

Karita Rentto, Milla Tainio

AFTOJEN ESIINTYMINEN JA HOITO

Syventävien opintojen kirjallinen työ

Kevätlukukausi 2020

Karita Rentto, Milla Tainio

## AFTOJEN ESIINTYMINEN JA HOITO

Turun yliopisto

Lääketieteellinen tiedekunta

Hammaslääketieteen laitos

Suupatologia

Kevätlukukausi 2020

Ohjaaja: Heidi Tuominen, HLL, tohtorikoulutettava

Asiantuntijatarkastaja: Jaana Rautava, EHL, dosentti

Laajuus: 20 opintopistettä

*Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.*

# TURUN YLIOPISTO

Lääketieteellinen tiedekunta  
Hammaslääketieteen laitos

RENTTO KARITA, TAINIO MILLA: Aftojen esiintyminen ja hoito

Syventävien opintojen kirjallinen työ, 31 s.  
Suupatologia  
Maaliskuu 2020

---

Aftat ovat suun limakalvoilla esiintyviä kivuliaita haavaumia. Aftan tunnusomaisia piirteitä ovat tulehtunut, punoittava reuna-alue ja kellertävä tai harmahtava pseudomembranoottinen keskusta. Aftat jaetaan koon, lukumäärän ja vaikeusasteen perusteella kolmeen luokkaan: pienet, suuret ja herpetiformiset aftat.

Aftojen etiologia on toistaiseksi edelleen osittain epäselvä. Joillakin yleissairauksilla, kuten keliakia, Crohnin tauti, HIV ja Behcet'n tauti, on toistuville aftoille altistava vaikutus. Lisäksi joidenkin vitamiinien ja hivenaineiden puutostilat voivat osaltaan vaikuttaa lisäävästi aftojen syntyyn.

Tavallisesti aftat paranevat itsestään kahden viikon kuluessa. Tämän vuoksi hoito on pääosin oireenmukaista ja hoidon tavoitteena on lievittää kipua ja siten helpottaa syömistä. Pienten, yksittäisten, satunnaisesti ilmaantuvien aftojen hoitoon riittää apteekin reseptivapaat valmisteet, jotka pääasiassa suojaavat haavaumaa ärsykkeiltä ja siten lievittävät kipua. Kun aftat ovat suurempia tai toistuvia, voidaan hoitona käyttää paikallisia kortikosterodivalmisteita. Jatkuvasti uusiutuvien, runsaslukuisten aftojen hoidossa voidaan harkita systeemistä lääkehoitoa, kuten prednisonia tai pentoksifylliinia.

Tämän syventävien opintojen opinnäytetyön tavoitteena on perehtyä aftojen esiintymiseen, etiologiaan ja hoitoon hammaslääkärin näkökulmasta. Opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus, jossa aineistona on käytetty PubMed-tietokannasta ja Google Scholar -hakujen avulla löydettyjä artikkeleita, sekä aiheeseen liittyvää kirjallisuutta. Hakusanoina käytetty: aphthous ulcer, recurrent aphthous stomatitis, aphthae, etiology, histology, prevalence, celiac disease, Crohn disease, Behcet syndrome, treatment, topical, corticosteroid, sodium lauryl sulfate, cauterization, triamcinolone, antibiotic.

Asiasanat: afta, etiologia, esiintyvyys, hoito

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO	3
2 YLEISTÄ AFTOISTA	4
2.1 Kliiniset piirteet ja jaottelu	4
2.2 Histopatologia	7
3 ESIINTYVYYS	9
4 ETIOLOGIA	10
5 AFTOIHIN LIITTYVÄT SYSTEEMISAIRAUDET	13
6 KLIININEN EROTUSDIAGNOSTIIKKA	16
7 HOITO	19
7.1 Hammastahnan vaikutus	20
7.2 Itsehoitolääkkeet	20
7.3 Kivunlievitys	21
7.3.1 Pintapuudutteet	21
7.3.2 Kipulääkkeet	21
7.4 Hammaslääkärin määräämät valmisteet	22
7.4.1 Paikalliset kortikosteroidit	22
7.4.2 Paikalliset antibiootit	23
7.5 Laserhoito	23
7.6 Systeeminen hoito	24
8 POHDINTAA	25
LÄHTEET	28

## 1 JOHDANTO

Aftat (englanniksi "aphthous ulcers") ovat suun limakalvojen yleisin sairaus. Termi "aphthous" eli afta tulee kreikkalaisesta sanasta "aphtha", joka tarkoittaa haavaumaa (Preeti ym. 2011). Aftoista käytetään toisinaan myös nimitystä "canker sores" (Edgar ym. 2017). Säännöllisesti uusiutuvia aftoja taas voidaan kutsua nimellä uusiutuva aftoosi stomatiitti eli "recurrent aphthous stomatitis".

Aftat ovat suun alueen hyvänlaatuisia, erittäin kivuliaita haavaumia. Tyypillisiä esiintymispaikkoja ovat poskien ja huulten limakalvot, kieli ja pehmeä suulaki. Aftat jaetaan kolmeen luokkaan, joita ovat pienet aftat, suuret aftat ja herpetiformiset aftat. Aftat voivat esiintyä harvakseltaan satunnaisina yksittäisinä haavaumina, kun taas osalla potilaista niitä ilmenee toistuvina yhden tai useamman samanaikaisen haavauman jaksoina lapsuus- ja nuoruusiästä lähtien aikuisikään asti. Aftat eivät tartu ihmisestä toiseen.

Aftojen esiintyvyys vaihtelee esimerkiksi kansallisuudesta tai sosioekonomisesta ryhmästä riippuen (Regezi ym. 2017). Naisilla esiintyy aftoja enemmän kuin miehillä ja ei-tupakoivilla enemmän kuin tupakoivilla (Tarakji ym. 2015). Aftojen tarkkaa syntymekanismia ei tiedetä eli niiden etiologia on vielä toistaiseksi melko tuntematon (Preeti ym. 2011). Esimerkiksi erilaisilla systeemisairauksilla ja puutostiloilla on kuitenkin havaittu olevan osuutta toistuvien aftojen synnyssä.

Aftojen hoito on haastavaa (Edgar ym. 2017). Hoito ei ole kovin tehokasta eikä se estä aftojen uusiutumista (Slebioda ym. 2013). Hoidon pääasiallisena tavoitteena on oireiden lievittäminen, sekä mahdollisten etiologisten tekijöiden löytäminen ja eliminoiminen. Aftat ovat kivuliaita, hankaloittavat syömistä ja puhumista ja toistuvat suuret aftat voivat johtaa jopa suun avautumisrajoitukseen (Chiang ym. 2019). Tästä syystä aftojen hoidossa käytetään paikallislääkkeitä, jotka suojaavat haavaumaa ärsykkeiltä, puuduttavat arkaa limakalvoa ja pyrkivät nopeuttamaan paranemisprosessia. Hoidolla pyritään siis mahdollistamaan normaalit toiminnot, kuten syöminen mahdollisimman hyvin kivuliaista aftoista huolimatta. Vaste hoidolle on yksilöllinen ja tärkeintä onkin löytää kullekin potilaalle sopivin oireita lievittävä hoitomuoto.

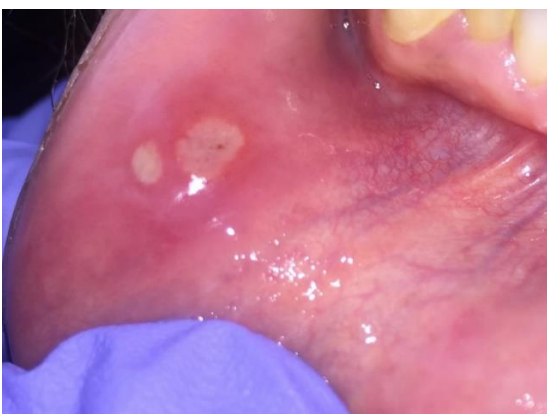
## 2 YLEISTÄ AFTOISTA

Aftat kuuluvat ulseratiivisiin (=haavaisiin) immunologisiin eli elimistön puolustusjärjestelmään liittyviin tauteihin (Regezi ym. 2017). Aftat tunnetaan erityisen kivuliaina suun alueen haavaumina (Rivera 2019). Herpes-infektiosta poiketen, aftahaavaumaa ei edellä rakkula, mutta ennen leesioita ilmestymistä potilas voi tuntea alueella kihelmöintiä ja polttelua. Aftat esiintyvät tyypillisesti kielessä, vestibulaarisella limakalvolla eli huulten ja hampaiden välisellä alueella ja posken limakalvolla, suun pohjassa ja pehmeässä suulaessa. Aftaleesioita voi kuitenkin esiintyä myös kiinnittyneellä ikenellä ja kovassa suulaessa, mutta tämä on harvinaisempaa. Tällaisessa tilanteessa onkin muistettava aftahaavauman erotusdiagnoosiikka sekundaarisesta herpeshaavaumasta ja se, että AIDS-potilailla aftan kaltaisia haavaumia voi esiintyä missä tahansa suun limakalvoilla. (Regezi ym. 2017)

Aftojen etiologia on tuntematon (Regezi ym. 2017). Aftat yhdistetään T-soluvälitteiseen immunologiseen reaktioon, jossa taustalla on antigeenisia stimuluksia (Lautala 2019). Ehdotettuja etiologisia tekijöitä ovat muun muassa mikro-organismi, hypersensitiviteetti, ravintoon liittyvät puutokset, hormonaaliset tekijät, mekaaniset vauriot ja stressi (Chiang ym. 2019). Säännöllisen toistuvasti ilmenevistä aftoista käytetään termiä toistuva aftoosi stomatiitti eli recurrent aphthous stomatitis ja tästä lyhennettä RAS, kun tilaan ei liity mitään systeemistä tautia (Rivera 2019).

