



## Kello kolmen sinuiitti

**Kolmekymppinen** yleensä terve mies hakeutui marraskuisena iltapäivänä työterveyslääkärin vastaanotolle sinuiittioireen vuoksi. Potilaalla oli viikon verran esiintynyt kipua oikealla puolella kasvoja, ja lisäksi oikea silmä oli herkkä vuotamaan vettä. Potilas sai hoidoksi doksisykliinikuurin sekä mikrobilääkesilmätipat.

Neljän päivän kuluttua mies tuli uudelleen toisen työterveyslääkärin vastaanotolle, koska oireet jatkuivat ja oikea silmä oli punoittava ja kivulias. Silmänpaineeksi mitattiin oikealla 24 mmHg ja vasemmalla 14 mmHg. Oikeanpuoleinen pupilla oli mioottinen. Työterveyslääkäri lähetti potilaan päivystysluonteiseen arvioon silmätautien poliklinikkaan glaukoomaepäilyn vuoksi.

Samana iltana silmätautien poliklinikassa potilas todettiin kivuttomaksi, visukset olivat normaalit, paine kummassakin silmässä 12 mmHg, etukammiot sekä mykiöt kirkaat, papillat symmetriset, verkkokalvon keski-kuoppien (fovea centralis) refleksit normaalit. Oikean silmän kipu sopi pintakuivuuteen, jota ylähengitystieinfektio oli saattanut aiheuttaa ja näyttöpäätetyö pahentaa. Potilaalle kirjoitettiin hoitokokeiluksi kustuttavia silmätippoja ja suositeltiin muutaman kuukauden kuluttua silmänpaineiden tarkistamista.

Potilaan oireet kuitenkin jatkuivat, ja seuraavana iltapäivänä hän oli vaivan vuoksi jo kolmannen työterveyslääkärin vastaanotolla. Tällä kertaa todettiin oikea silmä punoittavaksi ja kivuliaaksi sekä koputusarkuutta oikeassa poskipäessä ja otsassa, mutta kaikukuvauslöydös jäi sinuiitin osalta negatiiviseksi. Potilas sai päivystyslähetteen korvatautien poliklinikkaan.

Samana iltana korvatautipoliklinikassa potilas todettiin hyväkuntoiseksi ja kivuttomaksi, oikeassa poskessa oli iholla hentoa punoitusta,

ei turvotusta. Statuksessa ei havaittu mitään poikkeavaa, varmuuden vuoksi potilaalle tehtiin kuitenkin molemminpuoliset poskiontelohuuhtelut, joiden löydökseksi jäi kirkas huuhteluneste. Vaikutelmaksi jäi poskionteloiden ventilaatio-ongelma, jonka hoidoksi aloitettiin glukokortikoidinenäsuihkeet sekä prednisolonikuuri suun kautta. Potilaalle suositeltiin myös nenäkannun käyttöä.

Jälleen seuraavana päivänä potilas hakeutui vastaanotolle, tällä kertaa jo neljännelle eri työterveyslääkärille. Potilas tuli nyt vastaanotolle aamupäivällä ja oli täysin oireeton. Hän oli etsinyt netistä tietoa vaivastaan ja diagnosoinut itsellään herpesen aiheuttaman silmätulehduksen. Potilas toivoi hoidokseen asikloviiria sisältäviä tabletteja ja silmätippoja. Mitään poikkeavia statuslöydöksiä ei kuitenkaan ollut. Potilas kertoi onnettomana, että iltapäivällä särky alkaa varmasti kuin brittiläinen teeteki ja on sietämättömän kova. Hän olisi muuttamassa pysyvästi ulkomaille töihin kahden päivän kuluttua, eikä lähdöstä tulisi mitään, ellei parantavaa hoitoa löytyisi. Vastaanotolla heräsi epäily oireen psykogeenisestä luonteesta, mutta sovittiin kuitenkin, että potilas tulee lääkärin luokse näyttäytymään iltapäivällä, jos oire palaa.

Niinpä potilas sitten ilmaantui vastaanottoalaan iltapäivällä. Jo aulan poikki katsottaessa oli havaittavissa, että potilaan kasvot punoittivat ja että hän oli merkittävän kivuliaan oloinen. Vastaanottohuoneessa potilas kertoi, että nenä tuntui tukkoiselta. Oikea silmä oli kivulias ja punoittava sekä pupilla selkeän mioottinen.

Mikä aiheutti potilaalle lähes kellon tarkkuudella alkavan ja ohimenevän oireen?

Vastaus sivulla 95.



## Kello kolmen sinuiitti

Anamneesia tarkennettaessa potilas kertoi, että hän ei ollut käyttänyt mitään muita lääkkeitä kuin niitä, joita sairaalasta oli vaivaan määrätty. Hän työskenteli normaalissa toimistoympäristössä, jonka sisäilmassa ei ollut tiettävästi mitään ärsyttäviä tai allergisoivia tekijöitä. Hän ei myöskään käsin kosketellut silmäänsä eikä käsitellyt mitään kemiallisia aineita.

Hetken ihmettelyn jälkeen diagnoosi alkoi kuitenkin tuntua ilmeiseltä, kun sitä vain tuli ajatelleeksi. Sarjoittainen päänsärky (Hortonin neuralgia) on usein nuorehkoilla miehillä esiintyvä päänsärky, jolle ovat tyypillisiä toispuoliset noin puolesta kolmeen tuntiin kestävä erittäin voimakkaat kipukohtaukset. Kipukohtauksia esiintyy usein päivittäin ja toisinaan aivan tiettyyn vuorokauden aikaan. Tyypillisiä ovat muutkin potilaalla havaitut oireet: nenän tukkoisuus, silmän punoitus ja vuoto sekä mioosi.

Potilas ei täysin uskonut vaivansa selitykseen, mutta suostui kuitenkin kokeilemaan sumatriptaanilääkitystä toivomansa asikloviirin sijaan. Jos hoito olisi aloitettu poliklinikassa, sataprosenttinen happi olisi myös ollut hyvä

ensihoito. Lääkäri ei tämän jälkeen enää tavannut potilasta, mutta sai viikon kuluttua tyytyväisen sähköpostin, jossa kerrottiin, että heti oireen alkaessa otettu tabletti esti sen äitymisen pahaksi ja että maastamuutto oli onnistunut hyvin. Potilas sai ohjeen hakeutua uudessa kotimaassaan lääkäriin, jos oire palaa. Tällöin tulisi harkittavaksi estolääkityksen aloittaminen. Ensisijainen estolääke on kalsiuminestäjä verapamiili. Jos tämä ei ole mahdollinen tai avuksi, voidaan kokeilla beetasalpaajista propranololia tai atenololia sekä muista lääkkeistä topiramaattia tai litiumia. Alkuvaiheessa voidaan antaa suuriannoksinen kortikosteroidikuuri (prednisolonia 80 mg/vrk viiden vrk:n ajan ja sitten annosta vähentäen). Hortonin neuralgia kroonistuu helposti ja aiheuttaa hyvinkin vaikeahoitoisia pitkäaikaisia kiputiloja, joten sen tunnistaminen ja tehokas ensihoito perusterveydenhuollossa sairauden harvinaisuudesta huolimatta olisi tärkeää. ■

**JUKKAPEKKA JOUSIMAA, LT, päätoimittaja**  
Lääkärin tietokannat  
Kustannus Oy Duodecim  
Helsinki