

# Livstruende subduralt hæmatom hos yngre mand

Reservelæge Malene Frøsig Svahn & overlæge Per Kjærgaard Bjerre

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus,  
Neurokirurgisk Afdeling NK

## Resume

Tilstedeværelsen af en arachnoideacyste er en velkendt disponerende faktor til udviklingen af et subduralt hæmatom. I denne kasuistik fortælles om en ung mand, der indlægges pga. akut fald i bevidsthedsniveau. Han var fire uger forinden blevet ramt i hovedet af en fodbold og havde kortvarigt herefter hovedpine. Umiddelbart efter indlæggelsen observeredes fald i Glasgow comascore, hvorfor der blev foretaget computertomografi af cerebrum, som viste et subduralt hæmatom og en arachnoideacyste. Der blev foretaget akut operation, og patienten rettede sig.

Kronisk subduralt hæmatom (KSDH) er sjældent hos yngre og skal derfor udredes, når det findes. En kendt disponerende faktor er forekomst af arachnoideacyste. I sig selv er cysten oftest asymptomatisk, men samtidig forekomst af KSDH kan medføre forhøjet intrakranielt tryk og dertil hørende symptomer. Forløbet kan være fulminant, som det fremgår af denne kasuistik.

## Sygehistorie

En 24-årig tidligere rask mand blev indlagt akut på Neurologisk Afdeling pga. tiltagende hovedpine og bevidsthedssvækkelse. Han var fire uger forinden blevet ramt i hovedet af en fodbold. Der havde da ikke været bevidstløshed eller hudlæsion. Den følgende uge havde han analgetikkrævende hovedpine, men ingen opkastninger. Han var derefter velbefindende indtil fire dage før indlæggelsen. Fra da af fik han gradvist tiltagende hovedpine, der nu var ledsaget af kvalme og opkastninger. Han blev ved egen læge behandlet med paracetamol og diclofenacnatrium uden effekt.

På indlæggelsesdagen blev han fundet sorttalende, var svimmel og sengeliggende. Ved indlæggelsen klagede han over svær hovedpine.

Ved objektiv undersøgelse var blodtryk 145/80, pulsplasma 80, temperatur 37,5, Glasgow comascore 13 (3 + 6 + 4). Der var moderat ekspressiv afasi, højresidig ptose, normal bevægelighed af øjnene og 3 mm egale, lysreagerende pupiller.

Akut computertomografi viste et venstresidigt subduralt let hyperdenst hæmatom kombineret med en 6 cm stor venstresidig temporofrontal arachnoideacyste, som indeholdt blod. Der var subfalcin herniering på 10 mm (**Figur 1**).

Samtidigt med at der blev tilkaldt en neurokirurg, blev patienten bevidstløs med ekstensionsspasmer i ekstremiteterne. Han blev umiddelbart intuberet og hyperventileret, og der

**Figur 1.** Akut computertomografi ved første indlæggelse ses med et venstresidigt subduralt hæmatom samt en 6 cm stor venstresidig arachnoideacyste indeholdende blod. Der ses en subfalcin herniering på 10 mm.



**Figur 2.** Kontrolcomputertomografi tre måneder efter reoperation viser fuld regression af cysten.



blev givet mannitol intravenøst (1 g/kg). Ved den efterfølgende operation blev der via en venstresidig kraniotomi udtømt et flydende subduralt hæmatom samt indholdet (også flydende blod) af cysten.

To timer efter operationen var patienten vågen, og ptosen var svundet. I løbet af de følgende tre dage svandt den ekspressive afasi. Ved udskrivelsen til hjemmet på sjette dag var han neurologisk intakt og i øvrigt velbefindende. På tiende dag blev han igen indlagt under samme billede. Fornyet computertomografi viste gendannet cyste. Efter reoperation og klinisk kontrol inklusive computertomografi tre måneder senere (**Figur 2**) var han velbefindende og uden mén.

## Diskussion

KSDH ses sjældent hos yngre, da subduralrummet i modsætning til hos ældre er smalt, hvilket formentligt mindsker risikoen for stræk og overrivning af brovenerne. Ved forekomst af et KSDH i denne aldersgruppe er det derfor vigtigt at søge andre årsager.

Arachnoideacysten er en sjælden, men dog velkendt dis-

ponerende faktor til udvikling af KSDH. Cysten er oftest medfødt men kan være en følge efter infektion eller traume [1]. Den kan være placeret hvor som helst intrakranielt, men ses hyppigst i fossa media [1, 2]. Indholdet af cysten er næsten identisk med cerebrospinalvæsken [3].

