

Tämä on rinnakkaistallennettu versio alkuperäisestä julkaisusta.

Tämä on julkaisun kustantajan pdf.

Käytä viittauksessa alkuperäistä lähdettä:

Perhe, E.; Reponen, T.; Kummel, M. & Mört, S. 2018. Aknen, rosacean ja pigmenttihäiriöiden hoito. Teoksessa M. Kummel & S. Mört. (toim.) Ihon terveydeksi. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 246. Turku: Turun ammattikorkeakoulu, 26 - 41.

URL: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166791.pdf>

Kaikki julkaisut Turun AMK:n rinnakkaistallennettujen julkaisujen kokoelmassa Theseuksessa ovat tekijänoikeussäännösten alaisia. Kokoelman tai sen osien käyttö on sallittu sähköisessä muodossa tai tulosteena vain henkilökohtaiseen, ei-kaupalliseen tutkimus- ja opetuskäyttöön. Muuhun käyttöön on hankittava tekijänoikeuden haltijan lupa.

This is a self-archived version of the original publication.

The self-archived version is a publisher's pdf of the original publication.

To cite this, use the original publication:

Perhe, E.; Reponen, T.; Kummel, M. & Mört, S. 2018. Aknen, rosacean ja pigmenttihäiriöiden hoito. In M. Kummel & S. Mört. (eds.) Ihon terveydeksi. Reports from Turku University of Applied Sciences 246. Turku: Turku University of Applied Sciences, 26 - 41.

URL: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166791.pdf>

All material supplied via TUAS self-archived publications collection in Theseus repository is protected by copyright laws. Use of all or part of any of the repository collections is permitted only for personal non-commercial, research or educational purposes in digital and print form. You must obtain permission for any other use.

Aknen, rosacean ja pigmenttihäiriöiden hoito

Emilia Perhe

Sairaanhoitaja, Turun yliopistollinen keskussairaala

Taina Reponen

Sairaanhoitaja, Karinakoti

Maika Kummel

FT, TtM, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Susanna Mört

TtT, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Ihon sairastuminen eli erilaiset ihotaudit aiheuttavat ihotautia sairastavalle henkilölle esteettistä haittaa ja useimmiten myös kipua ja epämiellyttävää kutinaa. Pelko ihotaudin tarttumisesta ja jopa syövän pelko on yleistä. Ihotauti voi vaikuttaa myös ihmisen tunne-elämään ja sosiaaliseen selviytymiseen negatiivisesti, koska iho on suurin elin ja siten myös näkyvin. Tämän vuoksi on tärkeää, että ihotauteja pyritään hoitamaan näyttöön perustuen jo varhaisessa vaiheessa ja ongelmat otetaan vakavasti asiakasta kuunnellen.

Asiakkaan motivoiminen pitkäaikaiseen hoitoon on tärkeää. Ihon hoito niin sisäisesti kuin ulkoisesti erilaisilla lääkkeillä voi joskus vaatia pitkiäkin hoitoaikoja. Myös erilaiset uudet hoitomuodot ovat tehneet tuloaan jo pitkään. Tällaisia ovat erilaiset valo- ja laserhoidot. Etenkin laserhoidot ja lasertekniikat ovat kehittyneet

viimeisen vuosikymmenen aikana huomattavasti ja niiden käyttäminen ihotautilien hoidossa ei enää aiheuta iholle juurikaan haittavaikutuksia.

Ihottumia ja ihotauteja on kolmisen tuhatta, joista ihotautilääkäri tuntee vajaa tuhat ja yleislääkäri noin viisikymmentä. Tässä artikkelissa keskitymme kolmeen yleiseen ihotautiin; akneen, rosaceaan ja pigmenttihäiriöihin sekä niiden hoitoon.

Akne ja sen hoito

Akne on ihosairaus, joka johtuu talirauhasen karvatupen kroonisesta tulehduksesta. Aknessa talirauhasten bakteerifloora ja etenkin *Propionibacterium acnes* lisääntyvät. *Propionibacterium acnes* on happea sietävä anaerobi ja tärkein aknea aiheuttava bakteeri, joka elää syvällä talirauhastiehyessä. Sitä erittyy talivuodon mukana ihon pinnalle. Kun bakteeritoiminta ja talineritys lisääntyvät sekä follikkeliaukko tukkeutuu, talirauhanen ja sen ympäröivä iho tulehtuvat.

Akne esiintyy ihossa mustapäinä, näppylöinä, valkopäinä ja tulehtuneina onteloina ja arpimuodostumina. Aknea esiintyy yleisimmin kasvoissa, rintakehällä ja selässä, mutta myös käsivarsilla voi esiintyä aknemuutoksia. Perimällä ja hormonaalisilla tekijöillä on vaikutusta, mutta varma tutkimusnäyttö kuitenkin puuttuu. Akne on hyvin yleinen ihotauti, joka alkaa yleensä murrosiässä, mutta esiintyy myös aikuisiällä. Aikuisiällä akne on useimmiten krooninen, joka lievittyy vasta keski-ikä jälkeen.

Komedot (ihohuokosten sarveis- ja talitulpat) ja komedoakne (*a.comedonicus*) ovat merkki aknen alkamisesta. Komedot syntyvät tali- ja sarveismassasta ja ne voidaan jakaa kahteen tyyppiin, avoimiin eli mustapäihin ja sulkeutuneisiin eli vaaleisiin komedoihin. Komedoaknessa on molempia komedoita runsaasti, mutta vähän tulehdusmuutoksia. Komedoaknea esiintyy tavallisesti 12–15-vuotiailla. Tavallisessa eli näppylä-märkääpääaknessa (*a.vulgaris*) ihossa on komedojen lisäksi myös tulehdussellisia näppylöitä eli papuloita ja märkänäppylöitä eli pusteleita. Nodulaarisessa eli kyhmyisessä aknessa on isoja kyhmyjä. Ne voivat olla yli puolen sentin läpimittaisia ja puhjetessaan ne voivat erittää verensekaista märkää. Yksittäiset märkärakkulat voivat yhtyä suuremmiksi onteloiksi.

