



🔊 Kaikenlaista voi sattua, kun potilaana on kollega

Hieman päälle kolmikymppinen kollega tuli elektiiviseen endometriosisleikkaukseen yliopistolliseen sairaalaan. Endometriosia lukuun ottamatta hän oli perusterve.

Anestesiamuotona leikkauksessa käytettiin suonensisäistä yleisanestesiaa. Leikkaus tehtiin laparoskooppisesti, ja potilas oli sen aikana pitkään melko jyrkässä Trendelenburgin asennossa. Leikkauksenjälkeistä kipua hoidettiin torakalisella epiduraalipuudutuksella. Normaalin heräämöseurannan jälkeen potilas siirrettiin osastolle.

Leikkauksen jälkeen potilaan toipuminen alkoi normaalisti, mutta seuraavana päivänä hän huomasi vasemman silmänsä tuntuvan jotenkin oudolta. Yläluomi tuntui väsyneeltä, ja potilas joutui pitämään sormella luomeaan ylhäällä nähdäkseen silmällä. Häntä hoitanut

gynekologi totesi vasemman silmän yläluomen roikkuvan, silmän punoittavan ja vasemman pupillin olevan oikeaa pienempi. Karkea neurologinen status oli muuten normaali, kasvojen mimiikka oli symmetristä, eikä potilaalla ollut kaksoiskuvia. Gynekologi konsultoi neurologiapäivystäjää, joka ohjeisti kuvaamaan pään tietokonetomografian (TT) ja TT-angiografian. Kuvauksissa ei todettu mitään poikkeavaa, ja seuraavalle päivälle ohjelmoitiin vielä pään magneettikuvaus.

Tapaus tuli illalla anestesiapäivystäjän tietoon, kun potilas tarvitsi uuden kanyylin TT:tä varten. Asia mietitytti, ja päivystäjä pohdiskeli tilannetta yön yli, kunnes aamulla hänellä välähti. Mikä leikkaukseen liittyvä tekijä aiheutti potilaan oireet? Vastaus on sivulla 1486.



🔊 Kaikenlaista voi sattua, kun potilaana on kollega

Potilaalle oli kehittynyt Hornerin oireyhtymä, jonka tyypillisiin oireisiin kuuluvat riippuluomi, mioosi ja anhidroosi. Oireyhtymä johtuu häiriöstä sympaattisessa hermoradassa. Häiriö voi aiheutua monesta eri syystä, esimerkiksi kaulavaltimon dissektoitumisesta, keskushermoston kasvaimesta tai keuhkon yläkärjen kasvaimesta (Pancoastin tuumori).

Tämän potilaan tapauksessa aiheuttaja oli kuitenkin suhteellisen harmiton, nimittäin epiduraalipuudutus. Hornerin oireyhtymä on epiduraalipuudutuksen mahdollinen, joskin melko harvinainen haittavaikutus. Hornerin oireyhtymän esiintyvyys epiduraalipuudutuksen yhteydessä vaikuttaisi obstetrisilla potilailla muita potilasryhmiä yleisemmältä, esiintyvyydeksi on arvioitu 0,1–4 %. Oireyhtymän arvelaan olevan alidiagnosoitu, sillä lievät tapaukset saattavat jäädä havaitsematta (1).

Oireet saattavat säikäyttää paitsi potilaan myös henkilökunnan, sillä Hornerin oireyhtymän etiologiana voi olla henkeä uhkaava syy.

Oireyhtymän ja sen aiheuttajan tunnistaminen on tärkeää, jotta voidaan välttää tarpeettomien tutkimusten tekeminen. Lisätutkimuksia suositellaan tehtäväksi vain sellaisille potilaille, joiden oireet pitkittyvät tai ovat epätyypillisiä (1).

Suurimmassa osassa raportoiduista tapauksista epiduraalipuudutuksiin liittyvissä Hornerin oireyhtymissä oireet ovat alkaneet tunnin kuluessa ja hävinneet muutaman tunnin kulluttua puudutuksen lopettamisesta (1). Oman potilaamme oireet alkoivat poikkeuksellisen myöhään puudutuksen jälkeen, ja muilla kuin obstetrisilla potilailla tapauksia on raportoitu melko vähän. Potilaamme epiduraalipuudutus tauotettiin, ja parin tunnin päästä hänen silmänsä oli palautunut taas täysin normaaliksi. ”Kyllähän sen tietää, että jotain käy, kun kollegaa hoitaa”, totesi potilas hymyillen. ■

KIRJALLISUUTTA

1. Chambers DJ, Bhatia K. Horner's syndrome following obstetric neuraxial blockade – a systematic review of the literature. *Int J Obstet Anesth* 2018;35:75–87.

SUVI-MARIA SEPPÄNEN, anesthesiologiaan ja tehohoitoon erikoistuva lääkäri
Turun yliopistollinen keskussairaala