

Konklusjon

Denne kasuistikken illustrerer viktigheten av grundig klinisk neurologisk undersøkelse ved neurologiske problemstillinger og nødvendigheten av nøye observasjon og gjentatt neurologisk undersøkelse ved uavklart diagnose, endringer i kliniske funn og atypiske utfall. Ved akutt innsettende hemiparese uten hjernenerveutfall er spinal blødning en aktuell differensialdiagnose, spesielt ved smertefulle tilstander og utfall fra blære og tarm. MR er førstevalg som radiologisk utredning, med CT-myelografi som et godt alternativ ved kontraindikasjoner mot MR, eller der MR ikke er tilgjengelig.

Når diagnosen er etablert, må nevrokirurg kontaktes umiddelbart. Rask kirurgisk inter-

vensjon med evakuering av hematoma er indisert, med mindre de kliniske funnene er i spontan bedring og utfallene er lette. Vår pasient fikk et svært godt klinisk resultat på tross av sin høye alder, takket være rask etablering av diagnosen og effektiv kirurgisk behandling.

Manuskriptet ble godkjent 21.2. 2006. Medisinsk redaktør Jan C. Frich.

Litteratur

1. Kreppel D, Antoniadis G, Seeling W. Spinal hematoma: a literature survey with meta-analysis of 613 patients. *Neurosurg Rev* 2003; 26: 1–49.
2. Hancock JB, Field EM, Gadam R. Spinal epidural hematoma progressing to Brown-Sequard syndrome: report of a case. *J Emerg Med* 1997; 15: 309–12.

3. Lin IY. Diagnostic pitfall: nontraumatic spinal epidural hematoma mimicking a brainstem stroke. *Ann Emerg Med* 2004; 44: 183–4.
4. Chen CJ, Fang W, Chen CM et al. Spontaneous spinal epidural haematomas with repeated remission and relapse. *Neuroradiology* 1997; 39: 737–40.
5. Cywinski JB, Parker BM, Lozada LJ. Spontaneous spinal epidural hematoma in a pregnant patient. *J Clin Anesth* 2004; 16: 371–5.
6. Franscini L, Ballmer PE, Sturzenegger M et al. Evaluation of back pain secondary to spinal epidural hematoma associated with aspirin intake and a partial platelet glycoprotein Ia/IIa deficiency. *Arch Intern Med* 1994; 154: 2769–71.
7. Groen RJ, van Alphen HA. Operative treatment of spontaneous spinal epidural hematomas: a study of the factors determining postoperative outcome. *Neurosurgery* 1996; 39: 494–509.

Kommentar

Vaskulære sykdommer i spinalkanalen

Sanaker og medarbeideres kasuistikk omhandler sjeldne vaskulære tilstander, og er interessant på flere måter. God prognose ved spontane intraspinale blødninger er som regel avhengig av tidlig kirurgisk intervensjon (1, 2). Tilstedeværelsen av intraspinale blødninger kan som regel avsløres ved MR-undersøkelse av det aktuelle området, eller som her, ved myelografi. Et godt behandlingsresultat er derfor først og fremst avhengig av rask klinisk gjenkjennelse av tilstandene.

Som diskutert i kasuistikken er det typiske ved anamnesen først og fremst akutt innsettende, kraftige smerter langs ryggsoylen, fulgt av sensorimotoriske utfall distalt for det aktuelle nivå, ofte etter et fritt tidsintervall. Et poeng i denne sammenheng er at også medullære infarkter kan være assosiert med betydelige smerter og hjerneslagliknende kliniske funn i akuttfasen (3). Vanligst blant disse er det klassiske arteria spinalis anterior-syndrom, som er et inkomplett tverrsnittssyndrom med slappe pareser i ekstremitetene med initialt svekkede eller opphevede senereflekser og blære- og rectumparese. Medullære infarkter lar seg i akuttfasen ikke diagnostisere med myelografi, verken med eller uten CT, men kan bilde-diagnostisk fremstilles ved hjelp av diffusjonsvektede MR-sekvenser (4). Både spinale blødninger og spinale infarkter er blitt mistolket som angina pectoris hos pasienter med kjent hjertesykdom (1, 5).

Kasuistikken illustrerer således et like selvsagt som viktig allment poeng i klinisk arbeid, nemlig at det er kunnskapen hos den enkelte kliniker som er mest avgjørende for å oppnå et godt diagnostisk og terapeutisk resultat, kanskje særlig ved uvanlige sykdomstilfeller. Det er ofte verken mangel på avanserte diagnostiske verktøy eller mangel på terapeutiske muligheter som begrenser vår evne til å diagnostisere og behandle slike pasienter hurtig og korrekt. Denne pasienten ble vurdert av lege på ny åtte timer etter symptomstart på grunn av uavklart diagnose og forverring av symptomene. Det var konklusjonene fra denne revurderingen (cervikal myelopati) som først og fremst bidro til at pasienten kom til rask bildediagnostikk og kirurgisk behandling. Den foreliggende kasuistikk viser viktigheten av at leger involvert i akutt slagbehandling har neurologisk kunnskap nok til å gjenkjenne og tolke betydningen av uventede kliniske neurologiske funn. Betydningen av at hjerneslagpasienter blir undersøkt av nevrolog i akuttfasen har også tidligere vært omtalt i Tidsskriftet (6).

Det innføres stadig nye kvalitetssikringsrutiner, retningslinjer og prosedyrer ved sykehus. Kasuistikken minner oss om at ingen styring etter prosedyrer kan erstatte viktigheten av den interesserte og entusiastiske kliniker som har kunnskaper og klinisk teft nok til å vite når en

pasient bør følges nøyer – og utredes annerledes – enn rutinen tilsier.

Are Brean

are.brean@siv.no
Neurologisk avdeling
Sykehuset i Vestfold
3116 Tønsberg

Manuskriptet ble godkjent 20.4. 2006. Medisinsk redaktør Jan C. Frich.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Mattle H, Sieb JP, Rohner M. Nontraumatic spinal epidural and subdural hematomas. *Neurology* 1987; 37: 1351–6.
2. Kreppel D, Antoniadis G, Seeling W. Spinal hematoma: a literature survey with meta-analysis of 613 patients. *Neurosurg Rev* 2003; 26: 1–49.
3. Sliwa JA, Maclean IC. Ischemic myelopathy: a review of spinal vasculature and related clinical syndromes. *Arch Phys Med Rehabil* 1992; 73: 365–72.
4. Shinoyama M, Takahashi T, Shimizu H et al. Spinal cord infarction demonstrated by diffusion-weighted magnetic resonance imaging. *J Clin Neurosci* 2005; 12: 466–8.
5. Cheshire WP jr. Spinal cord infarction mimicking angina pectoris. *Mayo Clin Proc* 2000; 75: 1197–9.
6. Rønning OM, Thommessen B. Når hjerneslagdiagnosen er feil. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1655–7.