



## Professorin päänsärky ja pupillapulma

**Yliopistosairaalan** neurologiseen päivystykseen lähetettiin 56-vuotias naisprofessori päänsärlyn, huimauksen ja oikean mustuaisen laajentumisen vuoksi.

Potilas oli käyttänyt jo pitkään kohonneeseen verenpaineeseen sartaanin ja diureetin yhdistelmää, ja kotimittauksissa verenpaine oli ollut 140–150/85–90 mmHg. Lieväoireiseen astmaan oli tarvittaessa käytössä budesonidin ja formeterolin yhdistelmää. Nuoruudessaan potilas oli kärsinyt aurallisesta migreenistä, vanhemmiten harvemmin. Joskus harvoin saattoi edelleen esiintyä sahalaitainen näköhäiriö. Niska-hartiaseudun jännitys aiheutti usein päänsärkyä ja huimausta.

Potilas oli ollut lomalla Las Palmasissa. Loma oli ollut hyvin rentouttava, vaikka potilas oli tarvinnut siprofloksasiinikuurin virtsatieinfektioon ja joutunut hoitamaan miehensä kynsivallintulehdusta. Pari päivää ennen sairaalaan tuloa ja loman loppua hänellä oli ollut päänsärkyä jo muutamana päivänä. Se tuntui tasaisena ja jomottavana silmien ympärillä ja paikantui vähitellen selvemmin oikealle puolelle.

Tutkimuspäivän aamuna potilas huolestui huomattavasti oikean silmän näön huonontuneen ja oikean mustuaisen laajentuneen huomattavasti. Hän epäili myös oikean silmäluomen riippuneen hieman. Kaksoiskuvia, puhevaikeuksia, raajaoireita, tasapainovaikeuksia, pahoinvointia tai infektio-oireita ei ollut esiintynyt.

Neurologian päivystäjäkkin totesi oikean mustuaisen huomattavasti laajentuneeksi. Sekä suora että epäsuora valo- ja konvergenssi-reaktio olivat osittain tallella. Ptoosia ei ollut eikä silmien liikehäiriöitä, ja muiltakin osin kliiniset löydökset olivat normaalin rajoissa.

Potilalle tehtiin lisätutkimuksia silmäkuopansisäisten ja verisuonipatologiaan liittyvien syiden pois sulkemiseksi. Verokuva sekä kreatiniini- ja INR-arvot olivat normaalit, CRP-pitoisuus oli 9 mg/l ja D-dimeeripitoisuus 0,3 mg/l. Neurologi arvioi, ettei pään magneettikuvissa tullut esiin mitään potilaan oireita selittävää. Muutaman tunnin seurannan jälkeen oikealle painottuva päänsärky kuitenkin jatkui, vaikka mydriaasi oli aamusta jo hiukan pienentynyt. Päivystäjä piti neurologista sairautta epätodennäköisenä ja lähetti potilaan silmäklinikkaan arviota varten.

Silmien tutkimuksessa molempien mustuisten valoreaktio tuli esiin mutta oikealla heikompana. Edelleenkin ei tullut esiin kyseisen silmän ptoosia eikä tulehdukseen viittaavaa. Kumpikaan mustuainen ei supistunut testattaessa 0,125-prosenttisella pilokarpiinilla. Yksiprosenttisella pilokarpiinilla vasen mustuainen supistui huomattavasti mutta oikea ei lainkaan. Muilta osin silmästatus oli täysin normaali.

Aamuyön väsymyksestä huolimatta tuleva oftalmologi löysi nopeasti selityksen potilaan oireisiin. Mistä oli kyse? Vastaus sivulla 1857.

## Professorin päänsärky ja pupillapulma

**Pään magneettikuvissa** ei siis todettu poikkeavaa isoavopuoliskojen parenkyymissä, silmäkuoppien tai sellan alueella eikä myöskään kaulan tai kallonsisäisissä verisuonissa. Diffuusiokuvissa ei ollut iskemiaan viittaavaa. Neuroradiologi havaitsi oikealla keskikuopan mediaalireunassa noin 2 mm paksun ja 9 mm leveän varjoaineella tehostuvan sukkulamaisen kohouman kovakalvon pinnalla. Hän arvioi, että kyseessä saattoi olla verisuonirakenne mutta pieni meningeooma ei ollut pois suljettavissa.

Silmäklinikan sairaalalääkäri tarkensi anamneesia, ja kävi ilmi, että potilas oli levittänyt miehensä kynsivallille pari päivää ennen oireita kanarialaislääkäriltä saatua paikallishoitovalmistetta. Voiteen kaupan nimi oli Belladonna, ja valmiste sisälsikin belladonna- uutetta 10 g/100 g sekä lisäksi vaseliinia, lanoliinia ja etanolia 70 %. Valmiste on tarkoitettu mm. tulehdusten ja haavakipujen paikallishoitoon ja sen vaikutus perustuu belladonnakasvin tuottamaan atropiiniin.

Potilas oli siis ilmeisesti vahingossa saanut huomaamattaan pienen määrän belladonna-

voidetta oikeaan silmäänsä, mistä johtui atropiinin aiheuttama parasympaattinen salpaus mydriaaseineen ja akkommodaatiohäiriöineen. Tämä puolestaan selitti potilaan näköhäiriön.

Kotiutumisen jälkeen potilaan oireisto korjaantui pysyvästi parissa päivässä. Pään magneettikuvauksen sivulöydöksen takia potilasta seurataan edelleen ja uusi magneettitutkimus on suunniteltu vuoden päähän.

Kuten usein käy, tarkka anamneesi antoi tässäkin tapauksessa ratkaisun. Suomessa atropiinia ei yleensä käytetä ihotulehdusten paikallishoitoon. Silmässä sen vaikutus voi tietyvästi kestää päiviä. Päänsärky tässä yhteydessä ei ole tyypillistä, mutta se on kuitenkin mahdollista. Näin ollen siis myös laajat neurologiset kuvantamistutkimukset olivat aiheellisia. ■

FILIP SCHEPERJANS, LT, sairaalalääkäri

KARI-PEKKA SAASTAMOINEN, LL, neurologi, osastonlääkäri

HYKS:n neurologian klinikka

PL 340, 00029 HUS

### SIDONNAISUUDET

FILIP SCHEPERJANS, KARI-PEKKA SAASTAMONEN: Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia.