

Synsproblemer ved hjerneslag

Sammendrag

Bakgrunn. I Norge får hvert år anslagsvis 13 000 personer hjerneslag. Synsproblemer forekommer ofte etterpå, men er lite påaktet, og det gis i liten grad tilbud om rehabilitering. Hensikten med undersøkelsen var primært å finne ut hvor ofte synsfeltstutfall etter hjerneslag ble påvist under opphold i en medisinsk slagenhet.

Materiale og metode. 20 konsekutive hjerneslagspasienter innlagt i en slagenhet fikk primært undersøkt synsfeltet av lege i avdelingen. 18 av disse var i en slik tilstand at de også kunne undersøkes av personale ved øyeavdelingen. Her undersøkte man dessuten synsstyrke, øyemotilitet, øyebunn og i utvalgte tilfeller også synsoppmerksomhet.

Resultater. Synsstyrken var normal (1,0) hos åtte av 18 undersøkte, ingen var svaksynte. To personer hadde en homonym synsfeltdefekt, hos begge ble dette påvist av legen i slagenheten. I øyeavdelingen ble det funnet forstyrrelser i øyemotiliteten hos ti pasienter, de fleste hadde en kombinasjon av eksofori og nedsatt konvergens.

Fortolkning. Synsproblemer er vanlig hos hjerneslagspasienter. Homonyme synsfeltdefekter kan avdekkes av lege i slagenheten, og synspedagogisk rehabilitering bør kunne tilbys. Det er usikkert hvordan de registrerte øyemotoriske forstyrrelsene skal tolkes.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 146

Ruth Riise

ruthr@online.no

Britt Gundersen
Solveig Brodal

Øyeavdelingen
Sykehuset Innlandet
2326 Hamar

Per Bjerke

Slagenheten
Medisinsk avdeling
Sykehuset Innlandet

Ifølge Verdens helseorganisasjons definisjon er hjerneslag en rask utvikling av globale eller fokale forstyrrelser i hjernens funksjoner som vedvarer med enn 24 timer eller leder til død, der vaskulær årsak er sannsynlig.

I Norge får om lag 13 000 personer hjerneslag hvert år. Det svarer til en insidens på i underkant av 300 per 100 000 per år (1). Å oppleve et hjerneslag er sterkt belastende for både pasient og pårørende, og det er beskrevet overvekt av selvmord hos slike pasienter (2).

Synsforstyrrelser ved hjerneslag opptrer som en naturlig følge av at synsfunksjonen involverer betydelige områder i hjernen. Den typiske halvsidige synsfeltdefekt (hemianopsi) forårsakes av skade på synsbanens forløp fra chiasma opticum til oksipital cortex. Men et hjerneslag kan også påvirke de assosiative områdene i nedre temporalregion (gjenkjenning av objekter og former) eller i bakre parietalcortex (romoppfattelse). Det er vår erfaring at synsforstyrrelser ved hjerneslag ofte overses. Nyere forskning har dokumentert at det foreligger visse rehabiliteringsmuligheter, sannsynligvis via ekstragenikulate synsbaner (3–6). Men pasientene tilbys bare unntaksvis synspedagogisk opp trening. Dette står i motsetning til for eksempel fysioterapeutisk opp trening ved pareser etter hjerneslag, som er et veletablert og gjennomarbeidet tilbud (7).

Hensikten med undersøkelsen var å finne ut hvor ofte synsfeltstutfall etter hjerneskade ble diagnostisert under den rutinemessige utredningen av pasientene i en slagenhet, og å henlede oppmerksomheten på at slike pasienter bør tilbys synspedagogisk opp trening, noe de ifølge opplæringsloven har krav på (8).

Materiale og metoder

Samtlige 20 pasienter som var innlagt med hjerneslag i slagenheten i månedene oktober

2002 og mars 2003, gjennomgikk en vanlig klinisk utredning med blant annet en nevrologisk undersøkelse som normalt skal inkludere vurdering av synsfeltet ved Donders test. Sykehuset dekker en befolkning på ca. 70 000 personer.

