

Syömishäiriöpotilaan mediastiniitti

Mediastiniitti on harvinainen mutta hengenvaarallinen sairaus. Rintakehän ulkopuolelta välikarsinaan levinnyt infektio on tavallisimmin peräisin nielusta tai hampaista. Oman potilaamme mediastiniitin aiheutti syömishäiriö. Potilas pyrki hallitsemaan painoaan oksentamalla, ja provosoitessaan oksennusta hän vaurioitti nieluun. Syömishäiriö on mediastiniitin synnä poikkeuksellinen. Syömishäiriön mahdollisuus on hyvä muistaa selvitetessä joidenkin tavallisten somaattisten oireiden ja löydösten syytä. Esimerkkinä tästä on hypokalemian taustalta paljastuva oksentelu. Epäily syömishäiriöstä on tärkeää ottaa suoraan puheeksi potilaan kanssa, ja hänet tulee ohjata tarvittaessa psykiatrin arvioon.

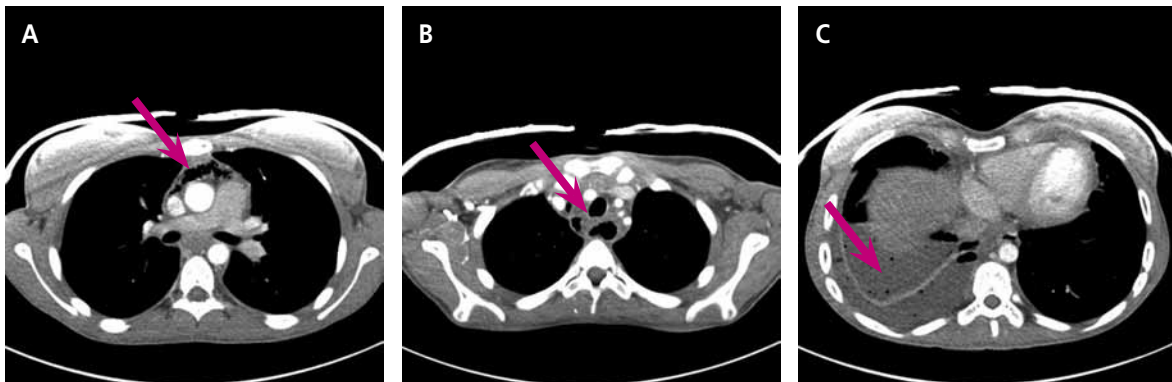
Mediastiniitti on välikarsinan infektio, johon liittyy nykyäänkin 10–20 %:n kuolleisuus (Sandner ja Börgermann 2011). Tavallisimpia syitä ovat leikkauksen jälkeiset tulehdukset (sydän- ja ruokatorvikirurgia) ja ruokatorven perforaatio. Niin sanottu laskeva mediastiniitti kehittyy, kun nielun tai hampaiston infektio leviää välikarsinaan. Synnä voi olla myös suun tai kaulan alueen trauma tai toimenpide. Altistavia tekijöitä ovat immuunivastetta heikentävät sairaudet, kuten diabetes. Etenkin laskevan mediastiniitin diagnoosi viivästyy usein. Tauti on harvinainen ja oireet epämääräisiä: kurkkukipu, nielemisvaikeus, kuume, kipu kaulassa tai rinnassa, turvotus nielussa tai kaulassa sekä hengitysvaikeus. Diagnostisesti tärkein tutkimus on kaulan ja rintakehän alueen tietokonetomografia (TT). CRP-pitoisuus ja veren valkosolumäärä ovat yleensä suurentuneet. Hoidossa on keskeistä märkäpesäkkeiden kanavointi ja mikrobilääkehoito. Usein tarvitaan teho-osastohoitoa ja toistuvia toimenpiteitä. Toipuminen on hidasta, ja sairaalahoito kestää keskimäärin yli kuukauden (Sandner ja Börgermann 2011).

