
Cerebral trombe uten sekvele

KORT KASUISTIKK

FRODE MANSTAD-HULAAS

frode.manstad.hulaas@ntnu.no

Kar/thorax-seksjonen

Avdeling for radiologi

St. Olavs hospital

og

Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Frode Manstad-Hulaas er ph.d, spesialist i radiologi, overlege og førsteamanuensis. Han er tilknyttet Nasjonal kompetansetjeneste for ultralyd og bildeveiledet behandling og Norwegian centre for minimally invasive image guided therapy and medical technologies.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MARTIN HERJE

Kar/thorax-seksjonen

Avdeling for radiologi

St. Olavs hospital

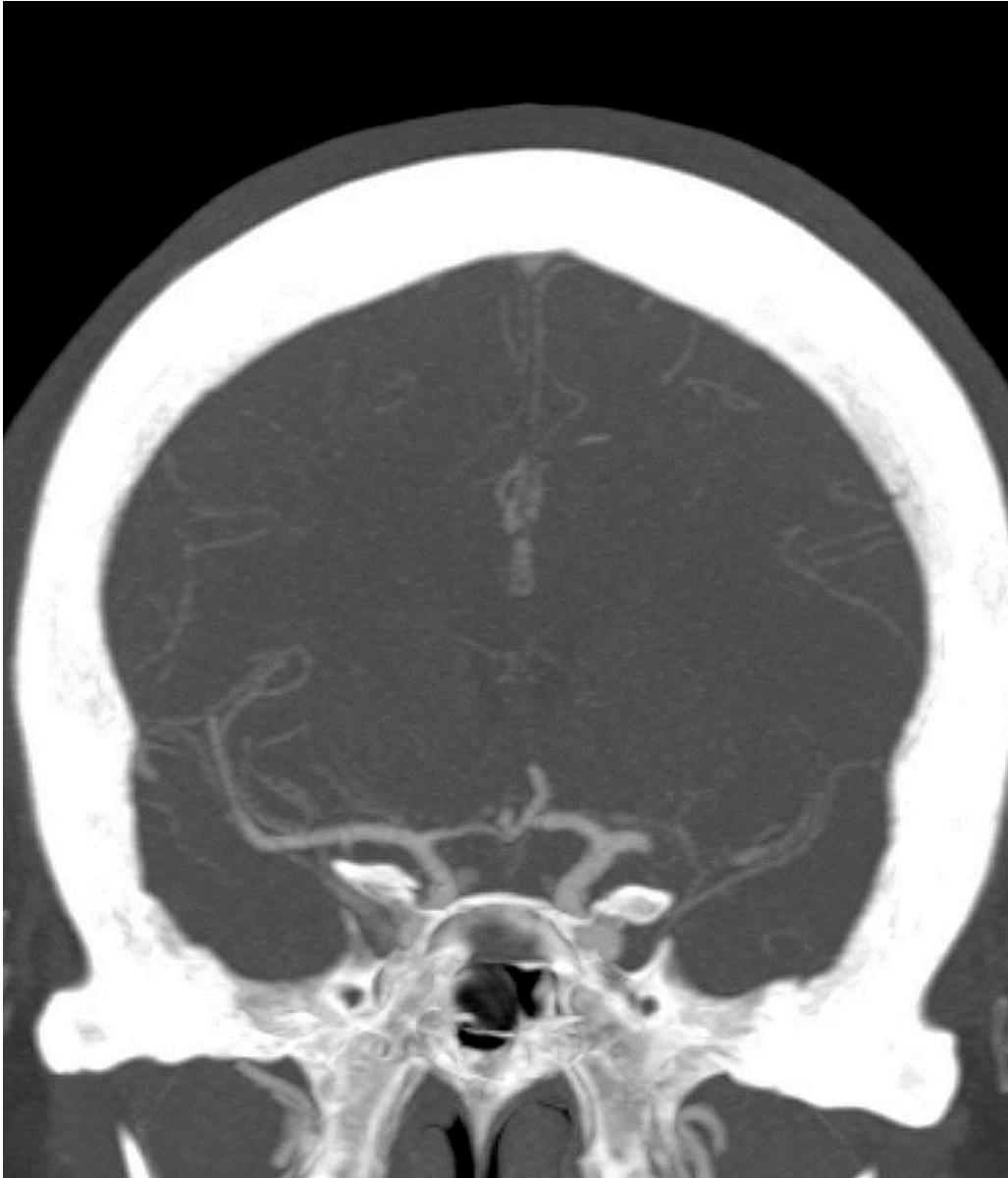
Martin Herje er spesialist i radiologi og overlege.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

En kvinne med slagsymptomer fikk utført mekanisk trombektomi. Hun gjenvant raskt habituell tilstand, og ved MR av hodet senere samme dag kunne det ikke påvises infarkter.

En kvinne i 50-årene fikk akutt innsettende symptomer på hjerneslag mens hun var på jobb. Hun hadde uttalte ordletingsvansker (impressiv og ekspressiv afasi), taleforstyrrelser, ansiktsskjevhet og lett kraftsvikt i høyre overekstremitet. Pasienten ble innlagt for øyeblikkelig hjelp med mistanke om akutt hjerneslag. Klinisk undersøkelse forsterket denne mistanken, og de nevrologiske utfallene vurdert med National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) hadde en skår på 9 (der 0 er ingen nevrologiske utfall,

og maksimal skår er 42). CT av hodet og CT angiografi av hode og hals ble utført 62 minutter etter symptomstart. Det var bildemessig ikke tegn til demarkert hjerneslag, og angiografi viste trombe proksimalt i venstre arteria cerebri media (fig 1).



