

Noe å lære av

En 28 år gammel kvinne med nyoppstått urininkontinens

Espen Benjaminsen*

e-benjam@online.no

Rolf Salvesen

Nevrologisk aveling
Nordlandssykehuset
8092 Bodø

* Nåværene adresse:

Nevrologisk avdeling
Universitetssykehuset Nord-Norge
9038 Tromsø

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Se kommentar side 440

Se også kunnskapsprøve på www.tidsskriftet.no/quiz

En 28 år gammel kvinne hadde tidligere stort sett vært frisk, men hun brukte regelmessig ketoprofen på grunn av leddsmarter. I en periode på ett år hadde hun hatt korsryggssmerter med utstråling til høyre underarmekstremitet. Lumbal CT hadde ikke avdekket noe prolaps, og hun hadde ikke hatt symptomer det siste halve året.

To dager før innleggelsen merket hun nummenhet i høyre glutealregion. Dette tiltok gradvis utover kvelden, men var ikke veldig uttalt, og det var ingen ledsagende smerter. Neste morgen oppdaget hun at hun

hadde hatt ufrivillig urinavgang i sengen. Hun hadde nå betydelig nedsatt følsomhet i begge nates og kjente ikke vannlatingstrang. Hos fastlegen ble det, på grunnlag av ultralydskanning, antatt å foreligge 50 ml resturin. Fastlegen tok kontakt med vår avdeling, men man fant at de beskrevne symptomene var såpass diffuse og lite dramatiske at man anbefalte å se det an.

50 ml urin i blæren etter vannlating er ikke mye, og kan ikke regnes som patologisk resturin. Det ble derfor antatt at hun ikke hadde blæreparese. Ikke å kjenne vannlatingstrang er imidlertid et varselsymptom, og ufrivillig vannavgang i søvne hos en tidligere frisk, ung kvinne et svært uvanlig symptom som nok ikke burde vært avvist som «diffust».

Neste natt hadde hun igjen ufrivillig urinavgang i sengen og hun var fremdeles følelseløs i glutealregionen. Hun kjente ikke vannlatingstrang, men gikk hyppig på toalettet og hadde ingen urinlekkasje på dagtid. Hun oppsøkte igjen sin fastlege, og hun ble nå innlagt. Innleggelsesdiagnosen var akutt myelitt. Pasienten ankom avdelingen ved 21-tiden.

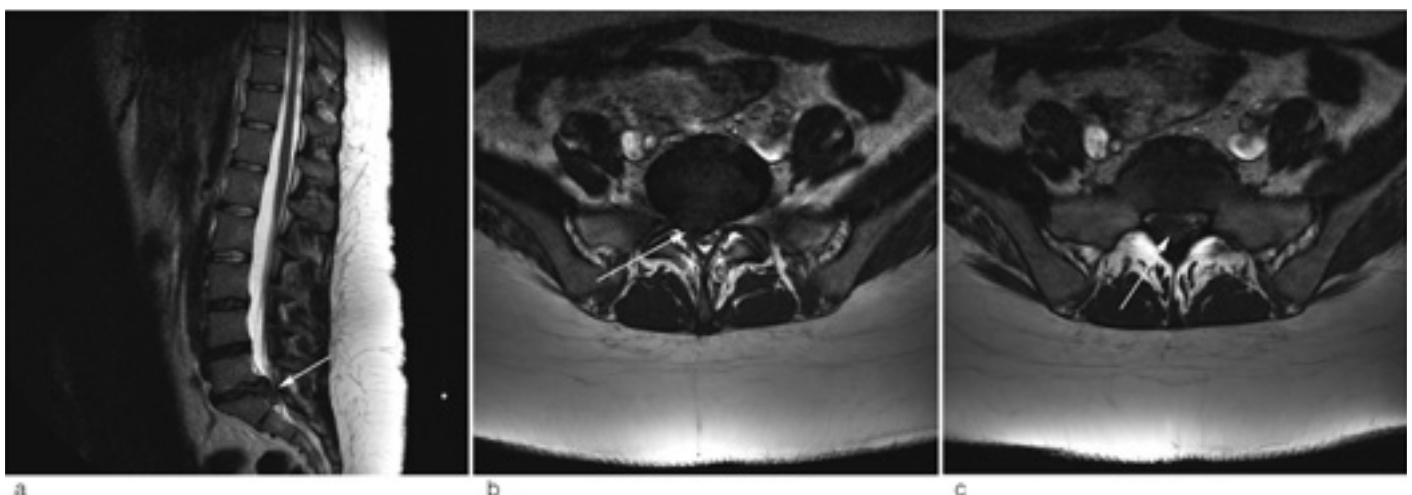
Ved innleggelsen var hun ikke smertepregget, gikk uanstrengt uten å halte, og benektet at hun hadde hatt smerter i forløpet. Det var normal motilitet med full kraft i ekstremitetene, men asymmetri for akillesreflekser med 0 på høyre side mot ++ på venstre. I glutealregionen og litt nedover dorsalt på lårene var det nedsatt sensibilitet. Det var

