

Kondylooman hoito

Kondylooman aiheuttajana ovat yleensä pienen riskin papilloomavirukset (HPV) 6 ja 11. Ne esiintyvät tyypillisesti genitaalialueella ihonvärisinä syylämäisinä muutoksina. On tärkeää erottaa kondyloomat ihon ja limakalvon normaalirakenteista, jotta vältetään turhat hoitoyritykset. Ennen hoidon aloitusta on keskusteltava potilaan kanssa infektion luonnollisesta kulusta, tarjolla olevista hoitovaihtoehdoista ja hoidon tarpeesta. Hoito jakautuu potilaan itsensä toteuttamaan kotihoitoon ja hoitopaikassa tehtäviin toimenpiteisiin. Hoitovaihtoehdosta riippumatta kondyloomien uusiutumisen riski on suuri. Kondyloomapotilas tarvitsee vastaanotolla aikaa ja asianmukaista tietoa taudistaan, jotta turha pelko ja ahdistus hälvenisivät.

Kondylooma (condyloma acuminatum) eli visvasyyliä on ihmisen papilloomaviruksen (HPV) aiheuttama tuumorimainen muutos iholla tai limakalvolla. Kondylooma on vain yksi HPV-infektion ilmentymä. On arvioitu, että jopa 30–50 %:lla seksuaalisesti aktiivisista aikuisista on papilloomavirusinfektio mutta vain 1 %:lla silmin havaittavia kondyloomia (Koutsky ym. 1983). HPV-tartunta saadaan yleensä muutaman ensimmäisen vuoden aikana yhdyntöjen aloittamisen jälkeen (Wiley ym. 2002). Papilloomavirukset jaetaan suuren ja pienen riskin viruksiin sen mukaan, mikä on niiden yhteys kohdunkaulan syövän ja sen esiasteiden syntyyn. Suomalaisilla naisopiskelijoilla tehdyssä tutkimuksessa todettiin joka kolmas opiskelija HPV-DNA-positiiviseksi, ja heistä valtaosalla oli suuren riskin virustyyppi (Auvinen ym. 2004). HPV-tyypit 6 ja 11, jotka kuuluvat pienen riskin virustyyppeihin aiheuttavat kuitenkin noin 90 % kondyloomista (Wiley ym. 2002). Kondyloomista noin 10–30 % häviää itsestään, mutta tähän voi kuluja jopa puoli vuotta (Roy ja Bryson 2007).

Kondylooman esiintyvyydestä Suomessa ei ole valtakunnallisia lukuja, koska kyseessä ei ole tartuntatautiasetuksen mukaan ilmoitettava

tartuntatauti. Sukupuolitautien poliklinikoista kerätyssä aineistossa noin 10 %:lla ensikävijöistä todettiin kondyloomia (Hiltunen-Back ym. 1998). Eniten tartuntoja esiintyi 20–24-vuotiaiden ryhmässä molemmilla sukupuolilla.

Kliininen kuva

Suurin osa infektioista on subkliinisiä ja ohimeneviä, ja niillä on vahva taipumus parantua itsestään. Kondyloomien diagnostiikka perustuu kliiniseen kuvaan sekä inspektioon hyvässä valaistuksessa ja tarvittaessa suurennuslasin avulla. Tutkimuksiin kuuluvat myös emättimen tähytintutkimus, virtsaputken alkuosan tähytys esimerkiksi nenätähytinten avulla ja proktoskopia. Samalla on tärkeää sulkea pois myös muut sukupuolitautitartunnat. Taudin itämisaika vaihtelee muutamasta kuukaudesta vuosiin, joten kondyloomat eivät välttämättä kerro tuoreesta tartunnasta. Ne eivät yleensä aiheuta oireita, eikä potilas itse niitä välttämättä edes huomaa. Joskus kuitenkin esiintyy kovaa kutinaa ja haavaumia.