Noin 7 % naisista sairastaa syömishäiriötä jossain elämänvaiheessa (Keski-Rahkonen 2010). Tunnetuimmat syömishäiriöt ovat anorexia nervosa eli laihuushäiriö ja bulimia nervosa eli ahmimishäiriö. Laihuushäiriöön kuuluvat itse aiheutettu laihduttaminen ja lihominen pelko. Ahmimishäiriössä ahmimiskohtauksia kompensoidaan oksentamalla, paastoamalla tai liikkumalla. Jotkut käyttävät ulostus- tai nesteestoainelääkkeitä. Ahmimishäiriötä sairastava on usein normaalipainoinen. Hän häpeää oireitaan ja pyrkii salaamaan ne läheisiltä ja joskus myös lääkäreiltä. Omalla potilaallamme syömishäiriöön liittyvä oksentelu johti hengenvaaralliseen komplikaatioon, mediastiniittiin.

Oma potilas

Aiemmin somaattisesti terve 18-vuotias nainen haikautui terveysasemalle rinnassa tuntuvan polton takia. Muutaman päivän ajan potilaalla oli ollut 37,5 °C lämpöä ja nielukipua, joka oli nyt helpottanut. Nielukivun takia potilas oli käynyt kaksi kertaa päivystyksessä, josta hän oli saanut tulehduskipulääkettä ja lidokaiinipuudutetta. Terveysasemalla potilas kertoi sairastavansa syömishäiriötä ja provosoineensa oksennusta ärsyttämällä nielua hammasharjalla neljä päivää aiemmin. Potilaan yleistila oli hyvä. Lämpöä hänellä oli 36,9 °C, ja nielu näytti normaalilta. Ylävatsalla tuntui aritusta. Laboratoriotutkimuksissa todettiin selvästi suurentunut CRP-pitoisuus, 399 mg/l. Hemoglobiinipitoisuus oli 120 g/l. Veren valkosolumäärä oli 7,2 x 10⁹/l ja trombosyyttimäärä 118 x 10⁹/l. Potilas lähetettiin päivystystapauksena kirurgin arvioon akuutin vatsan takia.

Sairaalan päivystyspoliklinikassa potilaalla oli lämpöä 38,1 °C ja keskellä ylävatsaa ja oikean kylkikaaren alla tuntui aritusta. CRP-pitoisuus oli 428 mg/l ja veren valkosolumäärä 3,4 x 10⁹/l. Plasman natriumpitoisuus oli 130 mmol/l ja kaliumipitoisuus 4,2 mmol/l. EKG:ssä tai virtsanäytteessä ei todettu oireita selittävää. Keuhkokuivassa oikea lohkoraja korostui ja pleuranestettä havaittiin kohdallisesti oikealla takana. Vatsan kaikukuvauksessa ei todettu poikkeavaa. Edelleen epäselvän infektiopesäkkeen takia pyydettiin rintakehän TT, jossa to-



KUVA. **A)** Välikarsinan etuosassa havaitaan ilmaa (nuoli) ja **B)** takaosassa ruokatorven ympärillä (nuoli). **C)** Välikarsinassa on selkeää kudosturvotusta, ja oikeassa keuhkopussissa näkyy nestettä ja kaasukuplia (nuoli). Löydökset viittaavat märkäiseen infektiin.

dettiin välikarsinan etuosassa ja ruokatorven proksimaalisten osien ympärillä runsaasti ilmaa (KUVA A ja B). Radiologi epäili ruokatorven perforaatiota ja mediastiniittia. Ruokatorven röntgenkuvauksessa nähtiin alanielun perforaatioon viittaava löydös. Oikealle asetettiin pleuradreeni, josta otetusta märkänäytteestä kasvoi myöhemmin beetahemolyyttinen G-ryhmän streptokokki, *viridans*-ryhmän streptokokki ja *anginosus*-ryhmän streptokokki. Sairaalaan tuloa seuraavana päivänä alanielun ja ruokatorven tähytyksessä havaittiin alanielun alueella pieni peitynyt reikä, joka sopi anamneesiin. Samalla kaulaviillosta kanavoitiin etu- ja takamediastinum, joista molemmista karsinoista tuli märkää. Tulehdusarvojen suurentumisen sekä välikarsinan ja keuhkopussin kertymien (KUVA C) vuoksi jouduttiin tekemään vielä keuhkopussintähystys viisi päivää myöhemmin. Välikarsinan etu- ja takaosa pursuivat märkää, ja ne kanavoitiin laajemmin. Märkäinen keuhkopussitulehdus puhdistettiin ja keuhko dekortikoitiin laajaksi. Aluksi mikrobilääkkeinä oli meropeneemiin ja flukonatsolin yhdistelmä ja myöhemmin piperasilliiniin ja tatsobaktaamin yhdistelmä, linetsolidi ja flukonatsoli. Osastohoito kesti viitisen viikkoa. Potilaan yleistila pysyi koko ajan vähintään kohtalaisen hyvänä, ja hän toipui täysin.