også betydelig nedsatt sensibilitet ved vaginal og rektal eksplorasjon, slapp sfinkertonus, ingen volunter knipekraft og intet anslag ved hoste. Anokutan- og bulbocavernosusrefleksene var begge opphevet, men det var ingen resturin målt med kateter. Lasègues prøve var negativ.

Sensibilitetssvekkelsen var i et område som etter noen beskrivelser tilsvarer dermatomene S3–S5 (1), men som etter Keegan & Garrett også innebærer deler av S1- og S2-dermatomene, omtalt hos Greenberg (2). Bulbocavernosusrefleksene regnes å involvere S3- og S4-segmentene, mens anokutanrefleksene bortfaller ved brudd i refleksbuen S3–S5. Opphevet akillesrefleks indikerer affeksjon av S1-nerveroten.

Klinisk hadde vår pasient utfall som ved cauda equina-syndrom. Med dette menes som regel en tilstand som skyldes skiveprolaps med affeksjon av sakrale nerverøtter, men andre romopppyllende prosesser, som tumor eller blødning, kan gi tilsvarende symptomer og funn. Myelitt med affeksjon av conus er også en differensialdiagnose. Smerter er som regel betydelig ved store prolaps med nerverotaffeksjon. Vår pasient hadde ikke på noe tidspunkt i forløpet hatt smerter, verken utstrålende eller i korsryggen. Det var imidlertid tydelige sensoriske utfall og en sannsynlig sensorisk blæreparalyse.

Pasienten var ferdig undersøkt rundt kl 22, en drøy time etter ankomst. Det ble ikke gjort CT som øyeblikkelig hjelp, da man



Figur 1 MR-bilder tatt tre døgn etter symptomdebut. a) Et nucleusprolaps i nivå L5/S1 (pil). b) Samme prolaps sett i transversalplanet. Prolapset er midtstilt og strekker seg noe over mot høyre (pil). c) Prolapset fyller ut store deler av spinalkanalen (pil)

mente at prolaps eller andre tilstander som ville avdekkes ved denne undersøkelsesmetoden, var lite sannsynlig, all den tid det ikke forelå smerte. I tillegg var hun noe overvektig, og man kunne anta at bilder fremstilt ved CT ikke ville bli av optimal kvalitet.

Det ble vurdert at man uansett ikke ville komme utenom MR-undersøkelse, enten man utførte CT eller ikke. Vårt sykehus har ikke døgneredskap for MR, men det ble avtalt med radiologisk avdeling at pasienten ville få utført MR-undersøkelse tidlig neste dag. Tentativ diagnose var akutt myelitt, og hun var også i en alder der man måtte misstenke debut av multipel sklerose.

MR lumbalcolumna, som ble tatt neste dag kl 12, viste et stort prolaps i nivå L5/S1 som fylte ut store deler av spinalkanalen og affiserte flere nerverøtter (fig 1). Hun ble overflyttet til nevrokirurgisk avdeling ved regionsykehuset tre timer etter at bildene var tatt, og ble der operert som øyeblikkelig hjelp med partiell laminektomi og fjerning av prolapsen.

Fjerde postoperative dag var hun inkontinent ved hoste, men senere fikk hun god kontroll på blæren, selv om hun nok måtte gå litt hyppig på toalettet. Hun hadde ingen tilfeller, verken pre- eller postoperativt, med fekal inkontinens, men hadde ingen kontroll på luftavgang. Ved undersøkelse sjuende postoperative dag var det sensoriske utfall i høyre glutealregion, men i mindre omfang enn tidligere, og bare lette sensoriske utfall på venstre side. Akillesrefleksen var fremdeles utslukket på høyre side. Det var svak voluntær knipekraft ved rektal eksplorasjon, men ingen knipekraft ved hoste. Fremdeles var verken anokutan- eller bulbocavernosusrefleksen til stede. Hun hadde ingen resturin. Pasienten merket bedring dag for

dag. To måneder senere hadde hun ingen subjektive vannlatingsvansker.

