

Niina Hieta, Harry Kujari ja Tuomo Lehtonen

Silmien punajakälä – riskinä pysyvä näkövaurio

Punajakälä eli lichen planus on iholla, kynsissä ja limakalvoilla esiintyvä pitkäaikainen T-soluvälitteinen autoimmuunisairaus. Infektiot ovat taudin mahdollisia laukaisijoita. Silmien punajakälä liittyy useimmiten muiden iho- ja limakalvoalueiden, varsinkin suun ja sukuelinten alueen punajakälään. Se ilmenee pitkäaikaisena silmän pinnan tulehdustilana, jonka oireita voivat olla ärsytys, vetistys ja punoitus. Diagnoosi perustuu yleensä tyypilliseen taudinkuvaan ja punajakälän esiintymiseen muualla iholla. Varsinkin kun silmät ovat punajakälän ainoa esiintymispaikka, diagnoosiin saatetaan tarvita kudospäyte. Silmien punajakälää epäiltäessä potilas kannattaa lähettää silmälääkärille. Hoito aloitetaan paikallisilla glukokortikoiditipoilla, joihin tarvittaessa lisätään sisäinen glukokortikoidi ja toinen, yleensä immunosuppressiivinen lääkitys. Näin estetään sidekalvon kiinnikkeiden muodostus ja sarveiskalvovauriot, jotka voivat johtaa pysyvään näkökyvyn huononemiseen.

Punajakälää voi esiintyä iholla, kynsissä tai limakalvoilla. Se on pitkäaikainen T-soluvälitteinen autoimmuunisairaus, jonka aiheuttajaa ei tunneta (1). Infektiot, kuten C-hepatiitti, suun punajakälässä myös ihmisen papilloomavirus (HPV), saattavat joskus olla laukaisevia tekijöitä (1,2). Myös stressin, ahdistuksen ja kuormittavan elämäntilanteen on todettu olevan punajakälän puhkeamisen yhteydessä tavallisempia kuin verrokeilla (1). Kilpirauhasen toimintahäiriöt ovat punajakäläpotilaille tavallisempia: suomalaisilla suun punajakäläpotilaille niiden riski on yli kaksinkertainen verrokeihin nähden (3).

Punajakälän esiintyvyys on eri tutkimuksissa vaihdellut suuresti (0,22–5,0 %) (1). Suun punajakälän esiintyvyys lienee 1 %:a suurempi, ja se on naisilla yleisempi kuin miehillä (4). Punajakälä esiintyy usein samanaikaisesti monella eri anatomisella alueella ja symmetrisesti. Tuoreessa Pohjois-Suomen potilaista tehdyssä tutkimuksessa vartalo ja raajat olivat tavallisimmat punajakälän esiintymispaikat (5). Seuraavaksi yleisimpiä olivat suu (35 % potilaista) ja sukuelinten alue (20 %). Kynsissä punajakälää oli 4,5 %:lla potilaista. Harvinaisia ruokator-

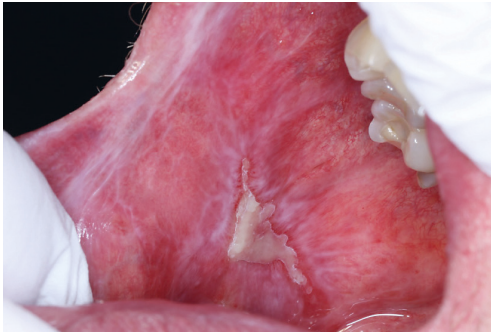
ven, silmien tai korvakäytävien punajakälä ei tutkimuksessa mainittu.

Punajakälän esiintyminen

Iho ja limakalvoalueet. Iholla punajakälä oireilee usein sinipunervina, kutisevina papuloina (**KUVA 1**). Kynnet voivat surkastua punajakälän vaikutuksesta. Suun punajakälän lievässä muodossa esiintyy verkkomaisia vaaleita juosteita, jotka voivat olla oireettomia. Eroosiiviseen suun punajakälään liittyy punoittavia, aristavia ja haavautuvia läiskiä (**KUVA 2**). Ulkosynnytin-



KUVA 1. Punajakälä vartalolla. Sinipunervat pienet papulat liittyvät paikoin toisiinsa ja muodostavat laajempia plakkeja.



KUVA 2. Suun haavautuva punajäkälä. Posken limakalvolla näkyy verkkomaisia eli retikulaarisia juosteita, limakalvojen punoitusta sekä jo hieman kuivuva haavapinta. Kuva: Jaana Willberg, TY ja TYKS Patologia ja Suu- ja leukasairauksien klinikka.