### 2.1 Kliiniset piirteet ja jaottelu

Aftat ovat pyöreitä, suun liikkuvilla, keratinisoitumattomilla limakalvoilla esiintyviä kivuliaita haavaumia. Aftojen tunnusomaisena piirteenä on punainen, kehämäinen tulehtunut alue, joka ympäröi kellertävänharmaata pseudomembranoottista keskustaa. (Reznik 2005.)



Kuva 1. Kaksi aftaa alahuulen limakalvolla.

Aftat jaotellaan kolmeen luokkaan: pienet aftat (afta minor), suuret aftat (afta major) ja herpetiformiset aftat. Kaikkia luokkia yhdistää kivuliaat haavaumat: luokkia erottaa toisistaan haavaumien koko, vaikeusaste ja lukumäärä. (Regezi ym. 2017.) Aftoja esiintyy tavallisesti yleisterveillä potilailla, mutta vaikeammat esiintymät liittyvät usein immuunipuutostiloihin (Akintoye ym. 2014).

Pienet aftat ovat aftojen tavallisin muoto. Pieniksi aftoiksi luokitellaan yksittäiset, pinnalliset haavaumat, jotka ovat halkaisijaltaan alle 0,5 cm. (Regezi ym. 2017.) Haavauman muoto vaihtelee sijainnin mukaan: huulten ja poskien limakalvoilla esiintyvät aftat ovat tavallisesti pyöreitä, kun taas bukkalisessa sulkuksessa aftat ovat usein muodoltaan pitkänomaisia. Pienet aftat paranevat tavallisesti itsestään 10-14 päivässä jättämättä arpia suun limakalvoille. (Tarakji ym. 2015.)



Kuva 2. Pieni afta alahuulen limakalvolla.



Kuva 3. Suuri afta bukkalisessa sulkuksessa.

Suuret aftat muistuttavat ulkonäöltään pieniä aftoja, mutta ovat halkaisijaltaan suurempia kuin 0,5 cm. Suurten aftojen paraneminen voi kestää jopa kuusi viikkoa ja paranemisprosessiin liittyy arpimuodostusta. Suuret aftat ovat hyvin kivuliaita ja hankaloittavat syömistä. Tämä saattaa puolestaan aiheuttaa haittaa potilaan yleisterveydelle ja nostaa stressitasoja. (Regezi ym. 2017.)



Kuva 4. Suuri afta kielen sivussa.

Herpetiformiset aftat esiintyvät usean pienen haavauman ryppäinä useimmiten liikkuvan limakalvon alueella. Herpetiformiset aftat poikkeavat herpesstomatiitista siinä, että aftojen kohdalla ei esiinny haavaumia edeltävää rakkalamuodostusta, eikä haavaumista ole immunofluoresenssivärjäyksissä löydettävissä viruksen infektoimia soluja. Paraneminen kestää tavallisesti 1-2 viikkoa. (Regezi ym. 2017.) Herpetiformisia aftoja esiintyy naisilla useammin kuin miehillä ja niiden ilmaantuminen alkaa tavallisesti myöhemmällä iällä kuin suurten tai pienten aftojen (Tarakji ym. 2015).





Kuvat 5 ja 6. Herpetiformisia aftoja ikenellä.

## 2.2 Histopatologia

Aftojen diagnosointi on yleensä selvää pelkän kliinisen kuvan ja tarkan anamneesin perusteella sekä muutoksen parannuttua itsestään muutaman viikon sisällä (Rivera 2019). Biopsia on usein tarpeeton (Regezi ym. 2019). Inkiisio- tai ekskiisibiopsiaa suositellaan ainoastaan epävarmoissa tapauksissa, kun suusairaus aiheuttaa epäselvempiä haavaumia tai herättää maligniteettiepäilyä (Rivera 2019). On siis muistettava, että suusyöpä voi ilmetä esimerkiksi juuri haavaumana suussa ja jos suun haavauma ei parane kahdessa viikossa mahdollisten etiologisten tekijöiden poistamisen jälkeen, niin on syytä ottaa biopsia. Biopsia on siis aiheellinen, jos tietyssä seuranta-ajassa ei saada odotettua paranemisvastetta suussa olevalle leesiolle.

Aftoilla ei ole spesifistä mikroskooppista näkymää (Rivera 2019). Vaikka tiettyä histologista näkymää ei ole diagnosoitu, niin pääasiallisesti kaikilla aftatyypeillä on kuitenkin samat mikroskooppiset muutokset (Regezi ym. 2017). Pre-ulseratiivisissa leesioissa näyttäisi

olevan subepiteliaalisia inflammatorisia mononukleaarisoluja, runsaasti mast-soluja, sidekudoksen ödeemaa ja neutrofiileja marginaalisella rajalla (Rivera 2019). Epiteelin vaurioituminen alkaa yleensä basaalisolukerroksesta ja jatkuu kohti pinnallisempia kerroksia lopulta johtaen haavaumaan (Rivera 2019). Aftahaavauman limakalvossa esiintyy pintakudoksen nekroosia, jossa fibrinikerros peittää haavautuneen alueen (Preeti ym. 2011). Viruksen infektoimia soluja ei ole aftahaavaumassa (Regezi ym. 2017). Makrofagit ja mast-solut ovat tavallinen näkyminen haavaumissa (Regezi ym. 2017). Aftan haavaumassa nähdään siis epäspesifi tulehdus. Aftojen alueella yleisesti esiintyvillä pienillä sylkirauhasilla on mahdollisesti histologisesti nähtävissä fokaalinen periduktaalinen eli rauhastiehyen ympärillä oleva ja perialveolaarinen eli rauhasen ympäröimä fibroosi ja krooninen tulehdus. (Preeti ym. 2011.)



Kuva 7. Pieni afta alahuulen limakalvolla.

### 3 ESIINTYVYYS

Suomalaisilla aftoja esiintyy noin 20 %:lla väestöstä (Lautala 2019). Aftoista kärsii maailmanlaajuisesti arviolta yksi viidestä ihmisestä ainakin kerran elinaikanaan (Kimari 2019). Aftojen prevalenssi eli esiintyvyys vaihtelee esimerkiksi kansallisuudesta tai sosioekonomisesta ryhmästä riippuen (Regezi ym. 2017). Naisilla esiintyy aftoja enemmän kuin miehillä. Myös ei-tupakoivilla esiintyy aftoja enemmän kuin tupakoivilla. (Tarakji ym. 2015.) Tämä johtunee tupakoitsijoiden lisääntyneestä limakalvojen keratinisaatiosta, joka toimii mekaanisena ja suojaavana esteenä (Preeti ym. 2011). Toistuvan aftoosin stomatiitin (RAS) prevalenssi populaatioissa vaihtelee 5 %:sta 66 %:iin keskiarvon ollessa 20 % (Chiang ym. 2019). Prevalenssi riippuu tutkitusta populaatiosta, diagnostisista kriteereistä ja ympäristökijöistä (Akintoye ja Greenberg 2014). Pienet aftat ovat aftojen yleisin muoto ja niitä esiintyy 80 %:lla aftapotilaista (Chiang ym. 2019).

## 4 ETIOLOGIA

Aftojen etiologia on tuntematon, mutta muutamia mahdollisia syitä on esitetty ja joitakin tautitiloja on, joissa saattaa esiintyä toistuvia aftoja (Regezi ym. 2017). Aftat ovat multifaktoriaalinen eli monitekijäinen ongelma (Ujevic ym. 2015). Aftat ovat T-soluvälitteinen sairaus. Tekijöitä, jotka muotoilevat immunologista vastetta, ovat geneettinen taipumus, virus- ja bakteeri-infektiot, ruoka-aineallergiat, vitamiini- ja hivenainepuutokset, systeemisairaudet, hormonaaliset epätasapainot, mekaaniset vauriot ja stressi. (Chiang ym. 2019.)

Tarkkojen esitietojen kerääminen toistuvista tai runsaslukuisista aftoista kärsiviltä potilailta on tärkeää. Anamneesissa tulisi selvittää milloin aftoja ilmaantuu, kuinka useasti niitä tulee ja kuinka pitkään ne kestävät (Lautala 2019). Anamneesissa tulisi ottaa huomioon myös mahdollisesti jonkin trauman tai ruoka-aineen yhteys aftoihin. Koska aftat voivat liittyä johonkin systeemisairauteen kuten tulehduksellisiin suolistosairauksiin, keliakiaan ja Behcetin tautiin, puutostiloihin ja esimerkiksi stressiin, on yleisterveydentila myös selvitettävä. Siksi esimerkiksi mahdolliset mahan oireet, laihtuminen, anemiaan liittyvät oireet, limakalvojen ja ihon oireet sekä stressitaso on selvitettävä. (Lautala 2019.)