Kondyloomat esiintyvät anogeenitaalialueella usein tyypillisinä kukkakaalimaisina, helposti tunnistettavina muutoksina. Laajat rykelmät voi-



KUVA 1. Peniksen varren papulaiset kondyloomat (HYKS:n iho- ja allergiasairaala).



KUVA 2. Vulvan alueen laajat kondyloomat (HYKS:n iho- ja allergiasairaala).

vat ulottua peräsuolen limakalvolle asti. Potilaat voivat erehtyä luulemaan niitä peräpukamiksi.

Miehillä kondyloomat sijaitsevat tavallisimmin frenulumin, terskan ja sulcus coronariuksen kosteilla alueilla limakalvon värisinä yksittäisinä muutoksina tai rykelminä. Peniksen varressa kondyloomat voivat esiintyä papulaisina ja varrettomina ja pigmentoituessaan saattavat muistuttaa tavallisia luomia (kuva 1) tai keratoottisina, tavallisia syyliä muistuttavina muutoksina (von Krogh ym. 2001). Myös kivespussin ja nivustaipeen alueella tavataan kondyloomia. Litteät eli makulaiset kondyloomat erottuvat tarkkarajaisina laakeina muutoksina ja voivat aiheuttaa kutinaa ja haavaumia. Etenkin miehillä kondyloomia esiintyy usein myös virtsaputkessa, jolloin oireina voivat olla kirvely, verivirtsaisuus tai virtsasuihkun muuttuminen ahtauman seurauksena. Naisilla kondyloomia tavataan yleisimmin vulvan alueella, välilihassa sekä myös emättimen seinämissä ja kohdunpukassa (kuva 2).

Erotusdiagnostiikka

Kondyloomien erotusdiagnostiikassa tulee huomioida genitaalialueen normaalirakenteet. Usein miehen terskan reunassa olevia helmipapuloita erehdytään pitämään kondyloomina (kuva 3). Naisilla todetaan vastaavasti mikropapillomaatoisia, joka on normaalia anatomista vaihtelua.

Rokkoviruksen aiheuttamat molluskat eli ontelosyyliät voivat genitaalialueella esiinty-

sään muistuttaa kondyloomia. Molluskoissa on keskellä napa, josta puristettaessa tulee vaaleaa massaa. Lichen planus eli punajäkälä voi esiintyä genitaalialueella sinipunertavina papuloina tai rengasmaisina juosteina. Ihon hyvänlaatuiset muutokset, kuten tavalliset rasvasyyliät, luomet ja ihopolyypit (skin tag) voivat muistuttaa kondyloomia esiintyessään genitaalialueella. Myös harvinaiset vulvan verrukoottinen karsinooma ja perianaalikarsinooma on syytä huomioida erotusdiagnostiikassa.

Epäselvissä tapauksissa on viisainta ottaa muutoksesta näyte histologista tutkimusta varten, jotta vältytään aiheuttamasta potilaalle ahdistusta ja turhia hoitokustannuksia. Näytteenotto on aiheellista myös silloin, kun kyseessä on pigmentoitunut muutos tai kroonisesti haavautuva alue.

Hoidot

Kondyloomat ovat hyvälaatuisia muutoksia, ja on tärkeitä kertoa potilaalle niiden luonnollisesta kulusta, yleisyydestä sekä saatavissa olevista hoitovaihtoehdoista. Centers for Disease Control and Preventionin (2006) ohjeiden mukaan kondyloomien hoidon päätavoite on oireilevien ja näkyvien muutosten poisto. Jos kondyloomat ovat pieniä eivätkä häiritse potilasta, voidaan hyvin jäädä seurantalinjalle. Valtaosa potilaista haluaa kuitenkin kondyloomat hoidettavaksi, yleensä kosmeettisista tai psykologisista syistä. Näyttö hoidon vaikutuksesta viruksen tartuttavuuteen puuttuu (Gunter 2003). Kondyloomilla



KUVA 3. Normaalirakenteisiin kuuluvat penispapulat (HYKS:n iho- ja allergiasairaala).

voi olla suuri vaikutus nuoren itsetuntoon, eikä tätä ahdistusta tule väheksyä. Ei myöskään saa luvata liikaa hoitotuloksista.

