

A. vertebralis-dissektion er sjælden og kan fejltolkes

Pil Elisa Bindslev¹, Anahita Bashir² & Christian Backer Mogensen²

KASUISTIK

2) Lægerne Ørstedsgade, Rudkøbing

1) Akutcenter, Sygehus Sønderjylland

Ugeskr Læger
2014;176:V06140343

Dissektion i a. vertebralis er en vigtig årsag til apopleksi hos yngre mennesker. Desværre overses den let i en travl akutmodtagelse, da tilstanden er sjælden, og patienterne ofte henvender sig med almindelige symptomer som hovedpine, nakkesmerter og svimmelhed. Formålet med denne kasuistik er at sætte fokus på rettidig diagnosticering af vertebralisdissektion.

Incidensen af spontan vertebralisdissektion er 1/100.000 [1, 2]. I nogle tilfælde har der været et forudgående »mildt traume« såsom et vrid i nakken, hoste og nys, kiropraktorbehandling, sportsaktivitet og lignende faktorer, som har udøvet et mekanisk stress på arterien [1-4].

SYGEHISTORIE

En 51-årig mand blev indlagt på en fælles akutmodtagelse med kraftige nakkesmerter. Han havde forinden haft kroniske nakkesmerter igennem halvanden måned uden forudgående traume og var blevet behandlet med fysioterapi og kiropraktik uden bedring.

Forud for indlæggelsen fik han under en sejlturn motorstop, placerede sig i en akavet arbejdsstilling og

fik akut tiltagende nakkesmerter, svimmelhed, forbigående højresidige føleforstyrrelser, synsfeltindskrænkning og hørenedsættelse.

Ved indlæggelsen havde han fortsat kraftige nakkesmerter, hovedpine og synsforstyrrelser. Ved den objektive undersøgelse fandt man synsfeltudfald i venstre nedre kvadrant, men ellers var han neurologisk intakt.

Der blev udført CT af cerebrum, hvor man ikke fandt tegn til blødning eller frisk iskæmi. CT af cervicalcolumna viste degenerative forandringer og en stor atypisk forkalkning ved atlasbuen på venstre side.

Patienten blev udskrevet og indbragt få timer senere med ambulance pga. nye neurologiske udfald. Det drejede sig om kortvarige højresidige hemisensoriske og hemiparetiske udfald, facialisparese og øjenmuskelparese, og symptomerne var intermitterende.

Han blev udredt med CT-angiografi, som gav mistanke om dissektion af venstre a. vertebralis (Figur 1A). Skanningsbillederne blev konfereret med neurologerne, som anbefalede behandling med clopidogrel 300 mg og acetylsalicylsyre 300 mg.

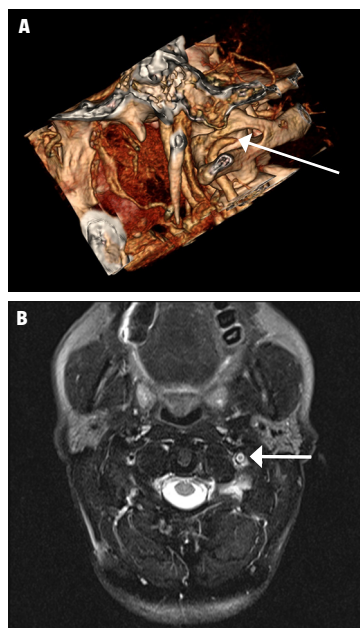
Efterfølgende blev der udført MR-skanning af cerebrum, hvor man fandt følger efter dissektion af venstre a. vertebralis med friske cerebellare infarkter på venstre side (Figur 1B). Skanningen blev suppleret med MR-angiografi, hvorved man bekræftede diagnosen. Patienten var ved udskrivelsen klinisk fuldstændigt restitueret, dog med persisterende nakkesmerter.

