



Työmatkan pysäyttävä infektio – mutta missä?

Viisikymmentäkahdeksanvuotias mies oli tulossa autolla töistä kotiin, kun hänelle nousi ajon aikana kuume ja hänen yleisvointinsa heikkeni niin, että hänen autonsa sammui liikennevaloihin. Hänet toimitettiin ambulanssilla päivystykseen, jossa todettiin lievää sekavuutta. Kuumetta oli 39,5 astetta. Pitkäaikaisairauksina potilaalla oli tyypin 2 diabetes, kohonnut verenpaine ja hyperkolesterolemia.

Kuumeen lisäksi ei ollut erityisiä oireita, ei potilaan lähipiirissäkään. Potilas ei ollut altistunut SARS-CoV-2-virukselle. Virtsan seulontanäytteessä ja rintakehän natiiviröntgenkuvassa ei todettu tulehdukseen viittaavia löydöksiä. Verenkuvassa leukosyyttimäärä oli $22,6 \times 10^9/l$, kaliumpitoisuus 2,8 mmol/l, CRP-pitoisuus 37 mg/l, kreatiniinipitoisuus 100 $\mu\text{mol/l}$ ja troponiini I -pitoisuus 54 ng/l. Maksa-arvot olivat viitealueella, eikä influenssa- tai koronaviruk-

sen nukleinihappoa ollut osoitettavissa nenänielusta.

Työdiagnosiksi muodostui sepsis, ja potilaalle aloitettiin suonensisäinen kefuroksiimilääkitys. Hampaat todettiin hoitamattomiksi. Potilas kertoi puolen vuoden ajan esiintyneen ulosteen karkailua. Selkäkkipua ei ollut, eikä potilaalle ollut tehty peräsuolen alueen toimenpiteitä.

Potilaan siirryttyä osastolle CRP-pitoisuus suureni lukemaan 298 mg/l. Toisena päivänä vuodeosastolla ulosteenkarkailua tutkittaessa havaittiin peräaukon sulkijalihaksen tonus heikentyneeksi. Kivespussit olivat turvonneet ja hieman punoittavat. Alueen palpaatiossa ei ilmennyt kosketusarkuutta.

Mikä oli diagnoosiin johtanut statuslöydös tai tutkimus, joka johti kuumeen syyn selviämiseen, ja mikä oli kuumeen syy? Vastaus on sivulla 1109.



🔊 Työmatkan pysäyttävä infektio – mutta missä?

Osastolla havaittiin välilihassa kämmenen kokoisella alueella punoitusta ja krepitaatiota palpaation yhteydessä. Potilaalla todettiin siis kliinisesti kaasun muodostumista ihonalaisku-doksessa. Hän päätyi päivystysleikkaukseen, jossa todettiin välilihan alueella faskiitti ja useita märkäpesäkkeitä. Näistä otetuissa näytteissä kasvoi *Actinomyces turicensis* ja anaerobinen grampositiivinen kokki, jonka tarkempi tyyppi ei selvinnyt. Haava suljettiin myöhemmin plastiikkakirurgisella leikkauksella, kun tulehdus oli parantunut.

Potilaalla todettiin lihaskalvoa pitkin leviävää kuoliota aiheuttava bakteeritulehdus, jota kutsutaan nekrotisoivaksi faskiitiksi. Kun nekrotisoiva faskiitti ilmenee välilihan alueella, sitä kutsutaan Fournier'n gangreeniksi, jonka hoito vaatii välitöntä kirurgista revisioleikkausta ja laajakirjoista mikrobilääkehoitoa.

A. turicensis on mikrobi, joka on aiemmin löydetty kaasukuoliota aiheuttavasta tulehduspesäkkeestä (1). Fournier'n kaasukuolio on yleensä kuitenkin useamman kuin yhden mikrobin aiheuttama infektio, kuten tapauksessammekin.

Yleensä faskiittiin liittyy voimakasta kipua, mutta potilaamme kuvasi ainoastaan melko vähäistä kutinaa. Tämä oire ja aiempi ulosteen pidätyskyvyn häiriö saattavat liittyä potilaan perustautina olleeseen diabetekseen ja sen aiheuttamaan neuropatiaan (2). Diabetes ja ylipaino lisäävät alttiutta Fournier'n gangreenin syntymiselle.

Oikean diagnoosin löytäminen on vaativaa, kun paikallisoireet puuttuvat tai ovat lieviä. Potilaan oireiden kuunteleminen ja tarkka tutkiminen kliinisesti palpoimalla johtivat tapauksessamme oikeaan diagnoosiin. ■

LIDIA GERHARD, LK, erikoistuva lääkäri
JUHAN ROSSINEN, LT, osastonylilääkäri
HYKS, Peijaksen sairaala, Vantaa

KIRJALLISUUTTA

1. Chudácková E, Geigerová L, Hrabák J, ym. Seven isolates of *Actinomyces turicensis* from patients with surgical infections of the anogenital area in a Czech hospital. *Clin Microbiol* 2010; 48:2660–1.
2. Pinna Pintor M, Zara GP, Falletto E, ym. Pudendal neuropathy in diabetic patients with faecal incontinence. *Int J Colorectal Dis* 1994;9:105–9.