Näkyvät kondyloomat voidaan poistaa usein eri menetelmin, mutta itse virusta tuhoavaa hoitoa ei ole saatavilla. Residiivit ovat lisäksi suuren ongelmana kaikkien hoitojen jälkeen. Usein joudutaan yhdistelemään eri hoitovaihtoehtoja, ennen kuin potilas saadaan oireettomaksi. On tärkeää valita hoito, josta koituu potilaalle vähiten haittaa.

Hoidon valintaan vaikuttavat kondyloomien sijainti, koko ja lukumäärä, hoitopaikan varustelutaso ja kokemus sekä potilaan mahdollisuus ja tarve hoitojen toteutumiseen. Kondylooman hoito voidaan jakaa kirurgiseen ja konservatiiviseen tai potilaan kotona toteuttamaan itsehoitoon ja hoitopaikassa annettavaan (Maw 2004). Englannissa ja Walesissä tehdyn retrospektiivisen tutkimuksen mukaan kondyloomien hoito edellytti miehillä keskimäärin 5,7 ja naisilla 6,3 käyntiä. Lähes kahdella kolmasosalla potilaista ensimmäiseksi valittu hoito ei hävittänyt kondyloomia täysin (Langley ym. 2004).

Itsehoidon onnistuminen edellyttää, että potilaalle näytetään hoidon toteutus esimerkiksi käsipeiliä apuna käyttäen. Itsehoito mahdollistaa hoidon toteuttamisen potilaalle sopivimmalla hetkellä ja yksityisyyttä kunnioittaen. Sen ansiosta säästytään myös turhilta poissaoloilta koulusta ja työstä.

Itsehoito voidaan toteuttaa joko podofylloksiiniiliuksella (0,5 %) tai voiteella (0,15 %)

tai imikimodivoiteella (5 %). Näitä valmisteita ei tule käyttää raskauden aikana. Iholla olevat kondyloomat reagoivat huonommin paikallishoitoihin kuin kosteilla limakalvoilla esiintyvät. Podofylloksiini aiheuttaa paikallisen kudoksen nekroosin. Liuos soveltuu hyvin peniksen alueen kondyloomien hoitoon, ja voidetta taas on helpompi käyttää vulvaan ja perianaali-alueelle. Podofylloksiinilla kondyloomat käsitellään kahdesti päivässä kolmena päivänä peräkkäin, ja sen jälkeen pidetään neljän päivän tauko. Hoitajakso voidaan uusia neljä kertaa. Hoidetuilla alueilla voi esiintyä eroosioita, polttelua, kipua tai kutinaa. Residiivien riski hoidon jälkeen vaihtelee välillä 4–91 % eri tutkimusten mukaan (taulukko 1) (Maw 2004).

Imikimodi on immuunivasteen muuntaja, joka sivellään annospusseista hoidettavalle alueelle kolme kertaa viikossa iltaisin ja pestään pois aamulla. Paikallista ihon punoitusta, kutinaa ja polttelua saattaa esiintyä hoitoalueilla. Hoitoa voidaan jatkaa, kunnes kondyloomat ovat hävinneet, kuitenkin enintään 16 viikon ajan. Hoidon jälkeen residiivien riski on 9–19 % (taulukko 1) (Maw 2004). Imikimodia on käytetty myös yhdistelmähoidossa laserhoidon jälkeen estämään kondyloomien uusiutumista (Hoyme ym. 2002).

Kirurginen hoito. Kondyloomia on mahdollista poistaa myös useilla kirurgisilla menetelmillä. Yksittäiset ja kookkaat kondyloomat voidaan jäädyttää nestetypellä (kryohoito) ilman paikallisuudutusta. Hoito on edullinen ja nopea. Jäädytyslaitteen käyttö on opeteltava, jotta vältetään liian pinnallinen tai liian syväle ulottuva jäädytys. Hoito voidaan uusia parin viikon välein. Hoidon jälkeen saattaa esiintyä punoitusta ja turvotusta hoitoalueella.