KUVA 3. Ulkosynnyttinten punajäkälä. Pitkälle ehti-neessä sairaudessa häpykieleke on peittyntynyt (kiinteä nuoli) ja pienet häpyhuulet ovat sulaneet kiinni isoihin häpyhuuliin. Emättimen aukkoa (introitus) ympäröi tarkkarajainen, usein liekkimäiseksi kuvattu punoitus (avoin nuoli).

ten alueella erosiivinen punajäkälä voi aiheuttaa kipua ja haavautumista sekä pienten häpyhuulten sulautumista isoihin ja klitoriksen peittymistä (**KUVA 3**). Peniksen alueella tyypillistä on punaisten läiskien lisäksi kiinnikkeiden kehittyminen esinahan ja terskan välille (**KUVA 4**).

Sukuelinten, suun, ruokatorven ja korvakäytävien punajäkälän vaikeassa muodossa esiintyy haavaumia ja arpeutumista (3,6–8). Korvakäytäviä lukuun ottamatta näiden alueiden punajäkälään liittyy myös suurentunut levyepiteelisyövän riski. Ihon punajäkälä rauhoittuu usein itsestään joitain vuosia kestätyään. Muiden alueiden punajäkälä on yleensä krooninen.

Punajäkälän ensisijaisia hoitoja ovat glukokortikoidivoiteet (9). Erityisesti sukuelinten alueella ja suussa voidaan käyttää myös takrolimuusi- ja pimekrolimuusivoiteita, vaikka punajäkälä ei ole niiden virallinen käyttöaihe. Valohoito, tavallisimmin kapeakaista-UVB, tehoa yleensä hyvin ihon punajäkälään. Vaikeita punajäkälän muotoja hoidetaan sisäisillä lääkkeillä, kuten suun kautta otettavilla glukokortikoideilla, metotreksaatilla, asitretiinilla ja hydroksiklorokiinilla sekä näiden yhdistelmillä (1,5,9). Näiden lääkkeiden käyttö perustuu enimmäkseen kliiniseen kokemukseen, koska tutkimusnäyttöä niiden tehosta on lähinnä suppeista satunnaistamattomista tutkimuksista ja tapausarjoista.

Silmien punajäkälän yleisyydestä ei ole tutkimuksia. Kirjallisuudessa on kuvattu alle sata potilasta, joilla punajäkälä on esiintynyt yleensä molemmissa silmissä joko ihon tai limakalvojen punajäkälän yhteydessä tai, selvästi harvemmin, silmät ovat olleet punajäkälän ainoa esiintymispaikka (10). Lisäksi on kuvattu muutama potilas, joilla punajäkälän tyypistä oireilua esiintyy karvatuppiin liittyvän punajäkälän (lichen planopilaris) tai valoalueiden ja taiteiden harmaanruskeina läiskinä esiintyvän punajäkälän (lichen planus pigmentosus) yhteydessä (10). Erityistä silmien punajäkälän laukaisevaa syytä ei useimmiten ole, vaan se liittyy muiden alueiden aktiiviseen tautiin.

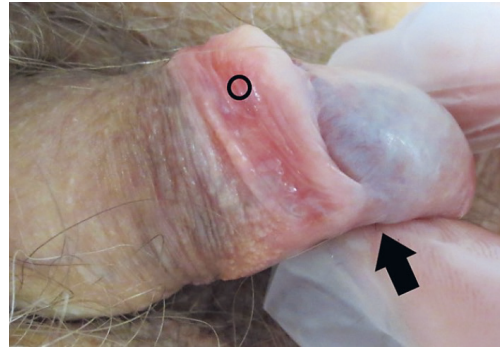
Potilaista 83 % on naisia, ja tyypillinen potilas on keski-ikäinen tai tätä vanhempi nainen, jolla on punajäkälää myös suussa, ulkosynnyttimissä ja emättimessä (10). Vaikeinta arpeutavaa tautimuotoakin on kuvattu eniten naisilla, joilla erosiivista punajäkälää esiintyy näillä samoilla alueilla (11). Myös kahdella lapsipotilaalla on todettu silmien punajäkälää, toisella yhdessä Sjögrenin oireyhtymän ja toisella hiuspohjan lichen planopilariksen kanssa (12,13).

Lisäksi on kuvattu brimonidiinisilmätippojen laukaisema toispuolinen, pitkäaikaisena sidekalvotulehduksena oireillut silmän punajakälä potilaalla, jolta ei löytynyt muiden alueiden punajakälää (14).