Diagnosen hjerneslag var stilt på grunnlag av kliniske funn og supplerende cerebral computertomografi som gav underdiagnosene hjerneblødning i tre tilfeller og hjerneinfarkt i de øvrige 17 tilfellene. Hjerneskadene var lokalisert til høyre hjernehalvdel hos ti pasienter, til venstre hos ni. Hos én var lokaliseringen usikker. Fire personer ble i samme tidsrom innlagt med TIA (transitorisk iskemisk anfall). Sju av pasientene var menn og 13 kvinner, og de fleste var i aldersgruppen 70–79 år (fig 1).

Pasientene ble primært vurdert av overlege ved medisinsk avdeling med tanke på symptomer fra ekstremiteter, tale eller syn og objektive funn i form av pareser, afasi eller synsfeltdefekt. Synsfeltet ble undersøkt med Donders metode. Deretter ble pasientene undersøkt av ortoptist og øyelege. Undersøkelsen omfattet:

- Refraksjon målt med portabel autofraktor (Retinomax)
- Synsstyrke med beste korreksjon
- Perifert synsfelt målt i Goldmanns perimenter
- Sentralt synsfelt bedømt med Amslerkort
- Synsoppmerksomhet bedømt med Bells test (ti pasienter)
- Øyemotilitet
- Oftalmoskopisk gransking av øyenbunnen

Resultater

Av de 20 pasientene hadde 14 plager fra ekstremitetene overveiende i form av pareser, fire klaget over taleforstyrrelser og fire hadde problemer med synet.

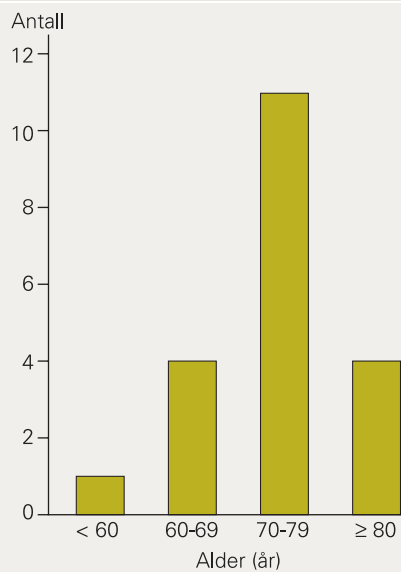
I slagenheten fant man hemianopsi hos to av pasientene. I øyeavdelingen kunne 18 av de 20 pasientene samarbeide såpass at en øyeundersøkelse kunne gjennomføres.



Hovedbudskap

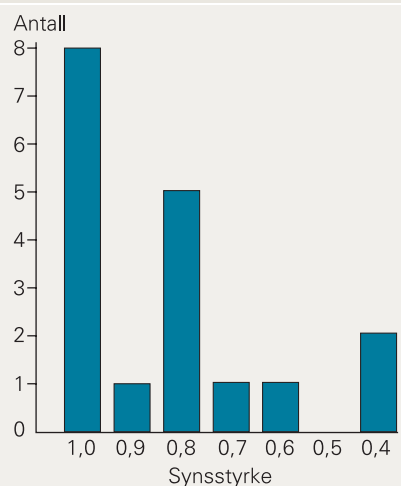
- Synsproblemer er vanlig hos slagpasienter
- Homonyme synsfeltdefekter bør avdekkes i slagenheten
- Synspedagogisk rehabilitering er aktuelt i slike tilfeller

Figur 1



Aldersfordeling i materialet

Figur 2



Synsstyrken målt på beste øye hos 18 av 20 pasienter

Synsstyrken på beste øye var i øvre normalområde hos de aller fleste (fig 2).

Synsfeltsundersøkelse ved Goldmanns perimenter viste total venstresidig hemianopsi hos én og venstre nedre kvadrantanopsi hos en annen pasient. Begge hadde klaget

over synet ved utspørring i medisinsk avdeling. De to andre som hadde subjektive synsplager, hadde henholdsvis glaukom med synsfeltsdefekt og maculadegenerasjon med redusert sentralsyn.

Det sentrale synsfeltet bedømt på Amslerkort viste små sentrale skotomer hos to av åtte som ble undersøkt med denne metoden.

Resultatene av øyemotilitetsundersøkelsen er vist i figur 3. Påfallende mange hadde dårlig øyebevegelse, spesielt eksofori kombinert med dårlig konvergens. Dårlig øyemotilitet fantes også hos begge pasientene med hemianopsi. Pasienten med total venstresidig hemianopsi hadde, som naturlig følge av dette, innskrenkede sakkader mot venstre, mens pasienten med venstre nedre kvadrantanopsi hadde dårlige følgebevegelser oppover.