Potilaat, joilla on suvussa esiintynyt aftoja, kärsivät useammin aftojen uusiutumisista ja vakavammasta taudin kuvasta kuin potilaat, joiden suvussa ei ole esiintynyt aftoja. Geneettiset riskitekijät, jotka muokkaavat yksilön alttiutta toistuville aftoille, ovat erilaiset DNA polymorfismit potilailla. Erityisesti ne, jotka liittyvät interleukiinien (IL-1 $\beta$ , IL-2, IL-4, IL-5, IL-6, IL-10, IL-12), interferoni (IFN) - $\gamma$  ja tuumorinekroositekijä (TNF) - $\alpha$  metabolian muutoksiin, voivat muuttaa yksilön alttiutta toistuville aftoille. (Chiang ym. 2019.) Erilaisia yhteyksiä HLA-antigeenien ja toistuvien aftojen välillä on raportoitu. Nämä yhteydet kuitenkin vaihtelevat rodun ja etnisen alkuperän mukaan. (Preeti ym. 2011.)

Bakteerien (*Streptococcus oralis*, *Helicobacter pylori*) ja virusten (herpes simplex -virus, vesirokko-zoster-virus, sytomegalovirus ja adenovirukset) antigeenien on ajateltu olevan potentiaalisia tekijöitä, jotka voivat muuttaa immunologista vastetta ja aiheuttaa myöhemmin toistuvia aftoja niille alttiilla henkilöillä (Chiang ym. 2019). Vähäistä näyttöä on siitä, että bakteerit laukaisisivat aftoja. Toisaalta suuri määrä bakteereja suun normaalifloorassa saattaa heikentää ja hidastaa aktiivisten aftahaavaumien paranemista. (Edgar ym. 2017.)

Altistuminen joillekin tietyille ruoka-aineille esimerkiksi suklaalle, gluteenille, lehmänmaidolle, säilöntäaineille, pähkinöille ja elintarvikkeiden väriaineille saattaa aiheuttaa toistuvia aftoja (Chiang ym. 2019). Hammastahnoissa yleisesti esiintyvän vaahtoavan ainesosan, natriumlauryylisulfaatin, vaikutusta on epäilty toistuvien aftojen syyksi. Se saattaa hajottaa suun limakalvokerroksen paljastaen alla olevan epiteelin, mikä altistaa aптоille. (Akintoye ja Greenberg 2014.) Natriumlauryylisulfaatti siis denaturoi suun limakalvokerroksen (Edgar ym. 2017).

Ravintovaje saattaa olla yksi toistuvien aftojen taustalla vaikuttava etiologinen tekijä (Akintoye ja Greenberg 2014). Raudan, B12-vitamiinin ja foolihapon puute altistavat aftojen kehitykselle (Preeti ym. 2011). Afta-potilailla, joilla on anemia, on heikentynyt veren hapenkuljetuskyky suun limakalvoille, joka johtaa suun limakalvon surkastumiseen. Rauta on välttämätön suun epiteelisolujen normaalissa toiminnassa ja B12-vitamiinilla ja foolihapolla on tärkeä merkitys DNA-synteesissä ja solujen jakautumisessa. Atrofisen suun epiteeli hematiinipuutospotilailla saattaa selittää, miksi nämä potilaat kärsivät toistuvista aптоista. (Chiang ym. 2019.)

Naiset ovat alttiimpia saamaan aftoja kuukautiskierron luteaalivaiheessa eli ajanjaksona ovulaation jälkeen seuraavien kuukautisten alkuun ja menopaussin aikaan, kun taas ehkäisyvalmisteet ja raskausaika usein lieventävät aftojen ilmaantumista. Tämä viittaa siihen, että hormonaalisilla muutoksilla näyttäisi olevan vaikutusta aftojen kehittymiseen. (Chiang ym. 2019.)

Joillekin toistuvia aftoja saaville potilaille aftahaavaumat saattavat ilmestyä suun limakalvolle mekaanisen vaurion jälkeen. Mekaanisen vaurion kehittämän aftahaavauman syntymekanismi on kuitenkin hieman epäselvä. (Chiang ym. 2019.) Trauma altistaa aптоille todennäköisesti indusoimalla turvotusta ja varhaista tulehdusta sekä kohottamalla submukoosan solunulkoisen matriksin viskositeettia. Kaikki suun alueen traumat eivät kuitenkaan johda aптоihin, koska esimerkiksi proteesien käyttäjillä ei ole korkeaa aftojen esiintyvyyttä huolimatta siitä, että niiden käyttäjät ovat kolme kertaa alttiimpia suun limakalvojen haavaumille. Paikallinen trauma vaikuttaa siis todennäköisesti aftojen syntyyn vain niillä henkilöillä, joilla on perinnöllinen taipumus aптоille. (Akintoye ja Greenberg 2014.) Tavallista on myös, että esimerkiksi lohjenneen hampaan teräviksi jääneet reunat voivat aiheuttaa limakalvolle haavauman, joka ei ole afta.

Stressi ja psykologinen epätasapaino on yhdistetty toistuviin aftoihin (Akintoye ja Greenberg 2014). Stressi saattaa aiheuttaa immuniteettihäiriön, joka myöhemmin laukaisee aftahaavaumajakson, mutta ei vaikuta niiden kestoon (Chiang ym. 2019). Jotkin syljen koostumuksen muutokset, kuten pH, jotka vaikuttavat syljen paikallisiin ominaisuuksiin ja stressin aiheuttamaan syljen kortisolin nousuun, ovat korreloineet toistuvien aftojen kanssa (Akintoye ja Greenberg 2014).

## 5 AFTOIHIN LIITTYVÄT SYSTEEMISAIRAUDET

Huomattavin toistuviin aftoihin liittyvä sairaus on Behcetin tauti. Muita systeemitiloja, joihin aftat liittyvät, ovat Crohnin tauti, haavainen paksusuolen tulehdus, keliakia ja HIV. (Akintoye ja Greenberg 2014.) Hammaslääkäri ei kuitenkaan diagnosoi näitä systeemisiairauksia, vaan näissä tapauksissa toimitaan moniammatillisessa yhteistyössä iho- ja sisätautien kanssa. Hammaslääkäri voi olla kuitenkin avainasemassa näiden sairauksien diagnosoimisen aluille laittamisessa, sillä esimerkiksi Crohnin taudissa suuoireet voivat ilmetä ennen varsinaisia suolisto-oireita. Suolistosairaudet ovat huomattavasti yleisempiä kuin HIV, mutta sekin on hyvä osata ottaa huomioon.

Behcetin tauti on krooninen, paheneva, inflammatorinen multisysteeminen tauti, joka on etiologialtaan tuntematon (Alpsoy 2016). On ajateltu, että se on autoimmuunisairaus, jonka laukaisee esimerkiksi herpes simplex -virus, Streptococcus- tai Staphylococcus-infektio geneettisesti alttiilla henkilöllä (Adil ym. 2019). Soluvälitteisellä immunitetilla on päärooli taudin patogeneesissa (Adil ym. 2019). Taudille ominaista ovat suun aftahaavaumat, genitaalialueen haavaumat, iholeesiot ja uveiitti eli silmän sisäinen tulehdus (Paovic ym. 2013) ja verisuonten vaskuliitti (Adil ym. 2019). Toistuvat aftat ovat taudin diagnosoimisen yksi kriteeri (Chiang ym. 2019). Taudin diagnoosi on pääsääntöisesti kliininen ja diagnostisiin kriteereihin kuuluvat siis toistuva aftoosi stomatiitti ja vähintään kaksi seuraavista kliinisistä löydöksistä: toistuvat kivuliaat genitaalileesiot, okulaarileesiot (retinaalinen vaskuliitti tai uveiitti), iholeesiot (esimerkiksi eryteema nodosum, papulopustulaariset leesiot) tai positiivinen Pathergyyn testi (steriili pustula, joka ilmestyy iholle paikallisen mekaanisen vaurion jälkeen) tai CNS (=central nervous system) eli keskushermoston leesiot (esimerkiksi aivoinfrakti, meningoencefaliitti). Tauti tunnetaan myös nimellä Behcetin syndrooma tai maligni aftoosi. (Adil ym. 2019.) Taudin erotusdiagnostiikkaan kuuluvat Sweet syndrooma, eryteema multiforme ja pemfigus (Regezi ym. 2017).

Crohnin tauti on krooninen tulehduksellinen suolistosairaus (Mustajoki 2019). Gastrointestinaalikanavan eli ruansulatuskanavan oireet ovat hallitsevia taudissa, mutta suun alueen manifestaatioita saattaa myös esiintyä. Suun alueen manifestaatioiden prevalenssi vaihtelee välillä 0,5 % - 37 %. Oraalimanifestaatiot jaetaan spesifisiin ja ei-spesifisiin leesioihin. Spesifisiä leesioita ovat huulten ja poskien turvotus ja mukulakivimäiset muutokset. Ei-spesifisiä leesioita puolestaan ovat aftat, pyostomatitis

vegetans, gingiviitti eli ientulehdus ja parodontiitti eli kiinnityskudosten sairaus. (Tan ym. 2018.) Suomessa Crohnin tautiin sairastuu vuosittain noin 500 henkilöä (Mustajoki 2019).