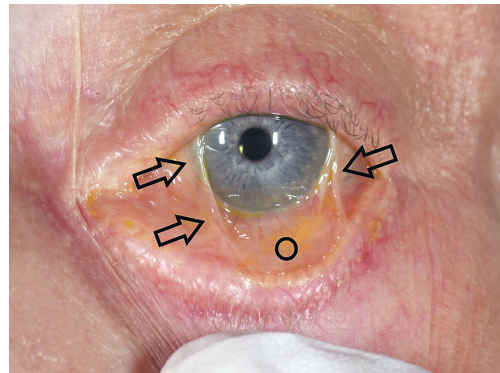
Silmien punajakälän oireet ja löydökset

Silmien alueella punajakälä voi vaurioittaa silmäluomia, sidekalvoa, kyynelkeitä, sarveiskalvoa ja kovakalvoa (1,15). Tavallisia oireita ovat kuivasilmäisyyden kaltaiset silmän pinta-oireet, kuten roskan tunne ja näöntarkkuuden vaihtelu. Silmien punoitus ja niukka sitkeä erite ovat tavallisia varhaisia löydöksiä (1,16). Joillain potilailla voidaan todeta valkoisia arpijuosteita silmäluomien sidekalvolla (17). Oireiden voimakkuuden vaihtelu taudin alkuvaiheessa on punajakälälle tyypillistä (10). Sekä silmäluomen reunan Meibomin rauhaset että silmäripsiin liittyvät Mollin rauhaset ja Zeisin rauhaset voivat tulehtua ja tukkeutua (18). Myös silmäluomen epiteelin limaa erittävien pikarisolujen määrä voi vähentyä (16). Rauhasen puutteellinen toiminta kiihdyttää silmän pinnan tulehdustilaa heikentämällä kyynelnesteen laatua. Silmien vaikeaankin vetistykseen johtava kyynelkanavien useimmiten molemminpuolinen ahtauma, joko kyynelpisteessä tai muualla kyynelteissä, on myös melko tavallinen löydös (19). Kovakalvotulehduksen eli skleriitin kehittyminen on harvinaista, samoin silmän pinnan levyepiteelinooplasiaa muistuttavien sidekalvon dysplastisten muutosten (15,20).

Silmien punajakälään kuten muihinkin arpeuttaviin sidekalvotulehduksiin voi liittyä silmäluomen sidekalvon fibroosia sekä silmäluomen ja silmämunan sidekalvon yhteenkasvettuma (KUVA 5) (11,18). Löydöksenä voi olla yksittäinen kiinnike tai alemman sidekalvopohjukan mataloituminen ja jopa häviäminen. Silmäluomen reuna ja siten myös silmäripset saattavat arpeutumisen seurauksena kääntyä sisäänpäin ja alkaa hangata sarveiskalvoa, mikä aiheuttaa sarveiskalvon asteeltaan vaihtelevaa haavautumista, altistaa sarveiskalvon infektioille ja voi aiheuttaa vaikeaa silmäkipua.



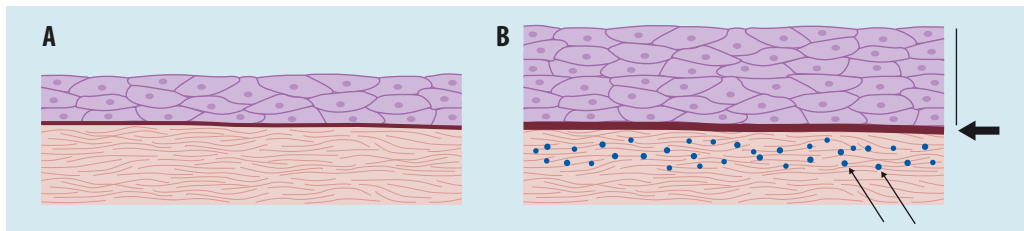
KUVA 4. Esinahan ja terskan punajakälä. Esinaha on paikoin tarttunut kiinni terskan tyveen osin peittäen sulkusalueen (nuoli). Esinahan sisäpinnalla on punoitava, erooitunut alue (rengas).



KUVA 5. Arpeuttava sidekalvotulehdus. Sekä silmän sisä- että ulkonurkasta kasvaa arpikiinnikettä, joka yhdistää alaluomipohjukan ja silmämunan sidekalvoa (nuolet). Sidekalvopohjukka on mataloitunut eli ei muodosta enää normaalia taskua (rengas). Arpeutumisen on tuhonnut osan silmäripsien karvatupista.

Silmäluomen reunan keratinisoituminen lisää mekaanista vauriota. Sarveiskalvovauriot voivat johtaa näön pysyvään heikkenemiseen (10). On epäselvää, voiko punajakälä aiheuttaa itsenäisesti tulehdusreaktion sarveiskalvolle vai syntyykö keratiitti toissijaisesti silmän muun pintasairauden seurauksena. Keratiittiin voi liittyä myös anteriorinen uveitti eli suonikalvoston tulehdus (17).

Harvinaiseen lichen planus pigmentosukseen on muutamassa tapausselostuksessa kuvattu liittyvän silmäluomien ulkopinnan hyperpigmentaatiota ja yhdellä potilaalla myös sidekalvon ja sarveiskalvon mustia pisteitä (15). Toisen harvinaisen punajakälän muodon, lichen planopilariksen yhteydessä esiintyneen silmien punajakälän oireet ovat olleet erilaiset



KUVA 6. Sidekalvon histologia. A. Terve sidekalvo. B. Punajäkälän vaurioittamalla sidekalvolla paksuuntunut epiteeli (pystyviiva), paksuuntunut tyvikalvo (leveä nuoli) ja tulehdussoluja (kapeat nuolet) dermiksessä.

kaikilla kuvatuilla potilailla ja vastanneet edellä kuvattuja, silmien punajäkälässä yleisesti esiintyviä oireita (15).

Diagnosointi

Kliiniset löydökset. Silmät ovat harvoin punajäkälän ensimmäinen oireileva alue. Silmien punajäkälää tulisi siksi epäillä, kun potilaalla on pitkäaikainen ja erityisesti arpeuttava sidekalvotulehdus sekä punajäkälään sopivia oireita muilla anatomisilla alueilla. Silmien punajäkälää on ehdotettu myös seulottavaksi potilailta, joilla on erosiivinen limakalvojen punajäkälä (21).

Alkuvaiheessa punajäkälän aiheuttaman sidekalvotulehduksen oireet voivat muistuttaa tavanomaista kuivasilmäisyyttä. Kuivasilmäisyyden oireita ja vakavuutta voidaan arvioida kysymällä potilaalta tyypillisistä oireista, joita ovat roskan tunne, kutina, kirvely, punoitus ja näön vaihtelu (22). Kuivasilmäisyyden hoitona ovat säännöllisesti käytetyt, mieluiten säilöntäaineettomat kostutustipat, luomireunan omatoiminen puhdistus ja tarvittaessa alkuvaiheessa kromoglikaattia sisältävät valmisteet silmän pinnan ärsytystä rauhoittamaan (22). Jos silmien punoituksesta, kirvelystä ja roskan tunteesta kärsivä potilas ei saa näistä riittävää apua, on hänet syytä ohjata silmälääkäriin, samoin jos jo ensimmäisellä käynnillä on todettavissa kiinnikkeitä tai muita muutoksia silmän pinnalla.

Silmien punajäkälän toteaminen vaatii silmälääkärin rakolampun avulla suorittaman tutkimuksen (10). Arpikiinnikkeet ovat tulehduksessa silmässä aina merkittävä löydös. Punajäkälää epäiltäessä ja muutenkin vetistystysoireen etiologiaa tutkittaessa silmälääkäri voi huuhdel-

la kyyneltietä kyynelpisteen kautta mahdollisen arpeutumisen toteamiseksi (21). Jos havaitaan tukos (eli neste palaa silmän pinnalle), kyynelteihin erikoistunut silmälääkäri voi tutkia kyynelkanavan reitin koettimen (sondi) avulla. Sidekalvon kudoksenäytteen avulla voidaan usein vahvistaa diagnoosi (10). Koska kudoksenäytettä voi olla vaikea saada ja se voi jäädä epäspesifiseksi, on myös tyypillisten silmäoireiden ja muulta anatomiselta alueelta kudoksenäytteestä vahvistetun punajäkälän ehdotettu riittävän diagnoosiin (11).

Histologiset löydökset. Silmien punajäkälän erottaminen muista arpeuttavista sarveiskalvon ja sidekalvon sairauksista vaatii usein kudoksenäytteen histologiseen ja immunofluoresenssitutkimukseen (18). Limakalvojen histopatologiset löydökset ovat jonkin verran erilaiset kuin ihon punajäkälässä eivätkä aina kudoksenäytteessä yhtä selkeitä (1). Kudoksenäytteen ottajan kannattaa muistaa ehdottaa punajäkälää kudoksenäytepyynnössä.

Alaluomen sidekalvolta otettavassa kudoksenäytteessä löydökset ovat usein sekä ihon että silmän punajäkälälle tyypilliset. Histologisessa tutkimuksessa paksuuntunut epiteeli ja lymfosityytti-infiltraatti epiteelin alaosassa paksuuntuneen tyvikalvon päällä ovat diagnostisia löydöksiä (KUVA 6) (11). Immunofluoresenssitutkimuksessa tyypillinen löydös on katkonainen fibrinogeenikerros tyvikalvolla (23). Erotusdiagnostiikassa on huomioitava limakalvo- eli arpipemfigoidi (mucous membrane pemphigoid), jossa C3, immunoglobuliini (Ig)G, IgM tai IgA saattavat värjäytyä (24).

Erotusdiagnostiikka. Lieväasteisen punajäkälän aiheuttaman sidekalvotulehduksen erottaminen tavanomaisesta kuivasilmäisyydestä ei ole helppoa. Tyypillisiä muita pitkäkestoisia

TAULUKKO 1. Silmien punajakälän erotusdiagnostiikka. Oireet ja löydökset silmän eri osissa ja silmän ulkopuolella.

Erotusdiagnostiset sairaudet	Silmäluomet	Sidekalvo	Sarveiskalvo	Silmän ulkopuoliset oireet ja löydökset sekä anamnestiset tiedot
Punajakälä	Ripsirajan rauhas- ten tulehdus ja tukkeumat, reunan sisäänpäin käänty- minen	Punoitus, niukka sitkeä erite, vetistys Myöhemmin kiinnikkeet, sidekalvopohjukan mata- loituminen	Tulehdus, sarveiskal- von haavaumat	Kutiava ihottuma vartalolla ja raajoissa Kipu ja haavautuva ihottu- ma suussa ja sukuelimissä
Primaarinen tai lääkkeestä johtuva kuivasilmäisyys	Meibomin rauha- set tukkeutuneet, pullottavat kanava- aukot ja punoittava luomireuna	Punoitus ja verestys, kyynelnesteen erityksen väheneminen, vetistys	Pistemäinen värjäy- tyminen fluoreseiini- värjäyksessä	Lääkitystiedot Oireiden selvä lieittyminen kuivasilmäisyyden hoidolla
Silmäluomien ruu- sufinni eli rosacea	Luomirajan rau- has-ten ärsytys ja tulehdus, toistuvat luomirakkulat	Punoitus, ärsytys, kui- vuuden tunne	Tulehdus mahdol- linen	Kasvojen punoituslehahtelu ja papulointi
Atooppinen ek- seema	Silmäluomien ulkopintojen kutina, punoitus, jäkälöity- minen ja hilseily	–	–	Hilseilevä ekseema varsinkin kasvoilla ja taiteissa
Limakalvopemfi- goidi	Myöhäisvaiheessa kiintoluomi tai reu- nan ja silmäripsien sisäänpäin käänty- minen	Aluksi kuivuus, roskan tunne, punoitus, myö- hemmin arpinkuroumat	Myöhäisvaiheessa kuivuminen ja sar- veistuma Sokeuteen johtava uudissuonitus	Suun ja sukuelinten alueen rakkulat, haavat ja eroosiot Spesifiset vasta-aineet sero- logiassa ja IF-näytteessä
Lineaarinen IgA- tauti	–	Aluksi punoitus, vetistys, kipu ja roskan tunne Myöhemmin kiinnikkeet luomen ja silmän pinnan sidekalvon välissä	–	Iholla helminauhamaisia kutisevia rakkuloita, suussa rakkuloita ja haavaumia IF-näyte
Stevens–Johnsonin oireyhtymä ja tok- sinen epidermaali- nen nekrolyysi	Punoitus ja turvotus	Verestys, ärsytys ja pseu- domembraanit	Haavaumat	Taudinkuva vaikea ja nope- asti (päivissä) etenevä Erythema multiformen tyyppinen laaja-alainen, myöhemmin rakkuloiva ihottuma sekä rakkulat ja rikkoumat limakalvoilla
Tali-ihottuma eli seborrooinen ek- seema	Punoitus ja hilseily silmluomissa	–	–	Hiuspohjan, kulmakarvojen, parta-alueen, nenänpielten, korvantaustojen, rintake- hän, kainaloiden ja nivustai- peiden rasvahilseily
Sjögrenin oireyh- tymä	–	Kuivuus, kirvely, roskan tunne ja valonarkuus sekä sidekalvojen pu- noitus	–	Kuiva suu Autovasta-aineet (reumate- kijä, tumavasta-aineet, SS-A- ja SS-B-vasta-aineet)

IF = immunofluoresenssi; IgA = immunoglobuliini A; SS-A- ja -B-vasta-aineet = Sjögrenin oireyhtymän vasta-aineet

silmän pinnan tulehdustiloja aiheuttavat atooppinen keratokonjunktiviitti, okulaarinen ruusu-
finni ja paikallinen glaukoomalääkitys. Arpeut-
tavista sidekalvotulehduksista limakalvopemfi-
goidi on tärkeä erotusdiagnostinen vaihtoehto
(25). Erotusdiagnostiikkaa kuvataan **TAULUKOS-
SA 1**.

Hoito

Yleissilmälääkäri voi yleensä diagnosoida ja
hoitaa silmän punajakälän. Silmän etuosan
hoitoon erikoistunut silmälääkäri saattaa olla
tarpeen erityisesti, jos potilaalle on kehittynyt
sarveiskalvon vaurioita.

TAULUKKO 2. Silmien punajäkälän hoitoon paikallisesti käytettyjä lääkkeitä.

Valmisteryhmä	Vaikuttava aine	Käytetty annos	Viite
Glukokortikoidi	Fluorometoloni 1 mg/ml, silmätipat, suspensio ¹	2 tai 4 x/vrk	(11,27)
	Deksametasoni ² 1 mg/ml, silmätipat ¹ ja voide	4 tai 5 x/vrk	(18,28)
	Prednisoloni 5–10 mg/ml, silmätipat ^{1,3} ja 5 mg/ml, voide	4 x/vrk	(26)
	Hydrokortisoninatriumfosfaatti 3,35 mg/ml	4 x/vrk	(29)
Kalsineuriinin estäjä	Siklosporiini 1 mg/ml, emulsio	2 tai 4 x/vrk	(11,18,23,26,28)
Integriiniantagonisti	Lifitegrasti 50 mg/ml ⁴	2 x/vrk	(30)

¹Sisältää säilöntäainetta

²Käytön yhteydessä kehittyi neurotrofinen sarveiskalvon haavauma (13)

³Saatavana myös säilöntäaineeton muoto

⁴Tapauselostuksessa hoidettiin potilasta, jolle prednisolonihoitoon yhteydessä oli kehittynyt glaukooma. Erityislupavalmiste, ei korvattavuutta.