Øyebunnens utseende var innen normalvariasjonen for alderen bortsett fra hos to pasienter som hadde henholdsvis glaukom og maculadegenerasjon.

Vi fant ingen forstyrrelser i synsoppmerksomheten (neglekt) hos ti som ble undersøkt med tanke på dette.

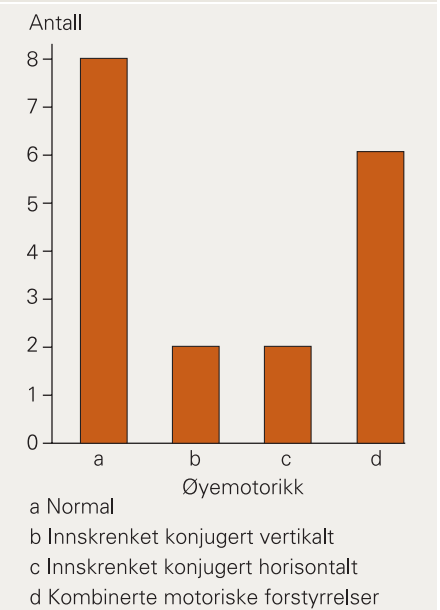
Diskusjon

I likhet med andre (9) fant vi at homonyme synsfeltsdefekter forekommer hyppig etter hjerneslag. Dette er det viktig å understreke, fordi en homonym synsfeltsdefekt medfører store problemer med så vel lesing som orientering i omgivelsene selv om sentralsynet eventuelt er normalt. Undersøkelsen dokumenterer at slike synsfeltsdefekter kan avdekkes ved nøye anamnese supplert med en enkel undersøkelse gjort av motiverte leger i medisinsk avdeling. Dessverre er denne prosedyren ikke systematisk gjennomført overalt. Dette er alvorlig fordi det nå er kommet flere meddelelser om gunstig effekt av opp trening av synsfeltsdefekt etter hjerneslag (3–6). Vi fant også mange tilfeller av innskrenket øyemotilitet, ikke bare knyttet til synsfeltsdefekten. Tolkningen av dette funnet vil kreve en sammenliknende undersøkelse av hjerneslagspasienter og kontrollpersoner på samme alder.

Neglekt eller andre sentralt betingede synsforstyrrelser ble ikke avdekket i denne undersøkelsen, men ville muligens blitt påvist ved nevropsykologisk testing.

Det er ønskelig med større og mer utdypende studier av synsproblemer etter hjerneslag for best mulig å dokumentere behovet

Figur 3



Resultat av undersøkelse av øyemotorikk hos 18 av 20 pasienter med hjerneslag

for rehabilitering av en pasientgruppe som hittil har vært forsømt på det synsrelaterede området.

Litteratur

1. Ellekjer H. Hjerneslag i Nord Trøndelag. Hyppighet, risikofaktorer og forløp. Doktoravhandling. Trondheim: NTNU, 2000.
2. Stenager EN, Madsen C, Stenager E et al. Selvmord hos pasienter med apopleksi. Ugeskr Læger 1999; 161: 3099–102.
3. Nelles G, Esser J, Eckstein A et al. Compensatory visual field training for patients with hemianopia after stroke. Neurosci Lett 2001; 306: 189–92.
4. Wilhelmssen GB. Visuelle forstyrrelser etter hjerneslag. Doktoravhandling. Oslo: Det utdanningsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo, 1999.
5. Pambakian ALM, Kennard C. Can visual function be restored in patients with homonymous hemianopia? Br J Ophthalmol 1997; 81: 324–8.
6. Vanni S, Raninen A, Näsänen R et al. Dynamics of cortical activation in a hemianopic patient. Neuroreport 2001; 12: 861–5.
7. Langhammer B, Stanghelle JB. Bobath eller Motor Relearning Programme: en randomisert kontrollert studie. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2805–9.
8. Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa. Lov 1998–07–17–61. § 5-1.
9. Gilhotra JS, Mitchell P, Healy PR et al. Homonymous visual field defects and stroke in an older population. Stroke 2002; 33: 2417–20.