



## Nuoren herran kummallinen kuume

**Potilaamme** vietti tavallista nuoren miehen elämää vakituisen tyttöystävänsä kanssa. Päihteeksi riitti silloin tällöin nautittu alkoholi, eikä ulkomaillekaan ollut koskaan tullut matkustettua. Alkusyksystä miehelle nousi korkea kuume, ja hän ripuloi ja pari kertaa oksensikin. Viikon jatkuneen kuumeen uuvuttama mies lähetettiin aluesairaalan päivystykseen virtsatieinfektion poissulkemiseksi, sillä liuskakoe osoitti virtsasta hemiä ja proteiinia, mutta virtsan sakasta ei bakteereita löytynyt.

Tutkimuksia jatkettiin sisätautiosastolla. Flunssassa potilas ei mielestään ollut, ainoastaan kurkku oli kipeä. Vartalolla oli hailakkaa

makulaarista ihottumaa, ja palpoitaessa todettiin suurentuneita aristavia imusolmukkeita kaulalla ja nivuksissa. Kielessä oli kipeä rakkula.

Mikrobiologista aiheuttajaa etsittiin laajasti ja toistuvasti useista eri näytelaaduista ilman tulosta (**TAULUKKO**). Keuhkokuva oli normaali, ja vartalon tietokonetomografiassa nähtiin pieniä reaktiivisiksi arvioituja imusolmukkeita siellä täällä.

Osastollakin vierähti viikko. Ripuli laantui ja kuume hiipui vähäiseksi lämpöilyksi, mutta oireiden ja löydösten syytä ihmeteltiin. Sitten otettiin vielä yksi laboratoriotutkimus. Mistä oli kyse? Vastaus sivulla 1165.

**TAULUKKO.** Osastohoidon alkuvaiheen laboratoriotuloksia.

	Tulos	Viitearvot
Veren hemoglobiinipitoisuus	167 g/l	134–167 g/l
Veren leukosyyttimäärä	$3,3 \times 10^9/l$	$3,4\text{--}8,2 \times 10^9/l$
Veren trombosyyttimäärä	$86 \times 10^9/l$	$150\text{--}360 \times 10^9/l$
Plasman CRP-pitoisuus	75 mg/l	< 3 mg/l
Plasman ALAT-pitoisuus	110 U/l	< 50 U/l
Plasman AFOS-pitoisuus	89 U/l	35–105 U/l
Plasman kreatiniinipitoisuus	66 $\mu\text{mol/l}$	60–100 $\mu\text{mol/l}$
Seerumin Puumala-virusvasta-ainemääritys	negatiivinen (kahdesti)	
Ulosteen bakteeriviljely ja nukleiinihapon osoitus	negatiivinen	
Veren bakteeriviljely	negatiivinen (neljästi)	
Seerumin mononukleosivasta-aineiden vieritesti	negatiivinen	
Plasman sytomegaloviruksen nukleiinihapon osoitus	negatiivinen	
Epstein–Barrin viruksen nukleiinihapon osoitus	negatiivinen	
Seerumin hepatiitti B:n pinta-antigeenin määrittäminen	negatiivinen	
Seerumin hepatiitti B -viruksen c-antigeenin vasta-ainemääritys	negatiivinen	
Seerumin hepatiitti C -virusvasta-ainemääritys	negatiivinen	
Seerumin hepatiitti A -virusvasta-ainemääritys	negatiivinen	



## Nuoren herran kummallinen kuume

Potilaasta otettiin osastohoidon aikana HIV-testiä varten seeruminäyte (S-HIVAgAb), jonka virologian laboratorio tutki erittäin herkällä yhdistelmätestillä, joka tunnistaa sekä HIV-1- ja -2-vasta-aineet että HIV-p24-antigeenin niitä kuitenkaan erottelematta (1). Tämän testin tulos oli positiivinen.

Jatkoanalyysissä HIV-vasta-ainetesti oli negatiivinen, mutta kvantitatiivinen HIV-p24-antigeenimääritys oli positiivinen (9,9 pg/ml). Valmistuneet tulokset sopivat aivan tuoreeseen HIV-tartuntaan, ja alustava tulos ilmoitettiin puhelimitse hoitoyksikköön. Jatkotutkimuksissa vasta-aineita ei voitu osoittaa kahdella muullakaan vasta-ainetestillä, mutta HIV-p24-antigeeni oli toisellakin menetelmällä positiivinen.

Laboratoriodiagnostisen määritelmän mukaisesti serologiseen HIV-diagnosiin vaaditaan vasta-ainepositiivinen tulos. Potilaan diagnoosi varmistuikin virallisesti vasta kun myös plasman kvantitatiivinen HIV-1-nukleihinapon osoitus (P-HIV-1-Nh) oli positiivinen. HIV-1-RNA:n kopiolumäärä oli erittäin suuri (11 miljoonaa kopiota/ml), mikä sopi HIV:n ensitautiin. Viisi kuukautta myöhemmin testatuna potilaamme oli muuttunut HIV-1-vasta-ainepositiiviseksi.

Potilaan oireiden taustalta löytyi siis HIV-ensitauti. Tähän sopivat hyvin niin kliininen kuva kuin laboratoriotutkimuksien tuloksetkin. HIV-ensitauti kehittyi noin puolelle potilaista muutaman viikon kuluttua tartunnasta. Tyypillisiä oireita ovat kuume, kurkkukipu, imusolmukkeiden turpoaminen ja ihottuma. Myös ripulia voi esiintyä. Ensitaudin oireet muistuttavat tavallisten hengitystieinfektioiden oireita (kuten mononukleoosia), mutta ihottuma on hyvä johtolanka, jota seuraamalla voi kiireisessä päivystyksessä erottaa aikuispotilaan

HIV-infektion. Laboratoriotutkimuksissa saatetaan esiintyä leuko- ja trombosytopeniaa sekä aminotransferaasipitoisuuksien suurenemista, kuten potilaallammekin.

Osastolla potilaan vointi hiljalleen koheni, ja hänelle aloitettiin eurooppalaisten hoitosuosituksen mukaisesti HIV-lääkitys. HIV-infektio tuskin vaikuttaa potilaamme elinajan odotukseen (2).

Lääkäreiden on hyvä pitää oireinen HIV-ensitauti mielessä, mutta myös muistaa, että vain arviolta puolet saa nämä oireet. Oireettomatkin potilaat, joilla on jokin altistustapahtuma, on hyvä muistaa HIV-testata (1). Varhaisvaiheen jälkeen HIV-infektion saaneet potilaat voivat olla oireettomia vuosien ajan, ja uhkana on diagnoosin viivästyminen ja ennusteen huononeminen. Lisäksi tietämättömänä diagnoositaan potilas voi myös tartuttaa infektion muihin. Tavallisin HIV:n tartuntareitti Suomessa on heteroseksii, joka osoittautui tartunnan lähteeksi tässäkin tapauksessa (3). ■

### KIRJALLISUUTTA

1. Sutinen J. Milloin pyydän potilaastani HIV-testin? *Duodecim* 2011;127:1027–32.
2. Sutinen J, Ristola M. HIV – tappavasta taudista krooniseksi sairaudeksi. *Duodecim* 2012;128:37–46.
3. Eskola S, Finnilä T, Hohenthal U, Oksi J. Vastadiagnosoitujen HIV-potilaiden kliininen kuva ja kokonaistilanne Tyksissä vuonna 2013. *Duodecim* 2016;132:2001–8.

**JUKKA PARANTAINEN, LL, erikoistuva lääkäri**

Hyvinkään sairaala, sisätaudit

**MIKA HALAVAARA, LL, sisätautien ja infektiosairauksien erikoislääkäri**

HYKS, Tulehduskeskus, infektiosairauksien klinikka

**SATU KURKELA, dosentti, kliinisen mikrobiologian erikoislääkäri**

ELIISA KEKÄLÄINEN, LT, erikoistuva lääkäri

HUSLAB, kliininen mikrobiologia