TAULUKKO 3. Silmien punajäkälän hoitoon käytettyjä sisäisiä lääkkeitä.

Valmisteryhmä	Vaikuttava aine	Käytetty annos	Viite
Immunosuppressiiviset lääkkeet	Mykofenolaatti	1 000 mg 2 x/vrk	(23,31)
	Metotreksaatti	7,5–15 mg kerran viikossa	(12,32)
	Predniso(lo)ni	0,5–1 mg/kg/vrk	(11,23,28)
	Siklosporiini	3–5 mg/kg/vrk	(23,27)
	Atsatiopriini ¹	150 mg/vrk	(18,23)
	Syklofosfamidi	2 g i.v. 6 viikon välein	(33)
	Rituksimabi	480 mg/m ² kahdesti kolmen viikon välein (lapsipotilas)	(13)
Muut lääkkeet	Hydroksiklorokiini ²	EM; 200 mg x 2/vrk	(11,32)
	B3-vitamiini ^{2,3}	EM	(11)
	Dapsoni ²	EM	(11)
	Doksisykliini ²	EM; 100 mg 1 x/vrk ⁴	(11,27)

EM = ei mainittu; i.v. = laskimoon

¹Tiopuriini-S-metyylitransferaasin (TPMT) entsyymiaktiivisuus mitattava ensin

²Aloitettu ensisijaisesti muun alueen punajäkälän hoitoon

³Saatavana yhdistelmävalmisteissa ja luontaistuotteena

⁴Yhdessä paikallishoidon ja suun kautta otettavan prednisolonin kanssa

Paikallishoito riittää usein silmän pinnan lievään punajäkälään, jos se päästään aloittamaan taudin alkuvaiheessa (10). Säilöntäaineettomien silmäkosteutustippojen käyttöä on syytä jatkaa. Kuivasilmäisyyden tyyppistä oiretta voidaan tarvittaessa lievittää ajoittain käytettävillä kromoglikaattitipoilla. Ensisijaisena hoitona on käytetty glukokortikoidia ja siklosporiinia sisältäviä silmätippoja joko erikseen tai yhdistelmänä (TAULUKKO 2) (10,11,18,26–30).

Sisäinen lääkitys tulisi aloittaa riittävän aikaisin, ellei paikallishoidosta yksinään saada riittävää hyötyä. Hoidon riittävän varhainen aloitus saattaa vaikuttaa taudin ennusteeseen,

sillä pitkäkestoinen tulehdus voi aiheuttaa pysyviä muutoksia silmän pinnan kudoksissa. Hoitoon kannattaa yhdistää systeemisen glukokortikoidin lisäksi toinen immunosuppressiivinen lääkitys, kuten siklosporiini, atsatiopriini, metotreksaatti, mykofenolaatti tai syklofosfamidi (TAULUKKO 3) (10,11,31–33). Näiden lisäksi silmien punajäkälän hoitoon on käytetty dapsonia ja doksisykliiniä. Yhden lapsipotilaan vaikean silmien punajäkälän hoidossa rituksimabi rauhoitti tilanteen pitkäaikaisesti (13). Muun alueen punajäkälään aloitettuja lääkityksiä, joista on ollut hyötyä myös silmien punajäkälässä, ovat niasiiniamidi (B3-vitamiini) ja hydroksiklorokiini (11).

Useat tapausselostuksissa ja tapaussarjoissa kuvatut potilaat olivat tarvinneet paikallishoidon ja ainakin kahden sisäisen lääkkeen yhdistelmää taudin rauhoittamiseksi. Usein lääkitys aloitettiin suureholla annoksella, ja oireilun lievittyessä lääkitystä pienennettiin. Ylläpitohoito on yleensä tarpeen, koska hoidon tauotuksen jälkeen punajäkälä usein aktivoituu uudelleen (18,24).

Tiedot systeemisten hoitojen tehosta perustuvat tapausselostuksiin, eikä niiden keskinäisestä tehosta ole tutkimuksia. Luontevinta lie-nee aloittaa hoito systeemisen glukokortikoidin lisäksi sellaisella immunosuppressiivisella lääkkeellä, jonka käytöstä hoitavalla lääkäriellä on jo kokemusta. Potilaan muut lääkitykset ja mahdolliset vasta-aiheet huomioidaan. Lääkitykset vaativat laboratorioseurantaa ja glukokortikoidien osalta tarvittaessa myös osteoporoosin kehittymistä estävää lääkitystä (34). Muiden limakalvoalueiden punajäkälän hoidossa usein hyödyllisiä retinoideja (asitretiinia tai isotretinoiinia) ei kannattane silmien punajäkälään käyttää niiden silmiä kuivattavan vaikutuksen vuoksi.

