

Lähtökohdat

Suun tutkimuksen yhteydessä hammaslääkäri voi vaivattomasti tarkastella myös potilaan kasvojen ja kaulan alueen ihoa. Hammaslääkärilehdessä on aiemmin esitelty tavallisimpia kasvojen alueella esiintyviä hyvän- ja pahanlaatuisia kasvaimia sekä kasvainmaisia muutoksia. Myös tulehduksellisten kasvojen alueen ihomuutosten tunnistaminen on hyödyllistä.

Menetelmät

Artikkelissa esitellään tulehduksellisia ihomuutoksia kirjallisuuskatsauksen ja kliinisten kuvien avulla.

Tulokset

Useimmilla potilailla on jossakin vaiheessa elämänsä kasvoissaan tulehduksellisia ihomuutoksia. Useimmat näistä muutoksista voidaan diagnosoida kliinisesti, ja diagnoosin varmistamiseksi tarvitaan vain harvoin koepalaa tai laboratoriokokeita. Vaikka tulehdukselliset ihomuutokset ovat usein harvinaisia, kasvoissa esiintyessään ne yleensä häiritsevät potilasta. Moneen tulehdukselliseen ihomuutokseen on olemassa helpokäyttöinen paikallishoito.

Johtopäätökset

Hammaslääkärin on hyvä tunnistaa tavallisimmat kasvojen alueen tulehdukselliset ihomuutokset, jotta hän voi tarvittaessa lähettää potilaan yleislääkärille tai ihotautilääkärille jatkotutkimuksia ja hoitoa varten.



Kasvojen tulehdukselliset ihomuutokset

Kirjoittajat: Kukkola J, Siiskonen H, Siponen M

Tulehduksellisia ihomuutoksia on olemassa laaja kirjo (ks. taulukko), ja niistä vain osa esiintyy tyypillisesti kasvojen iholla (1). Koska tulehdukselliset kasvojen ihomuutokset ovat väestössä yleisiä, niiden tunnistaminen on hyödyllistä myös hammaslääkärille. Tässä kirjoituksessa käsitellään yleisimpiä tulehduksellisia kasvojen ihomuutoksia. Kirjoitus on jatkoa Hammaslääkärilehden numerossa 9/2012 julkaistun katsauksen, jossa esiteltiin tavallisimpia kasvojen alueen ihon kasvaimia ja kasvainmaisia muutoksia (2).

Ekseemat

Ekseema on sekä epidermiksessä että dermiksessä esiintyvä ihon tulehdus, johon liittyy usein perinnöllinen taipumus. Ekseeman aiheuttaa joko sisäinen tai ulkoi-

nen tekijä. Taudin tyypillisiä oireita ovat kutina, punoitus, hilseily ja pienet vesinäpyt tai niistä tihkuneen kudosnesteiden aiheuttamat ruvet (3). Kasvojen alueella tavallisimpia ekseemoja ovat atooppinen ekseema, allerginen ekseema, tali-ihottuma ja ärsytysekseema (4).

Atooppinen ekseema

Atooppisen ekseeman (vauvaikäisillä ns. maitorupi) esiintyvyys on lapsilla 10–20 % ja aikuisilla 10 % (5). Noin puolella atooppista ekseemaa sairastavista tauti alkaa ensimmäisen elinvuoden aikana ja muillakin usein varhaislapsuudessa (3). Geneettisten tekijöiden vaikutus varhain alkavaan muotoon on noin 90 %. Patogeneesiin kuuluvat tyypillisesti ihon läpäisyesteen toimintahäiriö, immuunijärjestelmän säätelyhäiriö ja mikrobio-

min muuttuminen. *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) on kolonisoitunut ihoon yli 90 %:lla atooppista ekseemaa sairastavista, kun muussa väestössä osuus on noin 5 % (1). Joskus maitoruvien taustalla on ruoka-aineallergia (5).

Tautiin kuuluu kutiava krooninen tai toistuva ihotulehdus, jossa esiintyy punoitusta (5), lievää hilseilyä (1), tulehdusta sekä ihon paksuuntumista ja karheutumista eli jäkälöitymistä (kuvat 1a ja c). Myös raapimajäljet ja rikkoumat ovat tyypillisiä (5), ja raapiminen lisää jäkälöitymistä. Kutina on yleensä voimakkaampaa iltaisin ja pahenee esim. hikoilun seurauksena.

Lähes kaikilla alle 6 kuukauden ikäisillä, jotka sairastavat atooppista ekseemaa, on kasvoissaan näppyläistä ja rakkulaista ihottumaa (1). Leikki-ikäisillä ja sitä vanhemmilla lapsilla atooppisen ekseeman tyypillisimpiä esiintymispaikkoja ovat taiteet, kaula ja niska, mutta ekseemaa voi ilmetä myös korvantaustoissa, korvannipukoissa ja suun ympäristössä (kuva 1a). Aikuisiässä atooppista ekseemaa havaitaan pääasiassa kaulassa, kasvoissa ja ylävartalolla (3). Kasvoissa ilmenevää ekseemaa saatetaan luulla esimerkiksi tali-ihottumaksi tai kosketusallergiaksi (5).

Atooppisen ekseeman paikalliset muutokset ovat kasvoissa tavallisia. Alaluomessa on usein turvotusta ja luomen alla näkyy turvotuksen aiheuttama vaakasuora poimu (ns. Dennie-Morganin poimu) (1, 3) (kuva 1b). Osalla yli 12-vuotiaista atooppikoista esiintyy kasvoekseemaa, johon usein liittyy silmäluomiekseema. Aikuisella silmäluomiekseema voi joskus olla ainut merkki atooppisesta ihottumasta (1) (kuva 1b). Myös atooppinen suupielitulehdus on yleinen oire (3). Toisinaan huulenpunan alueella esiintyy tulehdusta (ns. cheilitis sicca), joka ilmenee kuivuutena, joskus myös kuoriutumisenä ja halkeiluna. Huulten nuoleminen voi aiheuttaa ekseemaa myös huulten ympäristöön. Murrosiän jälkeen joillekin tautia sairastavista kehittyä pään ja kaulan atooppinen ihottuma, jota ilmaantuu lähinnä kasvoihin, päänahkaan ja niskaan ja joka jatkuu useimmiten vielä aikuisiässä. *Malassezia*-hiivat voivat pahentaa pään ja kaulan ihottumaa (1).

