



Pään vamman jälkeinen näön sumentuminen

Aiemmin terve nuori mies hakeutui loppukesästä päivystykseen, missä hätäluokituksesta (triage) vastaava hoitaja pyysi lääkärin arvioimaan tilannetta. Aamulla herätessään potilas oli huomannut molempien silmien näön olevan sumea, ja hän kertoi muutamaa viikkoa aiemmin hypänneensä pää edellä matalaan veteen lyöden päänsä pohjaan. Välitöntä tajuttomuutta tai muita aivovamman oireita ei tuolloin ilmaantunut, mutta niska oli tuntunut viikkojen ajan kipeältä. Triage-huoneessa potilaan vointi oli hyvä, eikä akuuttia näön sumentumista sekä pitkittynyttä niskakipua lukuun ottamatta muita oireita tullut haastattelussa esiin. Päihteiden tai lääkkeiden käyttöä ei ollut taustalla. Neurologinen status oli muutoin normaali, mutta näöntarkkuus oli selvästi heikentynyt molemmissa silmissä ilman näkökenttäpuutosta.

Oirekuvaa pidettiin erikoisena, ja potilas siirrettiin pidemmän vamma-anamneesin vuoksi neurologian päivystykseen, missä tutkittava ei pystynyt lukemaan potilasmonitorin verenpainelukemia läheltäkään. Potilaalla ei esiintynyt takaverenkierron vaurioon viittaavia muita oireita, eikä näkökenttäpuutosta. Näköhermon risteyksen patologiaan viittaavaa näkökentän kaventumaa ei myöskään todettu. Potilas ei ollut sekava, päänsärkyinen tai pahoinvoiva. Verenpaine oli normaali, joten viitteitä hypertensiivisen kriisin aiheuttamaan aivotoimintahäiriöön (PRES, posterior reversible encephalopathy syndrome) ei ollut (1). Neurologian päivystyksessä todettu kohonnut ruumiinlämpö (37,8 °C) sekä yksi laboratoriotestit ohjasivat ajatukset oikeaan suuntaan. Mikä oli sumentanut potilaan näön? Vastaus sivulla 325.



Pään vamman jälkeinen näön sumentuminen

Tulovaiheessa oli määrätty otettavaksi laboratoriotutkimuksia, ja neurologin tavatessa potilaan niistä oli valmistunut perusverenkuva ja trombosyytit, joissa todettiin leukosytoosi $12,5 \times 10^9/l$ (viitearvot $3,4\text{--}8,2 \times 10^9/l$) sekä trombosytopenia $25 \times 10^9/l$ (viitearvot $150\text{--}360 \times 10^9/l$). Tarkennetussa anamneesissa kävi ilmi, että potilaalla oli ollut viime päivinä kuumetta, lihaskipuja sekä alaselkäsärkyä. Hän ei ollut tulovaiheessa tuonut infektiooireita esiin, koska ei ollut juurikaan kiinnittänyt niihin huomioita ja epäili näön sumentumisen johtuvan aiemmasta pään vammasta.

Haastattelussa kävi myös ilmi, että potilas oli pari viikkoa aiemmin tehnyt vanhasta hirsitalosta peräisin olevaa puuta polttopuiksi. Puumalaviruksen IgM-luokan vasta-aineet osoittautuivat positiiviseksi, ja potilas siirtyi sisätautiosastolle seurantaan.

Näköoireita tulee noin kolmannekselle myyräkuumeeseen sairastuneista, ja niistä yleisin ongelma on näön hämärtyminen (2). Tässä tapauksessa aiempi pään vamma sekä

puutteellinen anamneesi tulovaiheessa ohjasivat ajatukset aluksi väärään suuntaan. Myyräkuumeeseen tiedetään liittyvän myös neurologisia oireita kuten sekavuutta, uneliaisuutta ja kouristuskohtauksia (3), mutta potilaan näön hämärtyminen tulkittiin olevan myyräkuumeen silmäperäinen oire. Potilas toipui oireettomaksi. ■

TEEMU KOIVISTOINEN, akuuttilääketieteeseen erikoistuva lääkäri
TAYS, Ensiapu Acuta

JUHO TYNKKYNEN, neurologiaan erikoistuva lääkäri
TAYS, Neurologia

JENNI KOSKELA, sisätauteihin erikoistuva lääkäri
TAYS, Sisätautien vastuualue

KIRJALLISUUTTA

1. Fugate JE, Rabinstein AA. Posterior reversible encephalopathy syndrome: clinical and radiological manifestations, pathophysiology, and outstanding questions. *Lancet Neurol* 2015;14:914–25.
2. Vaajanen A, Poskiparta N. Myyräkuumeen laukaisema akuutti sulku-kulmaglaukooma. *Duodecim* 2015;131:172–5.
3. Hautala T, Hautala N, Mähönen SM, ym. Young male patients are at elevated risk of developing serious central nervous system complications during acute Puumala hantavirus infection. *BMC Infect Dis* 2011;11:217.