

Lotta Ivaska

LT, korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoislääkäri
Turun yliopistollinen keskussairaala ja Turun yliopisto

Anu Haaramo

LT, korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoislääkäri
Helsingin yliopistollinen sairaala ja Helsingin yliopisto

Mervi Kanerva

dosentti, korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoislääkäri
Helsingin yliopistollinen sairaala ja Helsingin yliopisto

Johanna Nokso-Koivisto

dosentti, korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoislääkäri
Helsingin yliopistollinen sairaala ja Helsingin yliopisto

KIRJALLISUUTTA

- 1 Wu GT, Devine C, Xu A ym. Is routine audiometric testing necessary for children with isolated preauricular lesions? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2017;93:68–70.
- 2 Firat Y, Şireci Ş, Yakinci C ym. Isolated preauricular pits and tags: Is it necessary to investigate renal abnormalities and hearing impairment? *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol* 2008;265:1057–60.
- 3 Kugelmann A, Tubi A, Bader D ym. Pre-auricular tags and pits in the newborn: The role of renal ultrasonography. *J Pediatr* 2002;141:388–91.
- 4 Klockars T, Kentala E, Hurmerinta K ym. Mikrotia – ei ainoastaan korvaongelma. *Duodecim* 2009;125:975–82.
- 5 Klockars T. Hörökorva – puukkoa, teippiä vai ei mitään? *Duodecim* 2013;129:359–63.
- 6 LaRiviere CA, Waldhausen JHT. Congenital cervical cysts, sinuses, and fistulae in pediatric surgery. *Surg Clin North Am* 2012;92:583–97.

Viittaus:

Suom Lääkäril 2023;78:e37307



VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

Patti, reikä vai mitä kummaa?

– Lasten pään ja kaulan alueen synnynnäiset poikkeavuudet

- Sikiökehityksen häiriöihin liittyviä rakennepoikkeavuuksia todetaan etenkin pään ja kaulan alueella.
- Suurin osa poikkeavuuksista, kystista, fisteleistä ja pehmytosien pateista on vaarattomia ja voidaan tarvittaessa hoitaa kiireettömästi lapsen kasvaessa.
- Hengitysteiden rakenne- ja suonipoikkeavuudet voivat vaatia kiireellistä arviota erikoissairaanhoidossa.
- Lapselta löytyvän rakennepoikkeavuuden luonnetta pohdittaessa hyvä vaihtoehto on kuvakonsultaatio erikoissairaanhoidon.

ON SUORANAINEN ihme, että ihmisen sikiökehityksen aikana kaikki osuu kohdalleen. Aina näin ei kuitenkaan käy. Pään ja kaulan alueella esiintyy monenlaisia, yleensä vaarattomia, synnynnäisiä rakennepoikkeavuuksia.

Tässä katsauksessa kuvaamme pään ja kaulan alueen hyvänlaatuisia synnynnäisiä rakennemuutoksia tai poikkeavuuksia, joita lapsipotilaiden kanssa töitä tekevien lääkäreiden on hyvä tunnistaa tai osata epäillä. Oireyhtymiin liittyviä rakennepoikkeavuuksia, kallonsisäisiä muutoksia tai suu- ja huulihalkioita ei käsitellä. Lisätietoa ja kuvia eri poikkeavuuksista löytyy mm. kirjallisuusluettelossa mainituista kotimaisista julkaisuista.

Mitä kummaa korvassa?

Preaurikulaarinen ihopolyyppi eli tagi on korvaleden etupuolella sijaitseva ihoa ja mahdollisesti rustoa sisältävä nysty (kuva 1A). Jos lapsella ei ole muita rakennepoikkeavuuksia ja kuulo on normaali, lisätutkimuksia ei tarvita (1–3). Muutos voidaan perheen niin toivoessa poistaa kirurgisesti, jos siitä on kosmeettista haittaa.

Mikrotia tarkoittaa korvaleden pienikokoisuutta, joka vaihtelee lievistä puolierosta korvaleden täydelliseen puuttumiseen eli anotiaan. Yleensä mikrotia on toispuolinen ja siihen liittyy korvakäytävän puuttuminen tai ahtaus ja sen myötä usein johtumistyyppinen kuulonalenema. Potilailla, joilla on mikrotia, esiintyy enemmän myös muita rakennepoikkeavuuksia ja heidät tulee arvioida kiireettömästi erikoissairaanhoidossa (4).