Eksisiolla paikallisuudutuksessa voidaan poistaa yksittäisiä kondyloomia ja samalla tar-

TAULUKKO 1. Uusiutumiseriski (%) eri hoitojen jälkeen (Maw 2004).

Eksisio	19–29
Imikimodi	9–19
Jäädytys	21
Laser	60–77
Podofylloksiini	4–91

vittaessa ottaa näyte histologista varmistusta varten. Hoitoresistenteissä tapauksissa diagnoosin varmistaminen kudospäätteestä on tärkeää. Varrellinen kondylooma on helppo poistaa saksia ja atuloita käyttäen, eikä ompeluita tarvita.

Hiilidioksidilaserhoito edellyttää kallista laitteistoa ja toimenpiteeseen koulutettua henkilökuntaa. Laserhoidon aiheita ovat erityisesti virtsaputken kondyloomat. Ne voidaan puuduttaa voiteella toimenpiteen yhteydessä. Myös toistuvasti uusiutuvat tai hoitoon reagoimattomat kondyloomat kannattaa ohjata erikoispoliklinikkaan laserhoidon harkintaa varten. Laserhoito soveltuu myös kookkaiden, laajojen ja litteiden kondyloomien hoitoon. Laserkäsitteily tehdään yleensä polikliinisesti paikallispuudutuksessa. Toimenpiteestä jää haavapinta, joka epitelisoituu noin viikossa. Jälkihoitona ovat hoitoalueen suihkuttelu ja tarvittaessa antibakteerinen voide viikon ajan. Myös kirurgisten hoitojen jälkeen uusintariski on suuri (taulukko 1).

Hoidon porrastus. Valtaosa kondyloomista todetaan ja voidaan erittäin hyvin hoitaa terveyskeskuslääkärin vastaanotolla. Perusterveydenhuollossa ei useinkaan ole käytettävissä jäädytys- tai laserlaitteita. Tällöin ensisijainen vaihtoehto on potilaan itsensä toteuttama paikallishoito. Jos diagnoosi on epäselvä tai hoitoon ei saada vastetta kolmen kuukauden kuluessa, voidaan potilas ohjata erikoispoliklinikkaan (taulukko 2).

Paikallisvalmisteet eivät sovellu virtsaputkessa ja anaalikanavassa olevien kondyloomien hoitoon, ja nämä potilaat on syytä lähettää kirurgiseen hoitoon. Tiettyjen erityisryhmien kuten lasten ja raskaana olevien naisten kondyloomat on myös hyvä keskittää erikoispoliklinikoihin. Toistuvat epänormaalit Papa-löydökset naisilla edellyttävät potilaan ohjaamista gynekologisiin jatkotutkimuksiin (Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnyttinten solumuutokset – diagnostiikka, hoito ja seuranta: Käypä hoito -suositus 2006).

Lopuksi

Riippumatta siitä, mikä hoito valitaan, kondyloomien uusiminen on yleistä. Tämä on sekä potilaalle että hoitavalle lääkärille kiusallista ja

TAULUKKO 2. Aiheita lähettää kondyloomapotilas erikoissairaanhoidon.

Hoitoresistenssi
Kondyloomien laaja-alaisuus ja runsaus
Kondyloomien sijainti
virtsaputkessa
kohdunnapukassa
anaalikanavassa
Runsaat kondyloomat raskaudenaikana
Kyseessä lapsi tai immunosuppressiopotilas

turhauttavaa. Paikallishoitoja käytettäessä on hoidon tehoa syytä seurata muutaman kuukauden välein ja vaihtaa tarvittaessa hoitoa.