Hyvin harvinainen, mutta vaikea aknemuoto on acne fulminans. Sitä esiintyy yleisimmin 13–19-vuotiailla pojilla. Tyypillistä tälle aknemuodolle ovat haavautuvat akneleesiot sekä yleisoireina kuume, nivelvaivat sekä luuston tulehduspesäkkeet. Acne conglobata eli onteloakne on aikuisiän akne, joka esiintyy useammin miehillä kuin naisilla. Sen taudinkuvaan kuuluu, että samaan talirauhaseen johtaa kaksi tiehyttä, jotka ovat tukkeutuneet. Märkkää erittävät syvät fistelit ja epänormaali avan-teet kasvoissa sekä vartalolla ovat tyypillisiä oireita onteloaknelle. Tämä aknemuoto on erittäin vaikeahoitoinen ja aiheuttaa lähes aina arpia.

Potilaan motivointi pitkäaikaiseen hoitoon ja seurantaan on tärkeää aknen hoidon kannalta. Aknen hoidon aloittamiseen ei tarvita siihen erikoistunutta lääkäriä, mutta jos hoito ei auta eikä akne reagoi annettuun hoitoon on syytä kääntyä ihotautilääkärin puoleen. Nodulaarinen tai tulehduksellinen akne vaatii kuitenkin lähes aina ihotautilääkärin hoitoa sen vaativan hoitomuodon takia.

Komedoakneen ja lievään näppylä-märkääpääakneen (a.vulgaris) voi riittää ihon paikallishoito. Tämä tarkoittaa ihon pesua miedoilla saippuoilla tai antibakteerisilla pesunesteillä iltaisin. Aamuisin riittää pelkkä vesipesu. Hoidon aikana ei ole tarvetta käyttää kasvovesiä ja voiteeksi käyvät runsaasti vettä sisältävät hoitovoiteet. Ihon paikallishoitoaineena käytetään esimerkiksi reseptivapaata bentsoyyliperoksidia (5 % geeli tai 4 % voide). Se vähentää ihon bakteeri- ja talitukkeumien määrää, mutta voi aiheuttaa kosketusallergiaa. Paikallisretinoideja eli a-vitamiinijohdannaisia ovat tretinoiini (0,025 % ja 0,05 % emulsiovoide), adapaleeni (0,1 % geeli) ja atselaiinihappo (20 % voide ja 15 % geeli). Tretinoiini vähentää talitukkeumia ja estää uusien komedojen muodostumista. Se ei kuitenkaan vaikuta ihon rasvaisuuteen tai bakteerien määrään, mutta saattaa ärsyttää tai kuivattaa ihoa. Adapaleeni vähentää tulehdusta sekä talitukkeumien määrää ihossa ja on ihoystävällisempi kuin tretinoiini. Atselaiinihappo vähentää bakteerien ja komedojen määrää ihossa, mutta ei vaikuta ihon rasvaisuuteen, mutta koska se on hidaskaikutteinen, hoito jätetään monesti kesken. Aine on kuitenkin tehokas, koska se ei ärsytä ihoa yhtä paljon kuin muut paikallisretinoidit.

Paikallishoitoaineiden käyttö aknen hoidossa on välttämätöntä. Hoitoaineet tulee valita potilaskohtaisesti ihotyyppi ja aknemuutokset huomioiden. Hoitoaineiden käyttö tulee ohjeistaa potilaalle hyvin, sillä liiallinen ihon kuivuminen ei ole hyväksi. Tämän seurauksena hoitokertoja tulee harventaa tai tauottaa. Lievät paikallishoitoaineiden aiheuttamat ärsytysoireet menevät kuitenkin ohi ihon tottuessa niihin.

Paikallisena antibioottihoitona käytetään klindamysiinifosfaattia (1 % linimentti ja 1 % lotion). Etanolipohjainen aine desinfioi ihoa ja vähentää tulehdusmuutoksia sekä bakteerien määrää ihossa. Sitä ei suositella käytettäväksi yksinään, koska se saattaa aiheuttaa resistenttejä bakteerikantoja. Paikallisretinoideja ja paikallisantibioottihoitoa suositellaan käytettäväksi vuorotellen, koska näin vähennetään haittavaikutuksia. Paikallista antibioottiliuoshoitoa ei suositella käytettäväksi yhtäjaksoisesti yli kolmea kuukautta.

Paikallishoidon tehon jäädessä riittämättömäksi 2–3 kuukauden käytön jälkeen tai jos akne on laaja-alainen tai arpeuttava, harkitaan sisäisen hoidon aloittamista paikallishoitoaineiden rinnalla. Ensimmäiset sisäiset mikrobilääkkeet ovat tetrasykliini, lymesykliini ja doksisykliini. Näiden teho perustuu tulehdusta ja bakteereita ehkäisevään vaikutukseen ja ne ovat hyvin siedettyjä, mutta tavallisimpana haittavaikutuksena esiintyy vatsavaivoja. Antibioottia tulee syödä ainakin 4–6 kuukauden ajan, koska valitettavasti akne paranee melko hitaasti. Suun kautta antibioottia tulisi käyttää niin kauan, ettei uusia akneleesioita muodostu.

