



Psykogeeninen halvaus?

Potilas on 72-vuotias mies, jolla on runsaasti sairauksia. Eturauhaskarsinooman ja selkärangan kareuman lisäksi vuonna 1995 oli suoritettu ohitusleikkaus ja samalla asennettu mekaaninen aorttaläppäproteesi.

Toukokuussa 2010 potilas oli työntänyt kottikärryillä soraa, kun hänelle yhtäkkiä ilmaantui rintakipua. Hän otti vaivaan glyseryyliitrinitraattitabletin ja menetti sen jälkeen tajuntansa. Herätessään hän huomasi niskansa kipeäksi.

Potilas saapui tutkimuksiin yliopistosairaalan ensiapuun, jossa sisätautilääkäri piti tajuttomuuskohtausta ”nitrokollapsina”. Niskakivun vuoksi tehtiin kaularangan röntgenkuvaus (**KUVA 1**). Siinä ei kuitenkaan löytynyt selitystä oireille.

Potilas valitti vaihtelevia puutumisoireita ensin oikeassa raajaparissa, sitten molemmissa alaraajoissa, ja lopuksi kaikissa raajoissa. Hän tunsi myös jalkansa huomattavan voimattomiksi, vaikka jalat objektiivisesti arvioiden liikkuvat. Sisätautilääkäri pyysi neurologin kannanottoa.

Mikähän potilasta mahtoi vaivata? Vastaus sivulla 2538.



KUVA 1. Kaularangan natiiviröntgen, sivukuva.

Psykogeeninen halvaus?

Neurologin haastattelussa puoliso kertoi potilaan loukanneen tajunnan menetyksen yhteydessä päätään ja niskaansa. Kohtauksen jälkeen jalat eivät olleet kunnolla kantaneet.

Kliinisessä tutkimuksessa vartalolla todettiin tuntoraja, joka vastasi rintarangan TH9-dermatomia. Sen alapuolelta kivuntunto puuttui täydellisesti. Babinskin merkki oli positiivinen molemmin puolin. Pyydettyäessä potilas ei pystynyt liikuttamaan jalkojaan lainkaan.

Aorttaläppäproteesin vuoksi selkäytimen magneettikuvausta ei voitu tehdä, koska varmaa tietoa läppäproteesin sopivuudesta tähän tutkimukseen ei päivystysaikaan ollut. Sen sijaan suoritettiin kaula- ja rintarangan tieto-

konetomografia (TT) (KUVA 2). Siinä todettiin C7-tason instabiili nikamamurtuma, joka kuitenkin oli hyvin paikallaan eikä aiheuttanut painaumaakaan selkäyttimeen. Lisäksi tasoissa C3–C7 kuvautuivat myös okahaarakkeiden murtumat, joista C3–C6-tasojen murtumat tulivat näkyviin jo natiivikuvauksessa.

Selkärankareuman vuoksi ranka oli täysin ankyloitunut, mikä aiheutti haasteita sekä kuvaukselle että operatiiviselle suunnittelulle. Alun perin otetussa natiivikuvassa C7-nikama ei visualisoitunut potilaan ryhdin takia. Kahden vuorokauden kuluttua tapaturmasta neurokirurgi operoi murtuman takakautta luuduttamalla C6–Th2-nikamat.

Tarina muistuttaa ensinnäkin hyvän anamneesin tärkeydestä. Toiseksi röntgenkuvilta on syytä vaatia riittävää laatua. Ellei suunniteltu kuvauskohde visualisoidu kuvassa riittävästi, tutkimus on uusittava tai käytettävä täydentävää tekniikkaa, traumatapauksissa kaularangan osalta ensisijaisesti TT:tä. Kolmanneksi raajojen voimattomuutta valittavaan potilaaseen on syytä suhtautua vakavasti, koska tilanne voi vaihdella useastakin eri syystä. Tämän potilaan tapauksessa syy lienee ollut paheneva selkäytimen turvotus. Alkuvaiheessa se aiheutti vain lieviä oireita, mutta muutaman tunnin kuluttua parapareesi oli jo lähes täydellinen. ■



KUVA 2. Kaularangan TT, sagitaalinen reformaattikuva. Murtumat merkitty nuolilla.

2538

SUVI LIIMATAINEN, LT, vastuualuejohtaja, neurologian erikoislääkäri
TAYS, erikoissairaanhoidon vastuualue, Ensiapu Acuta
PL 2000, 33521 Tampere

HENRIKKI SALMI, LL, neurokirurgian erikoislääkäri
TAYS:n neurokirurgian yksikkö

ANNELI KATAJA, LL, radiologian erikoislääkäri
TAYS:n radiologian yksikkö