Diskusjon

Cauda equina-syndromet er beskrevet som et kompleks av symptomer og funn bestående av korsryggssmerter, uni- eller bilateral isjialgi, motorisk svakhet i underekstremitetene og sensoriske forstyrrelser med ridebukseanestesi. Tap av viscerale funksjoner i blære og tarm må være til stede (3).

Cauda equina-syndrom kan også forekomme uten motoriske eller sensoriske utfall i underekstremitetene. Dette er mulig dersom et sentralt prolaps i nivå L5/S1 affiserer de nedre sakrale nerverøttene, uten å affisere S1-røttene (3). Det er også beskrevet tilfeller av sentrale skiveprolaps i nivå L4/L5 med urinretensjon, men uten ytterligere nevrologiske utfall eller smerte (4).

Det er bred enighet om at rask kirurgisk intervensjon er av stor betydning for prognosen. Shapiro inkluderte 44 pasienter med prolaps og cauda equina-syndrom i en retrospektiv undersøkelse der han sammenliknet 20 pasienter som ble operert tidlig (innen 48 timer, herav 17 innen 24 timer), og 24 som ble operert sent (etter 48 timer) etter symptomdebut. I gruppen som ble operert tidlig, var 19 av 20 pasienter kontinente med normal blærefunksjon etter seks måneder, mens det i den andre gruppen var 63 % som brukte enten permanent eller intermitterende kateeterisering ett år senere. Gruppen som ble operert sent, hadde signifikant dårligere resultater med tanke på motoriske utfall, kronisk smerte og urologisk og seksuell funksjon. (5).

Cauda equina-syndrom innebærer vannlatingsforstyrrelser. Man kan skille mellom to undergrupper, komplett eller inkomplett, avhengig av om det foreligger urinretensjon eller ikke. Ved urinretensjon synes det å være dårlig prognose selv med rask opera-

sjon, da irreversibel skade kan oppstå så tidlig som etter seks timer. Dersom det foreligger blæreforstyrrelser uten at det fører til retensjon, er prognosen mye bedre. Denne tilstanden kan selvfølgelig også utvikle seg til en komplett skade, og krever derfor også rask operasjon (6).

Konklusjon

Cauda equina-kompresjon pga. store, romoppfyllende prolaps gir ikke alltid smerter. Tilstanden kan gi lammelse av blærens tømme-muskel og urinretensjon, men sensorisk blæreparese med normal detrusorfunksjon forekommer også. Rask kirurgisk intervensjon kan forebygge ytterligere skade, og normal funksjon kan gjenopprettes. Ved nytillkommet urininkontinens må man ha cauda equina-syndrom på bakgrunn av prolaps som differensialdiagnose, selv om det ikke foreligger smerte. I det beskrevne tilfellet medførte pasientens smertefrihet at diagnose og behandling ble forsinket med om lag to døgn.

Litteratur

1. Lindsay KW, Bone I, Callander R. Neurology and neurosurgery illustrated. 2. utg. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1991: 199.
2. Greenberg SA. The history of dermatome mapping. Arch Neurol 2003; 60: 126–31.
3. Kostuik JP. Controversies in cauda equina syndrome and lumbar disc herniation. Curr Opin Orthoped 1993; 4: 125–8.
4. Sylvester PA, McLoughlin J, Sibley GN et al. Neurogenic urinary retention in the absence of neurological signs. Postgrad Med J 1995; 71: 747–8.
5. Shapiro S. Medical realities of cauda equina syndrome secondary to lumbar disc herniation. Spine 2000; 25: 348–52.
6. Gleave JRV, Macfarlane R. Cauda equina syndrome: what is the relationship between timing of surgery and outcome? Br J Neurosurg 2002; 16: 325–8.

Manuskriptet ble mottatt 8.11. 2005 og godkjent 25.4. 2006. Medisinsk redaktør Torgeir Bruun Wyller.

>>>