Psykiatrin konsultaatiossa kävi ilmi, että potilas oli alkanut rajoittaa syömistään ja lisätä liikuntaa laihdutustarkoituksessa vuotta aiemmin. Paino oli pudonnut vuodessa 59 kg:sta 43 kg:aan (pituus 164 cm). Painoindeksi oli nyt 16,0 kg/m², kun se oli aiemmin ollut 21,9 kg/m². Laihuttamiseen oli liittynyt myös satunnaista oksentelua. Muutama viikko ennen sairaalaan tuloa terveysasemalta oli tehty lähete syömishäiriöpoliklinikkaan.

Somaattisen osastohoidon päätyttyä potilas aloitti käynnit syömishäiriöpoliklinikassa. Hänellä oli laihdushäiriön oirekuvaan kuuluvaa voimakasta lihomisen pelkoa alipainoisuudesta huolimatta. Hän suhtautui ristiriitaisesti syömiskäyttäytymisen muut-

tamiseen ja painon nousuun, vaikka ymmärsi sekä syömishäiriön että mediastiniitin vaarallisuuden. Oksentelu pysyi aluksi poissa mutta alkoi uudelleen kolme kuukautta myöhemmin.

Tätä kirjoitettaessa syömishäiriön hoito on kestänyt puolitoista vuotta. Hoitoon on kuulunut säännöllisten poliklinikkakäyntien lisäksi hoitajakso syömishäiriöihin erikoistuneella psykiatrisella vuodeosastolla ja hoitajaksoja päiväpotilaana. Diagnoosina on ollut epätyypillinen laihdushäiriö. Paino on korjautunut vähitellen, nykyään painoindeksi on 20 kg/m². Lihomisen pelkoa on edelleen, ja vasta viime kuukausina potilas on pystynyt syömään riittävästi. Oksentelua tapahtuu yhä satunnaisesti. Käytössä on ollut serotoniinin takaisinoton estäjä ahdistukseen ja masennukseen.

Pohdinta

Mediastiniitti on harvinainen sairaus. Omalta potilaallamme taudin syy oli epätavallinen. Tässä tapauksessa syömishäiriö oli tulotilanteessa tiedossa ja myös se, että potilas oli ärsyttänyt nielua hammasharjalla saadakseen aikaan oksennuksen. Syömishäiriötä sairastava ei kuitenkaan aina kerro oma-aloitteisesti oksentamisesta. Tästä on esimerkkinä Vinkistä vihiä -palstalla julkaistu tapaus nuoren naisen nieluturvotuksesta (Rekola ym. 2009). Siinä vasta omaisen haastattelu paljasti ahmimishäiriön ja sen, että oksennusta sormella provosoitessaan potilas oli saanut aikaan nielun haavauman.

TALUKKON on koottu laihdushäiriöön ja ahmimishäiriöön liittyviä keskeisiä somaattisia oireita ja löydöksiä. Jo selvään alipainoon joh-

taneen laihuushäiriön tunnistaminen ei yleensä ole vaikeaa (Muhonen ja Ruuska 2001). Normaalipainoisen ahmimishäiriötä sairastavan potilaan osalta hypokalemia voi herättää epäilyn syömishäiriöstä ja siihen liittyvästä oksentelusta (Keski-Rahkonen ja Rissanen 2000). Oman potilaamme kaliumarvo oli normaali, koska oksentelu oli satunnaista. Myös nesteesto- ja ulostuslääkkeiden käyttö voi johtaa syömishäiriötä sairastavalla elektroyttihäiriöihin. Hammaslääkärin on tärkeää kysyä oksentamisesta, jos hampaista löytyy selettämättömiä vaurioita (Rytömaa ym. 1996).

Potilaan läheiset ja terveydenhuollon työntekijät voivat turhautua, jos syömishäiriötä sairastava ei tunnu haluavan muuttaa syömiskäyttäytymistään. Käyttäytymisen muuttamisen vaikeus kuuluu syömishäiriön luonteeseen, ja se näkyi selvästi myös oman potilaamme tapauksessa. Vaikka hän ymmärsi syömishäiriön vaarallisuuden ja halusi parantua, syöminen muuttaminen ja oksentelun lopettaminen oli erittäin työlästä.

Jos epäilet syömishäiriötä, ota se suoraan puheeksi potilaasi kanssa ja tue häntä avun hakemisessa. ■

* * *

Kiitämme erikoislääkäri Tuomas Korkeeta avusta tapauselostuksen suunnittelussa.

SALLA KOPONEN, LT, erikoislääkäri

Helsingin yliopisto
ja HYKS, psykiatrian tulosyksikkö, syömishäiriökliniikka

EERO SIHVO, dosentti, erikoislääkäri

HYKS, operatiivinen tulosyksikkö, sydän- ja thoraxkirurgian klinikka

SIDONNAISUUDET

Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia

TAULUKKO. Syömishäiriöihin liittyvät keskeiset somaattiset oireet ja löydökset.

Laihuushäiriö (aliravitsemustila)

- Amenorrea (primaarinen tai sekundaarinen)
- Väsymys
- Ummetus
- Turvotus
- Kuiva iho
- Lanugokarvoitus
- Heikentynyt kylmän sieto
- Bradykardia ja hypotensio
- EKG-muutokset
- Anemia, leukopenia ja trombositopenia
- Poikkeavat maksa-arvot
- Osteoporoosi
- Kasvun hidastuminen

Ahmimishäiriö (ahmiminen ja oksentelu)

- Kuukautishäiriöt
- Väsymys
- Ummetus
- Vatsakivut
- Vatsan turvotus
- Käsien ja jalkojen turvotus
- Sydämen rytmihäiriötuntemukset
- Korvasylkirauhasten turvotus
- Hampaiden kiillelaurioit
- Ruokatorvitulehdus
- Hypokalemia
- EKG-muutokset (hypokalemiaan liittyvät)

KIRJALLISUUTTA

- Keski-Rahkonen A. Syömishäiriöt – ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa? Duodecim 2010;126:2209–14.
- Keski-Rahkonen A, Rissanen A. Bulimian tunnistaminen ja somaattiset komplikaatiot. Duodecim 2000;116:1207–13.
- Muhonen M, Ruuska J. Laihuushäiriön hoito. Duodecim 2001;117:883–90.
- Rekola J, Kinnunen I, Pulkkinen J. Nuoren naisen akuutti nieluturvotus. Duodecim 2009;125:2755, 2757.
- Rytömaa I, Järvinen V, Kanerva R, Heinonen O. Bulimiatotilaiden hammasmuutokset. Duodecim 1996;112:693.
- Sandner A, Börgermann J. Update on necrotizing mediastinitis: Causes, approaches to management, and outcomes. Curr Infect Dis Rep 2011;13:278–86.

Summary

Mediastinitis in a patient with eating disorder

Mediastinitis is a rare but life-threatening disorder. This infection, spreading from outside of the chest to the mediastinum, is most commonly derived from the pharynx or the teeth. In our patient, mediastinitis resulted from an eating disorder. She attempted to control her body weight by vomiting and damaged her pharynx by provoking vomiting. Eating disorder is exceptional as a cause of mediastinitis. This condition should be kept in mind in some common somatic symptoms and findings. An example of these is vomiting induced hypokalemia.