

CONDUITA TERAPEUTICĂ ÎN HEMATOAMELE SUBDURALE CRONICE CONVEXITALE SUPRAETAJATE

VICENȚIU SĂCELEANU¹

¹Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu

Cuvinte cheie: *hematom subdural cronic, traumatism cranio-cerebral* **Rezumat:** *Hematomul subdural este o colecție sanguină craniană care se găsește în spațiul subdural, între dura mater și arahnoidă, încapsulată, fiind urmarea unor TCC minore, neglijate, cu expresie clinică, la peste 3 săptămâni posttraumatic, în general la pacienți în vârstă, localizat de obicei la nivel frontal și parietal. Sursa constă în ruperea unei vene cortico-durale ca urmare a unui traumatism, aceste vene fiind în tensiune datorită atrofiei corticale preexistente; sângele se acumulează în spațiul subdural, se încapsulează, creșterea producându-se prin hiperosmoză și prin ruperea succesivă a altor vene cortico-durale, în timp producându-se hemoliza colecției sanguine.*

Keywords: *chronic subdural hematoma, head trauma* **Abstract:** *Subdural hematoma is a blood collection encapsulated at skull level, found in the subdural space between the dura mater and the arachnoid, being the result of minor, neglected TBI clinically manifested at more than three weeks after the trauma, generally in older patients, usually located at frontal and parietal level. The source consists of a cortico-dural vein rupture due to trauma, these veins being under tension due to the preexisting cortical atrophy; blood accumulates in the subdural space, is encapsulated, the increase being produced by hyperosmosis and by the successive break of other cortico-dural veins, while causing the hemolysis of blood collection.*

INTRODUCERE

La pacienții cu hematom subdural cronic, semnele clinice au o evoluție progresivă, după 2-3 săptămâni de la momentul traumatic, putând îmbrăca mai multe forme clinice:

- oligosimptomatic – apare un singur simptom, cel mai frecvent fiind cefaleea, deficit motor cu caracter progresiv, tulburări de vorbire, de cele mai multe ori sesizate de aparținători;
- pseudotumoral – sindrom de HIC cu caracter progresiv, asociat cu semne de focar cu evoluție progresivă;
- pseudodemențial – tulburări psihice predominante, mulți pacienți ajungând în serviciile de psihiatrie diagnosticate cu demență.

Diagnosticul paraclinic se face cu ajutorul examinării CT-scan, aspectul fiind de colecție hipodensă, cu densitate asemănătoare cu cea a LCR, cu aspect lenticular biconvex, cu densitate mai mare ca a LCR, dar mai mică decât a sângelui.

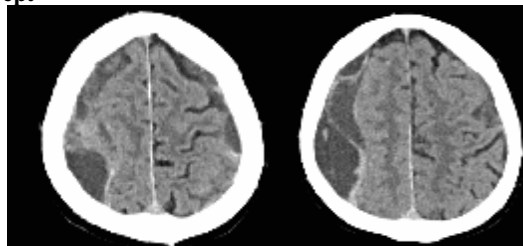
PREZENTARE CAZ CLINIC

Pacientul P.N.A., în vârstă de 48 ani, hipertensiv, cu ciroză hepatică decompensată vascular și parenchimatous (din 2004) netratată, cu multiple traumatisme cranio-cerebrale neglijate, se internează pe secția de neurochirurgie acuzând parestezii și un frust deficit motor la nivelul membrului superior stâng, simptomatologie apărută brusc în urma unui traumatism cranio-cerebral prin cădere de la același nivel, vechi de 4 săptămâni. La examenul clinic pacientul este conștient, OTS, echilibrat cardio-respirator, TA-125/70mmHg, AV-70/min. Examenul neurologic la internare: GCS= 15 puncte (M6V5O4), fără semne de HIC, sindrom meningeal absent, fără semne de afectare a nervilor cranieni, fără atitudini particulare, frust deficit motor la nivelul membrului superior stâng (MRC 4/5),

mers posibil, fără sprijin, fără mișcări involuntare, coordonare bună, tulburări de echilibru absente, hipoestezie MS stâng, ROT- normoflexie, fără tulburări sfincteriene și vegetative, vorbire, praxie, gnozie - în limite normale. Probele de coagulare: PT = 17,7 s, activitate protrombinică(%) = 50,5%, INR = 1,39.

Se efectuează un **CT cranian** de urgență care evidențiază prezența unor hematoame voluminoase subdurale cronice supraetajate la nivel fronto-parietal drept (figura nr. 1).

Figura nr. 1. Hematoame subdurale cronice supraetajate F-P drept



În urma investigațiilor clinice și paraclinice în data de 14.05.2014 se decide intervenția chirurgicală, practicându-se o incizie liniară a scalpului în regiunea F-P dreaptă, scalpare, craniectomie minimă P dreaptă, cu incizarea și suspendarea dura mater și evacuarea hematoamelor cronice supraetajate F-P drepte prin aspirație și lavaj abundent, hemostază. Postoperator, pacientul are o evoluție favorabilă cu remiterea simptomatologiei; dar după 10 zile de la internare pacientul acuză din nou parestezii la nivelul membrului superior stâng, motiv pentru care în data de 22.05.2014 se efectuează un **RMN cranian** de control care evidențiază statusul post intervenție chirurgicală, cu craniotomie F-P dreaptă și prezența unei colecții

¹Autor corespondent: Vicențiu Săceleanu, Str. Bălea, Nr. 1A, Ap. 33, Sc. C, Sibiu, România, E-mail: vicentiu.saceleanu@gmail.com, Tel: +40740 022931

Articol intrat în redacție în 09.07.2014 și acceptat spre publicare în 22.08.2014
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Decembrie 2014;2(4):46-48

ASPECTE CLINICE

hematice subacute subdurale parietal superior bilateral mai pronunțată în dreapta, unde se extinde și frontal, fără arii de edem focal sau efect de masă (figurile nr. 2,3).

Din acest motiv se decide reintervenția chirurgicală în data de 23.05.2014, practicându-se craniotomie F dreaptă, evacuarea hematomului recidivat, hemostaza și sutura plăgii. Statusul postoperator al pacientului este favorabil, cu remiterea simptomatologiei datorită intervenției chirurgicale eficiente și măsurilor imagistice rapid efectuate.

Figura nr. 2. Hematom subdural cronic F-P drept recidivat

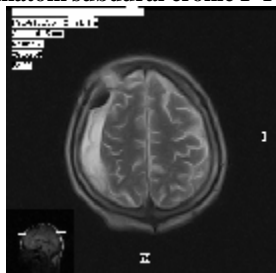
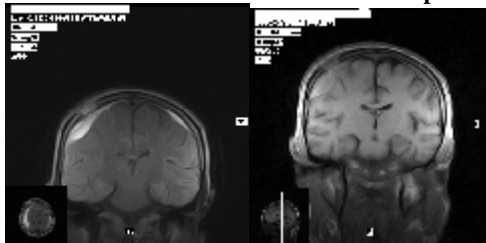


Figura nr. 3. Hematom subdural cronic F-P drept recidivat



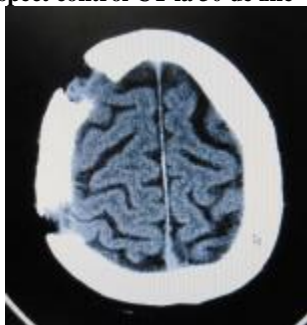
În data de 26.05.2014 se efectuează un alt **CT cranian** de control care evidențiază un mic hematom restant postoperator F-P înalt, drept, cu grosime maximă de 1,3 cm, cu câteva bule de pneumoencefal incluse, fără efecte de masă (figura nr. 4).

Figura nr. 4. Aspect CT postoperator



Examenul CT cranian de control, la 30 de zile evidențiază rezorbția completă a hematomului subdural restant (figura nr. 5).

Figura nr. 5. Aspect control CT la 30 de zile



DISCUȚII

HSC se dezvoltă pe o perioadă de mai multe săptămâni, fiind consecința unui traumatism cranian minor. Sursa sângerării o constituie lezarea venelor corticale foarte rar cauza sângerării putând fi reprezentată de o artera corticală. Hematomul subdural este delimitat de o capsulă fibroasă, care poate fi compartimentată, prezentând o porțiune parietală și una viscerală care aderă de cortex. Uneori se poate întinde pe toată suprafața emisferului cerebral sau poate fi separată de septa având aspectul unui fagure de miere. Inițial conținutul este format de cheagul sanguin modificat, în timp acesta virând spre un aspect xantocrom. Simptomele în cazul hematoamelor subdurale cronice apar insidios, pacienții prezentând cefalee, tulburări de mers sau echilibru, disfuncții cognitive sau pierderi de memorie, deficit motor, confuzie, afazie. Cele mai comune semne sunt hemipareza și reflexele asimetrice la pacienții peste 60 ani, iar la pacienții mai tineri cel mai comun simptom este cefaleea.(1) Factorii predispozanți sunt atrofia cerebrală generalizată ce determină creșterea fragilității venoase asociate cu înaintarea în vârstă. Deci persoanele în vârstă au mai multe șanse de a face un HSC, în special de la traumatisme minore.(2,3)

Se descriu trei etape în evoluție:

- momentul traumatic inițial cu substrat anatomopatologic de leziune cerebrală minoră, tip contuzie
- perioada cuprinsă între 3 săptămâni până la 2 luni, care poate fi asimptomatică
- perioada de expresie clinică în care apar semnele de creștere a presiunii intracraniane (cefalea persistentă), semne neurologice contralaterale de tip deficit.

