



🔊 Mikä yskitti kuusikymppistä naista?

Kuusissakymmenissä oleva nainen päätyi yskän ja lihaskipujen vuoksi keuhko-osastolle. Potilaalla oli aikaisemmin todettu kohonnut verenpaine. Vuotta aikaisemmin hän oli sairastanut myyräkuumeen, nuoruudessa häneltä oli leikattu munasarjasyöpä ja sarkoidoosin hän oli sairastanut noin 30 vuotta aikaisemmin. Potilas oli tupakoinut aikaisemmin vain satunnaisesti. Hän teki toimistotyötä eikä ollut altistunut tuberkuloosille tai asbestille. Kotona ei ollut lemmikkejä.

Nykyinen oireisto oli alkanut muutamaa kuukautta aikaisemmin. Potilaalla oli ajoittain esiintynyt yskää, lihaskipuja ja päänsärkyjä, mutta ei kuumetta. Oireita oli hoidettu ylähengitystieinfektiona amoksisilliinilla ja moksiflo-

sasiinilla sekä myöhemmin doksisykliinillä ja prednisolonilla. Viimeksi mainitun avulla yskäoire oli hieman helpottunutkin. Potilas lähetettiin sairaalaan, kun yleistila oli heikentynyt ja tulehdusarvot alkaneet suurentua.

Keuhko-osastolla yleistila oli hyvä, imusolmukesuurentumia ei löytynyt ja iho oli kauttaaltaan siisti. Sydäimestä ei kuulunut sivuääniä ja keuhkojen hengitysäänet olivat normaalit. Happikylläisyys huoneilmalla oli 97 % ja verenpaine 125/85 mmHg.

Potilaan laboratoriotulokset esitetään **TAULUKOSSA**. Keuhkokuvassa näkyi tulehduksellisia juosteita molemmin puolin. Millä jatkotutkimuksilla päästiin diagnoosiin ja mikä potilasta vaivasi? Vastaus on sivulla 430.

TAULUKKO. Potilaan verikoetuloksia.

Laboratoriokoe	Tulos	Viitearvo
Veren leukosyyttimäärä (B-Leuk)	14,4	3,4–8,2 x 10 ⁹ /l
Veren hemoglobiinipitoisuus (B-Hb)	136	117–155 g/l
Plasman CRP-pitoisuus (P-CRP)	67	Alle 10 mg/l
Lasko (B-La)	60	Alle 30 mm/h
Plasman kreatiinipitoisuus (P-Krea)	69	50–90 µmol/l
Plasman natriumpitoisuus (P-Na)	139	137–144 mmol/l
Plasman kaliumpitoisuus (P-K)	3,7	3,3–4,8 mmol/l
Virtsan erytrosyyttimäärä (U-Eryt)	120	Alle 18 x 10 ⁶ /l
Virtsan albumiinin ja kreatiinin suhde (U-AlbKrea)	12,1	Alle 2,3 mg/mmol
Verengluukoosin paastoarvo (fP-gluk)	5,1	4,0–6,1 mmol/l
Veren HbA1c-arvo (B-HbA1c)	46	20–42 mmol/mol
Plasman ALAT-pitoisuus (P-ALAT)	16	0–35 U/l
Plasman AFOS-pitoisuus (P-AFOS)	93	35–105 U/l
Plasman bilirubiinipitoisuus (P-Bil)	14	5–25 µmol/l
Seerumin ionisoituneen kalsiumin pitoisuus (S-Ca-Ion)	1,29	1,20–1,35 mmol/l
Seerumin β2-mikroglobuliinipitoisuus (S-B2Miglo)	2,2	0,8–2,2 mg/l
Seerumin reumatekijäpitoisuus (S-RF)	alle 10	Alle 15 IU/ml
Seerumin sitrulliinipeptidipitoisuus (S-CCPAb)	1,1	0,4–7 kU/l
Seerumin tumavasta-ainemäärä (S-ANA)	Alle 80	Titteri 0–320
S-HIVAgAb	Negatiivinen	
S-HCVAb	Negatiivinen	
S-HBcAbM	Negatiivinen	
S-HBsAg	Negatiivinen	
P-CMVNh	Negatiivinen	
P-EBVnh	Negatiivinen	
Veren bakteeriviljely (B-Baktvi)	Negatiivinen	



Mikä yskitti kuusikymppistä naista?