Keliakia on autoimmuunisairaus (Maloney ym. 2014). Keliakiassa ohutsuolen epiteeli ja lamina propria vaurioituvat henkilöillä, jotka ovat geneettisesti herkkiä ja intolerantteja gluteenille (Cruz ym. 2018). Keliakiassa vehnän, ohran ja rukiin sisältämä proteiini, gluteeni, vaurioittaa ohutsuolen limakalvon nukkaa (Keliakia ja ihokeliakia sairautena. Keliakialiitto. [www.keliakialiitto.fi](http://www.keliakialiitto.fi)). Gluteenisensitiivisyys aiheuttaa villusatrofiaa, joka korjaantuu gluteenittomalla ruokavaliolla (Cruz ym. 2018). Hoitamaton keliakia sairastavilla lapsipotilailla saattaa kehittyä hampaiden kiillevaurioita ja toistuvia aftoosia haavaumia, jotka saattavat olla ainoita manifestaatioita tässä taudissa (Rashid ym. 2011). Hammaslääkäri voi havaita sattumalta näitä piirteitä ja tällöin hänen pitäisi kysyä potilaalta mahdollisista muista kliinisistä oireista, jotka voisivat puoltaa keliakian suuntaan ja selvittää onko lähisuvussa esiintynyt mahdollisesti keliakiaa (Rashid ym. 2011). Hammaslääkärillä saattaa siis olla tärkeä rooli osata löytää potilaat, joilla voi olla diagnosoimaton ja hoitamaton keliakia (Rashid ym. 2011). Keliakiaa on todettu noin 2 prosentilla suomalaisista (Mustajoki 2019). Keliakia tulisi aina diagnosoida, erityisesti lapsilla, koska se vaikuttaa lapsen kasvuun ja kehitykseen, kun ohutsuolen nukkalisäkkeet ovat tuhoutuneet ja ravintoaineet eivät pysty imeytymään (Jalanko 2019).

HIV eli human immunodeficiency virus on veriteitse tarttuva virus, joka hoitamattomana aiheuttaa immuunikatotaudin eli AIDS:n (acquired immunodeficiency syndrome) (Lumio 2019). HIV-infektioon liittyviä oraalisia muutoksia esiintyy suurimmalla osalla potilaista, mutta usein ne ovat alidiagnosoituja. Oraalimanifestaatioita ovat kserostomia, kandidaasi, karvainen leukoplakia, lineaarinen gingivaalinen eryteema, nekrotisoiva ulseratiivinen parodontiitti, Kaposin sarkooma, HPV:hen liitetyt syylät ja haavaiset sairaudet sisältäen HSV-leesiot, aftat ja neutropeeniset ulseraatiot. Immuunihäiriöisellä potilaalla nämä aftaleesiot pyrkivät persistoimaan pidempään kuin 7-14 päivän ajan. (Reznik 2005.) HIV-positiivisilla henkilöillä aftoja siis esiintyy useammin, ne kestävät pidempään ja ovat kivuliaampia kuin terveillä henkilöillä (Akintoye ja Greenberg 2014). HIV on kuitenkin melko harvinainen Suomessa, vuoden 2018 loppuun mennessä HIV tapauksia oli todettu 4 200 henkilöllä ja kun taas maailmanlaajuisesti HIV tapauksia arvioitiin olleen vuonna 2018 noin 38 miljoonalla henkilöllä (Lumio 2019). HIV:n lääkitys on nykyisellään niin hyvä, että harvoin potilaat ajautuvat immuunipuutteeseen.



Yleisin syy jaksoittaiselle kuumeelle lapsuudessa on PFAPA-syndrooma eli oireyhtymä, johon kuuluvat jaksoittainen kuume (periodic fever), aftoottinen stomatiitti (aphthous stomatitis), pharyngiitti eli nielutulehdus (pharyngitis) ja kohdunkaulan adeniitti (cervical adenitis) (Renko ym. 2019). Tämä on tärkeä erotusdiagnostinen vaihtoehto lapselle, joilla esiintyy toistuvia kuumejaksoja. Oireyhtymä on yleisin lasten autoinflammatorinen sairaus monissa osissa maailmaa. (Rydenman ym. 2019.) Oireyhtymän tarkka patogeneesi ja etiologia on edelleen tuntematon (Renko ym. 2019). Yleisesti ottaen tauti puhkeaa alle 5-vuotiaana. Kuumejakso PFAPA:ssa kestää tavallisesti 3–6 päivää ja liittyy yhteen tai useampaan pääoireeseen: aftoottiseen stomatiittiin, nielutulehdukseen ja kohdunkaulan adeniittiin. PFAPA:n hyvä tuntemus on avainasemassa, jotta potilaalle annetaan oikea hoito ja vältetään vääriä diagnooseja. (Rydenman ym. 2019.)

## 6 KLIININEN EROTUSDIAGNOSTIIKKA

On tärkeää erottaa aftahaavaumat muista suun limakalvoilla esiintyvistä sairauksista, joissa esiintyy haavaumia limakalvoilla. Yleensä nämä sairaudet voidaan erottaa aftoista leesien sijainnin tai ylimääräisen oireen perusteella (Tarakji ym. 2015).

Herpes simplex -virusinfektioissa (HSV) saattaa olla samankaltaisia leesioita kuin aftaleesiot (Tarakji ym. 2015). Erityisesti herpetiformiset aftat voidaan sekoittaa HSV tyyppi 1:n (HSV-1 tai HHV-1) aiheuttamaan infekioon (Chiang ym. 2019). Primaarisissa HSV-infektioissa esiintyy kuitenkin diffuusia ikenen punoitusta ja kuumetta, limakalvorakkuloita ja haavaumia edeltävästi. Aftahaavaumia ei puolestaan edellä kuumetta tai rakkuloita, ja niitä esiintyy melkein yksinomaan liikkuvilla suun limakalvoilla, kuten poskien ja huulten limakalvoilla, kielellä ja pehmeässä kitlaessa toisin kuin HSV-infektion aiheuttamat haavaumat, jotka esiintyvät yleensä ikenellä tai kovassa suulaessa. (Tarakji ym. 2015.)

Muita kivuliaita oraalisia haavaumatiloja, jotka muistuttavat aftoja ovat trauman aiheuttamat haavaumat, neutropenia ja rakkulataudeista pemfigus vulgaris ja pemfigoidi. Syklisessä neutropeniassa suun haavaumien esiintyminen on jaksottaista (joka 3-6 viikko) ja niiden kesto 3-5 päivää ja se on periodontaalinen eli hampaiden kiinnityskudosten sairaus. (Regezi ym. 2017.) Rakkulaiset suuleesiot, joilla on taipumus revetä tunnin sisällä ilmaantumisesta johtuen kivuliaaseen haavaumaan ovat ominaisia pemfigus vulgarikselle ja pemfigoidille. Nämä leesiot voivat sijaita sekä kiinnittyneellä että ei-kiinnittyneellä suun limakalvolla ja biopsia antaa niille ominaisen histologisen kuvan. (Tarakji ym. 2015.)

Eryteema multiformessa esiintyy myös suun alueen kivuliaita haavaumia ja ne voivat esiintyä sekä kiinnittyneellä että liikkuvalla limakalvolla ja tavallisesti siihen kuuluu huulien kuoriutumisen ja ihon makuloita ja papuloita (Tarakji ym. 2015). Erytema multiforme on tavallisimmin yksittäinen tautikerta ja sitä edeltää sekundaari herpes -infektio tai lääkitys.

Suun punajäkälä/punajäkälän kaltainen reaktio kuuluvat myös aftojen erotusdiagnostiikkaan, sillä siinä voi esiintyä ulseratiivisia leesioita. Primaaristi niitä esiintyy posken limakalvolla ja sekundaaristi ikenellä ja kovassa suulaessa. Punajäkälä ei aina ole kivulias toisin kuin aftoissa kipu on pääoireena. (Tarakji ym. 2015.) Lisäksi punajäkälän haavaumat ovat tavallisemmin laajempia ja muodoltaan vaihtelevampia, niitä on symmetrisesti ja niiden ympäristössä havaitaan vaaleaa juosteisuutta.

Aftaleesiot, erityisesti sen herpeettinen muoto, voidaan erottaa Varizella Zoster -virus (VZV-) infektiosta perustuen niiden kliiniseen ilmentymään ja oireisiin. VZV-leesiot ovat unilateraalisesti eli toispuoleisesti ekstraoraalisesti ja intraoraalisesti kolmoishermon alueella (trigeminal nerve). VZV-infektioissa esiintyy kipua ja polttelua ennen leesion puhkeamista. (Tarakji ym. 2015.)

Harvemmin esiintyvät suun virusinfektiot, kuten herpangiina ja enterorokko, pitää myös muistaa aftojen erotusdiagnostiikassa, kun ensimmäiset oireet ilmaantuvat. Coxsackie-virukseen liittyy suun haavaumia, joihin liittyy myös muita oireita, kuten heikko kuume tai pahoinvointi, ja ne häviävät 1-2 viikon kuluessa. (Tarakji ym. 2015.)

Krooninen tuberkuloosahaavauma voi näyttää suurelta aftalta, mutta tässä erotusdiagnostiikkaa helpottaa potilaan historia, koska aftahaavaumia esiintyy usein toistuvasti (Regezi ym. 2017).

## 7 AFTOJEN HOITO

Tavallisesti aftat paranevat itsestään parin viikon kuluessa (Regezi ym. 2017). Akuutti aftojen hoito on pääasiassa oireenmukaista ja hoidon tavoitteena on useimmiten lähinnä lievittää kipua ja helpottaa potilaan syömistä, puhumista ja hyvän suuhygienian ylläpitoa aftan paranemista odotellessa (Tarakji ym. 2015). Sopivin hoitomuoto valitaan potilaan oireiden vaikeusasteen, aftojen uusiutumistiheyden, sekä niiden koon ja lukumäärän mukaan (Akintoye ym. 2014). Aftojen ammattimaisessa hoidossa käytetään pääasiassa erilaisia paikallislääkkeitä – ensimmäisenä tulisi kokeilla antiseptisiä valmisteita ja paikallispuudutteita ja vasta, mikäli näiden teho oireiden lievittämisessä osoittautuu riittämättömäksi, tulisi kokeilla vahvempia hoitomuotoja, kuten paikallisia kortikosteroideja. Systemistä hoitoa käytetään vain hyvin harvoin erittäin vaikeissa tapauksissa paikallishoidon ohella. (Altenburg ym. 2014.)

