

Kronisk postdural punktur-hovedpine efter meningitis

Andreas Ravn¹, Louise Feldborg Lyckhage² & Rigmor Højland Jensen³

KASUISTIK

- 1) Lægerne Bryggergade, Herning
- 2) Neurologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Roskilde
- 3) Dansk Hovedpinecenter, Neurologisk Klinik, Rigshospitalet-Glostrup

Ugeskr Læger
2017;179:V09170635

Postdural punktur-hovedpine (PDPH) er en velkendt komplikation i forbindelse med lumbalpunktur (LP). I det klassiske forløb ses PDPH i umiddelbar forlængelse af en LP og har et karakteristisk ortostatisk element, hvor hovedpinen forekommer, når patienten står op, og svinder, når patienten ligger ned [1]. Tilstanden er oftest selvlimiterende, og 72% er således symptomfrie efter en uge, mens 85% er symptomfrie efter seks uger [2].

Nedenstående sygehistorie omhandler et tilfælde af kronisk PDPH efter LP i forbindelse med meningitis.

SYGEHISTORIE

En 31-årig ellers rask mand blev akut indlagt, da han i 2-3 dage havde haft gradvist indsættende svær frontal hovedpine, fotofobi, opkastninger, febrilia og bevidsthedspåvirkning. En LP viste mononukleær pleocytose på 72 mio./l, og ved en polymerasekædereaktionsanalyse af cerebrospinalvæsken påviste man enterovirus. Patienten blev behandlet med primære analgetika og udskrevet på femtedagen.

Initialt var der en vis almen klinisk bedring. Efter fem måneder blev han dog revurderet pga. progredierende konstant trykkende hovedpine lokaliseret frontalt og med ledsagesymptomer i form af foto- og fonofobi samt prompte forværring og ledsagende vertigo, når han var i stående og siddende stilling.

Valproatprofylakse og diverse analgetika var uden effekt. Kommunal aktivering i et træningscenter forværrede hovedpinen, og patienten blev langtidssygemeldt. Han blev undersøgt på tre forskellige neurologiske afdelinger, og både MR-skanning og CT af cerebrum med venøse sekvenser viste normale forhold. Tilstanden blev tolket som *sequelae* efter meningitis.

Patienten blev henvist til et specialiseret hovedpinecenter efter 14 mdr. Et dagligt forbrug af paracetamol, codein, tramadol og morphin krævede medicinsanering under indlæggelse. Her fik man mistanke om lavtryks-hovedpine pga. hovedpinens ortostatiske element. En MR-skanning med gadoliniumkontrast viste normale forhold. Man anlagde et *epidural blood patch* (EBP) på L2/L3-niveau med 35 ml autologt blod efterfulgt af 24 timers fladt sengeleje. Herefter var patienten hovedpinefri.

Efter ca. 3 måneder vendte den velkendte ortostatiske hovedpine dog tilbage, og trods yderligere tre forsøg på anlæggelse af EBP led patienten fortsat af kronisk hovedpine.

DISKUSSION

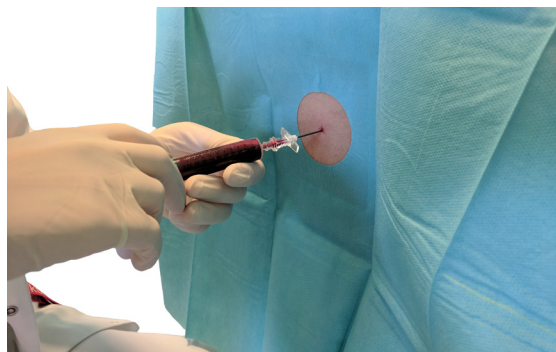
PDPH bør altid overvejes, selvom forløbet kan være meget langvarigt som hos patienten i sygehistorien, hvor generne midlertidigt forsvandt totalt ved korrekt behandling.