Pitkittyneen ja epämääräisen oireilun takia potilaalta otettiin laajemmin laboratoriotutkimuksia ja hänelle tehtiin keuhkojen tietokonetomografia (TT) ja keuhkoputkien tähystys.

TT:ssä keuhkokudos näkyi muutoin normaalina, mutta siinä esiintyi kauttaaltaan lievää sentrilobulaarista nodulaarisuutta ja paikoittain silmukuviointia (KUVA).

Tähystyksessä keuhkoputkien rakenne oli normaali. Bronkoalveolaarisen huuhtelun (BAL) liuos oli kirkasta mutta hieman kokkareista. Erittelylaskennassa todettiin lisääntynyt solumäärä ja lievä neutrofilia. Hemosideriinin määrä makrofageissa oli lisääntynyt, mikä viittasi alveolaariseen verenvuotoon. Laajat infektiönäytteet jäivät negatiivisiksi.

Verikokeissa myeloperoksidaasivasta-ainepitoisuus (S-MPOAb) oli yllättäen suurentunut,

26 kU/l (viitearvo alle 2 kU/l), mutta proteiinaasi 3 -vasta-ainepitoisuus (S-Pr3) viitearvon rajoissa, alle 2,0 kU/l (viitearvo alle 2 kU/l). Laboratoriotutkimusten perusteella otettiin munaiskudoksenäyte, jossa havaittiin mikroskooppiseen polyangiittiin sopiva nekrotisoiva glomerulonefriitti.

Hoidoksi aloitettiin prednisolonin ja rituksimabin yhdistelmä, ja oireilu korjaantui nopeasti. TT:ssä näkyneet muutokset katosivat muutaman kuukauden kuluttua, eikä seurantaikäynnillä enää todettu mikroalbuminuriaa tai hematuriaa. Myös myeloperoksidaasivasta-ainelöydös korjaantui.

Mikroskooppinen polyangiitti on harvainen sairaus, jonka oireet ovat usein epäspesifiset ja infektiioonkin sopivat. Tauti ilmenee pienissä valtimoissa ja esiintyy pääosin munu-



KUVA. Potilaamme keuhkojen tietokonetomografia ennen hoitoa. Nuolenkärjet osoittavat nodulaarisuutta ja nuolet silmukuviointista.

aisissa, keuhkolöydöksiä esiintyy 22 %:ssa tapauksista ja 11 %:lla potilaista on alveolaarinen verenvuoto (1). Nykyhoidolla mikroskooppisen polyangiittin ennuste on hyvä, ja lähes kaikki potilaat saadaan remissioon.

Keuhkolääkärinä jäi kaivelemaan keuhkolöydöksen merkitys. Oliko se vaskuliittia vai kuitenkin erillinen, infektiin liittyvä, vaikka bronkoskopiassa mikrobia ei löytynytäkään? Kun 51 mikroskooppinen polyangiitti -potilaan keuhkojen TT-kuvat tutkittiin, jopa 45 %:lla tutkituista havaittiin sentrilobulaarista nodulaarisuutta (2). Kun alveolaarinen verenvuoto ja infektiotutkimusten negatiiviset tulokset otetaan huomioon, olivat potilaamme keuhkolöydökset todennäköisesti vaskuliittia aiheuttamia. Joskus siis kannattaa kaivella vähän syvempää, jos potilaan oirekokonaisuus ei sovi tavalliseen tautiin. ■

VILLE V. T. KOISTINEN, LT, FM, HuK, keuhkosairauksien ja allergologian erikoislääkäri

ILKKA ANNILA, LT, keuhkosairauksien ja sisätautien erikoislääkäri
TAYS

KIRJALLISUUTTA

1. Collins CE, Quismorio FP. Pulmonary involvement in microscopic polyangiitis. *Curr Opin Pulm Med* 2005;11:447–51.
2. Ando, Y, Okada, F, Matsudo, S, ym. Thoracic manifestation of myeloperoxidase-antineutrophil cytoplasmic antibody (MPO-ANCA)-related disease CT findings in 51 patients. *J Comput Assist Tomogr* 2004;28:710–6.