Toinen tärkeä hoitotoimenpide aftapotilaan kohdalla on mahdollisten etiologisten tekijöiden eliminointi, kuten esimerkiksi hammastahnan vaihtaminen natriumlauryylisulfaatittomaan (Lautala 2019) ja ärsyttävien ruoka-aineiden, kuten happamien ruokien ja juomien välttäminen (Rivera 2019). Mikäli aftat uusiutuvat toistuvasti ja ovat runsaslukuisia, on myös tärkeää selvittää potilaan yleisterveystilaa yhteistyössä lääkärin kanssa (Chiang ym. 2019). Systemisairauden mahdollisuus tulee ottaa huomioon erityisesti tilanteissa, jossa potilas alkaa yllättäen kärsiä toistuvasta aftoosista stomatiitista, vaikka aiemmin oireita ei ole ollut. Tavallisia aftapotilailta tutkittavia verikokeita ovat verenkuva, folaatti, ferritiini, verensokeri, B12-vitamiini ja keliakiavasta-aineet. (Femiano ym. 2007.) F-Calpro on hyvä tulehduksellisten suolistosairauksien diagnostiikkaan. Aftoille altistavien sairauksien hoito tai puutostilojen korjaaminen auttaa pitkällä tähtäimellä uusien aftahaavaumien syntymisen ehkäisemisessä (Chiang ym. 2019).

Myös purentakiskon tai vastaavan yöaikaan käytettävän hammassuojan käytöllä on havaittu olevan suosiollinen vaikutus uusien aftojen syntymisen estämisessä (Tada ym. 2017). Lisäksi on havaittu, että säännöllinen tupakointi vähentää aftojen uusiutumista. Tämä perustuu nikotiinin keratinosyytteihin kohdistuvaan anti-inflammatoriseen vaikutukseen. Nikotiinilaastarin nikotiinipitoisuus ei riitä helpottamaan aftoista kärsivän potilaan oireita, mutta säännöllinen nikotiinipurukumin syöminen voi johtaa kokonaan oireettomaan tilanteeseen. (Altenburg ym. 2014.) Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että entuudestaan savuttomia potilaita tulisi kehottaa aftojen hoitona aloittamaan tupakointi tai nikotiinituotteiden käyttö. Kuitenkin esimerkiksi tilanteessa, jossa potilas yrittää lopettaa

tupakoinnin nikotiinilaastareiden avulla ja alkaa tupakoinnin lopettamisen seurauksena kärsimään toistuvista aftoista, voidaan ehdottaa kokeilemaan nikotiinilaastarin sijaan nikotiinipurukumia korvaushoitona.

Toistuvasta aftoosista stomatiitista kärsivän potilaan suun limakalvojen tilannetta tulisi akuutin hoidon lisäksi kontrolloida 3-6 kuukauden välein siihen asti, kunnes uusia aftoja ei ole ilmaantunut vuoteen (Chiang ym. 2019). Potilaat usein kärsivät kovin ja ovat huolissaan tilastaan. On tärkeää varmistaa oireenmukainen hoito siten, että potilas saa syötyä ja juotua sekä puhdistettua hampaistonsa kunnolla. Potilaan kanssa on myös varattava riittävästi aikaa, jotta heidän kanssaan kerkiää keskustella aftojen kiusallisesta, mutta vaarattomasta luonteesta, joka usein helpottaa potilaan huolestuneisuutta ja siten vähentää stressiä asiasta.

### 7.1 Hammastahnan vaikutus

Useat tavalliset hammastahnat sisältävät vaahdottavaa ja puhdistavaa ainetta nimeltä natriumlauryylisulfaatti eli SLS. Natriumlauryylisulfaatti on toksinen aine, joka saattaa pieninäkin pitoisuuksina ärsyttää ihoa ja limakalvoja. (Kimari 2019.) Natriumlauryylisulfaatin on todettu muuttavan posken limakalvon epiteelin histologista rakennetta, minkä seurauksena epiteeli muuttuu tavallista paksummaksi (Tadin ym. 2019). Tästä voi seurata aftojen muodostuksen lisäksi limakalvojen kuoriutumista. Selkeitä limakalvon muutoksia syntyy tavallisesti käytettäessä hammastahnaa, jossa natriumlauryylisulfaatin pitoisuus on 1,5 % tai enemmän, mutta joidenkin potilaiden kohdalla vaikutuksia voidaan havaita jo 0,5 %:n pitoisuuksilla. Hammastahnojen, joihin on lisätty natriumlauryylisulfaatin lisäksi antibakteerista triklosaania (riittävä pitoisuus 0,3 %), on todettu aiheuttavan vähemmän limakalvo-oireita. (Perez-Lopez ym. 2019.)

Tutkimusten mukaan natriumlauryylisulfaattia sisältävät hammastahnat pahentavat uusiutuvasta aftoosista stomatiitista kärsivien potilaiden oireita: sekä haavaumien paranemisaika, lukumäärä, uusiutumistiheys että kivuliaisuus lievittyivät siirryttäessä hammastahnaan, joka ei sisällä natriumlauryylisulfaattia. (Kimari 2019.) Aftoista kärsivän potilaan kannattaakin ainakin kokeiluluontoisesti vaihtaa vaahtoamattomaan hammastahnaan.

### 7.2 Reseptivapaat itsehoitolääkkeet

Aptekeissa on saatavilla useita erilaisia reseptivapaita itsehoitolääkkeitä aftojen hoitoon. Tavallisimpien itsehoitolääkkeiden tavoitteena on luoda aftan päälle kalvo, joka suojaa ärsytykseltä ja sekundaariselta infektiolta. (Tarakji ym. 2015) Suojaava kerros muodostuu valmisteesta riippuen tahnasta, kalvon muodostavasta geelistä tai aftan päälle asetettavasta bioadhesiivisesta suojatabletista (Burgess ym. 2008).

Osa suojaavan kalvon muodostavista geelimäisistä valmisteista sisältävät paikallispuudutetta (usein bentsokaiini) ja alkoholiin liuotettua, kemiallisesti muunneltua selluloosaa. Alkoholin haihduttua selluloosamolekyylien välille muodostuu sidoksia ja syntyy yhtenäinen suojaava kalvo. Kalvo ei kuitenkaan ole kovin pitkäikäinen, minkä takia suojageeliä tulee levittää aftan päälle useita kertoja päivässä. Syanoakrylaatista valmistetut geelit kykenevät muodostamaan suojakalvon ilman liuotinta. Syanoakrylaatin käyttö kahdesti päivässä aftojen hoidossa nopeuttaa tutkitusti paranemista 1-2 päivällä verrattuna kontrolliryhmään. (Burgess ym. 2008.)

Aftaa suojaavat bioadhesiiviset tabletit voivat sisältää esimerkiksi polysakkaridi- tai aloe vera -hydrogeeliä. Tabletti asetetaan aftan päälle, jolloin se tarttuu itsestään kiinni limakalvoon. Bioadhesiiviset tabletit ovat aftojen koon pienenemisen ja kivunlievityksen suhteen suurin piirtein yhtä tehokkaita kuin syanoakrylaattigeeli. (Burgess ym. 2008.)

Tavallisten, reseptivapaiden suuvesien positiivisesta vaikutuksesta aftojen paranemisen kannalta ei ole näyttöä. Myös klooriheksidiiniä sisältävää suuhuuhdetta on saatavilla ilman reseptiä apteekista. Klooriheksidiinilla on antiseptinen vaikutus, minkä seurauksena klooriheksidiinisuuhuuhteen päivittäisellä käytöllä on todettu olevan positiivinen vaikutus aftojen uusiutumsvälin pidentämisessä. Aftojen akuuttivaiheen hoidossa klooriheksidiinillä ei kuitenkaan ole edistävää vaikutusta paranemisajan eikä kivun lievittymisen kannalta. (Burgess ym. 2008.)

Reseptivapaana voi myös ostaa lääkkeitä, joilla aftan voi hoitaa pois kerralla (Lautala 2019). Tällaisten lääkkeiden toimintaperiaatteena on kauterisaatio, joka tarkoittaa käytännössä, että aftan pinta käsitellään kemiallisesti, jolloin haavautunut pinta syöpyy pois. Samalla pinnalliset hermopäätteet tuhoutuvat, minkä seurauksena kipu lievittyy välittömästi ja afta pysyy oireettomana lopulliseen paranemiseensa saakka. Vaikuttavana aineena voi olla esimerkiksi hopeanitraatti (pitoisuus yli 5 %) tai rikkihapon ja sulfonoitujen fenolien seos. Lääke annostellaan aftan päälle vanupuikolla. (Gül Soylu Özle 2014.) Tutkimusten mukaan nämä valmisteet lievittävät kipua tehokkaammin ja lyhentävät paranemisaikaa enemmän

kuin muut paikalliset valmisteet (Rodriguez-Argilla ym. 2017, Gül Soylu Özle 2014, Rhodus ym. 1998). Toisaalta lääkkeen applikoiminen itsessään on hyvin kivuliasta (McBride ym. 2000). Aftan kauterisoimisen haittavaikutuksena saattaa hopeanitraattia käytettäessä esiintyä argyriaa eli hopean aiheuttamaa limakalvon värjäytymistä. Tämä haittavaikutus ilmenee kuitenkin tavallisesti vasta pitkällisen käytön jälkeen. (Alidaee ym. 2015.)