DISKUSSION

Vertebralisdissektion er potentielt livstruende, idet der er risiko for hjernestammeinvolvering [1]. I 50-72% af tilfældene har patienten hovedpine, ofte lokaliseret occipitalt [1, 3, 5]. Andre hyppige symptomer er nakkesmerter og svimmelhed. Nakkesmerterne er ofte gradvist tiltagende og forveksles let med muskuloskeletale smerter [3]. Cerebralt infarkt og transitorisk iskæmisk attack er komplikationer, som forekommer hos op til 85% af patienterne [1, 3]. Risikoen for apopleksi er størst i de første 24 timer efter dissektionens opståen [1]. Symptomerne kan være af cerebellar karakter med ataksi, koordinationsproblemer, svimmelhed og nystagmus. Der ses også hemiparese,

FIGUR 1

A. Tredimensionel CT-angiografi, hvor der ses okklusion af venstre a. vertebralis (pil). B. MR-skanningsbillede af cerebrum med tegn på dissektion i venstre a. vertebralis (pil). Patienten havde dysartri, facialisparese, øjenmuskelparese og højresidige hemiparetiske udfald.



hemisensoriske forstyrrelser, synsfeltdefekter, lateralt medullært syndrom, partielt Horners syndrom, kranienerveudfald og dysartri [1-4]. Differentialdiagnostikken over for apopleksi er selvsagt vanskelig, men atypiske forhold, som kan vække mistanken, er: 1) patientens alder (gennemsnitsalderen er omkring 46 år, og altså betydeligt lavere end for uselekterede apopleksipatienter [5]), 2) fravær af risikofaktorer for trombotiske og emboliske events, 3) karakteren af de neurologiske deficits og 4) smerte [1, 4].

Tiden er afgørende for, om patienten får cerebral iskæmi. Sygehistorien illustrerer dette kerneproblem, idet der ved patientens første kontakt med et sygehus ikke blev rejst mistanke om tilstanden på trods af en anamnese med et »minitraume« og forbigående neurologiske symptomer. Patienten blev genindlagt med vekslende neurologiske udfald, og det viste sig, at dissectionen var kompliceret af infarkter i cerebellum. Det kunne være gået langt værre. Hørenedsættelsen og øjenmuskelparesen var tegn på hjernestammeiskæmi.

Patienten i sygehistorien havde gennem længere tid døjet med nakkesmerter og hovedpine, der blev tolket som værende relateret til bevægeapparatet; og han havde degenerative forandringer i columna, hvilket kunne forklare nogle af symptomerne. Det foreslås at gennemføre MR-skanning af cerebrum og overflytte patienten til en neurologisk afdeling ved en sygehistorie, hvor man finder neurologiske udfald og synsfeltudfald ved den objektive undersøgelse, hvor resultatet af den initiale CT af cerebrum ikke er konklusiv.

SUMMARY

Pil Elisa Bindslev, Anahita Bashir & Christian Backer Mogensen:

Dissection in the vertebral arteries is uncommon and may be misdiagnosed

Ugeskr Læger 2014;176:V06140343

Spontaneous dissection of a vertebral artery is uncommon, but potentially harmful and initially easily misdiagnosed as ordinary headache, neck pain or dizziness. The condition may progress with infarctions in the brainstem and cerebellar areas and ataxia, nystagmus, Horner syndrome, dysarthria, cranial nerve palsy or hemiparesis. We report an initially misdiagnosed case and remind about the clinical clues which lead to a correct diagnosis: young age, no risk factors for thromboembolism, the typical clinical findings and the presence of neck pain.

LITTERATUR

1. Shea K, Stahmer S. Carotid and vertebral arterial dissections in the emergency department. *Emergency Med Pract* 2012;14:1-24.
2. DeBette S, Leys D. Cervical-artery dissections: predisposing factors, diagnosis and outcome. *Lancet Neurol* 2009;8:668-78.
3. Kim YK, Schulman S. Cervical artery dissection: pathology, epidemiology and management. *Thromb Res* 2009;123:810-21.
4. Campos-Herrera CR, Scaff M, Yamamoto FI et al. Spontaneous cervical artery dissection: an update on clinical and diagnostic aspects. *Arq Neuropsiquiatr* 2008;66:922-7.
5. Gottesman RF, Sharma P, Robinson KA et al. Clinical characteristics of symptomatic vertebral artery dissection. *Neurologist* 2012;18:245-54.

KORRESPONDANCE: Christian Backer Mogensen, Sygehus Sønderjylland, Kresten Philipsensvej 15, 6200 Aabenraa. E-mail: Christian.backer.mogensen@rsyd.dk

ANTAGET DATO: 6. oktober 2014

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 1. december 2014

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk