



I denne spalten trykkes kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. Har vi selv lært noe i slike situasjoner, vil det som oftest også være av interesse for andre. Og vi vil gjerne ha en kommentar om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen. Bidrag sendes til en av redaktørene, vær vennlig å se kontaktinfo, 2. omslagsside.

Kast dere frampå, folkens!

«Kan det være blodtrykket, doktor?»

En aktiv og vital 72-åring – som fortsatt jakter og går turer i fjellet – utsettes for en fatal trafikkulykke. Han er selv fører av en personbil som frontkolliderer mot en annen. Hans medpassasjer – som er hans ektefelle – omkommer i ulykken. Selv har han «englevakt» og kommer fra det med livet i behold, men med kontusjoner mot torso, nakke og hode. Han pådrar seg imidlertid ingen brudd eller andre alvorlige skader. CT thorax viser lungekontusjon, mens CT caput og andre bilde-diagnostiske undersøkelser er negative. På sykehuset har han amnesi for det inntrufne og får diagnosen commotio cerebri. Dagen etter skrives han ut i stabil fysisk tilstand, men naturlig nok i mentalt og emosjonelt sjokk. En tung sorgprosess venter.

I tiden som kommer følger jeg ham opp med ukentlige legetimer, først og fremst for støttesamtaler i sorgprosessen – men også for kontroll av hans medisinske plager: hyperten-

sjon, paroksysmal atrieflimmer og glaukom. Av medisiner bruker han Lanoxin, Exforge og Cosopt. Han står ikke på Marevan.

Etter fire uker utvikler han manifeste, depressive trekk. Han er preget av tristhet og apati og etter hvert blir han noe glemsk – noe som er uvanlig for ham. Datteren hans er bekymret: «Han er rett og slett ikke seg selv. Jeg synes han virker litt fjern».

Pasienten på sin side medgir at «livet er tungt, både psykisk og fysisk». Han, som ennå er en aktiv skigåer, strever med å komme seg ut – men han tvinger seg selv til å gjøre det. Han forteller at han har deltatt på skytterstevne, men det gikk heller dårlig. Han traff ikke blink som før.

«Skuddarmen er ikke som den pleier å være», sukker han.

Åtte uker etter bilulykken får jeg ham inn på kontoret til en øyeblikkelig hjelp-time. Datteren ledsager ham. Aktuelt: De siste tre

dagene har han hatt kraft- og koordinasjonsvikt i venstre bein. Han synes også styrken i venstre arm og hånd er blitt svekket. Jeg registrerer hans stabbende gange og psykomotoriske treghet. Han klager også over en ubehagelig hodepine som har oppstått parallelt med gangvanskene.

«Kan det være blodtrykket, doktor?»

Det er ikke blodtrykket. Foruten ataksien, finner jeg andre nevrologiske forandringer: nedsatt tempo i venstre sides ekstremiteter, dysdiadochokinesi i venstre hånd og positiv Rombergs prøve (skjener mot venstre). Jeg legger ham inn ved lokalsykehuset med tentativ diagnose: hjerneslag/ hjerneblødning.

Diagnosen var «stort kronisk subduralt hematoma høyre side med betydelig masseeffekt». CT caput viste cerebral midtlinjeforskyvning med 1,2 cm mot venstre. Neste dag ble mannen overflyttet til nevrokirurgisk avdeling og operert med trepanasjon og evakuering av hematomet. Inngrepet var komplikasjonsfritt.

Tre dager etter inngrepet var han hjemme igjen – og i god form, fikk jeg vite. Uken etter kom han til meg på kontoret. Han smilte bredt. Ataksien og kraftsvikten var en saga blott. Mentalt var han tilbake til «sitt gamle jeg». Noen uker senere gikk han på ski igjen. Og seks uker etter inngrepet dro han på skytterstevne. Skuddarmen fungerte som den skulle.

Kronisk subduralt hematoma utvikler seg gradvis, over flere uker, etter et hodetraume. De cerebrale symptomene kan forveksles med depresjon, forvirring/delir eller snikende demens. Nevrologiske funn kan være diffuse eller sparsomme. Insidensen er fem til seks tilfeller per 100 000 personer per år. Tilstanden forekommer hyppigst i alderssegmentet 70–80 år (KILDE: NEL).

Tom Sundar

kommunelege Rendalen og medredaktør Utposten