Atooppisen ihon perushoitona on

Taulukko. Tulehduksellisia ihomuutoksia tautiryhmittäin.

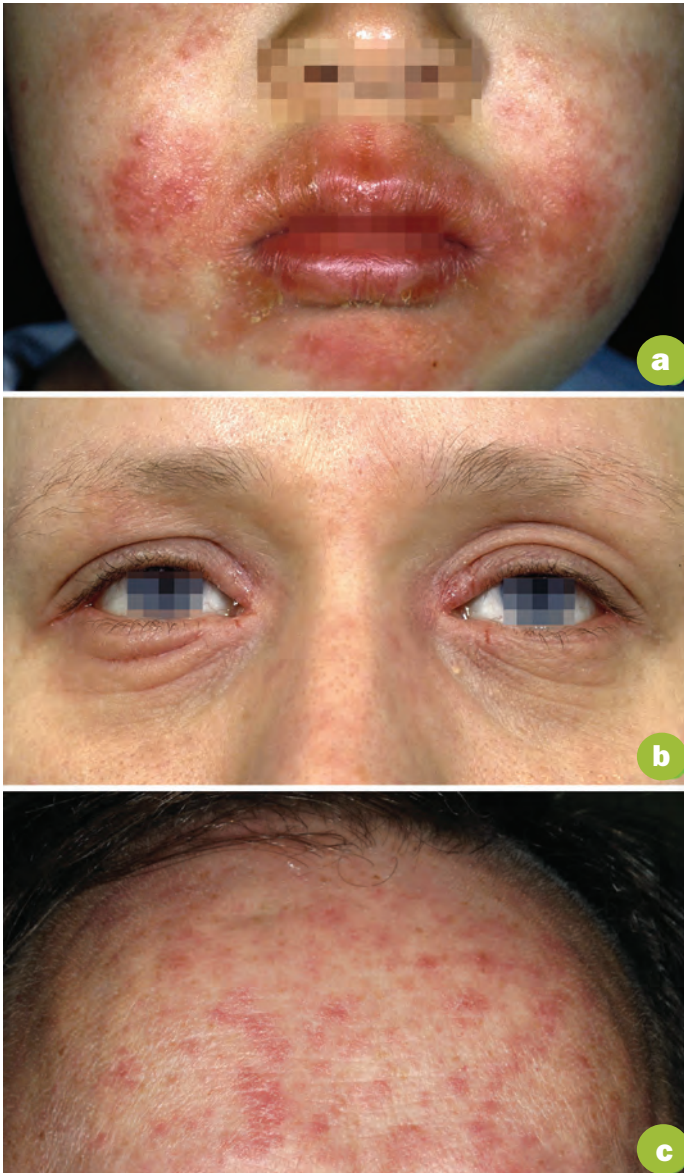
Papuloskvamootiset ja eksemaattiset ihotaudit	Pigmenttihäiriöt
Allerginen ekseema	Valkopälvä l. vitiligo
Atooppinen ekseema	Bakteeri-ihotaudit
Ihopsoriaasi	Erytrasma
Punajäkälä	Furunkuloosi
Punatäplähilseily	Märkäruupi
Tali-ihottuma	Nekrotisoiva faskiitti
Ärsytykseksseema	Ruusu
Autoimmuunirakkulataudit	Virusihotaudit
Ihokeliakia	Pikkurokko l. parvorokko
Pemfigoidi	Syyliä
Pemfigus	Tarttuva ontelosyyliä
Ihon apuelinten sairaudet	Vauvarokko
Akne	Vesirokko
Follikuliitti	Yskänrokko l. huuliherpes
Perioraalidermatiitti	Ihon sienitaudit
Ruusufinni	Ihokandidiaasi
Autoimmuunisidekudossairaudet	Savipuoli
Dermatomyosiitti	Vartalon silsa
Lupus erythematosus	Ihon loistaudit
Skleroderma	Iholeishmaniaasi
Nokkosihottumat ja eryteemat	Syyhy
Angioneuroottinen turvotus eli angioödeema	Täisyys
Erythema multiforme	
Lääkeihottumat	
Nokkosihottuma	

atooppisten alueiden päivittäinen rasvaus perusvoiteella sekä hellät ihonhoitotavat (5). Ekseeman pahentumisvaiheissa kasvoihin käytetään mietoja tai korkeintaan keskivahvaa paikallista kortikosteroidia. Kortikosteroidien haittana on infektiotalttiuden kasvu. Hydrokortisoni on mieto, kasvojen ohuelle iholle sopiva paikalliskortikosteroidi (3). Vahvat kortikosteroidit voivat aiheuttaa kasvoille myös ihoatrofiaa ja aknen kaltaisia muutoksia, joten vaihtoehtoisesti voidaan käyttää kalsineuriiniä estäjiä (1).

Allerginen ekseema eli kosketusallergia

Noin viidesosalla ihmisistä esiintyy kosketusallergiaa vähintään yhdelle allergeenille. Yleisimpiä kosketusallergiaa aiheuttavia aineita ovat nikkeli, tiomersaali ja hajusteseos (6). Kasvoissa kosketusallergiaa aiheuttavat lähinnä hajusteet, säilöntäaineet, hiustenhoitotuotteet ja henkilökohtaisen hygienian hoitoon käytettävien tuotteiden ainesosat (4, 7) (kuva 2a).