Hörökorvaa ei ole syytä pitää rakennepoikkeavuutena. Toimenpiteisiin ryhdytään lapsen ollessa 6–7-vuotias vain, jos perhe sitä toivoo. Alle 2 kuukauden ikäisillä vauvoilla vaihtoehtona voi olla lasta- tai teippaushoito (5).

Reikä ihossa

Reikä ihossa on merkki synnynnäisestä fisteleistä (iholta lähtevä molemmista päistä avoin käytävä) tai sinuksesta (käytävä päättyy umpipussiin).

Preaurikulaarinen sinus on korvaleden muodostumiseen liittyvä sulkeutumishäiriö (kuva 2A). Tyypillisesti sinusaukko on korvaleden hangan etupuolella ja sinus on lyhyt epitheelin verhoama käytävä korvan edessä (6,7).

Suurin osa kystista, fisteleistä ja pehmytosien pateista on vaarattomia.

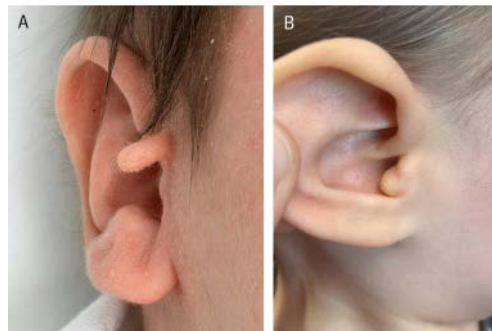
Kaulafistelit ovat sikiöaikaisten kidusvokojen ja -taskujen kehityshäiriöitä. Tavallisin on toisen kidusvaon sulkeutumishäiriö, lateraalinen kaulafisteli. Sen lähtökohta on kaulalla päänkiertäjälihakseen etupuolella ja se voi ulottua nielurisakuoppaan asti (8). Ensimmäisen kidusvaon fistelin aukko sijaitsee iholla korvan alapuolella (kuva 2B) tai leukaluun seudussa ja toinen pää voi avautua korvakäytävään.

- 7 Matev B, Lyutfi E, Stoyanov GS, Sapundzhiev NR. Preauricular sinus: a tale of forgetful rediscovery. *Cureus* 2020;12(6):e8885.
- 8 Castrén E, Mäkinen LK, Atula T. Kaulakystat ja kaulan fistelit. *Duodecim* 2021;137:1861–8.
- 9 Haemel A, Gnepp DR, Carlsten J, Robinson-Bostom L. Heterotopic salivary gland tissue in the neck. *J Am Acad Dermatol* 2008;58:251–6.
- 10 Adil E, Rahbar R. Paediatric nasal dermoid: evaluation and management. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2021;29:487–91.
- 11 Quintanilla-Dieck L, Penn EB. Congenital neck masses. *Clin Perinatol* 2018;45:769–85.
- 12 Haapio E, Kinnunen I. Kaulakystän sijainti diagnostiikan kulmakivenä. *Duodecim* 2022;138:529–34.
- 13 Perhomaa M, Tapiainen T. Lapsen kaulapatin kuvantaminen. *Duodecim* 2023;139:38–44.
- 14 Hills SE, Maddalozzo J. Congenital lesions of epithelial origin. *Otolaryngol Clin North Am* 2015;48:209–23.
- 15 Klockars T, Kajosaari L. Cervical chondrocutaneous branchial remnants. *Cleft Palate-Craniofacial J* 2017;54:223–6.
- 16 Lohi V, Sippola A, Aikio O, Klockars T. Kireä kielijänne ja hämmäntävä huulijänne – pitääkö hoitaa? *Suom Lääkäril* 2019;74:2009–13.
- 17 Tapiovaara L, Klockars T. Jepulis, se on epulis! *Duodecim* 2015;131:100.
- 18 Mecarini F, Fanos V, Crisponi G. Anomalies of the oral cavity in newborns. *J Perinatol* 2020;40:359–68.
- 19 Shankargouda P, Roopa SR, Barnali M ym. Oral lesions in neonates. *Int J Clin Pediatr Dent* 2016;9:131–8.
- 20 Meurman JH. Miten lääkäri tutkii pottilaan suun. *Suom Lääkäril*. 2015;70:3007–12.
- 21 Kotimäki J. Suunpohjan ranula. *Duodecim* 2011;127:363.
- 22 Gul A, Gungorduk K, Yildirim G ym. Prenatal diagnosis and management of a ranula. *J Obstet Gynaecol Res* 2008;34:262–5.
- 23 Pitkäranta A, Saxen H, Salminen P. Lapsen stridor. *Duodecim* 2004;120:963–70.
- 24 Boudewyns A, Claes J, Van De Heyning P. Clinical practice An approach to stridor in infants and children. *Eur J Pediatr* 2010;169:135–41.
- 25 Carter J, Rahbar R, Brigger M ym. International Pediatric ORL Group (IPOG) laryngomalacia consensus recommendations. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2016;86:256–61.