Figur 1 Koronalt snitt av CT-angiografi viste trombe proksimalt i venstre arteria cerebri media

Pasienten fikk trombolysebehandling med alteplase i akutmottaket 69 minutter etter symptomstart. I henhold til lokal prosedyre gjøres det vanligvis ikke trombektomi ved NIHSS-skår < 10, men på grunn av alvorlige symptomer (uttalt afasi) hos velfungerende person i full jobb, valgte vi likevel å akseptere pasienten for mekanisk trombektomi. Invasiv angiografi viste bestående trombe proksimalt i venstre arteria cerebri media (fig 2). Det ble gjort mekanisk trombektomi, og normal blodtilførsel var gjenopprettet 135 minutter etter symptomstart (fig 3). Kort tid etter trombektomi gikk slagsymptomene helt tilbake, med ny NIHSS-skår på 0. MR av hodet utført senere samme dag viste ingen ferske hjerneinfarkter.



Figur 2 Invasiv angiografi bekreftet okklusjon



Figur 3 Angiografisk kontroll etter mekanisk trombektomi viste normal fylling av arterien

Diskusjon

At mekanisk trombektomi er effektiv behandling ved akutt hjerneinfarkt, er godt dokumentert (1–2). Beslutningsforum for nye metoder ga i april 2017 klarsignal til å innføre mekanisk trombektomi som et nasjonalt behandlingstilbud, og mekanisk trombektomi er nå implementert i Nasjonal faglig retningslinje for behandling av og rehabilitering ved hjerneslag (3). Vår pasient er ikke enestående, da det finnes lignende kasuistikker (4), men historien illustrerer godt flere sentrale elementer ved mekanisk trombektomi. Kortest mulig tid fra symptomstart til rekanalisering av den okkluderte arterien er helt avgjørende for å begrense omfanget av infarkt og konsekvensene dette har for pasienten. Dette krever økt søkelys på denne pasientgruppen fra alle deler av behandlingskjeden. For pasienter som skal henvises til trombektomisenter, må oppholdet ved lokalsykehus være kortest mulig. Det er god dokumentasjon på at pasienter som transporteres mellom sykehus har et dårligere utfall (5).

Vår pasient hadde en proksimal, okkluderende trombe. Slike tromber har mindre effekt av intravenøs trombolysbehandling samtidig som de har størst potensial til å gi betydelige sekveler. På tross av en sentral arteriell okklusjon hadde vår pasient ved innleggelse relativt lav NIHSS-skår og hadde fortsatt ikke utviklet infarktforandringer på CT-bildene av hodet. Det er sannsynlig at hjernen har overlevd ved hjelp av sirkulasjonen i leptomeningeale kollateraler frem til normal blodstrøm ble opprettet, og at symptomene skyldtes penumbra (iskemisk hjernevev som ikke er irreversibelt skadet, men som vil utvikle seg til et infarkt dersom normal blodstrøm ikke gjenopprettes).

Det er stor individuell variasjon i hvor stor grad disse kollateralene er utviklet. Hos en ikke ubetydelig andel pasienter kan penumbra bestå i mange timer, og det er vist nytte av mekanisk trombektomi hos selekterte pasienter opptil 24 timer etter symptomstart (6). Mekanisk trombektomi kan utføres uten økt mortalitet eller økt forekomst av symptomatisk intrakranial blødning (7), også ved NHISS-skår < 10, som vist i dette tilfellet.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen med bilder blir publisert.

LITTERATUR

1. Bush CK, Kurimella D, Cross LJ et al. Endovascular treatment with stent-retriever devices for acute ischemic stroke: a meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS One 2016; 11: e0147287. [PubMed][CrossRef]
2. Rodrigues FB, Neves JB, Caldeira D et al. Endovascular treatment versus medical care alone for ischaemic stroke: systematic review and meta-analysis. BMJ 2016; 353: i1754. [PubMed][CrossRef]
3. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag> (25.7.2018).
4. Myren-Svelstad S, Hammer TA, Idicula TT. Early thrombectomy of a proximal middle cerebral artery occlusion leading to complete recovery with no infarct. Case Rep Neurol 2017; 9: 76 - 80. [PubMed][CrossRef]
5. Froehler MT, Saver JL, Zaidat OO et al. Interhospital transfer before thrombectomy is associated with delayed treatment and worse outcome in the STRATIS Registry (Systematic Evaluation of Patients Treated With Neurothrombectomy Devices for Acute Ischemic Stroke). Circulation 2017; 136: 2311 - 21. [PubMed][CrossRef]
6. Nogueira RG, Jadhav AP, Haussen DC et al. Thrombectomy 6 to 24 hours after stroke with a mismatch between deficit and infarct. N Engl J Med 2018; 378: 11 - 21. [PubMed][CrossRef]
7. Berkhemer OA, Fransen PS, Beumer D et al. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. N Engl J Med 2015; 372: 11 - 20. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 17. september 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0050

Mottatt 11.1.2018, første revisjon innsendt 30.4.2018, godkjent 18.6.2018.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.