

# Cerebral venøs trombose

## Klinisk præsentation i tre tilfælde

Mogens Kegel, Frank Eldahl & Anette Wildschjødzt Hansen

Trombosering af intrakraniale vener og venøse sinus er en sjælden, men farlig tilstand. Som disponerende faktorer kendes bl.a. hormonelle ændringer i graviditet og puerperium samt brug af perorale antikonceptiva [1]. Der er øget forekomst ved cancer, inflammatoriske tarmsygdomme, kranietraumer og Behçets sygdom [1]. Endelig findes der flere nedarvede koagulationsforstyrrelser bl.a. i form af antitrombin III-mangel og protein C- og protein S-mangel [2]. Tidligere var infektiøse tromber hyppige, men disse udgør i dag kun en mindre del pga. antibiotikabehandling [1]. Symptomerne kan udvikles enten akut eller snigende i form af hovedpine, fokale neurologiske udfald, ændret sensorium og epileptiske anfald [3].

### Sygehistorier

I. En tidligere rask 42-årig kvinde blev indlagt med formodet tumor cerebri. Op til indlæggelsen havde patienten haft tryk-ken for begge øjne, dobbeltsyn og hovedpine. Objektivt fandt man dobbeltsidigt papilødem og en diskret højresidig abducensparese. En CT med kontrast viste normale forhold uden tegn på rumopfyldende processer eller hydrocephalus. På formodning om idiopatisk intrakranial hypertension blev patienten sat i behandling med acetazolamid. Over de næste dage klagede patienten over hovedpine, kvalme og tiltagende dårligere syn. Da hun efterhånden blev bevidsthedspåvirket, blev der foretaget fornyet CT. Denne viste hjerneødem, og sinus saggitalis superior fremstod mere voluminøs end ved første CT. En efterfølgende MR-scanning viste total okklusion af sinus saggitalis superior. Patienten blev sat i antikoagulan (AK)-behandling med heparin. Tilstanden bedredes initialt på denne behandling, men senere indtrådte der efterhånden aftagende synsfunktion. Ved kontrol hos en øjenlæge 5 mdr. senere fandt man ved oftalmoskopi dobbeltsidigt papilatropi.

II. En 29-årig førstegangsgavid kvinde begyndte at bløde ca. seks uger før termin. Fødslen gik herefter hurtig i gang, men var ellers ukompliceret. Ca. en uge senere begyndte patienten

at få hovedpine, kvalme og bevidsthedspåvirkning. Objektivt var hun sløv, men i øvrigt neurologisk intakt. En CT viste normale forhold. Da tilstanden ikke bedredes over de næste to dage, blev der foretaget en MR-scanning, der viste cerebral venøs trombose. Patienten blev sat i AK-behandling med heparin. Over de følgende dage var tilstanden svingende med hovedpine og intermitterende bevidsthedspåvirkning, men efter nogle uger var patienten i velbefindende og kunne herefter udskrives uden neurologiske sequelae.

III. En 23-årig kvinde, der var p-pillebruger gennem nogle år, blev initialt indlagt på en medicinsk afdeling med hævelse i venstre side af ansigtet. Tilstanden tolkedes som infektiøs

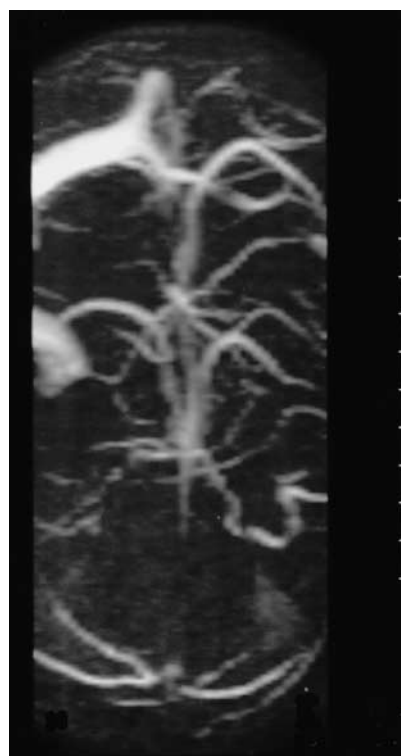


Fig. 1. MR-angiogram viser manglende flow i venstre sinus transversus.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

med muligt udgangspunkt fra næsen. Patienten blev sat i behandling med dicloxacillin. Fem dage efter udskrivelsen blev hun indlagt efter et generaliseret krampetilfælde. En akut CT viste hæmoragisk infarkt i venstre hemisfære. En efterfølgende MR-scanning viste trombe i sinus transversus. På trods af det hæmoragiske infarkt blev patienten sat i AK-behandling med heparin. Efter tre uger kunne hun udskrives med sequelae i form af let ordmobiliseringsbesvær.

