

# Effektiv dekomprimerende hemikraniektomi og livet derefter

## LEDER

Grethe Andersen &  
Niels Sunde

Ugeskr Læger  
2017;179:V68737

Behandlingen af akut iskæmisk apopleksi har ændret sig radikalt, ikke mindst siden årtusindeskiftet, hvor adskillige store kontrollerede studier har vist behandlingsgevinst i form af forbedret funktionsniveau og mindsket mortalitet. De videnskabelige gennembrud er sket på alle fronter og er målrettet de mange forskellige typer og konsekvenser af vaskulær neurologisk sygdom fra de mindste apopleksier til de store livstruende som følge af store cerebrale skader.

I dette nummer af Ugeskrift for Læger redegør *Lilja-Cyron et al* for dekomprimerende hemikraniektomi ved ødemudvikling og truende inkarceration i forbindelse med iskæmisk apopleksi som et a. cerebri media-infarkt (malignt mediainfarkt (MMI)) [1]. Mortaliteten blandt patienter med MMI var tidligere 80%. På baggrund af en metaanalyse af tre velgennemførte europæiske studier med patienter under 60 år i 93 patientforløb, hvor halvdelen blev randomiseret til kirurgisk dekomprimerende hemikraniektomi inden for 48 timer og sammenlignet med bedste medicinske behandling [2], er der ingen tvivl om, at den kirurgiske behandling har bedre effekt i form af flere overlevende med bedre funktionsniveau end den medicinske behandling. I absolutte tal opnåede 12% flere at blive selvhjulpne, og 10% flere fik et lettere til moderat svært handikap med begrænset brug for hjælp til egenomsorg. Antal opererede (*number needed to treat*) for at opnå dette gode resultat var fire. Mortaliteten faldt med ca. 50%, og andelen af patienter, der endte på plejehjem pga. svært handikap, var uændret ca. 5% uanset behandlingsstrategi. Knap 30% flere tilfælde endte med moderat svære handikap, hvor patienten ikke opnåede selvstændig gangfunktion, hvilket altid bør oplyses og tages i betragtning i det samlede beslutningsgrundlag. For patienter, der er ældre end 60 år, viste et studie med 112 patienter [3] en signifikant overvejende mortalitetsreducerende effekt af kirurgisk vs. medicinsk behandling (mortaliteten faldt fra 70% til 33%), mens andelen af handikap ikke blev væsentligt reduceret, og risikoen for svært handikap steg.

Lægers skrækszenarie er at redde liv til svære handikap og omfattende plejehjælp (sengeliggende og hjælp til alle funktioner). Det viste sig imidlertid ikke at blive tilfældet for patienter under 60 år. Målt på livskvalitet og forekomst af depression kunne der heller ikke påvises større problemer blandt overlevende end i en apopleksipopulation generelt. Selv om

flere ender med et moderat svært handikap med brug for hjælp til personlige færdigheder og uden selvstændig gangfunktion, vurderede patienterne eller nærmeste pårørende efter et år, at helbreds-situationen var tilfredsstillende. *Lilja-Cyron et al* [1] bemærker netop dette paradoks, at det formentlig er vanskeligt for læger og andre udenforstående raske at vurdere, hvilke begrænsninger der er acceptable for et menneske, hvis alternativet er døden.

Kombineret med en moderne apopleksirehabilitering inkl. effektiv antidepressiv medicinsk behandling og gode sociale velfærdsordninger er det vores indtryk fra postoperative efterambulante MMI-forløb, at studierne resultat i høj grad gælder for de relativt få patienter, der hvert år behandles i Danmark. Epidemiologiske data viser, at ca. 1.000 patienter om året får MMI i Danmark. Den øgede brug af akut endovaskulær behandling, der har været anvendt siden 2015 i tilfælde af okklusion af a. cerebri medias hovedstamme, redder formentlig en del fra at få MMI [4]. Derved vil antallet af patienter, der får behov for dekomprimerende hemikraniektomi, mindskes, men alligevel må en vis operativ underbehandling af MMI skønnes at forekomme. Der er grund til at øge opmærksomheden på dekomprimerende hemikraniektomi tidligt i de relevante forløb og med henblik på observation og rettidigt behandlingstilbud efter individuel vurdering inden for det første døgn at overflytte patienterne til et af de fire centre i Danmark, hvor man udfører dekomprimerende hemikraniektomi. Jo tidligere indgrebet foretages, des bedre går det.

## LITTERATUR

1. Lilja-Cyron A, Eskesen V, Hansen K et al. Akut kirurgisk behandling ved malignt cerebralt infarkt. *Ugeskr Læger* 2016;178:V05160359
2. Vahedi K, Hofmeijer J, Juettler E et al. Early decompressive surgery in malignant infarction of the middle cerebral artery: a pooled analysis of three randomised controlled trials. *Lancet Neurol* 2007;6:215-22.
3. Jüttler E, Unterberg A, Woitzik J et al. Hemispherectomy in older patients with extensive middle-cerebral-artery stroke. *N Engl J Med* 2014;370:1091-100.
4. Goyal M, Menon BK, van Zwam WH et al. Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. *Lancet* 2016;387:1723-31.

## KORRESPONDANCE:

Grethe Andersen,  
Dansk Stroke Center,  
Neurologisk Afdeling,  
Aarhus Universitets-  
hospital.  
E-mail: greander@rm.dk

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