Posibilele complicații care pot apărea –leziuni cerebrale permanente, anxietate, confuzie, dificultăți de atenție, amețeală, cefalee, pierderi de memorie, convulsii. Pacienții cu hematoame mari pot dezvolta diferite grade de paralizie sau comă. Un hematom subdural cronic poate mima o serie de alte boli și afecțiuni cerebrale, inclusiv demența, AVC, AIT, encefalita și leziuni cerebrale cum ar fi abcese sau tumori. Recuperarea după leziuni cerebrale variază foarte mult, în general 80-90 % au o îmbunătățire semnificativă a funcției cerebrale postoperator. Pacienții traumatizați craniocerebral cu CGS mare (peste 13) prezintă o evoluție clinică bună, prognosticul fiind în corelație directă cu scorul CGS la internare. După un traumatism minor pot să apară simptome tip vertij, cefalee, tulburări cognitive, care se pot întinde pe o perioadă de până la un an după momentul inițial traumatic.(4,5) Evaluarea neurologică este esențială, urmărindu-se starea de conștiență, activitatea motorie, deschiderea ochilor, limbajul, reflexul fotomotor, semne de lateralizare (hemipareza/plegie)(6) Tratamentul unui hematom subdural depinde de dimensiunea și rata de creștere a acestuia. Unele hematoame subdurale mici se pot resorbi, se vindecă de la sine(7), dar în cazul hematoamelor subdurale mari sau simptomatice necesită intervenție neurochirurgicală. Tratamentul este chirurgical, tehnica operatorie având ca scop evacuarea hematomului prin craniectomie minimă (maxim 2/2 cm), asociată cu montarea unui sistem de drenaj închis.(8) **Prognosticul** este foarte bun, vindecarea fiind obținută în 95% din cazuri, cu remisia semnelor de focar imediat.(9)

CONCLUZII

- Afecțiunile hepatice cu impact asupra coagulării constituie un factor de risc major în apariția HSD cronic.
- CT-ul cerebral este investigația de elecție în TCC. Examenul RM prezintă sensibilitate crescută față de CT pentru detectarea leziunilor axonale difuze, sau a sechelelor posttraumatice tardive.

ASPECTE CLINICE

- Diagnosticul prompt și abordarea adecvată pot avea ca rezultat o mortalitate scăzută și rezultate funcționale foarte bune.
- Monitorizarea neurologică postoperatorie este obligatorie, orice semn apărut sau care persistă obligă la efectuarea examenului CT de control.
- Intervenția operatorie în caz de recidivă se efectuează în corelație strânsă cu statusul neurologic și aspectul imagistic.
- Hematomul subdural restant cu dimensiuni până la 1 cm sau fără simptomatologie neurologică nu se operează.
- Controlul periodic, prin examen CT este obligatoriu.

REFERINȚE

1. Luxon LM, Harrison MJ. Chronic subdural haematoma. *Q J Med.* Jan 1979;48(189):43-53.
2. Traynelis VC. Chronic subdural haematoma in the elderly. *Clin Geriatr Med*1991;7:583-98. 9.
3. Adhiyaman V, Asghar M, Ganeshram KN, et al; Chronic subdural haematoma in the elderly. *Postgrad Med J.* 2002 Feb;78(916):71-5.
4. Stippler M. Trauma of the nervous system: craniocerebral trauma. In: Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J, Mazziotta JC, eds. *Bradley's Neurology in Clinical Practice.* 6th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2012:chap 50B
5. Biros MH, Heegaard WG. Head injury. In: Marx JA, ed. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice.* 7th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2009:chap 38.
6. Ullman JS. Cerebrovascular pathophysiology and monitoring in the neurosurgical intensive care unit. In: Andrews BT. *Intensive Care in Neurosurgery.* New York: Thieme; 2003:29-46.
7. Naganuma H, Fukamachi A, Kawakami M, et al. Spontaneous resolution of chronic subdural hematomas. *Neurosurgery*1986;19:794-8. [Medline]
8. Brain Injury: Toward Understanding Manifestations and Treatment. *Archives of Internal Medicine* 158 (15):1617-1624. doi:10.1001/archinte.158.15.1617. PMID 9701095.
9. Săceleanu V. *Neurochirurgie Clinică*, Edit. ULBS, Sibiu; 2014.