

Hjerneslag hos yngre må utredes grundig. Optimal rehabilitering er avgjørende for at slike pasienter skal kunne ivareta sine omsorgsfunksjoner og delta i arbeidslivet

Så ung og rammet av slag

Iskemisk hjerneinfarkt er som regel forbundet med høy alder. Bare 2–3 % av alle slagtilfellene rammer personer under 45 år, men på verdensbasis dreier dette seg bare i 2005 om ca. 500 000 mennesker (1). Det finnes generelt lite vitenskapelig litteratur om hjerneslag blant yngre mennesker. I dette nummeret av Tidsskriftet gir Halvor Næss en grundig oversikt over temaet basert på eget pasientmateriale fra Hordaland (2). Den kliniske presentasjonen av hjerneslag hos unge voksne er den samme som i høyere aldersgrupper. Blant eldre er aterosklerotiske forandringer i precerebrale og intrakraniale kar og kardiale embolier forbundet med atrial fibrillering hovedårsaken til hjerneinfarkt. Hos yngre er årsakene flere og mer varierte, noe som krever en mer omfattende og utfordrende utredning. Som Næss understreker, danner årsaken til hjerneinfarkt grunnlaget for den sekundærprofylaktiske behandlingen (2).

Tidlige aterosklerotiske forandringer kan være symptomgivende hos unge. En mindre økning av blodtrykket, såkalt prehypertensjon, fører til at arterieveggen tidlig mister sin elastisitet, noe som igjen øker det systoliske blodtrykket. Tidlig tegn på økt stivhet i blodkarene er hyppigere blant overvektige, spesielt dem med sentral overvekt, og blant diabetikere (3). I flere studier er disseksjon av de precerebrale arteriene og kardiale embolier hyppigste årsak til hjerneslag hos yngre. Disseksjon kan skje spontant eller kan opptre etter minimale traumer. Patogenesen er ukjent.

Kardiale embolikilder er årsaken til om lag 20 % av alle hjerneinfarkter hos yngre. Ekkokardiografi, helst transøsofageal ekkokardiografi og Holter-monitorering, er indisert hos alle slagpasienter under 45 år hvis ingen andre etiologiske faktorer kan påvises. Andelen hjerneinfarkter hvor man ikke kan konkludere med noen sikker årsak, er redusert i studier hvor et slikt opplegg er fulgt. Håndtering av pasienter med iskemisk hjerneinfarkt og patent foramen ovale er under debatt (4), og det mangler randomiserte studier hvor man sammenlikner medikamentell behandling og kate-terbasert lukking. Legen som behandler slike pasienter, må ta en individuell avgjørelse, noe som ofte er vanskelig.

Kvinner under 30 år har hyppigere hjerneinfarkt enn menn i samme aldersgruppe. Risikoen for iskemisk hjerneinfarkt øker ved bruk av hormonell antikonsepsjon, men den absolutte risikoen med lav dose østrogen og tredjegenasjons progestagener er lav. Røyking, hypertensjon, diabetes og overvekt blant p-pillebrukere øker risikoen for slag. En pasient-kontroll-studie viste at kvinner som bruker p-piller og har faktor V Leiden-mutasjon, som er forbundet med trombotiske tilstander, har 11 ganger høyere risiko for hjerneslag enn dem som ikke har mutasjonen (5). Det er stor variasjon i angivelser om hjerneinfarkt under svangerskap, og antallet er bare marginalt høyere enn hos ikke-gravide kvinner. De fleste tilfeller opptrer i tredje trimester, hyppigere hos eldre gravide og hos dem med tidligere gjennomgått keisersnitt. Pre-eklampsi og eklampsi kan også gi hjerneslag (6). Migrene, som er vanlig hos kvinner i 30-årene, er en uavhengig risikofaktor pga. hyperaggregabilitet av platene og nedsatt cerebral blodgjennomstrømning under migreneaura. Risikoen øker ytterligere ved bruk av p-piller. Leger har et ansvar for å begrense risikoen for infarkt blant unge kvinner ved nøye å vurdere risikofaktorer før forskrivning av p-piller.

Familiær belastning og genetiske forhold er viktigere ved hjerneinfarkt hos yngre personer enn hos dem som rammes i høyere alder. I en nylig publisert algoritme for beregning av kardiovaskulære risikofaktorer hos kvinner er C-reaktivt protein og hjerneinfarkt hos foreldre før 60 års alder tatt med som klare risikofaktorer i tillegg til hypertensjon, diabetes, røyking og ugunstig kolesterol (7). Til tross for grundig utredning forblir etiologien for mellom halvparten og en tredel av tilfellene uavklart.

Akutt behandling er avgjørende for den videre funksjonen etter hjerneslag. Det er svært viktig å begrense utbredelsen av irreversibelt skadet hjernevev og å prøve å redde mest mulig av den iskemiske penumbra. Pasienter med hjerneslag bør derfor raskest mulig henvises til spesialiserte slagenheter for slik behandling. Best resultater ved rehabilitering oppnås ved hjemmebasert trening med tett oppfølging av et sykehusbasert, koordinerende ambulerende team (8). Selv om langtidsresultatet hos yngre ofte er bedre enn hos eldre og mange oppnår god bedring av motoriske funksjoner, vil en relativ stor del av pasientene få problemer med sosiale aktiviteter og yrkesdeltakelse. Dette kan forklares med kognitive defekter, nedsatt fysisk funksjon og økt tretthetsfølelse.

Hjerneslag i vid forstand er ikke bare skade av hjernen, det påvirker hele personen og personens familie. Unge er spesielt sårbare, etter-som hjerneinfarkt rammer i en viktig fase av livet da omsorg for barn og forsørgelse av familien står sentralt. Unge slagrammede har dessuten lengre forventet levetid enn eldre slagrammede. Nesten halvparten av de som overlever hjerneinfarkt, har funksjonshemning. For å redusere denne belastningen kreves optimal forebygging, adekvat akuttbehandling og forbedret sekundærprofylakse og rehabilitering.

Emilia Kerty

emilia.kerty@medisin.uio.no

Emilia Kerty (f. 1948) er dr.med. og spesialist i øyesykdommer og i nevrologi. Hun arbeider som seksjonsoverlege ved Nevrologisk avdeling, Nevrokliniken, Rikshospitalet-Radiumhospitalet og som professor ved Universitetet i Oslo med nevrooftalmologi som spesialfelt.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Strong K, Mathers C, Bonita R. Preventing stroke: saving lives around the world. *Lancet Neurol* 2007; 6: 182–7.
- Næss H. Hjerneinfarkt hos unge voksne. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 751–3.
- Drukteinis JS, Roman MJ, Fabsitz RR et al. Cardiac and systemic hemodynamic characteristic of hypertension and prehypertension in adolescents and young adults. The Strong Heart Study. *Circulation* 2007; 115: 221–7.
- McCabe DJH, Rakhit RD. Antithrombotic and interventional treatment options in cardioembolic transient ischaemic attack and ischemic stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007; 78: 14–24.
- Slooter AJC, Rosendaal FR, Tanis BC et al. Prothrombotic conditions, oral contraceptives, and the risk of ischemic stroke. *J Thromb Haemost* 2005; 3: 1213–7.
- Bushnell CD. Oestrogen and stroke in women: assessment of risk. *Lancet Neurol* 2005; 4: 743–51.
- Ridker PM, Buring JE, Rifai N et al. Development and validation of improved algorithms for the assessment of global cardiovascular risk in women. *JAMA* 2007; 297: 611–9.
- Fjærtøft H, Indredavik B. Rehabilitering av pasienter ved hjerneslag. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 442–5.