



lökkään naisen tajunnan heikkeneminen, laaja-alainen turvotus ja hengitysvaikeus

Seitsemänkymmentävuotiaalle omatoimiselle naiselle kehittyi muutaman viikon aikana jalkaturvotusta ja lievää räsitushengenahdistusta. Terveyskeskuksen etävastaanotolla hänelle määrättiin furosemidi nesteenoistolääkkeeksi. Jatkossa potilaan vointi kuitenkin huononi, hän ei kyennyt edes syömään ja nukkuminenkin oli hankalaa. Makuuasennossa potilas koki tukehtumisen tunnetta, joten hän otti yhteyttä kotisairaanhoidon. Paikalle tullut hoitaja huolestui tilanteesta ja kutsui ensihoidon arvioimaan potilaan vointia.

Ensihoidon saapuessa potilas oli asiallinen ja orientoitunut mutta valitti yleistä huonovointisuuttaan ja hengenahdistustaan. Potilaan verenpaine oli 150/80 mmHg ja syke 73/min. Happikylläisyys ilman lisähapetta oli 50 %, mutta sormien kylmyyden vuoksi tätä arvoa ei voitu pitää luotettavana. Korvasta mitattu ruumiinlämpö oli 34,0 °C. Veren glukoosipitoisuus oli 4,6 mmol/l, ja EKG:ssä havaittiin vasen haarakatkos. Vertailufilmejä ei ollut käytettävissä. Potilas sai 15 pistettä Glasgow'n koomasteikolla (GCS).

Ensihoitajat päättivät viedä potilaan sairaalaan. Jo muutaman sadan metrin ajon jälkeen potilaan tajunta heikkeni voimakkaasti ja hänen GCS-pistemääränsä romahti kolmeen. Potilaan hemodynamiikka pysyi kuitenkin stabiilina, ja hän hengitti spontaanisti.

Ensiavussa potilaan tajunta oli edelleen merkittävästi heikentynyt, ja hänellä todettiin kauttaaltaan turvotusta kasvoja myöten. Turvotus ei ollut painettavissa pois. Potilaan iho oli kuiva ja ohentunut, ja hänen hiuksensakin vaikuttivat ohentuneilta. Potilaan happikylläisyys oli huoneilmalla 60–70 %, joten aloitettiin BiPAP-hoito. Laboratoriotutkimuksissa todettiin anemia (veren hemoglobiinipitoisuus 80 g/l), leukopenia (veren leukosyyttimäärä $3,3 \times 10^9/l$), hyponatremia (126 mmol/l) ja respiratorinen asidoosi. Pään kuvantamislöydös ei selittänyt tajunnan heikkenemistä.

Mikä oli potilaan tajunnan heikkenemisen, laaja-alaisen turvotuksen ja hengitysvaikeuden syyinä? Vastaus on sivulla 1411.



läkkään naisen tajunnan heikkeneminen, laaja-alainen turvotus ja hengitysvaikeus

Syy potilaan oireisiin selvisi, kun ensiavussa keksittiin tutkia myös hänen kilpirauhasarvonsa. Plasman tyreotropiinipitoisuus oli 114 mU/l ja plasman T_4 -v-pitoisuus mittaamattoman alhainen. Plasman kortisolipitoisuus oli 441 nmol/l. Potilaalla todettiin siis myksedeema eli hypotyreoottinen kooma, joka on nykyisin harvinainen oireyhtymä. Se voi kehittyä jonkin provosoivan tekijän (esimerkiksi infektio, sydäntapahtuma, leikkaus) seurauksena tai pitkään hoitamattomana olleen hypotyreoosin pohjalta. Myöhemmin selvisi, että potilaalla oli todettu raskauden aikana hypotyreoosi, johon hänellä oli ollut levotyroksiinikorvaushoito. Sitä hän ei kuitenkaan ollut viime aikoina noudattanut.

Ensiavussa potilaalle aloitettiin laskimonsisäinen tyroksiinihoito, jota jatkettiin suun kautta, kun potilaan tila sen salli. Ensiavusta potilas siirrettiin teho-osastolle, jossa hoitoa jatkettiin 1,5 viikon ajan. Potilas kotiutui kuukauden hoitojakson jälkeen.

Hypotyreoottinen kooma on endokrinologinen hätätilanne, joka vaatii valvontatasoista hoitoa (1,2). Kuolleisuus hypotyreoottiseen koomaan on hoidosta huolimatta suuri (20–60 %). Vuonna 1969 professori Esko Nikkilä kirjoitti hypotyreoottisesta koomasta

Duodecim-lehdessä erinomaisessa artikkelissaan seuraavaa: ”Hypotyreoottisen kooman diagnoosi ei yleensä ole vaikea, sillä potilaassa on miltei aina todettavissa pitkälle edenneen hypotyreoosin merkit (myksedeema). Taudinkuvaa hallitsevina piirteinä ovat hypotermia, bradykardia ja tajunnan asteen aleneminen. Verenpaine on alhainen ja hengitys on vajavaista (hiilidioksidin retentio, respiratorinen asidoosi)” (3). Näistä hypotyreoottisen kooman keskeisistä merkeistä ja piirteistä potilaallamme ilmenivät muut paitsi bradykardia ja alhainen verenpaine, joiden puuttuminen jäi arvoitukseksi. Näin pitkälle edenneisiin vastaaviin tapauksiin törmätään nykyisin harvoin, joten ennen helpompaa diagnoosina pidetyn oireyhtymän tunteminen vaatii paluuta menneisyyteen. ■

ELLI MÄKI, LK

Turun yliopisto, Turku

IINA ISOTUPA, LL, sisätauteihin erikoistuva lääkäri

Satasairaala, Pori

HANNU JÄRVELÄINEN, LKT, sisätautiopin professori

Turun yliopisto, Turku ja Satasairaala, Pori

KIRJALLISUUTTA

1. Wartofsky L. Myxedema coma. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2006;35:687–98.
2. Ross DS. Myxedema coma. UpToDate. Waltham (MA): UpToDate 2023 [päivitetty 10.4.2023].
3. Nikkilä E. Endokriinisten sairauksien aiheuttamat hätätilanteet. *Duodecim* 1969;85:654–62.