Jos yhdistelmähoitot osoittautuvat tehottomiksi tai kyseessä on vaikea ja arpeuttava akne on isotretinoiini ensimmäinen lääke. Isotretinoiini vaikuttaa rasvan erittymiseen, follikkelien tukkeutumiseen ja anaerobi propionibacterium acnesin runsaaseen lisääntymiseen. Hoitoannos määrätään painon ja hoitovasteen mukaan ja sitä käytetään noin 4–7 kuukautta. Yleisimmät haittavaikutukset ovat limakalvojen ja ihon kuivuminen, päänsärky ja nivelkiput. Tämän takia säännölliset laboratoriotutkimukset hoidon alussa, hoidon aikana ja lopussa ovat pakolliset, mutta varsinkin nuorilla nuorilla verinäytteitä seurataan lääkärin harkinnan mukaan. Vuonna 2005 voimaan tulleen EU-määräyksen mukaan isotretinoiinia käyttävien fertiili-ikäisten tyttöjen ja naisten tulee käyttää raskaudenkehäisyä kuukautta ennen hoidon aloittamista ja kaksi kuukautta hoidon lopettamisen jälkeen, koska isotretinooli voi aiheuttaa sikiövaurioita. Ehkäisykeinoiksi käy kierukka tai hormonipillerit. Suomessa vain ihotautien erikoislääkärit voivat määrätä isotretinoiinia. Lääkkeen tehokkuuden vuoksi 60 % hoidon saaneista pysyy oireettomana.

Jos akne jättää arpia, tulee niiden korjaushoitoa harkita vasta kun iho on parantunut kunnolla. Aknen parannuttua arpien luonnollista korjautumista tapahtuu noin vuoden ajan, mutta se saattaa kestää useammankin vuoden. Tämän aikana arvet haalistuvat, ohentuvat ja pehmentyvät, mutta eivät välttämättä häviä kokonaan. Tarvittaessa voidaan hoitokeinoina käyttää laserhoitoja. Näitä hoitomuotoja saavat tehdä ihotautilääkärit ja plastiikkakirurgit.

Akneaparia on jo pitkään hoidettu fraktionaalisella Er:YAG eli erbiium-yttrium-aluminum-garnet ja CO2 eli hiilidioksidi -lasereilla. Ne poistavat kerroksittain ihon pintasolukkoa, tasoittavat kuoppa-arpien reunoja ja uudistavat ihon pintasolukkoa. Tämä sopii myös arpimuodostumille, jotka ovat yhtenäisiä. CO2 eli hiilidioksidi-laserin valolla on ablaatiovaikutus. Tämä tarkoittaa, että valo imeytyy solujen veteen ja höyrystää solut. Tällöin iho kuoriutuu ja tapahtuu koagulaatiovaikutus. Tämä taas tarkoittaa, että lämpö siirtyy ihon syvempiin kerroksiin ja kollageeni kiristyy samalla kun se lisääntyy, minkä seurauksena ihosta tulee joustavampi ja arvet tasoittuvat. Er:YAG-laser ei vaikuta yhtä syväälle ihon pintasolukkoon kuin CO2-laser, sillä se lähettää lyhempiä aallonpituuksia. Er:YAG-laser vaikuttaa veren hemoglobiiniin ja epidermikseen, eikä kollageeni tällöin kiristy tai lisäännä. Tämän vuoksi Er:YAG-laserilla on myös vähemmän haittavaikutuksia.

Akneaparia voidaan hoitaa yleislääkärin määrättävissä olevalla SUP-valohoidolla. SUP tulee sanoista Selective (tai Soft) Ultraviolet Phototherapy, joka tarkoittaa siis valikoivaa ultravioletivalohoitoa. SUP-valohoito sisältää UV-A ja UV-B-säteitä. Tätä hoitomuotoa voidaan käyttää erityistapauksissa muun hoidon tukena esimerkiksi pimeinä vuodenaikoina. Ultraviolettivalo vähentää ihosoluja ja valkosolujen erittämiä tulehduksen välittäjäaineita jolloin se rauhoittaa aknea. SUP-valohoito vaatii potilaalta motivaatiota, sillä tämä hoitomuoto on pitkä ja tarvitsee useita hoitokertoja.

Ihon kemiallisella kuorinnalla voidaan hoitaa niin aknea kuin akneaparia. Tämä on turvallinen ja tehokas hoitomuoto ihon pintakerrokselle. Kemiallinen kuorinta muuttaa ihoa kirkkaammaksi, kimmoisammaksi sekä se uudistaa ja tasoittaa ihoa. Kemiallisella kuorinnalla on myös ihoa vaalentava vaikutus ja se häivyttää syväkin arpia.

Neulaushoito sopii myös akneaparien hoidoksi. Neulat ulottuvat syväälle verinahkaan tai ihon rasvakerrokseen asti, mutta orvaskesi ei kuitenkaan vaurioidu merkittävästi. Neulaushoidon jälkeen iholle levitetään antibioottivoide. Joskus aknearven koko vain kasvaa ja tällöin puhutaan arpikeloidista. Silloin arvessa tapahtuu liikakasvua. Ensijaisena hoitona käytetään useimmiten arven sisäistä kortisonipiikitystä. Pak-suuntuneita akneaparia voidaan myös hoitaa jäädytys- eli kryohoidolla. Solun sisäosissa tapahtuu silloin jäätymistä, jolloin kudokset vaurioituu. Kudoksesta loppuu kappillaarikierto ja täten muodostuu kudokset nekroosi.

Yhtenä isona tulevaisuuden hoitomuotona myös akneaparien hoidossa on PRP eli runsasverihutaleinen plasma. Tämä on sentrifugoimalla valmistettu verihutaleplasmatiiviste, joka on otettu potilaan omasta verestä. Siinä on runsaasti kasvutekijöitä, jotka edistävät kudoksen paranemista.