Allerginen ekseema voi levitä kasvoihin tai kaulaan myös käsien välityksellä



Kuva 1. Atooppinen ekseema

A. Maitorupi eli pienten lasten atooppinen ihottuma esiintyy usein poskissa. (Kuva: Raimo Suhonen).

B. Blefariitti eli luomitulehdus voi johtua paitsi atooppisesta ekseemasta, myös mm. seborrooisesta ekseemasta, ruusufulnista tai psoriaasista. Kuvassa myös atopiaalle tyypilliset Dennie-Morganin poimut alaluomien alla. (Kuva: Raimo Suhonen).

C. Punoittavaa, lievästi hilseilevää atooppista ekseemaa aikuisen otsan iholla.



Kuva 2. Ekseemoja

A. Kulmakarvojen kestävästi aiheuttama allerginen ekseema. (Kuva: Raimo Suhonen).

B. Ihon hilseily ja punoitus on tyypillistä tali-ihottumassa. Tässä voimakkaalle tali-ihottumalle altisti HIV-infektio. (Kuva: Carl M. Allen).

C. Seborrooinen ekseema voi muistuttaa atooppista ekseemaa.

tai ilmvälitteisesti (3). Allergeenin aiheuttama ekseema on syytä erottaa ärsytykseemasta, jonka voi synnyttää usein toistuva tai voimakas kemiallisen tai fyysikaalisen tekijän aiheuttama ärsytys (1). Ärsytykseemaa esiintyy tyypillisesti sormiväleissä (3), kun taas kasvoissa ärs-

ytykseema on selvästi harvinaisempi kuin allerginen ekseema (4).

Seborrooinen ekseema eli tali-ihottuma

Tali-ihottumassa ns. seborrooisilla eli paljon talirauhasia sisältävillä alueilla (mm.

hiuspohja, nenänpielet, korvien ja parran alue, kulmakaaret ja silmäripsien juuret) esiintyy rasvaiselta vaikuttavia ekseemaläiskä (kuvat 2b ja c). Tali-ihottuman syynä pidetään runsasta talineritystä, *Malassezia*-hiivan lisääntymistä ja ihon tulehdusta (3, 8). Hilseilyn ja kutinan li-

säksi seborrooiseen ekseemaan voi liittyä merkittävää punoitusta. Poskissa tali-ihottuma saattaa jäljitellä perhosen muotoa. Silmäripsien välissä voi esiintyä kellertävää hilsettä, joka saattaa aiheuttaa silmäluomitulehduksen (8).

Seborrooista ekseemaa ilmenee 3–5 %:lla väestöstä (3), ja sen esiintyvyys on suurimmillaan alle 3 kuukauden iässä, murrosiässä sekä 40–60-vuotiaana (8). Tali-ihottuma on yleisempää miehillä kuin naisilla (8). Se alkaa usein murrosiän alussa nenänpielten punoituksena, kutinana ja lievänä hilseilynä. Monilla keski-ikäisillä esiintyy samanaikaisesti ruusufinniä ja tali-ihottumaa (3).

Tali-ihottuman hoidolla pyritään oireiden, lähinnä kutinan, lievittämiseen. Yleisin hoitomuoto on paikallinen antifungaalinen ja anti-inflammatorinen lääkitys (8).

Muut ei-tarttuvat tulehdukselliset ihotaudit

Nokkosihottuma eli urtikaria

Nokkosihottumalla tarkoitetaan verisuonista kudoksiin tihkuneen veriplasman aiheuttamaa, ohimenevää turvotusta iholla tai limakalvoilla (1). Nokkosihottuman aiheuttaa histamiinin ja muiden välittäjäaineiden vapautuminen ihon syöttösoluista (9). Urtikarian elinikäinen esiintyvyys on 15–25 % (3). Nokkosihottumat voidaan jakaa keston perusteella akuutteihin, enintään 6 viikkoa kestäviin sekä kroonisiin eli yli 6 viikkoa kestäviin.

Akuutti nokkosihottuma diagnosoidaan yleensä kliinisesti. Urtikaria voi olla spontaania, jolloin yksittäistä aiheuttajaa ei ole tai sitä ei tunnisteta, tai indusoituvaa, jolloin aiheuttaja on tiedossa. Indusoituvia tautimuotoja ovat esimerkiksi kosketus- tai kylmänokkosihottuma. (9.) Lääkkeiden aiheuttama urtikaria on kohtalaisen harvinaista. Akuutin urtikarian tärkeimpiä aiheuttajia ovat virus- ja bakteeri-infektiot sekä lapsilla ruokayliherkkyys (3), joskin puolet akuuteista nokkosihottumista on idiopaattisia (1). Äkillinen nokkosihottuma voi pahentua hengenvaaralliseksi anafylaksiaksi. Anafylaksian yleisimpiä aiheuttajia ovat lääkeaineet, ruoat ja hyönteisten pistot. Krooninen poskion-

telotulehdus tai hammastulehdus saattaa ylläpitää kroonista nokkosihottumaa (3).

Nokkosihottuman tyypillisiä piirteitä ovat kutisevat ja punoittavan turvotuksen reunustamat paukammat (kuva 3) ja/tai angioödeema eli paikallinen turvotus (9). Paukammat ilmestyvät tavallisesti muutamassa minuutissa (3) ja kestävät yleensä 0,5–24 tuntia (9). Myös turvotus kehittyy minuuteissa, yleensä enintään tunnin kuluessa (3), ja se voi kestää jopa 72 tuntia (9).

Nokkosihottuman hoitokeinoja ovat sitä aiheuttavien tekijöiden välttäminen, toleranssin kehittäminen ja syöttösolujen välittäjäaineisiin vaikuttavien lääkeaineiden käyttö (9). Tavalliseen nokkosihottumaan tehoaa antihistamiini (3). Vaikean kroonisen spontaanin urtikarian hoidossa käytetään tarvittaessa biologista lääkettä (9).

