19).

Ruokatorven epiteelistä tai sen alta löytyvät Civattin kappaleet ovat punajäkälälle diagnostinen histologinen löydös, jolla punajäkälä voidaan erottaa lymfositittiesofagiitista. Likenoidista esofagiitista puhutaan, jos histopatologinen löydös viittaa punajäkälään, mutta immunohistokemiallisten tutkimusten tulokset ovat negatiiviset (13). Likenoidi esofagiitti voi liittyä esimerkiksi kroonisiin virusinfektioihin (hiv, B- ja C-hepatiitti) tai joihinkin lääkehoitoihin (yli 3 samanaikaista lääkettä), eli verenpainelääkkeisiin (ACE:n estäjä, beetasalpaaja, kalsiuminestäjä, tiatsididiureetti), protonipumpun estäjiin, levotyrokisiin ja NSAID-lääkkeisiin.

Muita erotusdiagnostiikassa huomioon otettavia sairauksia ovat refluksiesofagiitti, eosinofiilinen esofagiitti ja kandidaesofagiitti (18). Myös käänneishyljintäreaktio, tavallinen pemfigus ja limakalvojen pemfigoidi (MMP) voivat aiheuttaa erotusdiagnostisia ongelmia (3).

Hoito

Ruokatorven punajäkälän hoidosta ei ole satunnaistettuja tutkimuksia, vaan hoito perustuu yksittäisistä potilaista ja potilassarjoista saatuun

tietoon (12). Hoidossa tarvitaan yleensä usean erikoisalan yhteistyötä.

Paikallishoito

Ruokatorven alueelle on vaikea toteuttaa paikallishoitoa toisin kuin ihon ja suun punajäkälässä. Tähytyksen yhteydessä on myös mahdollista ruiskuttaa triamsinoloniasetaattia ruokatorven punajäkäläalueille (20). Inhaloitavaa flutikasonipropionaattivalmistetta voidaan käyttää nieltynä (21,22).

Suomessa on eosinofiilisen esofagiitin indikaatiolla saatavana budesonidivalmiste (Jorveza), jonka annetaan liueta suussa. Se on peruskorvattava eosinofiilisen ruokatorvitulehduksen hoidossa aikuisilla. Korvausoikeus edellyttää B-lausuntoa gastroenterologisia sairauksia hoitavasta erikoissairaanhoidon yksiköstä tai alan erikoislääkäriltä. Budesonidi olisi kuitenkin suositeltavin paikallishoitovalmiste pitkäaikashoidossa, koska sillä on tehokas alkureitin aineenvaihdunta (4).

Paikallishoito voi riittää teholtaan varsinkin lievässä ruokatorven punajäkälässä. Paikallisen kortikosteroidin käyttö voi altistaa ruokatorven hiivatulehdukselle (Candida), joka diagnosoidaan ruokatorven biopsioista tai harjairtosolunäytteistä histologisesti. Sen ensisijainen hoito on systeeminen flukonatsoli 200–400 mg vuorokaudessa 2–3 viikon ajan. Flukonatsoli voidaan tarvittaessa antaa suonensisäisenä hoitona 400 mg / vrk. Vaihtoehtoisia lääkkeitä ovat itra-

SIDONNAISUUDET

Niina Hietä: Luentopalkkiot (Suomen Kätilöliitto, Suomen Yleislääkärit ry, Suomen Hammaslääkärisseura Apollonia, Astellas Pharma), lisenssitulot ja tekijänpalkkiot (Kustannus Oy Duodecim), matka-, majoitus- tai kokouskulut (UCB, Sanofi Genzyme, Janssen-Cilag, MSD).
Harry Kujari: Auditoinnit (tekninen asiantuntija, Finas), asiantuntijalausekunnat (Potilasvakuutuskeskus).
Markku Voutilainen: Konsultointi (Takeda, Biocodex), lisenssitulot ja tekijänpalkkiot (Kustannus Oy Duodecim).

konatsoli 200 mg vuorokaudessa tai vorikonatsoli 200 mg x 2 / vrk 2–3 viikon ajan (23).

Systeeminen lääkitys

Systeemistä lääkitystä tarvitsevat oireiset potilaat, joilla on nielemisvaikeus. Tehokkaimmaksi hoidoksi on aiemmin todettu systeemiset kortikosteroidit, kuten predniso(lo)ni alkuanoksella 40–60 mg 4–6 viikon ajan (11). Sillä on saatu hoitovaste yleensä 1–2 viikossa. Myös pienempää predniso(lo)nin aloitusannosta 20–50 mg tai 0,3–0,5 mg/kg/vrk on käytetty (4,6,24). Ylläpitoannokseksi voi riittää 5 mg/vrk (24).