Rosacea ja sen hoito

Rosacea määritellään lääketieteellisesti keski-ikäisten naisten kasvojen pitkäaikaiseksi ihotaudiksi. Sen oireita ovat nenän, poskien ja otsan verekkyyden ja punoitus sekä märkänäppylät ja näppylät. Rosacea puhkeaa tavallisimmin 30–60-vuoden iässä. Sitä esiintyy harvoin alle 20-vuotiailla, mutta sitä voi esiintyä yhdessä nuoruusiän aknen kanssa. Sillä on perinnöllinen taipumus, koska monissa rosacea tapauksista tautia esiintyy myös lähisuvussa. Se jaetaan neljään eri alamuotoon, joita voi esiintyä potilaalla samaan aikaan. Näitä ovat couperosa, papulopustulainen rosacea, rinosfyyma ja silmärosacea.

Ensimmäinen merkki rosaceaan sairastumiseen voi olla erytematoteleangioktaattinen rosacea eli couperosa. Se on yleisin muoto rosaceasta ja se alkaa poskien, nenän ja leuan punoituksella. Couperosasta kärsivälle on tyypillistä erityisen herkkä iho, mikä onkin haastavin tämän ihosairauden hallinnassa. Punoitus tulee lämpötilanvaihteluiden yhteydessä, hikoillessa, alkoholia ja kuumia juomia nauttiessa. Myös saunominen ja auringonvalo voivat pahentaa punoittavia lehdähdyskasvoja. Posket voivat turvota ja niissä voi tuntua polttelua ja pistelyä. Iho voi myös hilseillä. Toisena yleisenä oireena couperosassa on hiussuonten laajentuminen poskissa ja nenässä. Couperosa saa posket näyttämään punakoilta ja iho ärtyy herkästi ihonhoitotuotteista.

Couperosan hoidossa tärkeintä on tunnistaa ja välttää laukaisevia tekijöitä, jotka tuovat couperosan oireet esille. Mitään täsmälääkettä ei ole hoidoksi, mutta paikallinen hoitotuote brimonidiini on tutkitusti tehokkaampi kuin metronidatsoli. Helävarainen ihonhoito on tärkeää. Ihonpinnan hiussuonia polttavilla KTP- ja pulsivalolaitteilla voidaan saada pysyvämpiä tuloksia couperosan hoidossa. Tuloksien saamiseksi tarvitaan kuitenkin useampia hoitokertoja. Laserin valo hävittää laajentuneen suonon vaurioittamatta ympäröivää ihoa. Couperosaa ei voi kuitenkaan poistaa kokonaan. Vaikka laserin valo polttaa laajentuneet suonet, voi uusia suonia tulla vuosien kuluessa.

Toisessa rosacean alamuodossa, papulopustulaisessa rosaceassa, iholle saattaa muodostua runsaasti aknen tapaisia märkähäitä ja papuloita. Niitä esiintyy etenkin kasvojen keskiosassa kuten nenässä, leuassa ja poskissa ja niiden koko vaihtelee. Siinä ei kuitenkaan esiinny aknelle tyypillisiä komedoja. Lievässä papulopusturaalisessa rosaceassa hoitona voidaan käyttää paikallisesti metronidatsoli- tai atselaiinihappohoitoa. Luonnosta peräisin oleva atselaiinihappo on tulehdusta ehkäisevä happo. Sillä on vähän haittavaikutuksia, mutta pistelyä, polttelua ja ärsytystä saattaa esiintyä. Hoitoon käytetään myös ivermektiini-emulsioidetta, joka uusimpien tutkimusten mukaan olisi tehokkaampi kuin metronidatsoli. Käytetyin sisäisesti otettava antibiootti papulopusturaalisen rosacean hoitoon on tetrasykliini, jonka teho perustuu ennemminkin tulehdusta estävään vaikutukseen kuin bakteereja poistavaan ominaisuuteen. Doksisykliiniä käytetään lievään ja keskivaikeaan rosaceaan pienellä annoksella, mikä vähentää myös haittavaikutusten riskiä. Vaikean papulopusturaalisen rosacean hoitoon voidaan käyttää samaan aikaan niin paikallishoitoa kuin sisäistä lääkitystä. Joillakin oireet tulevat takaisin sisäisen lääkityksen jälkeen, mutta tätä voi ehkäistä käyttämällä paikallishoitoa muutaman kerran viikossa usean kuukauden ajan. Vaikeassa papulopustulaarisessa rosaceassa käytetään isotretinoiinia. Rosacean ollessa resistenssi eli vastustuskykyinen, voidaan pienellä annoksella isotretinoiinia estää rosacean pahenemista.

Lisäksi tunnetaan harvinaisia rosacean alatyyppejä kuten rinofyyma (phymatous rosacea), jota esiintyy pääasiassa miehillä aiheuttaen nenän talirauhasten hyperplasiaa eli liikkakasvua. Nenä muuttuu turvonneeksi, punaiseksi ja pinnaltaan kuoppaiseksi. Turvotus johtuu arven tapaisen kudoksen muodostumisesta. Rasvarauhaset, jotka tuottavat iholle öljyä, kasvavat isommiksi. Harvinaisissa tapauksissa turvotus saattaa muodostua muualle kasvojen osiin kuten leukaan ja korviin. Yleensä rinofyymaan sairastuu vain usean vuoden aktiivista rosacea sairastanut henkilö.

Rinofyyma hoidetaan pääasiassa kirurgisesti. Kirurgisen hoidon tavoitteena on poistaa ylimääräinen kudos ja palauttaa nenän luonnollinen muoto. Nenän punaisuutta voi vähentää rosacean hoitoon tarkoitetuilla paikallisilla hoitotuotteilla. Riippuen rinofyyman vaikeusasteesta ja laajuudesta lääkäri voi tarjota siihen erilaisia hoitoja, joita ovat esimerkiksi ihon hionta ja ihon kuorinta. Nämä poistavat ihon pintakerroksen. Saman vaikutuksen saa myös laserilla. Muina hoitomuotoina rinofyyman hoitoon on sähkö- tai radiofrekvenssisilmukka. Korkeatasoinen sähkö poistaa ihosta ylimääräistä kudosta. Joissakin lievemmissä tapauksissa isotretinoiini voi auttaa tai

ainakin estää uusiutumista ja pahenemista. Rinofyyma voi tulla myös toistamiseen, mikä tarkoittaa, että hoitoja voidaan joutua tekemään useamman kerran.

Silmärosacea (ocular rosacea) voi esiintyä ennen, jälkeen tai samaan aikaan rosacean ihomuutosten kanssa. Sitä on vaikea tunnistaa, jollei muita ihomuutoksia ole. Silmärosacea ilmenee silmien vetisyytenä, verestävyysinä, poltteluna, kirvelynä ja roskan tunteena silmässä. Silmät voivat tuntua kuivilta, valoherkiltä ja kutiavilta. Näkökenttä voi olla sumea ja silmäluomireunat voivat olla tulehtuneet. Lisäksi silmärosaceaan voi kuulua erilaisia tulehduksia kuten konjunktiviitti eli silmän sidekalvontulehdus ja silmäluomen tulehdus. Näön menettäminen on onneksi harvinaista.

Lieviin silmäoireisiin eli blefariittiin riittää hyvä luomen reunan hygienia. Silmäluomen reuna puhdistetaan silmäbooriveteen kostutetulla pumpulipuikolla. Tämän jälkeen luomen reunaan laitetaan hydrokortisonia tai hydrokortisonia ja antibioottia sisältävää silmävoidetta. Tätä jatketaan kahden viikon ajan ja ylläpitohoitona on paikallinen silmäluomen lämpöhoito ja puhdistus muutaman kerran viikossa puolen vuoden ajan. Ei-steroidaalisia säilytysaineettomia kostutustippoja käytetään konjunktiviittiin, mutta myös kuivaan silmään. Näitä ovat esimerkiksi kromoglikaattisilmätipat, jotka lievittävät allergiaa ja tulehdusta. Systemistä mikrobilääkitystä tarvitaan hoitoresistenteissä tapauksissa. Tetrasykliinia pitäisi käyttää eritoten silmärosacean hoidossa.

Rosacean alatyypistä riippumatta potilaiden tulisi välttää suuria ilmastonvaihteluita. Tämä tarkoittaa muun muassa suojautumista auringolta, tuulelta ja kylmyydeltä. Myös stressi, kuumat ruuat, runsas kahvinjuonti ja alkoholi laajentavat ihoerisuonia, jotka pahentavat taudinkuvaa entisestään.

Pigmenttihäiriöt ja niiden hoito

Vitiligo ja sen hoito

Lääketieteessä vitiligo määritellään ihon läiskäiseksi väriainekadoksi, joka johtuu melanosyyttien tuhoutumisesta. Vitiligon aiheuttajaa ei tunneta. Autoimmuunisa-raudeksi epäillyssä valkopälviydessä eli vitiligossa melanosyytit häviävät ja lopulta näyttäytyvät tarkkarajaisina läiskinä. Tämä voi tapahtua niin ihossa kuin muual-lakin kehossa kuten esimerkiksi suussa, silmissä ja hiuksissa. Nämä iholäiskät voivat olla minkä kokoisia tahansa ja niitä voi olla useita, jopa koko kehon laajuuteen

ulottuvia. Vitiligo esiintyy usein molemmin puolin kehoa. Väestöstä noin 1–2 %:lla on vitiligoa sukupuolesta ja ihonväristä riippumatta. Yleensä vitiligo ilmenee ennen 20. ikävuotta, mutta tauti saattaa puhjeta myös muina ikävuosina. Vaikka vitiligon periytymistä ei tunneta, esiintyy sitä noin kolmanneksella sairastuneen lähisukulaisella. Lisäksi eräät autoimmuunisairaudet kuten Hashimoton tauti (kilpirauhassairaus) tai alopecia areata (pälvikalju) voivat edesauttaa vitiligon esiintymiseen. Vitiligo ei tartu eikä ole vaarallinen, mutta sillä voi olla psykologisia vaikutuksia itsetuntoon.

Vitiligo voidaan jakaa kahteen eri ryhmään primaariseen ja sekundaariseen vitiligoon. Primaarisen pigmentin häviämiseen ei löydy syytä. Odottamattomia läiskiä, jotka eivät rusketu ollenkaan ilmestyvät käsien päälle, taiveisiin ja silmien ja suun ympärille. Sekundaarisessa taas tulehduksen jälkitila tai arpi muuttuu pigmentittömäksi eli valkoiseksi. Sekä primaarisessa että sekundaarisessa vitiligossa läiskä voi laajentua ajan mittaan. Näissä läiskissä ei esiinny kirvelyä, kutinaa tai muita oireita.