Akne

Akne on ihon krooninen tulehdussairaus (10). Se on yleisintä nuorilla. Aknen syntyy vaikuttavat mm. talirauhastiehyiden lisääntynyt bakteerikasvusto ja tukkeutu-



Kuva 3. Krooninen spontaani urtikaria on aikuisten yleisin nokkosihottuma, ja sille ei yleensä löydy yksittäistä aiheuttajaa. (Kuva: Raimo Suhonen).

minen sekä tähän liittyvät tulehdusreaktio ja talivuodon lisääntyminen. Aknen diagnoosi tehdään oireiden perusteella. Taudille on tyypillistä märkärakkuloiden, näppylöiden sekä avoimien ja sulkeutuneiden komedojen eli musta- ja valkopäiden esiintyminen. Aknea esiintyy yleisimmin kasvoissa, rintakehässä ja selässä (3).

Noin kymmenesosalle nuorista kehittyy vaikea akne. Jos potilaalla on kyhmyinen tai arpeuttava akne, on suositeltavaa ohjata hänet ihotautilääkärille (3). Aknen hoidossa käytetään paikallisia ja systeemisiä lääkkeitä, kuten bentsoyyliperoksidia, paikallisia retinoideja, antibiootteja ja atselaiinihappoa. Vaikean aknen hoitoon tarvitaan usein isotretinoiinia (10).

Ruusufinni eli rosacea

Ruusufinni käsittää useita erilaisia kliinisiä löydöksiä, joista tärkeimpiä ovat kasvojen punoitus, tulehdukselliset näppylät ja märkärakkulat (1). Rosacean syy on tuntematon ja diagnoosi useimmiten kliininen. Ruusufinniä esiintyy pääasiassa kasvojen kuperilla ihoalueilla. Sen neljä

tavallisinta alatyyppejä ovat erytematoteleangiektattinen (ns. couperosa), papulopustulaarinen (kuva 4a), rinofyya (kuva 4b) ja silmärosacea. Alatyypit esiintyvät tavallisesti yhtä aikaa. Rinofyymassa ilmenee voimakasta talirauhasten liikak kasvua.

Glukokortikoidivoiteen käytön lisäksi ruusufinniä voivat pahentaa mm. aurionvalo, emotionaaliset tekijät, alkoholi sekä tuulinen, kuuma tai kylmä sää. Ruusufinni yleistyy 30–50 ikävuodesta alkaen (3). Ruusufinniä voidaan torjua välttämällä tekijöitä, jotka pahentavat oireita. Muut hoitovaihtoehdot riippuvat ruusufinnin alatyypistä, ja niihin voivat sisältyä mm. paikallishoitotuotteet (esim. brimonidinigeeli ja metronidatsolia tai ivermektiiniä sisältävä emulsiovoide), isotretinoiini, antibiootit sekä hiussuonten laserkäsitely (11).

Perioraalidermatiitti

Perioraalidermatiitissa puhkeaa punoittavia pieniä näppylöitä ja märkärakkuloita pääasiassa suun ympärille – kuitenkin niin, että huulten ympärille jää yleensä kapea alue tervettä ihoa (12) (kuva 5). Myös nasolabiaali- ja labiomentalipomujen seutu, silmän ulkonurkka ja alaluomen seutu ovat perioraalidermatiitin tavallisia esiintymispaikkoja. Ihottumaan voi liittyä kutinaa, kirvelyä ja polttelua. Tyypillisesti perioraalidermatiittia esiintyy 15–50-vuotiailla (3).

Perioraalidermatiitin aiheuttavat todennäköisesti glukokortikoidivoiteet ja muut vastaavat ihonhoitotuotteet (3). Niiden käyttö kyseisellä ihoalueella onkin suositeltavaa lopettaa oireiden lievittämiseksi. Paikallishoitona voidaan kokeilla metronidatsolia, erytromysiiniä tai pimekrolimuusia ja systeemisenä hoitona tetrasykliinejä (13).

Vitiligo eli valkopälvä

Vitiligon ilmiösuun kuuluvat iholla näkyvät vaaleat läiskät, joiden syynä on autoimmuunireaktion aiheuttama melanosyyttien kato (14, 15). Pään ja kaulan alue ja kasvoissa suun ja silmien ympäristö kuuluvat vitiligon yleisiin esiintymispaikkoihin (3, 16). Vitiligoa esiintyy



Kuva 4. Ruusufinni
A. Papulopustulaariselle ruusufinnille on tyypillistä pysyväluonteinen keskikasvojen punoitus. (Kuva: Raimo Suho-
nen).
B. Rinofyya eli muhkuranenä johtuu fibroosista ja talirauhasten hypertrofiasta, ja potilaalla on usein samanaikaisesti myös papulopustulaarinen ruusufinni.



Kuva 5. Perioraalidermatiitissa huulenpunan ja ihottuman väliin jää tyypillisen ohut vyöhyke tervettä ihoa. (Kuva: D@nderm).

0,5–1 %:lla väestöstä, ja puolet sairastuneista on alle 20-vuotiaita (15). Vitiligo on yhtä yleinen miehillä ja naisilla (3). Moni tulehduksellinen ihottuma, kuten psoriaasi tai läiskäekseema, voi parantuessaan jättää jälkeensä depigmentoituneita läiskäitä, jotka kuitenkin ovat epätarkkarajaisempia ja sisältävät enemmän pigmenttiä kuin vitiligoläiskät (3). Paikallisista kortikosteroideista saattaa olla apua repigmentaation aikaansaamiseksi, varsinkin vitiligon alkuvaiheessa (14).

Bakteerien aiheuttamat ihotaudit

Ihon normaalifloora suojaa sitä infektiolta (3). Paikalliset ihovauriot sekä monet systeemiset sairaudet ja immuunipuutokset kuitenkin altistavat ihon infektiolle (1,

17). Tavallisimmat ihoinfektion aiheuttajat ovat *S. aureus* ja A-ryhmän beetahemolyyttinen streptokokki eli *Streptococcus pyogenes* (3).

