

Kommentar

Pasienter med livstruende sykdom i hjernen

Denne kasuistikken belyser viktige momenter ved håndteringen av pasienter med livstruende sykdom i hjernen.

Dekomprimerende kraniektomi er aktuell behandling for flere pasientgrupper som i dag behandles innen spesialitetene indremedisin (bakteriell meningitt), nevrologi (hjerneslag og encefalitt) og nevrokirurgi (hjerneblødninger og hodeskader). Felles for disse tilstandene er faren for å utvikle herniering og i verste fall intrakranial sirkulasjonsstans og død.

Evakuering av intrakraniale hematomer for å reversere herniering og forhindre intrakranial sirkulasjonsstans har vært og er den vanlige kirurgiske behandlingen ved hodeskader og spontane hjerneblødninger. Kraniektomi som tilleggsbehandling ved hjerneødem ble introdusert på begynnelsen av 1900-tallet (1), men metoden kom i miskreditt etter mange rapporter om dårlige resultater. Den fikk så en renessanse i 1980- og 90-årene, først og fremst som behandling av store hjerneinfarkter (2). De senere årene har kraniektomi også funnet sin plass i behandling av hodeskader hos utvalgte pasienter (3).

Bedre diagnostikk og monitorering og de siste års erfaringer er årsaken til at metoden nå kommer andre pasientgrupper til gode, i dette tilfellet en pasient med encefalitt og livstruende hjerneødem. Også pasienter med bakteriell meningitt, som i dag nesten utelukkende behandles ved indremedisinske avdelinger, kan utvikle forhøyet intrakranialt trykk og få behov for nevrokirurgisk intervensjon. Cerebrospinalvæskedrenasje via ventrik-

kelkateter kan være livreddende (4). Intrakranial sirkulasjonsstans er sannsynligvis en viktig dødsårsak hos ikke-septiske meningittpasienter. Innlegging av ventrikkelkateter senker det intrakraniale trykket, gir mulighet for å ta prøver til mikrobiologisk undersøkelse, og gjør det mulig å gi intratekal behandling med antibiotika. Dette kan være spesielt nyttig når behandling med antibiotika som penetrerer dårlig til sentralnervesystemet, er nødvendig. Stereotaktisk punksjon av intracerebrale abscesser kan i dag utføres uten særlig risiko og er ofte den eneste muligheten man har til å stille presis diagnose og til å sette inn riktig behandling.

Disse forholdene viser betydningen av et tverrfaglig samarbeid omkring pasienter med akutte, alvorlige sykdommer i sentralnervesystemet. Bedret bildediagnostikk og muligheter for å overvåke pasienter med alvorlig intrakranial sykdom er de viktigste faktorene for å bedre prognosen for de sykeste pasientene. Det er viktig at tradisjonelle grenser mellom fagene nevrokirurgi, nevrologi og infeksjonsmedisin revurderes. Dette kan gjøre det mulig å diagnostisere og behandle tilstander og følgetilstander som tidligere kun ble belyst post mortem. Sammen med kunnskaper om tidlig prognostisering gjør dette det lettere å ta avgjørelser som innebærer bruk av behandlingstiltak som kraniektomi.

Dette underbygger et behov for spesialiserte nevrointensivavdelinger. Slike avdelinger er veletablert i våre naboland. Spesialutdannet personale og muligheter

for avansert klinisk og invasiv intrakranial monitorering og akutt kirurgisk intervensjon kan bedre overlevelse og gi et godt langtidsresultat (5). Dette ble poengtert av de nevrokirurgiske fagmiljøer for flere år siden (6) og gjentatt overfor de regionale helseforetakene i fjor, men anbefalingene er foreløpig ikke fulgt opp.

Snorre Sollid

snorre.sollid@unn.no
Nevrokirurgisk avdeling
Universitetssykehuset Nord-Norge
9038 Tromsø

Manuskriptet ble godkjent 13.2. 2006.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Piek J. Dekompressive surgery in the treatment of traumatic brain injury. *Curr Opin Crit Care* 2002; 8: 134–8.
2. Diring MN, Kaufman AM. Heads-up on hemiricectomy. *Neurology* 2004; 63: 1997–8.
3. Taylor A, Butt W, Rosenfeldt J et al. A randomized trial of very early decompressive craniectomy in children with traumatic brain injury and sustained intracranial hypertension. *Child Nerv Syst* 2001; 17: 154–62.
4. Amar AP, Ghosh S, Apuzzo ML. Treatment of central nervous system infections: a neurosurgical perspective. *Neuroimaging Clin N Am* 2000; 10: 445–59.
5. Diring MN, Edwards DF. Admission to a neurologic/neurosurgical intensive care unit is associated with reduced mortality rate after intracerebral hemorrhage. *Crit Care Med* 2001; 29: 635–40.
6. Norsk nevrokirurgisk virksomhet. Innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av Statens helsestilsyn. Helsestilsynets utredningsserie 1-99. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.