Vitiligoon ei ole parantavaa hoitoa, mutta jotkut hoidot saattavat lievittää sitä. Useimpien hoitojen tavoitteena on saada ihonväri palautumaan takaisin ja ehkäistä vitiligon laajeneminen. Hoitotulos vaihtelee ihotyypin mukaan. Tummaihoisilla hoitotulokset ovat paremmat kuin vaaleaihoisilla. Vahvat ja erittäin vahvat kortikosteroidit voivat auttaa pigmentaation vähäiseen palautumiseen 4–6 kuukauden käytöllä. Teho on suurinta kasvoissa ja vähäisintä käsissä ja jaloissa. Kaikkia voiteita ei kuitenkaan saa käyttää kasvoilla. Valitettavasti voiteet ohentavat, kuivattavat ja haavoittavat ihoa. Valohoidossa käytetään valoa, joka edesauttaa ihoa pigmentoitumaan uudelleen. Näitä ovat UVB- ja PUVA-hoito. PUVA-hoidossa käytetään samanaikaisesti psoralenia ja UVA-valoa. Psoralenia voidaan ottaa pillerinä tai levittää iholle. Tällä hoidolla voidaan hoitaa laajalle levinnyttä vitiligoa. Psoraleni on kemikaali, joka tehostaa UVA-valoa. Samalla tavalla kuin voiteissakin hoitotulos on valohoidossa parempi kasvoissa kuin muualla kehossa. Hoitotulos ei kuitenkaan ole välttämättä pysyvä ja se vaatii kaksi hoitokertaa viikossa vuoden ajan. Tämä vaatii potilaalta paljon sitoutumista hoitoon. Laserhoitoa on myös saatavilla pienille alueille, mutta sekin vaatii isoa sitoutumista hoitoon. Hoitokertoja tulisi olla kaksi tai kolme viikossa puolen vuoden ajan.

Melasma ja sen hoito

Lääketieteellisesti melasma eli maksaläiskä määritellään etenkin kasvoissa esiintyväksi tummatäpläisyydeksi. Ihossa voi esiintyä usean senttimetrin kokoisia ruskeita läiskiä. Melasmaa esiintyy useimmiten otsalla, poskilla, ohimoilla, nenänpäässä ja ylähuulella. Myös muihin kehonosiin kuten käsivarsiin ja niskaan saattaa tulla maksaläiskä auringonsäteiden vaikutuksesta. Se on muodoltaan symmetrinen läiskä ja väriltään vaalean ruskeasta harmaaseen ja tumman ruskeaan. Sitä esiintyy enemmän naisilla ja tummaihoisilla, ja sillä näyttää olevan taipumus periytyä. Naisilla myös raskaus ja hormonivaihtelut voivat edesauttaa maksaläiskien muodostumista. Näitä läiskiä kutsutaan kloasmiksi. Maksaläiskä tummentaa vähäinensikin auringon UV-säde. Jotkut kosmetiikkatuotteet saattavat ärsyttää ihoa ja pahentaa maksaläiskiä. Maksaläiskät eivät aiheuta fyysisiä oireita.

Tärkein ja yleisin maksaläiskien hoito on aurinkosuoja-voiteiden käyttö päivittäin. Aurinkoa ottaessa aurinkosuoja-voiteita tulisi lisätä kahden tunnin välein. Lisäksi suositellaan kasvojen suojaamista auringolta esimerkiksi hatulla. Maksaläiskän syntyessä esimerkiksi raskauden tai ehkäisytablettien käytön aikana voivat ne hävitä itsestään raskauden päätyttyä tai ehkäisytablettien käytön loputtua. Mitä syvemmällä ihossa maksaläiskä on, sitä hankalampi sitä on hoitaa. Lääkäri voi määrätä maksaläiskien hoitoon erilaisia vaalentavia rasvoja, voiteita, geelejä tai nesteitä. Nämä sisältävät joko hydrokinonia, tretinoiinia tai kortikosteroideja. Hydrokinonia ei tule käyttää yli 3–4 viikkoa, sillä pahimmassa tapauksessa maksaläiskä voi tummua enemmän ja pysyvästi. Tutkimusten mukaan paikallisten hoitoaineiden yhdistelmähoito oli kaikkein tehokkain maksaläiskien vaalentamiseen. Elleivät paikalliset hoitoaineet tuota tuloksia, voidaan maksaläiskiä hoitaa kemiallisella kuorinnalla kuten glykolihapolla, ihohionnalla ja ihon mikrohionnalla. Hoitotuloksien saaminen saattaa kestää useita kuukausia. On tärkeää seurata ihotautilääkärin antamia ohjeita, jotta saadaan paras mahdollinen hoitotulos ja vältetään mahdollisilta sivuvaikutuksilta. Ihon ylläpitohoito saattaa estää maksaläiskien palaamista.

Lopuksi

Akne aiheuttaa huomattavaa psyykkistä ahdistusta ja häiriötä ihotautia sairastavalla. Häpeän tunteet aiheuttavat monelle vetäytymistä sosiaalisista kanssakäymisistä ja ongelmia oman kehonkuvan kanssa. Murrosiässä uusien ihmissuhteiden luominen saattaa estyä kokonaan esimerkiksi lievänkin aknen takia. Tämä voi olla myös oire alkavasta masennuksesta, ja yksi isoista vaaroista onkin itsetuhoiset ajatukset.

Rosacealla on suuri psyykkinen vaikutus potilaan elämään. Rosacea sairastavilla todetaan enemmän häpeää, sosiaalista ahdistusta, masennusta ja alentunutta elämänlaatua verrattuna muuhun väestöön. On tutkittu, että riittävä oireiden hoito parantaisi rosacea sairastavien elämänlaatua. Hoito tulisi aloittaa tehokkaasti jo couperosa-oireiden ilmaantuessa, sillä tämä alidiagnosoitu ihosairaus on usein myös alihoidettu. Tämä taas johtaa rosacean pahenemiseen ja potilaan elämänlaadun huononemiseen.

Myös ihon pigmenttihäiriöillä on suuri emotionaalinen ja psyykkinen vaikutus ihmiseen. Tämä johtuu siitä, etteivät käytettävät hoidot tuota haluttua tulosta. Lisäksi tutkittavat kokevat pigmenttihäiriöiden näkyvyyden vaikuttavan negatiivisesti psyykkeeseen. Maksaläiskät aiheuttavat heille vaivaantuneisuutta, turhautumista, masennusta, häpeää sekä tunnetta viehättävyyden puutteesta.

Jokaisella ihotaudilla ja pigmenttihäiriöllä onkin suuri vaikutus ihmisen psyykkeeseen, johon tulisi kiinnittää huomiota sisäisen ja ulkoisen lääkehoidon ja muiden hoitomuotojen lisäksi. Ihotautien hoidossa ei tulisi keskittyä vain ihotauteihin vaan ihmisen kokonaisvaltaiseen hoitoon.

Lähteet

Ahokas, T. 2006. Aknen hoito. Viitattu 26.2.2016. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96125.pdf>

Airola, K. 2015. Uutta lääkkeitä: Brimonidiini. Viitattu 26.2.2016. http://sic.fimea.fi/1_2015/bri-monidiini.

American Academy of Dermatology. 2016. Vitiligo. Viitattu 3.2.2016. <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/skinpigmentationdisorders.html>.

American Society for Dermatologic Surgery. Laser Resurfacing. Viitattu 25.2.2016. <http://www.asds.net/LaserResurfacingInformation.aspx>.

Berman, B. 2014. Keloid and Hypertrophic Scar. Viitattu 25.2.2016. <http://emedicine.medscape.com/article/1057599-overview>

British Association of Dermatologists. 2016. Rhinophyma. Viitattu 26.2.2016. <http://www.bad.org.uk/for-the-public/patient-information-leaflets/rhinophyma/?showmore=1&returnlink=http%3a%2f%2fwww.bad.org.uk%2ffor-the-public%2fpatient-information-leaflets#.VtAlhf197cs>.

Car, J.; Mate, C.; Hamilton, F.; Layton, A.; Lyons, C.; Majeed, A. 2009. Light therapies for acne. Viitattu 17.5.2016. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007917/full>.

Epilaser - Ihon laser ja ultraäänihoidot. 2004. Aknearvet. Viitattu 25.2.2016. <http://www.epilaser.fi/fi/hoidot.php?hoito=1248336314>.

Haahtela, T. 2009. Kromoglikaatti ja nedokromiili. Viitattu 26.2.2016. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Halvorsen, Jon A.; Stern, R.; Dalgard, F.; Thoresen, M.; Bjertness, E.; Lien, L. 2010. Suicidal Ideation, Mental Health Problems, and Social Impairment Are Increased in Adolescents with Acne: A Population-Based Study. Viitattu 5.3.2016. [http://www.jidonline.org/article/S0022-202X\(15\)35149-6/fulltext](http://www.jidonline.org/article/S0022-202X(15)35149-6/fulltext).

Hannuksela, M.; Karvonen, J.; Reunala, T.; Suhonen, R. 2003. Ihotaudit. Helsinki. Duodecim.

Hannuksela, M.; Peltonen, S.; Reunala, T.; Suhonen, R. 2011. Ihotaudit. 2.painos. Helsinki. Duodecim.

Hannuksela, M. 2012a. Tietoa potilaalle: Ruskea tai tumma läiskä iholla. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 15.1.2016. www.terveysportti.fi/dtk/ltkb/koti?p_artikkeli=ykt00337&p_haku=rosacea.

Hannuksela, M. 2012b. Ultraviolettisäteily (UV) ja sen vaikutus ihmiseen. Viitattu 26.2.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00682&p_haku=uv

Hannuksela, M. 2013. Valkopälvi (Vitiligo). Viitattu 25.2.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00541.

Hannuksela-Svahn, A. 2013. UV-valohoito. Viitattu 25.2.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00750.

Hannuksela-Svahn, A. 2014a. Ihottuma. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 15.1.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00233&p_haku=ihottuma.

Hannuksela-Svahn, A. 2014b. Ruusufinni. Terveyskirjasto. Viitattu 15.1.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00483.

Ihoakatemia. 2016. Couperosa ja ruusufinni - kiusalliset iho-ongelmat. Viitattu 25.2.2016. <http://www.ihoakatemia.fi/etusivu/ihosairaudet/ruusufinni-ja-rosacea>.

Jeong, JT.; Park, JH.; Kye, YC. 2003. Resurfacing of pitted facial acne scars using Er:YAG laser with ablation and coagulation mode. Viitattu 25.2.2016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14629067>.

Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M.; Ääri, R.; Leino-Kilpi, H.; Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto.

Jordan, R.; Cummins, C.; Burls, A.; Seukeran, D. 2001. Laser resurfacing for facial acne scars. Viitattu 25.2.2016. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001866/full>.

Kallioinen, M. & Stenbäck, F. 2012. Ihon rakenne. Viitattu 16.5.2016. www.oppiportti.fi/op/pat00645/do#q=kallioinen.

Kida Ikino, J.; Holthausen Nunes, D.; Martins da Silva, VP.; Fröde, TS.; Mazzochi Sens, M. 2015. Melasma and assessment of the quality of life in Brazilian women. Viitattu 5.3.2016. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962015000200196&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

Kokkonen, T.; Nylén, M. & Reinikainen, T. 2001. Ihopotilaan hoito ja tukeminen. Helsinki. Tammi.

Lauharanta, J. 2011. Akne. Viitattu 15.1.2016. <http://duodecimlehti.fi/>

Laser Tilkka. 2016. Couperosa ja häiritsevät pintaverisuonet. Viitattu 25.2.2016. http://www.laser-tilkka.fi/laser-tilkka/ihon_laserhoidot/coupero.

Lavers, I. 2015. Journal of Aesthetic Nursing. Topical and systemic interventions for the treatment of rosacea. Viitattu 26.2.2016. <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/joan.2015.4.9.426> sa?gclid=CPLnjsn5kssCFST4cgodHUEMMw.