KUVA 1.

Pinnallisia nystyjä

A. Preaurikulaarinen tag B. Korvan epidermaalikysta



Sekä sinukset että fistelit voivat erittää tai tulehtua, jolloin operatiivinen hoito on aiheellinen (6). Erotusdiagnostisena vaihtoehtona kaulalla voi esiintyä myös ektooppista sylkirauhaskudosta, jonka ilmiänsä on lyhyt, erittävä sinus. Käytävä voi sijaita missä vain kaulan alueella, ja jos se on päänkieräjälihaksen etupuolella, sen erottaminen toisen kiusvaon kaulafistelistä on vaikeaa (9).

Nenän dermoidisinuksen taustalla on sikiöaikainen keskilinjän sulkeutumishäiriö (kuva 2C). Nenän selästä lähtee keskilinjassa epiteelin verhoama käytävä, joka voi ulottua kallonpohjan läpi duuran pintaan saakka. Talinerityksen vuoksi käytävä voi tulehtua ja/tai laajentua ja muodostaa kystamaisen pussin, joten nenän dermoidisinus leikataan yleensä leikki-ikässä (10).

Patti päässä tai siellä päin

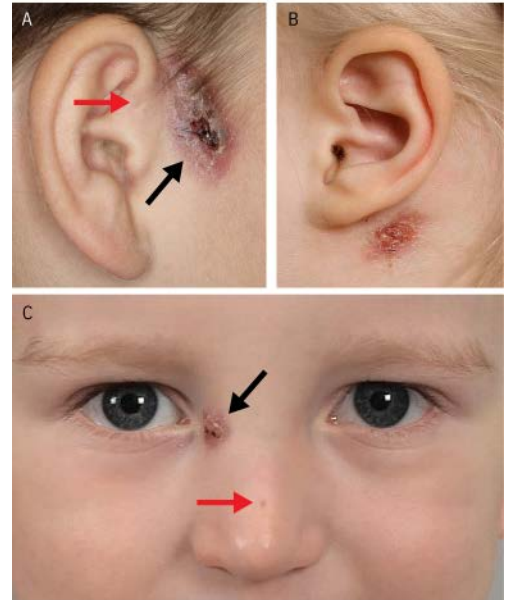
Synnyynnäisistä kaulapateista yleisimpiä ovat kystat (11). Pehmeä patti päänkieräjälihaksen edessä viittaa lateraaliseen kaulakystaan, jonka ajatellaan olevan peräisin toisen kiusvaon jäänteestä. Muiden kiusvakojen tai -taskujen kystat ovat huomattavasti harvinaisempia. Lateraalista kaulakystaa tavataan harvoin pienillä lapsilla, ja siksi tulee miettiä erotusdiagnostisia vaihtoehtoja ja harkita magneettikuvausta.

Kaulan keskilinjassa sijaitseva pehmeä patti herättää epäilyn mediaalisesta kaulakystasta, joka on sikiökehityksen aikainen kilpirauhas-kielietihyksen jäännös ja sijaitsee tyypillisimmin kaulan yläosassa kieliluun seudussa (8,12). Kliinisen diagnoosin varmistamiseen riittää yleensä kaikututkimus. Jos kysta tulehtuu, hoitona on antibiootti, joskus tyhjennys neulalla aspiroiden tai kirurginen avaus.

Sekä lateraalinen että mediaalinen kaulakysta poistetaan kirurgisesti rauhallisessa vaiheessa (8,13).

KUVA 2.

Sinus- tai fisteliaukko



A. Korvaneduskäytävä eli preaurikulaarinen sinus. Käytävän suuaukko tyypipaikalla (punainen nuoli). Käytävän tukkeutuminen voi johtaa infektiin, jonka seurauksena iholla on jatkuvasti erittävä haavauma (musta nuoli) B. Ensimmäisen kiusvaon kaulafistelin aukko voi sijaita korvan alla, iho on usein ärtynyt jatkuvan erityksen vuoksi. C. Nenän dermoidisinuksen suuaukko nenän selässä keskiviivassa (punainen nuoli). Käytävän tukkeutuminen on tehnyt käytävästä sivuun eritepussin, joka on infektoitunut (musta nuoli).

