Aivo-selkäydinnesteen ottoon liittyvä vaara meningiitin yhteydessä

Kollegat Sari Atula, Anne Pesonen ja Markus Färkkilä käsittelevät ansiokkaasti lannepiston teknistä suorittamista ja mahdollisia komplikaatioita (1). Yksi oleellinen kysymys jää kuitenkin vastaamatta: kuinka vaarallista on tehdä lannepisto päivystyspoliklinikkaan saapuneelle potilaalle, jolla epäillään meningiittiä?

Bakteerimeningiitti on rokotusten myötä toki harvinaistunut, mutta erilaisia meningiittejä esiintyy edelleen. Ainakin sairaalassa päivystävien lääkäreiden on lannepisto osattava, kysymyshän voi olla elämästä ja kuolemasta.

Asiasta on taitettu peistä vuosikymmeniä, eivätkä vaarat liene aivan olemattomia. Omassa 200 suomalaislapsen bakteerimeningiittiaineistossamme menehtyi yhdeksän potilasta, taudin tappavuus oli 4,5 % ja kaikille menehtyneille tehtiin ruumiinavaus (2). Aivokudoksen herniaatio todettiin kolmella potilaalla, mutta olisi yksioikoista väittää näiden olleen lannepiston aiheuttamia.

Paras näkemäni selvitys on australialainen 445 lapsen takautuva tutkimus (3). Selvityksessä todetuista 21 herniaatiosta kahdeksan (38 %) havaittiin kolmen tunnin kuluessa lannepiston jälkeen. Yhteys oli vain ajallinen, mutta kirjoittajat katsovat senkin viittaavan syy-yhteyteen. Toisaalta yhtä tärkeä oli tieto siitä, ettei tietokonetomografia paljon auttanut – se oli tehty neljässätoista tapauksessa ja osoittautunut löydöksiltään normaaliksi viidessä (36 %).

Australialaiskollegat päätyivät suosittamaan lannepiston tekemistä saman tien, mikäli lapsi on niin hyväkuntoinen, että hänet todennäköisesti kotiutettaisiin aivo-selkäydinnestetutkimuksen osoittauduttua normaaliksi. Sairaalaan joka tapauksessa otettavan huonokuntoisen potilaan tilanne olisi ensin rauhoitettava muun muassa mikrobilääkehoidolla, ja lannepistoon tulisi mahdollisesti edetä vaikkapa 1–2 vuorokauden kuluttua, jos se katsotaan tarpeelliseksi.

Oma yli nelikymmenvuotinen kokemukseni on, että lannepiston vaaroja liioitellaan suuresti. Edellä mainittu suositus on silti varsin hyvä. Siihen ei pidä mennä – vaikka sellaista tendenssiä olenkin jo havainnut – että lumbaalipunktioon ei uskaltauduta ennen kuin ”lupa” on käyty hakemassa tomografiasta. Silmänpohjia olen tihrustellut monta monituista kertaa, mutta hyötyä en ole siitä havainnut meningiitin kaltaisessa akuutissa tilanteessa. Kahta muuta tutkimusta sen sijaan kannatan kovasti: fokaalisten oireiden etsiskelyä ja seerumin CRP-pitoisuuden nopeaa määrittämistä. Nauliintunut katse niskajäykällä potilaalla ja kovasti suurentunut CRP-arvo ovat vaaran merkkejä. ■

KIRJALLISUUTTA

1. Atula S, Pesonen A, Färkkilä M. Aivo-selkäydinnestenäytteen ottaminen ja siihen liittyvät komplikaatiot. Duodecim 2019; 135:772–80.
2. Anttila M, Anttolainen I, Ellmén J, ym. Lasten bakteerimeningiitin antimikrobihoito – suomalaisen monikeskustutkimuksen tulokset. Duodecim 1991;107:149–57.
3. Rennick G, Shann F, de Campo J. Cerebral herniation during bacterial meningitis in children. BMJ 1993;306:953–5.

HEIKKI PELTOLA, emeritusprofessori, infektiolääkäri