Cysten er i sig selv oftest asymptomatisk og findes da tilfældigt ved en computertomografi eller magnetisk resonans-skanning udført i anden anledning [4]. Symptomer opstår oftest først, når det intrakranielle tryk (ICP) stiger f.eks. i forbindelse med dannelsen af et KSDH. De mest almindelige symptomer er hovedpine, opkastning og evt. bevidsthedssvækkelse. Sjældnere ses fokale neurologiske udfald [2, 4]. Der er næppe nogen kvalitativ forskel i symptomerne hos yngre og ældre, omend symptomudviklingen hos ældre oftest er mere snigende.

Der er ikke enighed om, hvorfor en arachnoideacyste øger risikoen for et KSDH, men associationen til et forudgående traume er formentlig kausal. Som ved brovenerne er venerne omkring en arachnoideacyste ikke omgivet af støttende stroma, som det er tilfældet for hjernes øvrige vener [3-5]. Det kan i tillæg formodes, at deformationen af en arachnoideacyste i forbindelse med et kranietraume er forskellig fra deformationen af cerebrum. Dette vil kunne forklare tilbøjeligheden til venebristning i forbindelse med et kranietraume [4, 5].

En medfødt arachnoideacyste hos vor patient er formentlig forudsætningen for, at det beskedne traume kunne få så alvorlige konsekvenser. At patienten først kom under behandling i slutstadiet før inkarcuration (hjernerød) kan hænge sammen med tilstandens sjældenhed hos yngre.

Skønt den øgede risiko for udvikling af KSDH hos en patient med en arachnoideacyste er kendt, er det ikke operationsindikation ved en asymptomatisk cyste. Dels er der efter operation risiko for gendannelsen af cysten, dels kan cysten svinde ubehandlet [4], og dels er enhver kranieoperation forbundet med risiko.

## Konklusion

Arachnoideacyster udgør ca. en procent af alle ikketraumatiske intrakranielle computertomografiske fund [4]. Cysten er oftest asymptomatisk, men kan blive symptomatisk pga. vækst eller blødning i cysten efter et kranietraume. Sandsynligheden for at modtage en patient med KSDH og en præeksisterende arachnoideacyste er således ganske ringe, men den aktuelle sygehistorie understreger vigtigheden af at identificere tegnene på øget ICP og af at handle derefter.

## Summary

Malene Frøsig Svahn & Per Kjærgaard Bjerre:

### **Life-threatening subdural haematoma in young man**

Ugeskr Læger 2009;171:59

Pre-existence of an arachnoid cyst has previously been suggested to increase the risk of developing a subdural haematoma (SDH). In this case a young man was submitted acutely

due to decreasing level of consciousness. Four weeks previously he had been hit by a football and suffered minor and transient headache. Within minutes after submission, a further decrease in consciousness according to the Glasgow comascore was observed. Acute computed tomography showed SDH and an arachnoid cyst. Surgery was performed immediately and hours later he was improving.

Korrespondance: *Malene Frøsig Svahn*, Bakkedraget 10, 1. tv., DK-3400 Hillerød. E-mail: malenesvahn@gmail.com

Antaget: 8. februar 2008  
Interessekonflikter: Ingen

## Litteratur

1. Demetriades AK, McEvoy AW, Kitchen ND. Subdural haematoma associated with an arachnoid cyst after repetitive minor heading injury in ball games. *Br J Sports Med* 2004;38:E8.
2. Koc K. Brucellar brain abscess and bilateral arachnoid cyst, unilaterally complicated by subdural haematoma. *J Clin Neurosci* 2006;13:485-7.
3. Hopkin J, Mamourian A, Lollis S et al. The next extreme sport? Subdural haematoma in a patient with arachnoid cyst after head shaking competition. *Br J Neurosurg* 2006;20:111-3.
4. Ulmer S, Engelhardt K, Stiller U et al. Chronic subdural hemorrhage into a Giant Arachnoid Cyst (Galassi Classification type III). *J Comput Assist Tomogr* 2002;26:647-54.
5. Parsch C, Krauss J, Hofmann E et al. Arachnoid cysts associated with subdural hematomas and hygromas: analysis of 16 cases, long-term follow-up, and review of the literature. *Neurosurg* 1997;40:483-90.