

## Horner ja päänsärky

Aiemmin terve 37-vuotias mies tuli terveyskeskuksen vastaanotolle, koska hän epäili sairastavansa poskiontelotulehdusta. Jo kahden päivän ajan hänen vasen poskipäänsä oli ollut kipeä ja kipua oli tuntunut myös vasemmassa ohimossa ja takaraivossa. Pahimmillaan vasen ohimo oli ollut kosketusarka ja vasen silmäkin oli tuntunut erilaiselta kuin oikea. Potilas valitti valonarkuutta, mutta näkö oli hyvä, eikä kaksoiskuvia esiintynyt. Hän ei muistanut, että hänellä olisi aikaisemmin ollut silmävaivoja tai tämäläyppistä päänsärkyä. Jatkuva nuhaa oli ollut, mutta ei selkeää akuuttia infektioita. Juuri ennen vaivan alkua potilas oli ajanut autollaan pitkään ja yrittänyt rentouttaa niskaansa venyttelyliikkeillä matkan aikana.

Terveyskeskuslääkäri kuvautti poskiontelot ja totesi, ettei tulehdusta ole. Yleistila oli normaali ja neurologinenkin tila oli muuten normaali, mutta potilaan vasen mustuainen ja luomirako olivat oikeaa pienemmät. Vasen silmä ei punoitannut eikä vetistänyt, eivätkä sieraimet olleet tukkoiset. Potilas kotiutui ilman hoitoja mutta palasi terveyskeskukseen viisi päivää myöhemmin. Ensimmäisen käynnin jälkeen kivut olivat helpottaneet, mutta uusia kipujaksoja oli esiintynyt ajoittain. Vasen poskipää oli tuntunut myös hieman turtuneelta. Silmänpaineet olivat normaalit ja vasemman silmän mioosi ja ptoosi olivat ennallaan. Nyt terveyskeskuksessa palveleva terävä lääketieteen kandidaatti konsultoi yliopistosairaalan silmälääkärinä ja kirjoitti potilaalle päivystyslähetteen suositellen jatkotutkimuksia vasemman silmän seudun kivun, mioosin ja ptoosin vuoksi.

Potilas tuli lähetteineen päivystyspoliklinikkaan kuitenkin vasta kolmen vuorokauden kuluessa. Verenpaine oli selvästi kohonnut (155–176/108–117 mmHg), ja potilas kertoi, että hänen suvussaan esiintyy verenpainetauti. Päivystävän neurologin tarkassa kliinisessä tutkimuk-



**Kuva 1.** Vasemman kaulavaltimon angiografiakuvassa ei näy merkittävää patologista löydöstä, joskin sisemmän kaulavaltimon kallonulkoisessa osassa on havaittavissa vähäistä epäspäännöllisyyttä.

sessä todettiin vain selkeä Hornerin oireyhtymä (ptoosi ja mioosi) vasemmalla silmällä. Potilaan oikea silmä oli valonarka. Potilaasta otettiin heti varjoainetehosteinen tietokonetomografiakuva, kaularangan ja keuhkojen röntgenkuvat sekä laboratorionäytteitä, mutta näissä ei havaittu mitään, mikä olisi selittänyt oireet ja löydökset.

Takapäivystäjän ehdotuksen perusteella potilas otettiin osastolle angiografiaa varten, sillä vaikka hän nyt oli kivuton, hänellä oli ollut voimakasta äkillistä repivää kipua, tämän jälkeen vasemman korvan seudussa sykkivää tunnetusta ja poskipään, silmän ja takaraivon alueen sykkiviä sähköiskumaisia kipuja, jotka sopivat hyvin valtimorepeämään eli dissektoitumaan. Radiologi ei kuitenkaan nähnyt angiografiassa (kuva 1) dissektoitumaan sopivia muutoksia vasemmalla kaulavaltimossa. Tämän jälkeen potilaalle tehtiin vielä tutkimus, joka paljasti oikean diagnoosin. Mistä oli kyse? Vastaus sivulla 1281.

## Horner ja päänsärky

Mistä Hornerin oireyhtymä johtui ja miksi siihen liittyi päänsärky? Tämä jäi askarruttamaan lääkäriä. Pian hän muistikin, että sarjoittaiseen päänsärkyyn (Hortonin neuralgia, cluster headache) saattaa liittyä Hornerin oireyhtymä. Sarjoittainen päänsärky on etupäässä 30–50-vuotiaiden miesten sairaus. Särynpuoleisessa sisemmässä kaulavaltimossa – suonen siinä osassa, joka kulkee sinus cavernosuksen sisällä – vasodilataatio aiheuttaa kohtauksen aikana kaulavaltimoa ympäröivän sympaattisen hermopunoksen vajaatoiminnan, jonka seurauksena kehittyy ohimenevä Hornerin oireyhtymä. Mutta sairastiko tämä potilas sarjoittaista päänsärkyä? Ainakaan yliopistosairaalassa suoritettu seuranta ja tutkimus eivät viitanneet siihen. Lisäksi Hornerin oireyhtymä oli todettavissa jatkuvasti.

Niinpä radiologi pyydettiin vielä kerran apuun mahdollisen leesioin paikantamiseksi. Magneettiangiografiassa näkyikin lopulta etsitty syy (kuva 2). Potilaalla oli vasemman sisemmän kaulavaltimon kallonulkoisessa osassa dissektoituma, jota oli alkuun epäiltykin mutta joka ei näkynyt selkeästi angiografiassa. Koska angiografiassa havaittiin vähäistä rosoisuutta, potilaalle aloitettiin varfariinihoito kahdeksi kuukaudeksi verihyytymän ja siitä mahdollisesti kehittyvän embolian ja iskemian estämiseksi. Mitään komplikaatioita ei hoidon aikana kehittyneet.

Hornerin oireyhtymä on melko yleinen löydös sisemmän kaulavaltimon dissektoituman yhteydessä (esiintyvyys jopa 20 %). Kun siihen liittyy päänsärkyä tai kipua missä tahansa pään alueella, on syytä muistaa dissektoituman mah-



Kuva 2. Magneettiangiografian yhteydessä otettu kolmiulotteinen TOF-raakadatakuvaa näyttävä kuva vasemman sisemmän kaulavaltimon seinämänsisäisen vuodon suonen kallonulkoisessa osassa (nuoli).

dollisuus. Jos iskemisiä oireita ei esiinny, tila muistuttaa esimerkiksi migreenivarianttia. Angiografian avulla voidaan tutkia vain suonen lumenia, mutta rasvasuppression avulla tehty magneettitutkimus paljastaa seinämänsisäisen vuodon.

MIKKO KÄRPPÄ, LL, erikoislääkäri  
MATTI HILLBOM, professori  
matti.hillbom@oulu.fi  
OYS:n neurologian klinikka  
90220 Oulu