Osalla potilaista oireet palaavat, kun annosta pienennetään. Myös atsatiopriini, rituksimabi, siklosporiini, metotreksaatti, systeemiset retinoidit asitretiini ja alitretinoiini sekä aiemmin käytetty etretinaatti, systeeminen takrolimuusi, mykofenolaattimofetiili, interferoni- α -2b ja kehonulkoisen fotofereesi mainitaan annettuna hoitoina (6,12,20,25). Asitretiinin teho ei yleensä vaikuta riittävältä estämään ruokatorven punajäkälän kehittymistä eikä ruokatorven punajäkälän hoidossa (6).

Ahtauman dilataatiohoito

Ajoissa aloitettu hoito voi estää arpeuttavan ahtauman synnyn (4). Ahtauma on tarvittaessa hoidettava endoskooppisella laajennuksella (14,21). Joskus laajennuksia on toistettava. Punajäkälään liittyy Köbnerin ilmiö, eli tyypillisen muutoksen ilmaantuminen mekaanisen tai kemiallisen ärsytyksen kohtaan. Siksi laajennus itsessäänkin saattaa altistaa uudelle ahtaumalle.

Ruokatorven dilataatiossa on huomattava perforaatoriski, jos se tehdään kapeaan ruokatorveen (< 10 mm), jossa on akuutti, tuore punajäkäläinfektio. Paikallinen nieltävä kortikosteroidihoito on aiheellinen laajennuksen jatkohoitona (6). Jatkohoitona on käytetty myös intraliesionaalista kortikosteroidia tai takrolimuusia nieltynä (0,1 % Aquaphor-geelivoiteessa) (20). Potilaalta diagnosoitu refluksisairaus on punajäkälän rauhoittumisen takia tärkeää hoitaa, koska ruokatorven refluksitulehdus saattaa provosoida punajäkälää.

Tähystysseuranta

Kirjallisuudesta ei löydy suosituksia endoskopiakontrolleista ja biopsioista. Tähestystarve tulee ratkaista potilaskohtaisesti diagnosointivaiheen tähystyslöydöksen ja hoitovasteen perusteella. Jos todetaan dysplastinen muutos, on suositeltavaa ohjata potilas sellaiseen erikoissairaanhoidon yksikköön, jossa on valmius ruokatorven kromoendoskopiaan ja dysplasian endoskooppisiin hoitoihin.

Suurentunut levyepiteelisyövän riski

Ruokatorven punajäkälään liittyy suurentunut ruokatorven levyepiteelisyövän riski. Laajassa suomalaistutkimuksessa mitä tahansa punajäkälää sairastavilla naispotilailla (mukaan lukien pelkkä ihon punajäkälä) oli muuhun väestöön verrattuna 1,95-kertainen sairastumisriski (26).

Julkaistuja potilassarjoja yhteen koonneessa katsausartikkelissa ruokatorven karsinooma todettiin 5,6 %:lla ruokatorven punajäkälää sairastavista potilaista (12). Laajassa 132 potilaan aineistossa syöpäriskiksi todettiin 6,1 % (27). Potilaiden keski-ikä oli 68,9 vuotta. Diagnoosiin johtaneen tähystyksen aiheena oli nielemisvaikeuden paheneminen tai kontrollitähystys aiemman dysplastisen muutoksen vuoksi. Sekä ruokatorven punajäkälässä että likenoidissa esofagiitissa dysplasia- ja levyepiteelisyöpäriski liittyy ruokatorven diffuusiin vaurioon (14).

Lopuksi

Ruokatorven punajäkälän diagnoosiin ei yleensä päädytä sattumalta, vaan tautia on osattava epäillä ja hakea. Toisaalta jos punajäkälä ilmenee ensimmäiseksi ruokatorvessa, on syytä tutkia muut sille tyypilliset iho- ja limakalvoalueet. Varhainen diagnoosi vähentää ruokatorven ahtauman ja levyepiteelisyövän kehittymisen mahdollisuutta. Punajäkälän esiintyminen muilla anatomisilla alueilla vaikuttaa hoitoon. Mahdollinen sisäinen lääkitys kannattaa valita vaikeimmin oireilevia alueita painottaen mutta niin, että lääkitys tehoaa mahdollisimman hyvin kaikkialla. Paikallishoito on yleensä tarpeen sisäisen lääkityksen ohella. ●

ENGLISH SUMMARY | www.laakarilehti.fi/english

Oesophageal lichen planus – a rare but underdiagnosed disease

HIETA NIINA

M.D., Ph.D., Specialist in
Dermatology and Allergology
Turku University Hospital,
Department of Dermatology, and
University of Turku, Department of
Dermatology and Venereology

HARRY KUJARI

MARKKU VOUTILAINEN

Oesophageal lichen planus – a rare but underdiagnosed disease

Lichen planus is a disease affecting skin, nails and mucosal surfaces. Oesophageal lichen planus occurs most often in postmenopausal women who also have involvement of oral or other areas. Diagnosis is based on typical symptoms, endoscopic findings and histological features. Oesophageal lichen planus may be complicated by oesophageal stenosis and, at least in women, development of squamous cell carcinoma of the oesophagus. Medical treatment should be selected according to the severity of the disease in symptomatic areas.