Pinnallisia patteja ovat ihoaiheiset kasvaimet eli dermoidi- ja epidermaalikystat (kuva 1B), jotka kasvavat hitaasti ensimmäisten ikävuosien aikana. Dermoidin löytää tavallisimmin silmäkulmasta tai korvalehden takaa. Nenän keskilinjän dermoidilla voi olla yhteys kallon sisäisiin rakenteisiin, joten magneettikuvaus on usein tarpeen (11,13).

Pilomatriksoma on ihon karvatupen soluista lähtöisin oleva nodulaarinen kasvain. Sitä esiintyy yleisimmin lapsilla ja nuorilla (kuva 3). Kasvain on yleensä kova, päällä oleva iho voi sinertää ja sen alla saattaa pilkottaa kalkkihippasia (14). Ihmetystä voi herättää ihon verhoama rustouloke kaulalla, jonka ajatellaan olevan ektooppista korvalehden rustoa (15).

Kaikki nämä patit voidaan hoitaa kirurgisesti ja kiireettömästi erikoissairaanhoidossa.

Mitä suusta kurkistaa?

Lapsen suusta pilkistävä herttamainen kielen kärki voi olla merkki kireästä kielijänteestä (16), joka on yleinen löydös. Mikäli kyseessä on imeväinen ja äiti kokee imetyskipua, kielijänne voidaan katkaista polikliinisesti. Leikki-ikäisen

KUVA 3.

Pilomatriksooma

Leikkaushetkellä iho on avattu ja pilomatriksooma on pullahtanut ulos. Nähtävissä muutoksen kirjava kudoserakenne ja kalkkihippusia.



KUVA 4.

Ranula

Vastasyntyneen ranula, joka häviää itsestään seurannassa.



- 26 Varela P, Schweiger C. Congenital airway anomalies. *Semin Pediatr Surg* 2021;30:151055.
- 27 Lesnik M, Thierry B, Blanchard M ym. Idiopathic bilateral vocal cord paralysis in infants: Case series and literature review. *Laryngoscope* 2015;125:1724–8.
- 28 Marston AP, White DR. Subglottic stenosis. *Clin Perinatol* 2018;45:787–804.
- 29 Funamura JL, Tollefson TT. Congenital anomalies of the nose. *Facial Plast Surg* 2016;32:133–41.
- 30 Rautio, J, Somer, M, Pettay, M ym. A. Huuli- ja suulakihal- koiden hoidon suuntaviivoja. *Duodecim* 2010;126:1286–94.
- 31 Haavisto L. Teema: Rinologia. *Duodecim* 2012;128:198–204.
- 32 Wassef M, Blei F, Adams D ym. Vascular anomalies classification: Recommendations from the International Society for the Study of Vascular Anomalies. *Pediatrics* 2015;136:e203–14.
- 33 Salminen P, Vuola P, Övermark M ym. Hemangioomien hoito. *Duodecim* 2012;128:1786–96.
- 34 Czechowicz JA, Benjamin T, Bly RA ym. Airway Hemangiomas in PHACE Syndrome: A Multicenter Experience. *Otolaryngol - Head Neck Surg* 2021;165:182–6.
- 35 Stefanko NS, Cossio ML, Powell J ym. Natural history of PHACE syndrome: A survey of adults with PHACE. *Pediatr Dermatol* 2019;36:618–22.
- 36 Pitkäranta A, Salminen P. Parta-alueen hemangiooma. *Duodecim* 2009;125:87.
- 37 Pitkäranta A, Saarinen P, Kalajoki-Helmiö T ym. Suonianomalioiden hoidossa tarvitaan moniammatillista työryhmää. *Suom Lääkäril* 2007;62:1129–33.

kiireä kielijänne katkaistaan joskus d- ja r-ään- teiden tuottamisen helpottamiseksi.

Vastasyntyneen yläkielen pehmeä, vaaleanpunainen fibroottinen pallukka on epulis (17). Tämä harvinainen muutos on hyvänlaatuinen, mutta se voi vaikeuttaa syömistä ja jopa hengittämistä, joten kookkaat muutokset kannattaa poistaa kirurgisesti. Epsteinin helmiksi kutsutaan muutaman millimetrin kokoisia keratiinikystia vastasyntyneen kovan suulaen keskilinjassa. Nämä pienet muutokset häviävät itsestään viikkojen tai kuukausien kuluessa. Vastaavia keratiinikystia ikenissä kutsutaan Bohnin noduleiksi (18,19).