Märkärupi eli impetigo

Märkärupi (impetigo contagiosa) on tarttuva pinnallinen ihoinfektio, jonka pääasiallinen aiheuttaja on *S. aureus*, joskus myös ryhmän A beetahemolyyttinen streptokokki. Lapsilla märkärupi on yleisin bakteerin aiheuttama ihoinfektio. Tauti tarttuu erittäin helposti kosketuksen tai fomiittien eli elottomien esineiden, kuten välineiden tai lelujen, kautta myös aikuisiin (1). Tautia esiintyy etenkin loppukesällä (3).

Märkärupi alkaa yleensä kasvoista, suun tai nenän ympäristöstä, josta se kosketuksen välityksellä leviää muualle (3). Raavittu kohta ihossa, pieni vaurio tai ihoinfektio – kuten vesirokko – ovat tyypillisiä märkärupelle altistavia tekijöitä. Märkärupi esiintyy useimmiten ilman rakkuloita, mutta joskus se voi ilmetä myös rakkulaisena (1). Rakkulaton tautimuoto alkaa makulopapulaarisina eli täpläisinä ja näppyläisinä leesioina, jotka muuttuvat ohutseinäisiksi vesikkeleiksi eli nesterakkuloiksi. Puhjettuaan ne jättävät jälkeensä pinnallisia eroosioaurioita, joihin voi joskus liittyä kipua ja kutinaa. Eroosioaurioiden yhteydessä esiintyy hunaajanvärisiä rupia (kuva 6a). Rakkulatonta märkärupia ilmenee erityisesti kasvoissa ja raajojen ääreisosissa. Rakkulaisen tautimuodon aiheuttaa pelkästään *S. aureus*, ja siinä suuria, veltoja rakkuloita esiintyy lähinnä ihon hiertymäalueilla (18). Lymfadenopatia eli imusolmuketauti on märkärupien yhteydessä yleinen, ja noin puolella märkärupipotilaista voidaan todeta leukosytoosia eli korkeita valkosoluarvoja. Taudin diagnoosi on yleensä kliininen (1).

Märkärupi paranee tavallisesti ilman arpeutumista 2–3 viikon kuluessa (18). Rupien liottelu ja pehmittely edesauttavat niiden irtoamista (3). Jos hoidossa päädytään käyttämään mikrobilääkkeitä, paikallisantibiootit ovat rajoittuneissa tautimuodoissa ensisijainen vaihtoehto (18).

Kuva 6. Bakteeri-ihotulehduksia

A. Märkärupi on yleensä *Staphylococcus aureus*in aiheuttama, hyvin tarttuva infektio. (Kuva: Carl M. Allen).

B. Ruusu on beetahemolyyttisen streptokokin aiheuttama tarkkarajainen, kirkkaanpunainen, kivulias ja kuumottava ihomuutos, joka voi leviää nopeasti. (Kuva: Carl M. Allen).

C. Bakteerin aiheuttama follikuliitti eli karvatupen tulehdus saattaa kutista. (Kuva: Raimo Suho-



Ruusu ja selluliitti

Ruusu on ihon akuutti ja pinnallinen bakteeri-infektio, jolle altistavat immuunivajaus sekä ihon läpäisyesteen vaurioituminen. Ruusua esiintyy eniten lapsilla ja ikäihmisillä. Selluliitissa infektio on levinnyt syvemmälle ihonalaiseen rasvakudokseen (19). Alaraajat ovat ruusun ja selluliitin yleisin esiintymispaikka, mutta ruusua esiintyy usein myös kasvoissa (20). Ruusun aiheuttaa useimmiten A-

ryhmän beetahemolyyttinen streptokokki (19), selluliitin taas beetahemolyyttinen streptokokki ja stafylokokki (yleensä *S. aureus*) yhdessä tai erikseen (3).

Ruusun alkuvaiheessa potilaalla on usein kuumetta, vilunväristyksiä ja huonovointisuutta. Iholle ilmaantuu punoitava läiskä, joka muuttuu nopeasti induroituneeksi, kirkkaanpunaiseksi ja tarkkarajaiseksi (19) (kuva 6b). Ruusulle ovat tyypillisiä ihon kuumetus ja voimakas särky (3).

Selluliitissa tulehdus ulottuu syvemmälle ihoon ja rasvakudokseen, ja selluliitti on epätarkkarajaisempi ja reunoiltaan vähemmän koholla kuin ruusu (19). Voimakas turvotus ja rakkulanmuodostus voivat johtaa nekroottisiin haavaumiin (3).

Kasvoissa esiintyvä, nenästä alkanut ruusu voi olla muodoltaan symmetrinen, kun se jaloissa esiintyy aina epäsymmetrisenä. Kasvojen ruusu voi saada alkunsa esimerkiksi korvolehden ihorikkoumasta. Kasvuruusuun ei aina liity kuumetta ja yleisoireita, mikä voi hidastaa diagnosiin pääsemistä (3).

Ruusun ja selluliitin ensisijaisena hoitona käytetään penisilliiniä (17). Ruusu voi aiheuttaa septisen infektion, jolloin hoito aloitetaan suonensisäisesti. Nekrotisovassa infektiassa tulehdus ulottuu faskiatasolle saakka ja kudonekroosi kehittyy nopeasti, joten näissä tapauksissa tarvitaan mikrobilääkehoidon lisäksi kiireellisesti kirurgista hoitoa. Infektioportti on muistettava hoitaa, jottei ruusu uusiutuisi (3).

Karvatupen tulehdus eli follikuliitti

Follikuliitti on tulehduksellinen reaktio karvatupen pinnallisessa osassa. Yleensä sen aiheuttaa *S. aureus*. Follikuliittia esiintyy esimerkiksi hiuspohjassa ja parran alueella, ja kliinisesti se ilmenee märkärakkuloina (kuva 6c). Taudin kroonisessa muodossa voi esiintyä hyperkeratoosia ja keratoottisten tulppien muodostumista. Kutina on hyvin yleinen oire (21).