Leivo, T. 2016. Lääketieteellinen neulaushoito. Viitattu 25.2.2016. https://www.mehilainen.fi/terveyspalvelut/palvelut/508/laaketieteellinen_neulaushoito.

Lääketieteen termit. 2016a. Akne. Viitattu 16.5.2016. www.terveysportti.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti.

Lääketieteen termit. 2016b. Kloasma. Viitattu 16.5.2016. www.terveysportti.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti.

Lääketieteen termit. 2016c. Melasma. Viitattu 16.5.2016. www.terveysportti.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti.

Lääketieteen termit. 2016d. Ruusufinni. Viitattu 16.5.2016. www.terveysportti.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti.

Lääketietokeskus. 2016. Soolantra. Viitattu 26.2.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=far01660&p_haku=soolantra.

Lönnrot, M. 2015. Ruusufinni ja perioraalidermatiitti - vaarattomat mutta viheliäiset. Viitattu 25.2.2016. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/tiedartikkelit/ruusufinni-ja-perioraalidermatiitti-ndash-vaarattomat-mutta-viheliaiset/#.Vs8F1Pl97cs>.

Mehiläinen. 2016. Ihon kemiallinen kuorinta. Viitattu 25.2.2016. https://www.mehilainen.fi/terveyspalvelut/palvelut/435/ihon_kemiallinen_kuorinta.

Moustafa, F.; Lewallen, RS.; Feldman, SR. 2014. The psychological impact of rosacea and the influence of current management options. Viitattu 5.3.2016. <http://europepmc.org/abstract/MED/24993600>.

National Rosacea Society. 2016. All about rosacea. Viitattu 17.5.2016. <http://www.rosacea.org/patients/allaboutrosacea.php>.

Nienstedt, W.; Hänninen, O.; Arstila, A.; Björkqvist, S-E. 2011. Ihmisen fysiologia ja anatomia. Helsinki. WSOY.

Nofal, E.; Helmy, A.; Nofal, A.; Alakad, R.; Nasr, M. 2014. Platelet-rich plasma versus CROSS technique with 100% trichloroacetic acid versus combined skin needling and platelet rich plasma in the treatment of atrophic acne scars: a comparative study. Viitattu 25.2.2016. <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.turkuamk.fi/cochrane/clcentral/articles/716/CN-01071716/frame.html>.

Perhe, E. & Reponen, T. 2016. Aknen, rosacean ja pigmenttihäiriön näyttöön perustuva hoito. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Saatavissa https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/111491/reponen_perhe.pdf?sequence=1

Pullen, L. 2015. Once-Daily Ivermectin Safe and Effective Rosacea Treatment. Viitattu 26.2.2016 <http://www.medscape.com/viewarticle/842353>.

Rajaratnam, R.; Halpern, J.; Salim, A.; Emmett, C. 2010. Interventions for melasma. Viitattu 7.3.2016. <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.turkuamk.fi/doi/10.1002/14651858.CD003583.pub2/abstract>.

Salava, A. 2016. Ruusufinni. Viitattu 25.2.2016. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00337&p_haku=rosacea.

Sanjay, K. Rathi. 2011. Akne vulgaris treatment: the current scenario. Indian J Dermatol. Viitattu 25.2.2016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3088940/>.

Siluetti Sairaala. 2016. Arpikorjaus, arpihoito, arpikeloidi, mikropigmentointi. Viitattu 25.2.2016. http://www.siluetti.fi/scripts/DBMNet.dll?MfcISAPICommand=Page&NAME=ARPIKOR- JAUS_PITKA.

Terveysportti. 2016. Isotretinoiini. Viitattu 4.5.2016. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/terveysportti/dlr_laake.koti.

Thiboutot, D.; Zaenglein, A.; Weiss, J.; Webster, G.; Calvarese, B.; Chen, D. 2008. An aqueous gel fixed combination of clindamycin phosphate 1.2% and benzoyl peroxide 2.5% for the once-daily treatment of moderate to severe acne vulgaris: assessment of efficacy and safety in 2813 patients. Viitattu 8.3.2016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18805603>.

Timms, R. M. 2013. Moderate acne as a potential barrier to social relationships: Myth or reality? Psychology, Health & Medicine, 18(3), 310–320 11p. Viitattu 26.2.2016. <http://web.b.ebsco-host.com>.

Terveystalo. 2016. Ihon kemiallinen kuorinta. Viitattu 25.2.2016. <https://www.terveystalo.com/fi/Palvelut/Ihotaudit/Ihon-kemiallinen-kuorinta/>.

Van Zuuren, E.; Fedorowicz, Z.; Carter, B.; Van der Linden, M.; Charland L. 2014. Interventions for rosacea. Viitattu 26.2.2016. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003262.pub5/epdf/abstract>.

Vastamäki, M. 2012. Runsasverihutaleinen plasma - Ihmelääke vailta vertaa? Viitattu 25.2.2016. <http://www.duodecimlehti.fi>

Whitton, ME.; Pinart, M.; Batchelor, J.; Leonardi-Bee, J.; González, U.; Jiyad, Z.; Eleftheriadou, V.; Ezzedine, K. 2015. Interventions for Vitiligo. Viitattu 2.3.2016. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003263.pub5/epdf>.

You, HJ.; Kim, DW.; Yoon, ES.; Park, SH. 2015. Comparison of four different lasers for acne scars: Resurfacing and fractional lasers. Viitattu 25.2.2016. [http://www.jprasurg.com/article/S1748-6815\(15\)00604-X/fulltext](http://www.jprasurg.com/article/S1748-6815(15)00604-X/fulltext).