Mukoselele on kuplamainen, limaa sisältävä pienen sylkirauhasen tiehyen tukkeumasta johtuva muutos tyypillisimmin alahuulen limakalvolla. Se saattaa hävitä itsestään tai sen voi puhkaista neulalla tai poistaa kirurgisesti, jos se ei seurannassa häviä ja siitä on haittaa (18,20).

Suunpohjan pullottavaa kystaa kutsutaan ranulaksi (lat. sammakko). Ranula on pehmeä, hieman sinertävä, aristamaton muutos kielijän- teestä lateraalisesti (21). Harvinainen synnyn- näinen ranula (kuva 4) on kielenalussylikirau- hasen kehityksen häiriö. Mikäli kysta ei häviä seurannassa, se voidaan tyhjentää tai poistaa (18,22).

Rohinaa ja vinkunaa

Imeväisillä esiintyy usein hengityksen rohinaa tai hetkellistä stridoria esimerkiksi syömiseen liittyen. Oleellista on arvioida, onko lapsella hengitysvaikeutta. Sisäänhengitysäänen ja -vai- keuden todennäköinen syy on paljolti riippu- vainen lapsen iästä (23,24). Jos ainoa löydös on lievä sisäänhengityksen rohina, tilannetta voi seurata. Jos lapsella on muita oireita, teh- dään lähete erikoissairaanhoidon. Useimmissa korvatautien yksiköissä kurkunpään rakenteet

voidaan tarkistaa taipuisalla tähystimellä poli- klinisesti.

Laryngomalasia on tavallisin kurkunpään rakennepoikkeavuus. Kurkunpää on suppu- mainen ja rusto pehmeä, jolloin sisäänhengi- tyksessä kudokset voivat ahtauttaa ilmatietä. Sisäänhengitysäänen voi olla rohiseva, kimeä vingahdus tai läpättävä ääni. Oireilu alkaa tyy- pillisesti muutaman viikon kuluttua syntymäs- tä. Se voi pahentua ensimmäisten kuukausien aikana, mutta häviää yleensä ensimmäisenä ikävuonna. Pelkkä ääni ei johda toimenpitei- siin. Jos vauvalla ilmenee hengitysvaikeuksia, lisääntynyttä hengitystyötä tai paino ei nouse, tulee tehdä viivyttelemättä lähete erikoissai- raanhoitoon (25).

Synnynnäinen toispuolinen äänihuulihal- vaus aiheuttaa heikon, käheän äänen ja mah- dollisesti hengitysvaikeutta, mutta tavallisim- min oireilu on lievää eikä toimenpiteisiin ole tarvetta. Molemmipuolinen äänihuulihalvaus aiheuttaa sisäänhengitysvaikeutta ja korkea- taajuisten sisäänhengitysäänen, mutta ei usein- kaan äänen käheyttä, sillä äänihuulet sijaitsevat lähellä toisiaan. Hengitysvaikeus on usein merkittävä, että lapsi tarvitsee hengitystukea tai jopa henkitorviavanteen (26,27).

Hengitysteiden muutokset, oireiset ja infektioituvat poikkeavuudet vaativat kiireellistä konsultaatiota.

Synnynnäinen äänihuulitason alapuolinen ahtauma (26,28) voi oireilla heti syntymän jäl- keen, mutta joskus lievempi ahtauma tulee ilmi vasta hengitystieinfektion aikana, kun ilmatie ahtaautuu limakalvoturvotuksen vuoksi enti- sestään. Oireena on jatkuvasti kuuluva (bifaa- sinen) hengitysäänen, stridor ja hengitysvaikeus. Oirekuva voi muistuttaa kurkunpää tulehdusta, joten jos kurkunpää tulehdus ei reagoi normaali- hoitoihin, on syytä konsultoida korva-, nenä- ja kurkkutautien yksikköä (26,28).

Vauvan tukkoinen nenä

Vastasyntynyt on pakotettu nenähengittäjä, joten hengityksen vaikeutumisen syy selvite- tään viivymättä. Lisäoireina voi olla syömisen häiriöitä, äänestä nenähengitystä, huonoa nukkumista ja nenäeritystä.