Kirurginen hoito. Ajoissa aloitettu konservatiivinen hoito voi estää pysyvät vauriot silmän pinnassa ja siten näkökyvyn menetyksen. Arpeutunut kyyneltie voi vaatia korjaavan toimenpiteen, jos silmän vetistys aiheuttaa haittaa (11). Tietyissä tapauksissa tämä edellyttää arpeuman ohittavaa kanavointia. Sarveiskalvon paikkaus amnion- eli vesikalvolla tai jopa sarveiskalvonsiirto voi olla tarpeen, jos sarveiskalvoon tulee paranemattomia haavaumia tai se puhkeaa (10). Punajäkälä tulisi saada hoidolla rauhalliseen vaiheeseen ennen sarveiskalvonsiirtoa.

Lopuksi

Silmien punajäkälää tulee osata epäillä ja etsiä, kun silmäoireisella potilaalla on punajäkälää muualla iholla tai limakalvoillaan, ja myös kun iho-oireettomalla potilaalla on huonosti hoitoon vastaavaa silmän pintaosien oireilua, varsinkin kyynelteiden tukkeutumista tai kiinnikemuodostusta sidekalvoilla. Mahdollisimman varhainen diagnoosi ja tehokas hoi-

Ydinasiat

- ▶ Silmien punajäkälän oireita ovat yleensä aluksi kuivasilmäisyys, myöhemmin vetistys ja kipu.
- ▶ Arpeuttava sidekalvotulehdus ja sarveiskalvon vauriot voivat olla punajäkälän aiheuttamia.
- ▶ Tyypillinen potilas on keski-ikäinen tai tätä vanhempi nainen, jolla on punajäkälää myös suussa, ulkosyntyttimissä ja emättimessä.
- ▶ Pitkäkestoinen silmän pintaoireilu, kuten huonosti hoitoon vastaava kuivasilmäisyys on aihe konsultoida silmälääkärinä.
- ▶ Varhainen diagnoosi ja hoito ovat tärkeitä näön pysyvän huononemisen estämiseksi.

to vähentävät arpeutumisriskiä (24). Potilas kannattaa lähettää silmälääkärille, jos hänellä on säännöllisestä kostutustippojen käytöstä huolimatta haittaavia oireita tai jos jo hoidon alkaessa voidaan todeta arpeutumista, sarveiskalvovaurioita tai näön heikkenemistä.

Paikallinen lääkitys tehoaa usein hyvin silmien punajäkälään. Sisäinen lääkitys kannattaa valita siten, että se tehoaisi mahdollisimman hyvin kaikilla punajäkälän osalta oireilevilla alueilla. Lääkityksessä painotetaan vaikeimmin oireilevia alueita. Yhteistyö silmälääkärin, potilaan oireilevien alueiden mukaisesti tarvittaessa ihotautilääkärin, gynekologin, hammaslääkärin, gastroenterologin ja korvalääkärin sekä potilaan oman yleislääkärin kanssa on tärkeää hoidon onnistumiseksi. ■

NIINA HIETA, LT, ihotautien ja allergologian erikoislääkäri, kliininen opettaja
Turun yliopisto ja Tyks, ihoklinikka

HARRY KUJARI, LL, patologian erikoislääkäri
Tyks, patologia ja Turun yliopisto, patologia

TUOMO LEHTONEN, LL, silmätautien erikoislääkäri, kliininen opettaja
Turun yliopisto ja Tyks, silmäklinikka

