

Hyttysen pistosta imusolmukkeet nekroosiin

Elokuussa 59-vuotias miespuolinen kirurgi huomasi takaraivollaan pienen ihorikkouman, jonka hän arvioi tulleen kaljua päätä partahöylällä ajaessa. Muutamassa päivässä alueelle nousi turvotusta sekä palpoiden vaikutelma nestekertymästä, mutta päivystyspoliklinikkalla tehdyssä koeavauksessa ei saatu saalista.

Kun mukaan tuli kuumeilua ja niskan imusolmukkeiden suureneminen, aloitettiin peroraalisesti kefaleksiini.

Ihorikkouma laajeni muuttuen reunoiltaan nekroottiseksi haavaumaksi. Aluetta hoidettiin toistuvien revisioiden sekä korvalääkärien että plastiikkakirurgien toimesta. Adenopatia lisääntyi siten, että imusolmukejono jatkui takaraivolta alas pitkin sternocleidomastoideuksen reunaa aina soliskuoppaan asti. Antibiootti vaihdettiin suonensisäiseksi kefuroksiimiksi ja tilanteen progredioidessa siihen lisättiin vielä i.v. klindamysiini.

Potilaan yleisvointi pysyi hyvänä, mutta kuumeilu jatkui ja hankalimmaksi oireeksi muodostui haavauma-alueen ja kaulan kipu. MRI-tutkimuksessa kaulalla oli osin nekroosiin mennyt imusolmukepakketti. Tässä vaiheessa crp 114–274 ja potilas otettiin hoitoon infektio-osastolle, jossa lääkäri epäili välitölmästi tularemiaa ja antibiooteiksi vaihdettiin i.v. siprofloksasiini ja i.v. tobramysiini.

Haavaeritteen tularemia-pcr oli positiivinen, samoin viljely. Kokonaisuus sopi hyvin ulseroglandulaariseen tularemiaan Voinnin kohentuessa ja tulehdusarvojen laskiessa potilas kotiutettiin peroraalisella siprofloksasiinilääkityksellä ja hän toipui täysin.

Jälkiviisaasti voidaan todeta, että kollegapotilaan alkuperäinen oma arvio pään alueelle ilmestyneen ihorikkouman etiologiasta johti hoitopolun väärille urille. Todennäköisesti rikkouma oli hyttysen pisto, eikä pään ajelussa tullut haava.

Vasta kokeneen infektiolääkärin kliinisen tilanteen perusteella tekemä diagnoosi johti oikean antibiootin aloittamiseen.

Kommentti:



Marjo Renko
Lasten infektiosairauksien
erikoislääkäri
Lastentautiopin professori
Itä-Suomen yliopisto ja KYS

Tapaus on hieno esimerkki jänisrutosta eli tularemiasta ja monella tavalla opettavainen. On luonnollista, että tulehtunutta ihorikkoumaa ja sitä seuraavaa paikallista imusolmuketulehdusta ajatellaan ensisijaisesti stafylokokin aiheuttamaksi. Kun hoito aloitetaan tätä ajatellen esimerkiksi ensimmäisen polven kefalosporiiniin, hoitovastetta ei saada. Taudin aiheuttaja, gram-negatiivinen, *Francisella tularensis holarctica*-bakteeri, on herkkä vain kinoloneille ja aminoglykosideille. Satunnaistettuja tutkimuksia tularemiian hoidosta ei ole, mutta kokemuksen mukaan hoidon teho on sitä parempi, mitä nopeammin se aloitetaan. Meillä Suomessa tavattavan tularemiian taudinkuvan vaikeusaste vaihtelee paljon esimerkiksi bakteerimäärän ja tartuntareitin mukaan ja se voi, toisin kuin Pohjois-Amerikassa tavattava virulentimpi muoto, parantua myös ilman hoitoa. Lieväkin tauti on kuitenkin usein hyvin pitkäkestoinen ja mikäli tulehtunut imusolmuke



puhkeaa iholle, pitkittynyt erityis voi olla harmillinen riesa.

Epidemian aikana tyypillisen jänisruton tunnistaminen on suhteellisen helppoa kliinisesti, mutta epidemian ulkopuolella ja epätyypillisissä tapauksissa se voi olla hyvinkin haastavaa. Primaarileesion tunnistaminen tulehtuneeksi hyttysenpistoksi on usein helpompaa raajassa, mutta varsin usein se sijaitsee myös pään alueella, erityisesti pikkulapsilla. Primaarileesio on usein suhteellisen mitättömän näköinen ja yleisoireet sitten hämmentävän voimakaat, kuten tässäkin tapauksessa.

Jänisruton diagnoosin nopea varmistaminen vaatii näytteen primaarileesiosta tai tulehtuneesta imusolmukkeesta ja PCR-tutkimuksen. Koska leesio usein näyttää hyvin vaarattomalta, sen biopsointi näytettä varten ei tule klinikalle ensimmäisenä mieleen ja kajoavien toimenpiteiden on myös pelätty lisäävän sitä riskiä, että leesio jää erittäväksi. Seerumin vasta-aineet nousevat hitaasti, vasta 1–3 viikon kuluttua oireiden alusta, joten hoito aloitetaan usein kliinisen epäilyn perusteella. PCR

on varsinkin vaikeissa tai epätyypillisissä tapauksissa kullanarvoinen.

Tularemiaa esiintyy pohjoisella pallonpuoliskolla muutaman vuoden välein pieninä epidemioina, yleensä syksyisin. Bakteerin varsinaisia isäntiä ovat jänisten lisäksi pienet jyrsijät ja linnut. Tavallisimmin tauti siirtyy ihmiseen hyttysen piston välityksellä, jolloin kyseessä on tässäkin tapauksessa kuvattu ulseroglandulaarinen tautimuoto. Suomessa tautia esiintyy eniten siellä, missä hyttysiäkin on eniten, eli pohjoisessa, mutta tartunta on mahdollinen koko pohjoisella pallonpuoliskolla. Tartuntaan riittää hyvin pieni määrä bakteereita. Ihmisestä toiseen tauti ei tartu. Jos bakteeria päätyy ihmisen hengitysteihin suoraan esimerkiksi sairaasta tai kuolleesta eläimestä, oireet voivat tulla hengitysteistä ja imusolmukesuurentumat voivat keuhkojen hiluksissa ja tauti voi olla hyvin vaikea. Kummallisissa taudinkuvissa harvinaisemmatkin aiheuttajat on syytä pitää mielessä.

Kirjallisuutta

1. Jounio U, Renko M. Lasten jänisrutto. Duodecim. 2009;125(14):1511-5. PMID: 19711573.
2. Kuitunen I, Renko M. Changes in the Epidemiology of Zoonotic Infections in Children: A Nationwide Register Study in Finland. *Pediatr Infect Dis J*. 2022 Apr 1;41(4):e113-e119. doi: 10.1097/INF.0000000000003440. PMID: 34966137; PMCID: PMC8920006.
3. Widerström M, Mörtberg S, Magnusson M, Fjällström P, Johansson AF. Treatment Outcome of Severe Respiratory Type B Tularemia Using Fluoroquinolones. *Clin Infect Dis*. 2024 Jan 31;78(Suppl 1): S38-S46. doi: 10.1093/cid/ciad690. PMID: 38294118; PMCID: PMC10828930.