Synnynnäisten rakennemuutosten toinen ääripää on nenän täydellinen puutos, toinen duplikaatio. Rakenteellista ahtautta voi olla

SIDONNAISUUDET

Lotta Ivaska, Anu Haaramo,
Mervi Kanerva, Johanna
Nokso-Koivisto: Ei sidon-
naisuuksia.

esimerkiksi nenän etuosan luisessa aukossa, apertura piriformiksessa.

Yleisin nenän merkittävistä rakennepoikkeamista on koana-atresia (29). Molempipuolisena se vaatii pikaisen kirurgisen hoidon. Toispuolinen leikataan sitten, kun siitä on vai-
vaa (esim. jatkuva nenäeritys).

Kasvohalkiot (29) ja huuli- ja suulakihalkiot saattavat vaikeuttaa nenähengitystä (30). Nenässä voi olla harvinaisia ahtauttavia massoja, kuten dermoidituumori, teratooma, hamartooma, gliooma, suonianomalia ja aivokalvojen tai aivokudoksen pullistumia (29,31). Lasten poikkeavissa nenälöydöksissä tarvitaan useimmiten tutkimuksia erikoissairaanhoidossa.

Mansikoita ja haikaroita

Suonipoikkeavuudet jaetaan suonikasvaimiin ja suoniepämuodostumiin (32). Niistä suuri osa sijaitsee pään ja kaulan alueella.

Suonikasvaimista yleisin on infantiili hemangiooma (mansikkaluomi), joka ilmaantuu tavallisimmin ensimmäisten elinviikkojen aikana. Harvinaisemmat kongenitaaliset hemangiomat ovat täysin kehittyneitä syntymähetkellä. Spontaanin kutistumisen vuoksi suurin osa hemangiomista ei vaadi hoitoa tai seuranta-erikoissairaanhoidossa (33).

Jos hemangiooma kasvaa nopeasti, haavautuu, ahtauttaa hengitysteitä, peittää näkökenttää, aiheuttaa kipua tai merkittävää kosmeettista haittaa tai jos hemangiomia on vähintään 5, tulee tehdä lähete erikoissairaanhoidoon. Ensimmäinen hoito on propranololi. Parta-alueen hemangiooma on yhteydessä hengitysteiden hemangioomiin (34–36), joten korvalääkärin tulee tarkastaa näiden lasten kurkunpää taipui-

salla tähystimellä poliklinikalla tai tarvittaessa nukutuksessa leikkaussalissa.

Suonityypin mukaan jaoteltavat suoniepämuodostumat ovat synnynnäisiä ja ilmenevät usein lapsuus- tai nuoruusiässä. Hiussuoniepämuodostuma eli kapillaarinen malformaatio koostuu kapillaarisuonten kaltaisista rakenteista tai runsaasta määrästä kapillaareja. Se ilmenee punaisena tai violettina läiskänä ihossa (tuliluomi, portviiniläiskä). Imusuoniepämuodostuma eli lymfaattinen malformaatio muodostuu laajentuneista imuteistä ja esiintyy taikinamaisena turvotuksena tai pattina yleisimmin kaulalla. Laskimoepämuodostuma koostuu hidasvirtauksisista laskimorakenteista ja ilmenee pehmeänä kyhmyinä, joka voi olla sinertävä ollessaan lähellä ihoa. Valtimo-laskimoepämuodostumassa voi palpoiden tuntua värinää tai pulsaatiota nopean virtauksen merkinä. Diagnoosin varmentaminen ja hoidon arvio tehdään erikoissairaanhoidossa (37).

Kaikkein lievimpiä kapillaarisia epämuodostumia ovat vaaleanpunaiset läiskät niskassa ja takaraivolla (ns. haikaranpurema) tai otsalla ja silmäluomessa (ns. enkelin suukko). Nämä ovat hyvin yleisiä eivätkä vaadi jatkotutkimuksia tai toimenpiteitä.

Lopuksi

Sikiökehityksen häiriöihin liittyviä rakennepoikkeavuuksia todetaan etenkin pään ja kaulan alueella. Joskus näistä muutoksista näkyy ulospäin vain ”jäävuo-
ren huippu”, joten on tärkeää osata tunnistaa tai epäillä synnynnäistä poikkeavuutta. Hengitysteiden muutokset, oireiset ja infektoituvat poikkeavuudet vaativat kiireellistä konsultaatiota. •

**Potilaan
Lääkärilehti
uudistui**

Luotettavaa tietoa terveydestä,
hyvinvoinnista ja sairauksista
– verkkosivusto suurelle yleisölle.

Suosittelen potilaallesi!



**Potilaan
Lääkärilehti**