Follikuliitin erotusdiagnoosina on pseudofollikuliitti, jonka syynä on käyrän partakarvan kasvu ihon sisään mm. kiharatukkaisilla (3).

Syvempää tulehduksellista märkäpesäkettä karvatupessa ja sen ympäristössä kutsutaan furunkkeliksi (1). Pinnallista follikuliittia hoidetaan ihon säännöllisellä pesulla ja fusidiinivoiteella, kun taas furunkkelien hoitona on märkäpesäkkeen avaus ja tarvittaessa lisäksi systeeminen mikrobilääkitys (3).

Virusten aiheuttamat ihotaudit

Parvorokko eli pikkurokko

Parvorokko (erythema infectiosum, ns. viides tauti) on ihmisen parvovirus B19:n



Kuva 7. Virusten aiheuttamia ihotulehduksia

A. Parvorokon yleisintä esiintymisaikaa ovat talvi ja kevät. (Kuva: Raimo Suhonen).

B. Toistuvaa yskänrokkoa ilmaantuu noin 20–40 prosentille HSV-1:n kantajista. (Kuva: Raimo Suhonen).

C. Vesirokko voi olla vaarallinen aikuisilla ja niillä, joilla elimistön puolustusvaste on heikentynyt. (Kuva: Raimo Suhonen).

D. Vartalo ja kasvot ovat vyöruusun yleisimmät esiintymispaikat. (Kuva: Carl M. Allen).

E. Papilloomaviruksen aiheuttamia tavallisia syyliä lapsen huulissa.

F. Lasten ontelosylien parantumien voi kestää kuukausia, jopa vuosia. (Kuva: Carl M. Allen).

aiheuttama. Taudin alkuvaiheessa esiintyy yleisoireita, esimerkiksi päänsärkyä ja pahoinvointia. Joka toiselle potilaalle tulee ihottumaa noin 2 viikon kuluttua tartunnan saamisesta, ja tässä vaiheessa parvorokko ei enää tartu. Taudille on tyypillistä etenkin lapsilla poskien helakka punoitus (ns.

slapped cheek, kuva 7a), jota voi esiintyä jo joitakin päiviä ennen kuin vartaloon ja raajoihin ilmestyy ihottumaa. Aikuisilla parvorokkoinfektio on usein oireeton (3). Taudin yleisin oire on aikuisilla makulopapulaarinen ihottuma, jota esiintyy harvoin kasvoissa (1). Niveloireita tulee

50 %:lle sairastuneista aikuisista ja 10 %:lle lapsista. Parvoviruksen sairastamista seuraa immunitetti (3).

Herpes simplex -virustulehdus

Herpes simplex -virus tyyppi 1 (HSV-1) on hyvin yleinen virus, joka saattaa aiheuttaa toistuvan kasvojen alueen herpesinfektion. Pienelle osalle tartunnan saaneista HSV:n ensi-infektio aiheuttaa voimakas-
oireisen gingivostomatiitin; lähinnä sitä esiintyy alle 2-vuotiailla. Gingivostomatiitti on kivulias, rakkulainen suutulehdus, johon liittyy kuumetta ja kaulan imusolmukkeiden turpoamista. Myös suun ympäristössä voi esiintyä rakkuloita (3).

Ensi-infektion jälkeen trigeminusganglion kolonisoituneet virukset saattavat reaktivoitua ja aiheuttaa uusintainfektion. Uusintainfektiossa oireet voivat puuttua kokonaan tai oireena saattavat olla – infektion asteesta riippuen – esimerkiksi makulopapulaariset tai vesikulaariset, rupeutumalla parantuvat leesiot (22). Tyypillisin HSV-1-uusintainfektion muoto on kuitenkin yskänrokko eli herpes labialis (huuliherpes). Yskänrokoissa huulen iholla tuntuu kutinaa ja pistelyä, iho punoittaa ja siihen muodostuu nopeasti vesikelloja eli yskänrokkorakkuloita (kuva 7b). HSV-1:n reaktivaatiolle altistavat flunssa, stressi, puolustusjärjestelmän heikkeneminen ja auringonvalo. HSV-2 aiheuttaa lähinnä genitaalierpestä (3).

Eczema herpeticum eli yleistynyt herpes on HSV-1:n aiheuttama, yleensä pään ja kasvojen alueella esiintyvä laaja iho-infektio (3). Atooppinen ekseema altistaa herpeksen leviämislle (23). Yleistyneen HSV-infektion akuutin vaiheen hoitoon sekä pidempiaikaisena estolääkityksenä voidaan käyttää asikloviiria, valasikloviiria tai famsikloviiria (1, 3).

Vesirokko ja vyöruusu

Varicella-zostervirus (VZV) aiheuttaa ensi-infektiona vesirokon (varicella) ja uusiutuvana tulehduksena ihon vyöruusu (herpes zoster). Primaari-infektion jälkeen virus jää piileväksi hermosolmujen neuroneihin (24). Vesirokko sairastetaan useimmiten alle 10 vuoden iässä. Vesirokossa on noin 2 viikon itämisaika, ja se

tarttuu jo muutamaa vuorokautta ennen oireiden alkamista pisara- ja kosketustartuntana (3).

Vesirokossa rakkuloita esiintyy eniten vartalolla, kasvoissa ja päänahassa; niiden määrä voi olla muutamista kymmenistä jopa satoihin. Toisinaan rakkuloita muodostuu niin vähän, että vesirokko voi jäädä huomaamatta. Rakkuloita syntyy 3–4 vuorokauden ajan; niiden koko vaihtelee ja muodot ovat moninaisia. Muutamassa päivässä rakkulat muuttuvat sameiksi, painuvat keskeltä kasaan ja rupeutuvat (kuva 7c). Vesirokossa esiintyy usein yleisoireita, ja sen mahdollisia komplikaatioita ovat mm. enkefaliitti, keuhkokuume ja sekundaarinen ihon bakteeri-infektio (3).