VASTUUTOIMITTAJA
Seppo Meri

KIRJALLISUUTTA

1. Gorouhi F, Davari P, Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. *Scientific World J* 2014;2014:742826.
2. Syrjänen S, Lodi G, von Bültzingslöwen I, ym. Human papillomaviruses in oral carcinoma and oral potentially malignant disorders: a systematic review. *Oral Dis* 2011;17:58–72.
3. Salo T, Sipilonen M. Suun punajäkälä. Lääkärin käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2024. www.terveysportti.fi.
4. Carrozzo M. How common is oral lichen planus? *Evid Based Dent* 2008;9:112–3.
5. Anttonen V, Pöykkö E, Kiviniemi E, ym. Characteristics, comorbidities, and treatment practices of lichen planus in Northern Finland: a register-based study among 619 subjects. *Health Sci Rep* 2023;6:e1327. DOI: 10.1002/hsr.2.1327.
6. Hieta N, Kero K. Sukupuolielinten ihottumat. *Suom Lääkäril* 2016;71:131–7.
7. Hieta N, Kujari H, Voutilainen M. Ruokatorven punajäkälä on harvinainen mutta alidiagnosoitu. *Suom Lääkäril* 2021;76:1877–81.
8. Hieta N, Ventelä S, Kujari H. Korvakäytävän punajäkälä - diagnosoitiin varhain kuulon heikkenemisen estämiseksi. *Duodecim* 2022;138:685–9.
9. Ioannides D, Vakirlis E, Kemény L, ym. European S1 guidelines on the management of lichen planus: a cooperation of the European Dermatology Forum with the European Academy of Dermatology and Venereology. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020;34:140–14.
10. Ruiz-Lozano RE, Hernández-Camarena JC, Valdez-García JE, ym. Ocular involvement and complications of lichen planus, lichen planus pigmentosus, and lichen planopilaris: a comprehensive review. *Dermatol Ther* 2021;34(6):e15137. DOI: 10.1111/dth.15137.
11. Brewer JD, Ekdawi NS, Torgerson RR, ym. Lichen planus and cicatricial conjunctivitis: disease course and response to therapy of 11 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011;25:100–4.
12. Igras E, Kennedy S, MacDermott EJ, ym. Isolated ocular lichen planus in a child. *J AAPOS* 2015;19:381–3.
13. Bevans SL, Theos AJ, Fowler PG, ym. Pediatric ocular lichen planus and lichen planopilaris: one new case and a review of the literature. *Pediatr Dermatol* 2018;35:859–63.
14. Ventura-Abreu N, Fernández-Aceñero MJ, Narváez-Palazón C, ym. Brimonidine-induced unilateral ocular lichen planus: a case report. *Arq Bras Oftalmol* 2019;82:236–8.
15. Shoughy SS. Unusual ocular presentation in a patient with lichen planus. *Can J Ophthalmol* 2018;53:e122–4. DOI: 10.1016/j.jcjo.2017.09.016.
16. Şanlı B, Çetin EN, Bir F, ym. Conjunctival impression cytology, ocular surface and tear-film changes in patients with lichen planus. *Clin Exp Dermatol* 2012;37:341–5.
17. Rhee MK, Mootha VV. Bilateral keratoconjunctivitis associated with lichen planus. *Cornea* 2004;23:100–5.
18. Rozas Muñoz E, Martínez-Escala ME, Juanpere N, ym. Isolated conjunctival lichen planus: a diagnostic challenge. *Arch Dermatol* 2011;147:465–7.
19. Durrani OM, Verity DH, Meligoni G, ym. Bicanalicular obstruction in lichen planus: a characteristic pattern of disease. *Ophthalmology* 2008;115:386–9.
20. Ramos-Esteban JC, Schoenfield L, Singh AD. Conjunctival lichen planus simulating ocular surface squamous neoplasia. *Cornea* 2009;28:1181–3.
21. Webber NK, Setterfield JF, Lewis FM, ym. Lacrimal canalicular duct scarring in patients with lichen planus. *Arch Dermatol* 2012;148:224–7.
22. Uusitalo H, Nättinen J, Aapola U. Monimuotoinen kuivusilmäisyys. *Duodecim* 2022;138:1667–74.
23. Thorne JE, Jabs DA, Nikolskaia OV, ym. Lichen planus and cicatrizing conjunctivitis: characterization of five cases. *Am J Ophthalmol* 2003;136:239–43.
24. Crosby MB, Crosby CV, Wojno TH, ym. Conjunctival lichen planus in a patient with herpes simplex virus keratitis. *Cornea* 2009;28:936–7.
25. Matela A-M, Salo T. Limakalvopemfigoidi oireilee suussa ja silmissä. *Duodecim* 2020;136:275–83.
26. Pakravan M, Klesert TR, Akpek EK. Isolated lichen planus of the conjunctiva. *Br J Ophthalmol* 2006;90:1325–6.
27. Sinha A, Pradhan S. A case of Hewitt-Pelisse syndrome (vulvovaginal-gingival lichen planus) with ocular and duodenal involvement. *Indian J Dermatol* 2022;67:765–8.
28. Neo YN, Farwana R, Ahmoye S, ym. Peripheral ulcerative keratitis associated with lichen planus. *Cornea* 2023;42:1458–60.
29. Leitão M, Cabral D. Isolated corneal involvement by lichen planus - multimodal evaluation. *Eur J Ophthalmol* 2024;34:48–53.
30. Lee EY, Arzeno J, Ni C, ym. Ocular lichen planus treated with lifitegrast. *Int J Dermatol*, julkaistu verkossa 29.9.2020. DOI:10.1111/ijd.15230.
31. Safadi M, Viglione M, Zahner S. Ocular lichen planus: an unusual presentation, its treatment, and review of the literature. *JAAD Case Rep* 2021;14:4–6.
32. Chung MS, Driebe WT Jr. Patient with lichen planus and conjunctival immunopathologic features of lupus erythematosus. *Am J Ophthalmol* 1999;128:364–5.
33. Gomez-Elizondo DE, Lopez-Martinez M, Ruiz-Lozano RE, ym. Corneal perforation associated with isolated ocular lichen planus: a case report. *Eur J Ophthalmol* 2021;31:9–12.
34. Sane T. Pitkääikäisen glukokortikoidihoiton seuranta. *Duodecim* 2008;124:651–7.

SIDONNAISUUDET

Niina Hieta: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Labquality, Novartis, MSD, UCB), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Novartis, UCB, Pfizer)

Harry Kujari: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Synlab Oy, Potilasvakuutuskeskus, FINAS), luottamustoimet (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, JUKO:n varaluottamusmies)

Tuomo Lehtonen: Luento-/asiantuntijapalkkio (Santen, Thea Nordic), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Silmäasema)