### Diskussion

Cerebral venøs trombose er ubehandlet en farlig tilstand, der kan medføre venøse infarkter [1]. Den første undersøgelse vil ofte være CT, der skal udføres både med og uden kontrast. Resultatet af CT'en kan være helt uden patologi i 10-20% af alle tilfælde [3]. På de resterende scanninger ses enten direkte eller indirekte tegn på cerebral venøs trombose [1, 4]. Direkte tegn omfatter bl.a. *empty delta sign*, hvor man ved kontrastundersøgelse ser fyldningsdefekt ved sinus, mens *cord sign* er hyperdense strøg fremkaldt af tromber i de kortikale vener [1, 4]. Indirekte tegn på sinustrombose omfatter hjerneødem og infarkt-forandringer [1]. En cerebral venøs trombose kan derfor let overses på en CT eller kan mistolkes som en anden tilstand. Diagnosen stilles hurtigt og sikkert ved MR-scanning (Fig. 1). Ved denne undersøgelse kan tromben erkendes visuelt direkte, ligesom man ikke invasivt kan erkende blodets strømning ved brug af MR-angiografi [1]. Hvis diagnosen cerebral venøs trombose stilles, har AK-behandling med lavmolykylært heparin vist sig at bedre prognosen [5, 6]. Behandlingen har også vist sig at være sikker, selv i de tilfælde, hvor der foreligger et hæmoragisk infarkt [6]. Er der mistanke om en koagulationsforstyrrelse, skal der udføres en trombofilitest, hvor der undersøges for medfødte eller erhvervede defekter i koagulationssystemet [3]. Cerebral venøs trombose bør altid overvejes hos en patient med uafklarede neurologiske udfald, når der samtidig foreligger en normal CT. Ved behandling er prognosen god. I et studie fra 1998 med 77 patienter fandt man god langtidsprognose, idet 85% af patienterne kom sig uden neurologiske sequelae [7]. Resten fik sequelae i form af nervus opticus atrophia, symptomatisk epilepsi, hemiparese og neuropsykologiske dysfunktioner [7].

### Summary

Mogens Kegel, Frank Eldahl & Anette Wildschjødt Hansen:

#### Cerebral venous thrombosis.

#### Clinical presentation in three cases.

Ugeskr Læger 2003;165:1882-3.

Cerebral venous thrombosis is a rare but dangerous condition. We present three cases of cerebral venous thrombosis. All three patients were females. CT scan was performed. One patient had a haemorrhagic infarct in the left temporal lobe, but CT scan was normal in the last two cases. MRI later revealed that cerebral venous thrombosis was the diagnosis in

all three cases. MRI is the examination of choice when cerebral venous thrombosis is suspected. The patients were treated with heparin. One developed blindness due to optic nerve atrophy. One had discreet cognitive deficits, and the last patient had no neurological sequelae after she was discharged from the hospital.

Reprints: *Mogens Kegel*, Psykiatrisk Afdeling 1A, Dronning Ingrid's Hospital, postboks 1001, DK-3900 Nuuk, Grønland.

Antaget den 4. marts 2003.

Sønderborg Sygehus, Neurologisk Afdeling N og Røntgendiagnostisk Afdeling.

### Litteratur

1. Jespersen HF, Cortsen ME, Videbæk H. Intrakranial venøs trombose. Ugeskr Læger 1994;156:4348-51.
2. Vidarsdóttir G. Cerebral venøs trombose. Ugeskr Læger 1999;161:3105-7.
3. Ameri A, Bousser MG. Cerebral venous thrombosis. Neurol Clin 1992;10:87-111.
4. Lafitte F, Boukobza M, Guichard JP et al. Deep cerebral venous thrombosis: imaging in eight cases. Neuroradiology 1999;41:410-8.
5. Einhaupl KM, Villringer A, Meister W et al. Heparin treatment in sinus venous thrombosis. Lancet 1991;338:597-600.
6. De Bruijn SFTM, Stam J. Randomized trial of anticoagulant treatment for sinus thrombosis. Stroke 1999;30:484-8.
7. Preter M, Tzourio C, Ameri A et al. Long-term prognosis in cerebral venous thrombosis. Stroke 1996;27:243-6.