### 7.3 Kivunlievitys

#### 7.3.1 Pintapuudutteet

Pintapuudutteet puuduttavat ihon tai limakalvon pintakerroksen hermopäätteet, mikä helpottaa pinnallista kipua. Pintapuudute voidaan annostella geelin, voiteen, liuoksen tai suihkeen muodossa ja osaan pintapuudutteista on lisätty makuaineita. Pintapuudute vaikuttaa infiltroitavaa puudutetta hitaammin – vaikutus alkaa 1-5:ssä minuutissa. Tehokkain vaikutus saadaan aikaan, kun puudutettava alue kuivataan ennen pintapuudutteen applikoimista. (Ogle ym. 2012.)

Pintapuudutteissa puuduteaine bentsokaiini voi olla joko purskutteluliuoksen tai geelin muodossa. Nämä valmisteet sisältävät usein myös alkoholia tai muita ainesosia. (Burgess ym. 2008) Toinen pintapuudutteissa käytettävä puuduteaine on lidokaiini, jota saa muun muassa voiteena, geelinä ja suusuihkeena. (Altenburg ym. 2014.)

Pintapuudutteen hyödystä aftojen paranemisen kannalta ei ole näyttöä, mutta näistä valmisteista on hyötyä lyhytkestoisessa kivunlievityksessä normaalin paranemisen aikana esimerkiksi syömisen helpottamisessa. Pintapuudutteiden mahdollisia haittavaikutuksia ovat allergiset reaktiot ja liiallisen käytön seurauksena lääkeinteraktiot runsaasti muita lääkkeitä käyttävillä potilailla. (Burgess ym. 2008.)

#### 7.3.2 Kipulääkkeet

Tulehduskipulääkkeillä tai parasetamolilla voidaan lievittää aftojen aiheuttamaa kipua jonkin verran aftojen ollessa kipeimmillään (McBride ym. 2000). Tulehduskipulääkkeistä yleisesti käytetyn ibuprofeenin teho aftojen aiheuttaman kivun ja limakalvoärsytyksen hoidossa ei kuitenkaan ole kovin hyvä (Borhan-Mojabi ym. 2014). Diklofenaakki sen sijaan on aftojen hoidossa tulehduskipulääkkeistä tehokkain. Diklofenaakin aikaansaama kivunlievitys perustuu sen syklo-oksigenaasientsyymien tuotantoa inhiboivaan vaikutukseen, mikä puolestaan estää arakidonihapon muuttumisen prostaglandiineiksi. Diklofenaakilla on

huomattu olevan myös natriumkanavia salpaava vaikutus, mikä saa aikaan kivun lievittymisen kipeällä alueella. (Terekji ym. 2015.)

#### 7.4 Hammaslääkärin määräämät reseptivalmisteet

Aftojen hoidossa käytetyt reseptilääkkeet ovat paikallisia ja sisältävät tavallisesti joko kortikosteroidia tai antibioottia. Näitä valmisteita on tarjolla eri muodoissa, muun muassa purskutteluliuksina, voiteina ja suihkeina. Erityisen vaikeiden ja kivuliaiden aftojen hoidossa voidaan käyttää nelosgeeliksi kutsuttua ex tempore -valmistetta, joka sisältää kortikosteroidia, lidokaiinia, klooriheksidiinia ja nystatiinia. Nelosgeeli hoitaa siten myös bakteerin tai sienen aiheuttamaa limakalvoärsytystä ja samalla puuduttaa ja desinfioi limakalvoja. (Välimaa 2015.)

##### 7.4.1 Paikalliset kortikosteroidit

Paikallisista kortikosteroideista on aftojen hoidossa eniten hyötyä silloin, kun hoito aloitetaan aikaisessa vaiheessa aftan elinkaarta (Akintoye m. 2014). Kortikosteroidilääke voi olla voiteen, tahnan, pastillin tai purskuteltavan liuksen muodossa (Hamishehkar ym. 2015). Suurten ja hitaasti paranevien leesioiden hoidossa voidaan käyttää myös suoraan aftan sisälle injektoitavaa kortikosteroidia (Akintoye ym. 2014). Paikallinen, kuuriluontoinen käyttö systeemisten kortikosteroidien sijasta on suositeltavaa haittavaikutusten välttämiseksi (Hamishehkar ym. 2015).

Potilaiden neuvominen tuotteen käytön suhteen on tärkeää; kortikosteroidia sisältäviä voidemaisia paikallislääkkeitä tulisi haittavaikutusten välttämiseksi levittää vain suoraan aftan päälle ja mahdollisimman vähän ympäröiville limakalvoille (Akintoye ym. 2014). Joitakin kortikosteroidia sisältäviä lääkkeitä myydään myös käsikauppalääkkeinä (Lautala 2019). Kortikosteroidipitoisia itsehoitolääkkeitäkin olisi kuitenkin suotavaa käyttää ammattilaisen ohjeistuksen mukaan mahdollisten haittavaikutusten minimoimiseksi (Akintoye ym. 2014).

Tavanomaisten pienten ja vähäoireisten aftojen hoitoon sopivia paikallisia kortikosteroideja ovat deksametasoni ja triamsinoloniasetonidi. Vaikeammassa, aggressiivisissa tapauksissa paikallishoidoksi soveltuu fuosinoloniasetonidi tai paikallisista kortikosteroideista tehokkain, klobetasolipropionaatti. (Chiang ym. 2019.) Yleisimmin aftojen hoitoon käytetään näistä triamsinoloniasetonidia (Hamishehkar ym. 2015).



Suun limakalvoa hoidettaessa tavoitteena on, että kortikosteroidin pitoisuus limakalvolla olisi mahdollisimman suuri suhteessa systeemisesti imeytyvän lääkkeen määrään. Imeytymiseen vaikuttaa se kuinka kauan lääkeaine on kosketuksessa limakalvon kanssa – mitä lyhyempi aika, sitä vähemmän lääkettä imeytyy verenkiertoon. Purskuteltavat kortikosteroidit ovat tästä syystä turvallisimpia, sillä ne ovat limakalvon kanssa kontaktissa vain lyhyen ajan. (Hamishekar ym. 2015.)

Paikallisten kortikosteroidien pitkäaikainen käyttö altistaa suun limakalvojen sieni-infektioille. Mikäli aftapotilaalla ilmenee suun sieni-infektio, tulee määrätä kahden viikon kuuri paikallista sienilääkettä (tavallisesti nystatiini) ja kontrolloida tilanteen paraneminen. (Chiang ym. 2019.) Muuten paikalliset kortikosteroidit ovat melko turvallisia käyttää, mutta niitäkään ei tule käyttää yhtäjaksoisesti pitkiä aikoja paikallisten limakalvovaurioiden, kuten atrofian välttämiseksi (Välimaa 2015).

#### 7.4.2 Paikalliset antibiootit

Hankalia oireita aiheuttavien aftojen hoitoon voidaan määrätä reseptillä myös antibioottia sisältäviä paikallislääkkeitä, jota käytetään muutama päivä aftan akuuttivaiheessa (Lautala 2019). Tavallisimmin antibioottihoitona käytetään 2,5 % tetrasykliiniä sisältävää purskuttelulliuosta, jota voi määrätä sekä valmiina liuksena, että veteen sekoitettavana jauheena (Altenburg ym, 2014). Hoitovaste myös paikallisantibioottihoidolle on yksilöllinen, eli tämä ei tuo helpotusta kaikille potilaille. (Lautala 2019.)

Antibioottipurskutteiden käyttö aftojen hoidossa on aiheellista lähinnä sellaisilla potilailla, joilla on suussa useita samanaikaisia haavaumia (Chattopadhyay ym. 2011). Tetrasykliiniryhmän antibiooteilla on sekä antibakteerisia, että anti-inflammatorisia vaikutuksia (Akintoye ym. 2014). Tetrasykliinipurskutteiden on havaittu lyhentävän aftojen paranemisaikaa ja vähentävän kivuliaisuutta myös potilailla, joiden aftat ovat suuria kooltaan ja resistenttejä paikallisille kortikosteroidihoidoille. (Altenburg ym. 2014) Toisaalta tetrasykliinin paikallisen käytön seurauksena myös suun limakalvojen kandidiaasin ja allergisten reaktioiden riski kasvaa (Akintoye ym. 2014). Tetrasykliini on pH-arvoltaan hapanta, minkä seurauksena liuoksen purskuttelemisen voi kirvellä jonkin verran limakalvoilla. Kirvely on kuitenkin vain väliaikaista ja sen jälkeen tilanne useimmiten paranee. (Altenburg ym. 2014.)

#### 7.5 Laserhoito

Erilaisten suun alueen leesioiden ja haavaumien hoidossa käytettyä matalatehoista laseria (LLLT eli low level laser therapy) on ehdotettu myös aftojen hoitoon. Tutkimusten mukaan matalatehoinen laser sekä vähentää aftan aiheuttamaa kipua ja epämukavuutta, että nopeuttaa haavaumien paranemista stimuloimalla paranemisprosessia. (Najeeb ym. 2016, Yilmaz ym. 2017.)

Aftojen hoidossa käytettäväksi sopii hyvin pieni, helposti siirreltävä diodilaser (Hölttä P 2012). Tutkimuksessa paras tulos kivunlievityksessä saatiin 650 nm diodilaserilla (verrokkeina 808 nm ja 450 nm diodilaserit sekä korkeatehoisiin lasereihin kuuluva 2940 nm Er:YAG-laser). Laserhoito tehdään koskematta aftaan; laserin kärki pidetään noin 2 cm päässä aftasta. Laservalo voi olla jatkuvaa tai pulssittaista. Toimenpiteen yhteydessä ei ole välttämätöntä käyttää paikallispuudutusta. (Rocca ym. 2018.)

## 7.6 Systeeminen hoito

Valtaosassa tapauksista paikallinen hoito riittää toistuvista aftoista kärsivän potilaan hoidoksi. Paikallishoidolla ei kuitenkaan voida ehkäistä uusien haavaumien muodostumista, minkä vuoksi systeemistä hoitoa voidaan poikkeuksellisen vaikeissa tapauksissa harkita potilailla, joilla esiintyy suuria aftoja tai tiheästi uusiutuvia pieniä aftoja, ja haavaumia on samanaikaisesti useita. On kuitenkin tärkeää punnita tapauskohtaisesti, ovatko systeemihoidon hyödyt varmasti mahdollisia haittavaikutuksia suuremmat. (Akintoye ym. 2014.) Aftojen paikallishoito kuuluu hammaslääkärin repertuaariin, mutta systeemihoidoja vaativa potilas tulee lähettää asiaan perehtyneen erikoislääkärin tai erikoishammaslääkärin vastaanotolle.

Hankalien suurten aftojen hoidossa käytetään toisinaan lyhyttä kuuria systeemisiä kortikosteroideja, kuten prednisonia. Pitkäaikainen kortikosteroidin käyttö pelkästään aftojen hoidossa ei ole indikoitua, sillä pitkäaikaisen kortikosteroidikuurin haittavaikutukset ovat suuremmat kuin aftapotilaan kuurista saama hyöty. (Akintoye ym. 2014.)

Kortikosteroidien lisäksi myös muilla lääkeaineilla voidaan joissain tapauksissa hoitaa toistuvia aftoja. Esimerkiksi perinteisesti kihdin hoidossa käytetyllä kolkisiinilla on havaittu olevan suotuisa vaikutus aftojen hoidossa (Akintoye ym. 2014). Paikallisiin hoitoihin reagoimattomien vaikeiden aftojen hoidossa voidaan käyttää systeemilääkityksenä myös talidomidia (Chattopadhyay ym. 2011), jonka avulla pyritään pidentämään aftojen uusiutumisväliä (Zeng ym. 2019)

## 8 POHDINTAA

Satunnaiset aftat ovat erittäin yleisiä ja toistuva aftoosi stomatiitti on yleinen sairaus, jossa toistuvia kivuliaita haavaumia esiintyy suuontelossa (Regezi ym. 2017). On mahdollista, että aftojen oirekuva vaihtelee siinä mielessä, että joskus aftat tuntuvat kivuliaampina ja joskus ei niin kivuliaina. Tämä saattaa riippua myös siitä, missä päin suun limakalvoja aftat esiintyvät ja kuinka isokokoisia ne ovat. Joskus aftat menevät ohi päivässä tai kahdessa ja joskus ne taas voivat kestää parikin viikkoa. Toisinaan aftat voivat olla niin kivuliaita, että potilaan syöminen ja puhuminen ovat vaikeutuneet. Puhevaikeuksia aiheuttavat erityisesti kielessä sijaitsevat suuret aftat. Aftojen diagnosoiminen kliinisen kuvan perusteella on tavallisimmin suhteellisen selvää. Biopsia on tarpeellinen lähinnä erotusdiagnostisista syistä.

Aftojen korkeasta esiintyvyydestä huolimatta niiden etiopatogeneesi on edelleen melko epäselvä. Useampia mahdollisia etiologisia tekijöitä on kuitenkin ehdotettu ja systeemitiloja esitetty, joihin toistuvat aftat liittyvät (Regezi ym. 2017). Hammaslääkäri voikin olla avainasemassa esimerkiksi suolistosairauksien ensidiagnosoinnissa, koska toistuvat aftat on yhdistetty esimerkiksi keliakiaan ja tulehduksellisiin suolistosairauksiin: Crohnin tautiin ja haavaiseen paksusuolen tulehdukseen (Akintoye ja Greenberg 2014). Jos potilaalla esiintyy toistuvasti aftoja, on syytä selvittää potilaan suoliston ja vatsan vointia ja jos oireita on esiintynyt, niin on tarpeen harkita potilaan lähettämistä lääkärin vastaanotolle mahdollisten systeemisairauksien poissulkemiseksi. On siis muistettava moniammatillinen yhteistyö hammaslääkärinkin työssä.

Aftojen hoitoon ei ole mitään selkeää ja kaikille potilaille toimivaa hoitopolkua ja hoitomenetelmät ovatkin lähinnä oireenmukaisia (Edgar ym. 2017). Hoidolla pyritään pääasiallisesti vähentämään kipua, nopeuttamaan aftahaavauman paranemista ja pidentämään haavattomien jaksojen kestoa. Jos jokin hoitomenetelmä ei tunnu tehoavan, ei sitä kannata käyttää, vaan siirtyä kokeilemaan jotakin toista hoitomuotoa.

Potilaat, joilla esiintyy yksittäisiä aftoja harvakseltaan, eivät välttämättä tarvitse ollenkaan hoitoa vaan voivat odotella aftan paranemista itsekseen. Yksittäisten pienten aftojen hoidossa myös apteekin käsikauppalääkkeet ovat toimiva vaihtoehto. Apteekista saatavien bioadhesiivisten suojatablettien käyttö voi olla potilaalle hankalaa: limakalvo on kuivattava

hyvin ennen kiinniasettamista, jotta tabletti kiinnittyisi siihen kunnolla. Potilaat ovat kokeneet, että tabletti on kuitenkin hyvä apu, jos sen vain saa aseteltua hyvin limakalvolle.

Tutkimusten mukaan kauterisoivat lääkkeet ovat käsikauppalääkkeistä tehokkaimpia kivunlievittäjiä (Rodriguez-Argilla ym. 2017, Gül Soylu Özle 2014, Rhodus ym. 1998). Toisaalta happoa sisältävän lääkkeen levittäminen aftan päälle on annostelun hetkellä huomattavasti kivuliaampaa kuin esimerkiksi bioadhesiivisen tabletin kiinnittäminen tai suojageelin levittäminen. On mahdollista, että sama ongelma koskee myös apteekista saatavia klooriheksidiinipurskutteita – voimakkaan makuisella liuoksella purskuttelu aftojen ollessa kipeimmillään on varmasti kivuliasta potilaalle.

Tilanteissa, joissa aftoja on samanaikaisesti useita, aftat ovat kooltaan suuria tai uusiutuvat toistuvasti, voidaan aftoja hoitaa paikallisilla kortikosteroideilla tai antibioottipurskutteilla. Näiden lääkkeiden vaikutus on yksilöllinen, minkä seurauksena voidaan joutua kokeilemaan useita valmisteita ennen kuin kullekin potilaalle löytyy sopiva helpotus aftoihin – kaikkien potilaiden kohdalla ei välttämättä auta mikään. (Lautala 2019). Systemisiä kipulääkkeitä voidaan myös käyttää aftoista kärsivän potilaan kivunlievityksessä (McBride 2000). Systemisten kipulääkkeiden käytöstä aftojen hoidossa löytyy vähäisesti spesifistä tutkimustietoa, mutta voidaan olettaa, että vaikka esimerkiksi tulehduskipulääke vaikuttaisi aftaan lievittämällä tulehdusta, afta aiheuttaa kuitenkin kipua aina kun siihen kohdistuu suussa mekaanista tai kemiallista ärsytystä.

Muiden systeemilääkkeiden kuin kipulääkkeiden käytöstä aftojen hoidossa ei Suomessa ole kovin paljoa kokemusta, mutta muissa maissa niitä käytetään enemmän aftojen hoitomenetelmänä. Mahdollinen aftojen systeemilääkitys tulee tehdä potilasta hoitavan lääkärin kanssa yhteistyössä. Hammaslääkärin hoitovaihtoehtoihin aftojen hoidossa kuuluu apteekin käsikauppavalmisteiden lisäksi lähinnä vahvemmat paikallislääkkeet kuten kortikosteroidit, sekä kipulääkkeet ja pintapuudutteet. Vaikeissa tapauksissa toistuvia aftoja tutkitaan ja hoidetaan erikoissairaanhoidossa. Tärkeä osa on poissulkea systeemisairaus aftojen ilmenemisen taustalla.

Aftojen diagnosointi ja hoito kuuluvat jokaisen hammaslääkärin työhön, sillä aftat ovat suhteellisen yleinen vaiva potilailla. Olisi hyvä osata kertoa potilaalle yleistä aftoista ja niiden mahdollisista etiologisista tekijöistä, joihin potilaskin voi itse vaikuttaa esimerkiksi

käyttämällä vaahtoamatonta hammastahnaa ja välttämällä tiettyjä ruoka-aineita, joiden on huomannut aiheuttavan tai ärsyttävän jo olemassa olevia aftahaavaumia. Potilaan huolellinen informoiminen aftojen mahdollisesta etiologiasta ja hoitovaihtoehtojen ohjaaminen on ensiarvoisen tärkeää. On myös tärkeää muistaa, että aftat voivat olla merkki taustasairaudesta, joka tulisi diagnosoida ja hoitaa.

## LÄHTEET

Adil Abdullah, Quint Jessilin M (2019): Behcet Disease. StatPearls [Internet]. Last Update: November 7, 2019. Katsottu 10.2.2020.

Akintoye SO, Greenberg MS (2014): Recurrent aphthous stomatitis. *Dent Clin North Am* 58(2):281–297.

Alidaee MR, Taheri A, Mansoori P, Ghodsi SZ (2005): Silver nitrate cautery in aphthous stomatitis: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol* 153(3): 521-525.

Alpsoy, Erkan (2016): Behçet's disease: A comprehensive review with a focus on epidemiology, etiology and clinical features, and management of mucocutaneous lesions. *The Journal Of Dermatology* 43(6):620-632.

Altenburg A, El-Haj N, Micheli C, Puttkammer M, Abdel-Naser MB, Zouboulis CC (2014): The treatment of chronic recurrent oral aphthous ulcers. *Dtsch Arztebl Int* 111(40):665-673.

Borhan-Mojabi K, Mirmiran F, Nassiri-Asl M, Nazeman P, Jahanihashemi H (2014): Therapeutic effects of "ibuprofen, diphenhydramine and aluminium MgS" on recurrent aphthous stomatitis: A Randomized Controlled Trial. *J Dent (Tehran)* 11(2):167-171.

Burgess J, van der Ven P, Martin M, Sherman J, Haley J (2008): Review of over-the-counter treatments for aphthous ulceration and results from use of a dissolving oral patch containing glycyrrhiza complex herbal extract. *J Contemp Dent Pract* 9(3):1-15.

Chattopadhyay A, Shetty KV (2011): Recurrent aphthous stomatitis. *Otolaryng Clin N Am* 44(1):79-88.

Chiang CP, Yu-Fong Chang J, Wang YP, Wu YH, Wu YC, Sun A (2019): Recurrent aphthous stomatitis – etiology, serum antibodies, anemia, hematinic deficiencies and management. *J Formos Med Assoc* 118(9):1279-1289.

Cruz IT, Fraiz FC, Celli A, Amenabar JM, Assuncao LR (2018): Dental and oral manifestations of celiac disease. *Med Oral Patol Cir Bucal* 23(6):e639-e645.

Edgar NR, Saleh D, Miller RA (2017): Recurrent aphthous stomatitis: a review. *J Clin Aesthet Dermatol* 10(3):26-36.

Femiano F, Lanza A, Buonaiuto C, Gombos F, Nunziata M, Piccolo S, Cirillo N (2007): Guidelines for diagnosis and management of aphthous stomatitis. *Pediatr Inf Dis J* 26(8):728-732

Hamishehkar H, Nokhodchi A, Ghanbarzadeh S, Kouhsoltani M (2015): Triamcinolone acetonide oromucosal adhesive paste for treatment of aphthous stomatitis. *Adv Pharm Bull* 5(2):277-282.

Hölttä P (2012): Laser – valoa hammaslääkärin työkalupakkiin. *Hammaslääkärilehti* 19(9):6-11.

Jalanko H (2019): Keliakia lapsella. *Lääkärikirja Duodecim*. Päivitetty 11.11.2019. [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi). Katsottu 9.3.2020.

Keliakia ja ihokeliakia sairautena. Keliakialiitto. [www.keliakialiitto.fi](http://www.keliakialiitto.fi) Katsottu 10.2.2020.

Kimari L (2019): Aftapotilaan hammastahnalla on väliä. *Hammaslääkärilehti* 26(1):20.

Lautala T (2019): Aftojen etiologiassa ja hoidossa on vielä mustia aukkoja. *Hammaslääkärilehti* 26(9):25.

Lumio J (2019): HIV (ihmisen immuunikatovirus); esiintyvyys, tartunta, ehkäisy. *Lääkärikirja Duodecim*. Päivitetty 5.11.2019. [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi). Katsottu 10.2.2020.

Maloney WJ, Raymond G, Hershkowitz D, Rochlen G (2014): Oral and dental manifestations of celiac disease. *N Y State Dent J* 80(4):45-8.

McBride DR, Lynn Community Health Center, Lynn, Massachusetts (2000): Management of aphthous ulcers. *Am Fam Physician* 62(1):149-154.

Mustajoki P (2019): Crohnin tauti (regionaalinen enteriitti). *Lääkärikirja Duodecim*. Päivitetty 10.4.2019. [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi). Katsottu 10.2.2020.

Mustajoki P (2019): Keliakia. *Lääkärikirja Duodecim*. Päivitetty 17.7.2019. [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi). Katsottu 10.2.2020.

Najeeb S, Khurshid K, Zohaib Z, Najeeb B, Bin Qasim S, Sohail Zafar M (2016): Management of recurrent aphthous ulcers using low-level lasers: a systematic review. *Medicina* 52(5):263-268.

Ogle OE, Mahjoubi G (2012): Local anesthesia: agents, techniques, and complications. *Dent Clin North Am* 56(1):133-148.

Paovic Jelena, Paovic Predrag, Sredovic Vojislav (2013): Behcet's disease: systemic and ocular manifestations. *Biomed Res Int* 247-345.

Pérez-López D, Varela-Centelles P, García-Pola MJ, Castelo-Vaz P, García-Caballero L, Seoane-Romero JM (2019): Oral mucosal peeling related to dentrifices and mouthwashes: a systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 24(4):e452-e460.

Preeti L, Magesh KT, Rajkumar K, Raghavendhar Karthik (2011): Recurrent aphthous stomatitis. *J Oral Maxillofac Pathol* 15(3):252-256.

Rashid M, Zarkadas M, Anca A, Limeback H (2011): Oral manifestations of celiac disease: a clinical guide for dentists. *J Can Dent Assoc* 77:b39.

Regezi Joseph A., Sciubba James J., Jordan Richard C.K. (2017): *Oral pathology: clinical pathologic correlations*. Elsevier, St. Louis, Missouri.

Renko M, Lantto U, Tapiainen T (2019): Towards better diagnostic criteria for periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and adenitis syndrome. *Acta Paediatr* 108(8):1385-1392.

Reznik, DA (2005): Oral manifestations of HIV disease. *Top HIV Med* 13(5):143-8.

Rhodus NL, Bereuter J (1998): An evaluation of a chemical cautery agent and an anti-inflammatory ointment for the treatment of recurrent aphthous stomatitis: a pilot study. *Quintessence Int* 29(12):769-773.

Rivera, Cesar (2019): Essentials of recurrent aphthous stomatitis. *Biomed Rep* 11(2):47-50.

Rocca JP, Zhao M, Fornaini C, Tan L, Zhao Z, Merigo E (2018): Effect of laser irradiation on aphthae pain management: a four different wavelengths comparison. *J Photoch Photobio B* 189(12):1-4.

Rodríguez-Archilla A, Raissouni T (2017): Randomized clinical trial of the effectiveness of complementary therapies for recurrent aphthous stomatitis. *Med Clin (Barc)* 149(2):55-60.

Rydenman K, Berg S, Karlsson-Bengtsson A, Fasth A, Wekell P (2019): PFAPA syndrome - an important differential diagnosis in children with recurrent fever. *Lakartidningen* 29:116.



Slebioda Zuzanna, Szponar Elzbieta, Kowalska Anna (2013): Recurrent aphthous stomatitis: genetic aspects of etiology. *Postepy Dermatol Alergol* 30(2):96-102.

Tada H, Fujiwara N, Tsunematsu T, Tada Y, Arakaki R, Tamaki N, Ishimaru N, Kudo Y (2017): Preventive effects of mouthguard use while sleeping on recurrent aphthous stomatitis: preliminary interventional study. *Clin Exp Dent Res* 3(5):198-203.

Tadin A, Gavic L, Govic T, Galic N, Zorica Vladislavic N, Zeljezic D (2019): In vivo evaluation of fluoride and sodium lauryl sulphate in toothpaste on buccal epithelial cells toxicity. *Acta Odontol Scand* 77(5):386-393.

Tan CXW, de Boer NKH, Brand HS (2018): Oral manifestations of Crohn's disease. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 125(1):15-20.

Tarakji B, Gazal G, Azzeghaiby SN, Al-Maweri SA, Alaizari N (2015): Guideline for the diagnosis and treatment of recurrent aphthous stomatitis for dental practitioners. *J Int Oral Health* 7(5):74–80.

Välimaa H (2015): Suun limakalvojen lääkehoidot. *Sic!* 2/2015

Yilmaz HG, Albaba MR, Caygur A, Cengiz E, Boke-Karacaoglu F, Tumer H (2017): Treatment of recurrent aphthous stomatitis with Er,Cr:YSGG laser irradiation: a randomized controlled split mouth clinical study. *J Photoch Photobio B* 170(5):1-5

Zeng Q, Shi X, Yang J, Yang M, Zhao W, Zhao X, Shi J, Zhou H (2019): The efficacy and safety of thalidomide on the recurrence interval of continuous recurrent aphthous ulceration: A randomized controlled trial. *J Oral Pathol Med Special Issue* 00:1–8.

Özler GS (2014): Silver nitrate cauterization: A treatment option for aphthous stomatitis. *J Craniomaxillofac Surg* 42(5):e281-e283