Initialt led patienten formentlig tillige af postinfektøs hovedpine, der gradvist remitterede og efterlod ham med PDPH. I dette tilfælde blev symptomerne tilskrevet kronisk postinfektøs hovedpine. Persisterende postinfektøs hovedpine efter bakteriel meningitis eller encefalitis er et velkendt fænomen, mens forekomsten af persisterende postinfektøs hovedpine > 3 mdr. efter viral meningitis eller encefalitis dog ikke er beskrevet [3]. Opmærksomhed på dette forhold kunne måske tidligere have ledt tanken mod differentialdiagnoser, heriblandt PDPH, og ændret forløbet hos patienten i sygehistorien.

PDPH er karakteriseret ved ortostatisk hovedpine, der forværres i siddende eller stående stilling og lindres eller forsvinder i liggende stilling. Hovedpinen er ofte lokaliseret frontalt eller occipitalt med udstråling til nakke og skuldre og kan have ledsagesymptomer som

FIGUR 1

Anlæggelse af *epidural blood patch* med autologt blod.



vertigo, tinnitus, kvalme samt foto- og fonofobi [1]. I 90% af tilfældene debuterer hovedpinen inden for tre døgn, men lidelsen kan sjældnere udvikle sig op til flere måneder efter LP [1]. Ligeledes kan symptomerne i sjældne tilfælde persistere i måneder og sågar år. Den længst rapporterede PDPH efter LP er fem år med mindsket ortostatisk element over tid [2]. Forebyggelse af PDPH ved systematisk brug af atraumatiske nåle med lille diameter er påvist at reducere risikoen for udvikling af PDPH med op til 96% og kan derfor anbefales [4].

Hjørnestenen i behandlingen af persisterende PDPH er anlæggelse af EBP (Figur 1). Dette har en veldokumenteret effekt og har vist sig at være effektivt selv ved længerevarende behandlingsrefraktær lavtrykshovedpine, om end prognosen synes at være mere favorabel, hvis behandlingen initieres tidligt [2, 5].

Recidivet hos patienten i sygehistorien måneder efter det vellykkede BP skyldes formentlig, at patchet slap hæftet, før duradefekten blev komplet forsegleet. Efterfølgende forsøg på anlæggelse af EBP fejlede. Yderligere forsøg på anlæggelse af EBP kan blive aktuelle, ligesom forsøg på kirurgisk forsegling af defekten kan blive en sidste udvej [2].

Forløbet understreger vigtigheden af en udførlig hovedpineanamnese med opmærksomhed på tilstedeværelsen af en evt. ortostatisk komponent, der er karakteristisk for lavtrykshovedpine.

SUMMARY

Andreas Ravn, Louise Feldborg Lyckhage & Rigmor Højland Jensen:

Chronic post-dural headache secondary to meningitis
Ugeskr Læger 2018;180:V09170635

In this case report a young man was admitted with fever and headache, and a lumbar puncture revealed viral meningitis. After discharge, the patient experienced persistent headache, which worsened, when he was in upright position. The condition was considered secondary to the meningitis. After 14 months, the patient was diagnosed with post-dural puncture headache and treated with an epidural blood patch (EBP). The patient experienced no headache for three months, whereafter it returned. Subsequent EBP's were unsuccessful. This case emphasizes the importance of paying attention to orthostatic components in headaches.

KORRESPONDANCE: *Andreas Ravn*. E-mail: ravn.med@gmail.com

ANTAGET: 8. november 2017

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 5. februar 2018

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

LITTERATUR

1. Bezov D, Lipton RB, Ashina S. Post-dural puncture headache. Part I – Diagnosis, epidemiology, etiology, and pathophysiology. *Headache* 2010;50:1144-52.
2. Bezov D, Ashina S, Lipton R. Post-dural puncture headache. Part II – Prevention, management, and prognosis. *Headache* 2010;50:1482-98.
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013;33:629-808.
4. Bertolotto A, Malentacchi M, Capobianco M et al. The use of the 25 sprotte needle markedly reduces post-dural puncture headache in routine neurological practice. *Cephalalgia* 2016;36:131-8.
5. Madsen SA, Fomsgaard JS, Jensen R. Epidural blood patch for refractory low CSF pressure headache: a pilot study. *J Headache Pain* 2011;12:453-7.