Lapsilla vesirokko on usein lievä ja itsestään rajoittuva, ja oireiden lievittämiseen sopii parasetamoli. Sitä vastoin 13-vuotiailla ja tätä vanhemmilla tauti on vaarallinen, ja heille suositellaan aina antiviraalista lääkettä (24).

Vyöruusua esiintyy yleisimmin yli 60-vuotiailla. Vyöruusun puhkeamisesta edeltää usein kipu (preherpeettinen neuralgia), jonka jälkeen dermatomille eli ihojaokkeelle ilmaantuu vesirokkomaisia rakkuloita vyömäiseen muodostelmaan. Rakkuloita esiintyy vain toispuoleisesti ja ne rajoittuvat keskiviivaan. Vyöruusun esiintymisalueena ovat usein rintakehä tai kasvot (kuva 7d). Tauti kestää 1–3 viikkoa (3). Vyöruusuun suositellaan antiviraalista lääkitystä, joka varhain aloitettuna saattaa lyhentää taudin kestoa ja estää komplikaatioita (24).

Kaksi annosta vesirokkorokotetta antaa 92 %:n suojan vesirokkoa vastaan (25). Vesirokkorokote ei suojaa vyöruusulta, jolle on oma rokotteensa (24).

Ihmisen papilloomavirus -tulehdus

Ihmisen papilloomavirukset (HPV) voivat aiheuttaa iholle syylä (26, 27). Tavalliset syylät (verruca vulgaris) esiintyvät yleensä käsissä ja jalkapohjissa. HPV:n aiheuttama syylä on yleinen lapsilla. Aluksi se on sileäpintainen papula, joka kasvaessaan muuttuu hyperkeratoottiseksi ja kukkakaalimaiseksi tai kraaterimaiseksi. Papuloita on yleensä useita (3). Tavallisen syylän rihmamaisen muodon, jossa

on saniaisen lehtiä muistuttavat ulokkeet, tyypillinen esiintymispaikka on kasvot (kuva 7e) (26, 27). Litteitä syylä (verruca planae juvenilis) tavataan yleensä lasten ja nuorten kasvoissa, leuan iholla ja kämmenselissä (3). Genitaalialueella esiintyviä HPV:n aiheuttamia syylä kutsutaan kondyloomiksi eli visvasyyliksi (27).

Useimmissa tapauksissa syylät paranevat itsestään (1). Hoitona käytetään mm. keratolyttisiä salisyyli-maitohappovalmisteita (3).

Ontelosyyli eli molluska

Ontelosyyli (molluscum contagiosum) on yleinen, itsestään rajoittuva, ontelosyyliävirusten aiheuttama tauti, jossa iholla esiintyy runsaasti näppylöitä (kuva 7 f). Opaalinhoitoisten tai ihonväristen näppylöiden halkaisija on tyypillisesti 2–6 mm, immuunipuutteisilla henkilöillä jopa yli 1 cm. Näppylöiden keskellä on ns. napa eli pieni kuoppa. Ontelosyyli leviää kosketuksesta tai fomiittien välityksellä. Tauti on yleisin lapsilla, seksuaalisesti aktiivisilla aikuisilla sekä immuunipuutteisilla. Lapsilla ontelosyylien esiintymisalueita ovat kasvot, vartalo ja raajat. Aikuisilla ontelosyyliä ilmenee tavallisimmin genitaalialueiden läheisyydessä (28).

Tarvittaessa ontelosyyliä voidaan hoitaa mm. kryohoidolla tai rikkomalla syylät neulalla (29).

Lopuksi

Potilaan kasvojen alueen ihomuutosten havainnointia ja tunnistamista ajatellen hammaslääkäri on työssään aitiopaikalla. Lieväoireiset tulehdukselliset ihomuutokset eivät aina saa potilasta hakeutumaan oma-aloitteisesti lääkäriin ja asianmukaiseen hoitoon. Hammaslääkäriin onkin hyvä kyetä tunnistamaan tulehduksellisia kasvojen ihomuutoksia, jotta hän voi tarvittaessa ohjata potilaansa tutkimuksiin ja hoitoon yleislääkärille tai ihotautilääkärille. Kasvojen tulehdukselliset ihomuutokset diagnosoidaan ja hoidetaan yleensä perusterveydenhuollossa.

Seuraavassa on mainittu internetsivuja, joilta löytyy ihotautien itseopiskeluun sopivaa materiaalia.

- <https://www.terveysportti.fi/ter>

veysportti/diagnoosi.dg_kuvasto.
koti (vaatii käyttäjätunnuksen)

- <http://www.ihotauti.net/>
- <http://www.dermatlas.net/>
- <https://www.dermis.net/>
- <https://www.dermnetnz.org/>
- <http://www.globalskinatlas.com/>
- <http://www.danderm-pdv.is.kkh.dk/atlas/index.html> ■

Common inflammatory skin lesions of the face

Inflammatory skin conditions are common on the face in all age groups. Dermatitis on the face is, most commonly, allergic contact dermatitis, while acne and rosacea often appear as papulopustular lesions and herpes simplex labialis as recurring blisters. The most common inflammatory

conditions are usually not life threatening and can be mitigated through multiple treatment options. Erysipelas is a dangerous bacterial skin infection that can appear on the face with minimal general symptoms, and, thus, be difficult to diagnose. Since the face is easily observable during a dental examination, it is an excellent opportunity to check facial skin for any changes. ■