Kondyloomapotilaan vakituinen seksikumppani on yleensä myös infektoitunut, eikä kondomin käyttö ole enää aiheellista, koska näyttöä uusintainfektion osuudesta residivien syntyyn ei ole. Kondomi ei muutenkaan ehkäise täysin HPV-tartuntaa. Oireetonkin partneri voi hyötyä vastaanottokäynnistä, jonka yhteydessä voidaan myös seuloa muut sukupuolitaudit (Centers for Disease Control and Prevention 2006).

Kliinisessä käytössä on kaksi ehkäisevää HPV-rokotetta. Molempien teho kohdistuu papilloomavirustyyppijä 16 ja 18 vastaan, ja toisessa on lisäksi mukana kondylooman aiheuttajatyypit 6 ja 11. Rokotusten päätavoite on ehkäistä kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnyttimien syövän esiasteiden kehittyminen (Paavonen ja

YDINASIAT

- **Papilloomavirusinfektioilla on spontaani paranemistaipumus.**
- **Pienen riskin HPV-tyypit 6 ja 11 aiheuttavat 90 % kondyloomista.**
- **Kaikki genitaalialueen ihomuutokset eivät ole kondyloomia.**
- **Residivit ovat yleisiä kaikkien kondyloomahoitojen jälkeen.**
- **Hoidosta ei saa olla potilaalle enempää haittaa kuin itse kondyloomista.**

Lehtinen 2006). Keskustelu käy vilkkaana rokotettavan kohderyhmän ja rokotuskattavuuden ympärillä. Tulevaisuudessa selviää, minkälaisia

muutoksia rokotus tulee aiheuttamaan kondylooman esiintyvyydessä ja sitä kautta hoidon tarpeessa.

Kirjallisuutta

- Auvinen E, Niemi M, Malm C, ym. Joka kolmannella naisopiskelijalla genitaalien papilloomavirusinfektio. *Suom Lääkäril* 2004;59:1487–9.
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. *Morb Mortal Wkly Rep*. Atlanta: Department of Health and Human Services 2006, s. 55.
- Gunter J. Genital and perianal warts: new treatment opportunities for human papillomavirus infection. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189 Suppl 3:S3–11.
- Hiltunen-Back E, Haikala O, Kautiainen H, ym. Anturiverkosto: uusi sukupuolitautilien epidemiologinen seurantarjestelmä Suomessa. *Suom Lääkäril* 1998;53:1541–5.
- Hoyme UB, Hagedorn M, Schindler AE, ym. Effect of adjuvant imiquimod 5 % crem on sustained clearance of anogenital warts following laser treatment. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2002;10:79–88.
- Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnyttinten solumuutokset – diagnostiikka, hoito ja seuranta [verkkoversio]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Kolposkopia-yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2006 [päivitetty 22.8.2006]. www.kaypahoito.fi
- Koutsky LA, Galloway DA, Holmes KK. Epidemiology of genital human papilloma virus infection. *Epidemiol Rev* 1983;10:122–63.
- Von Krogh G, Lacey CJ, Gross G, Barrasso R, Schneider A. European guideline for management of genital warts. *Int J STD AIDS* 2001;12 Suppl 3:40–7.
- Langley PC, White DJ, Drake SM. Patterns of treatment and resource utilization in the treatment of external genital warts in England and Wales. *Int J STD AIDS* 2004;15:473–8.
- Maw R. Critical appraisal of commonly used treatment for genital warts. *Int J STD AIDS* 2004;15:357–64.
- Paavonen J, Lehtinen M. Papilloomavirusrokote käyttöön – häviääkö kohdunkaulan syöpä? *Duodecim* 2006;122:2409–14.
- Roy M, Bryson P. Treatment of external genital warts and pre-invasive neoplasia of the lower tract. *J Obstet Gynaecol Can* 2007;29: S37–41.
- Wiley DJ, Douglas J, Beunter K, ym. External genital warts: diagnosis, treatment and prevention. *Clin Infect Dis* 2002;35:S210–24.

EIJA HILTUNEN-BACK, LT, erikoislääkäri
HYKS:n sukupuolitautilien poliklinikka
PL 160, 00029 HUS

SIDONNAISUUDET:

Ei sidonnaisuuksia