Kirjallisuus

1. Bologna J, Chaffer J, Cerroni L. Dermatology. 4. painos. Philadelphia: Elsevier; 2018. s. 1, 208–9, 211–8, 222, 262, 304, 308, 604, 1259, 1261, 1263, 1394, 1415, 1431.
2. Siponen M, Allen C, Lappalainen K. Tavalisia kasvojen ihomuutoksia. Suom Hammaslääkäril 2012; 19(9): 20–7.
3. Hannuksela M, Pelttonen S, Reunala T, Suhonen R. (toim.). Ihotaudit. 2., uudistettu painos. Porvoo: Kustannus Oy Duodecim; 2011. s. 23, 26–8, 38–40, 43, 48, 50–1, 59–61, 69–71, 74, 78, 123, 153–9, 173, 177–182, 197, 198, 201, 202–6, 285, 287.
4. Kasemsarn P, Iamphonrat T, Boonchai W. Risk factors and common contact allergens in facial allergic contact dermatitis patients. Int J Dermatol 2016; 55(4): 417–24.
5. Atooppinen ekseema. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen, Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen, Atopialiiton ja Iholiiton asettama työryhmä. Duodecim; 2016. [<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50077>]. Haettu 24.9.2019.
6. Thyssen J, Linneberg A, Menné T, Johansen J. The epidemiology of contact allergy in the general population – prevalence and main findings. Contact Dermatitis 2007; 57(5): 287–99.
7. Katz A, Sherertz E. Facial dermatitis: patch test results and final diagnoses. Am J Contact Dermat 1999; 10(3): 153–6.
8. Borda L, Wikramanayake T. Seborrheic Dermatitis and Dandruff: A Comprehensive Review. J Clin Invest Dermatol 2016; 3(2).
9. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Abdul Latiff A, Baker D, Ballmer-Weber B. ym. The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. Allergy 2018; 73(7): 1393–414.
10. Williams HC, Dellavalle RP, Garner S. Acne vulgaris. Lancet 2012; 379(9813): 361–72.
11. Anzengruber F, Czernielewski J, Conrad

- C, Feldmeyer L, Yawalkar N, Häusermann P. ym. Swiss S1 guideline for the treatment of rosacea. J Eur Acad Dermatol Venerol 2017; 31(11): 1775–91.
12. Hafeez Z. Perioral dermatitis: an update. Int J Dermatol 2003; 42(7): 514–7.
13. Wollenberg A, Bieber T, Dirschka T, Luger T, Meurer M, Proksch E. ym. Perioral dermatitis. J Dtsch Dermatol Ges 2011; 9(5): 422–7.
14. Allan M, Riad H. Concise review of recent studies in vitiligo. Qatar Med J 2013; 2013(2): 1–19.
15. Ezzedine K, Lim H, Suzuki T, Katayama I, Hamzavi I, Lan C. ym. Revised classification/nomenclature of vitiligo and related issues: the Vitiligo Global Issues Consensus Conference. Pigment Cell Melanoma Res 2012; 25(3): E1–13.
16. Vachiramon V, Onprasert W, Harnchoowong S, Chanprapaph K. Prevalence and Clinical Characteristics of Itch in Vitiligo and Its Clinical Significance. Biomed Res Int 2017; 2017: 5617838.
17. Ihon bakteeri-infektiot. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Duodecim; 2010. [<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi13020>]. Haettu 27.12.2018.
18. Hartman-Adams H, Banvard C, Juckett G. Impetigo: diagnosis and treatment. Am Fam Physician 2014; 90(4): 229–35.
19. Celestin R, Brown J, Kihiczak G, Schwartz R. Erysipelas: a common potentially dangerous infection. Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat 2007; 16(3): 123–7.
20. Morris A. Cellulitis and erysipelas. BMJ Clin Evid 2008; 2008: 1708.
21. Luelmo-Aguilar J, Santandreu MS. Folliculitis: recognition and management. Am J Clin Dermatol 2004; 5(5): 301–10.
22. Esmann J. The many challenges of facial herpes simplex virus infection. J Antimicrob Chemother 2001; 47 Suppl 1: 17–27.
23. Salava A. Kasvohottumat. Kirjassa: Jousimaa J, Alenius H, Atula S, Berghem N, Kattainen A, Kunnamo I. ym. (toim.). Lääkärin käsikirja. Helsinki: Duodecim; 2017.
24. Gershon A, Breuer J, Cohen J, Cohrs R,

- Gershon M, Gilden D. ym. Varicella zoster virus infection. Nat Rev Dis Primers 2015; 1: 15016.
25. Marin M, Marti M, Kambhampati A, Jeram S, Seward J. Global Varicella Vaccine Effectiveness: A Meta-analysis. Pediatrics 2016; 137(3): e20153741.
26. Ghadepatil S, Gupta S, Sharma Y. Clinicoepidemiological Study of Different Types of Warts. Dermatol Res Pract 2016; 2016: 7989817.
27. Lipke M. An Armamentarium of Wart Treatments. Clin Med Res 2006; 4(4): 273–93.
28. Hanson D, Diven D. Molluscum contagiosum. Dermatol Online J 2003; 9(2): 2.
29. van der Wouden J, van der Sande R, Kruihof E, Sollie A, van Suijlekom-Smit L, Koning S. Interventions for cutaneous molluscum contagiosum. Cochrane Database Syst Rev 2017; 17(5): CD004767.

Kirjoittajat

Jonne Kukkola, HLK
Itä-Suomen yliopisto

Hanna Siiskonen, LT, ihotautien ja allergologian erikoislääkäri, klininen opettaja
Ihotautien poliklinikka, Kuopion yliopistollinen sairaala / Itä-Suomen yliopisto

Maria Siponen, HLT, klinisen hammashoidon erikoishammaslääkäri (suupatologia), klininen opettaja
Hammaslääketieteen yksikkö, Itä-Suomen yliopisto / Hammaslääketieteen opetus-klinikka ja Suu- ja leikasairauksien klinikka, Kuopion yliopistollinen sairaala
maria.siponen@uef.fi

Kirjoitus perustuu HLK Jonne Kukkolan hammaslääketieteen lisensiaatin tutkintoon sisältyvään syventävien opintojen tutkielmaan.

Kirjoittajilla ei ole taloudellisia sidonnaisuuksia, jotka voisivat vaikuttaa kirjoituksen sisältöön.