

HEMORAGIE EXTRADURALĂ PRIN DISJUNCȚIE DE SUTURĂ CORONARĂ. PREZENTARE DE CAZ

VICENȚIU SĂCELEANU¹, ADRIANA SĂCELEANU²

^{1,2}Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu

Cuvinte cheie: hemoragie extradurală, hipertensiune intracraniană, traumatism cranio-cerebral

Rezumat: Hemoragia extradurală (HED) este cel mai adesea cauzată de fracturi osoase cu leziunea secundară a arterei meningeale medii, fiind mai frecventă la tineri deoarece meningele nu este foarte bine atașată de endocraniu. Fracturile au ca și cauză traumatismele cranio-cerebrale, produse cel mai adesea prin accidente rutiere. Prin acestea se produc rupturi vasculare care duc la acumulări rapide de sânge, care duc la creșterea presiunii intracraniene, rezultând sindrom de hipertensiune intracraniană (HIC). HED este o urgență deoarece poate duce la leziuni cerebrale permanente și chiar exitus dacă nu e tratată la timp, agravarea producându-se în minute. Alături prezentăm cazul unui pacient de 48 de ani, implicat într-un accident rutier în postura de pieton, în urma căruia a prezentat stare alterată a conștienței cu GCS 6 puncte și hemiplegie a membrilor de partea stângă.

Keywords: extradural haemorrhage, intracranial hypertension, cranio-cerebral trauma

Abstract: Extradural haemorrhage (EDH) is most often produced by bone fractures with secondary lesion of the middle meningeal artery, being of a higher frequency in the young due to a weaker attachment of the dura mater to the inner side of the cranium. The main cause of the fractures is represented by cranio-cerebral trauma, which occurs mainly through car accidents. The fractures are the cause of vascular ruptures that lead to fast accumulations of blood. These, in turn lead to a high intracranial pressure. EDH is an emergency because it can lead to permanent cerebral lesions and even death when not promptly approached, the aggravation taking place in mere minutes. Next, we present the case of a 48 year-old patient who had been involved in a car accident as a pedestrian. This caused an altered state of consciousness (GCS=6 points) and hemiplegia of the left side limbs.

PREZENTARE DE CAZ

Pacient în vârstă de 48 de ani, fumător este implicat într-un accident rutier ca pieton în data de 14 mai 2014. În urma accidentului, pacientul suferă multiple traumatisme, fiind examinat în urgență și externat, CGS=15 puncte. Ulterior, alterarea stării de conștiență după 6 ore, cu un GCS de 6 puncte, și instalarea unui deficit motor pe hemicorpul stâng duc la preluarea de către echipajul de prim ajutor și transportul acestuia în serviciul urgență.

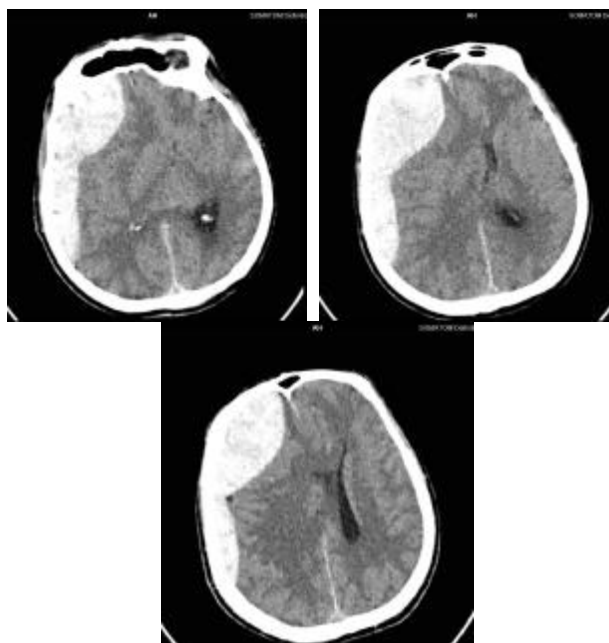
În primă instanță se monitorizează pacientul, cu semne vitale prezente - TA=130/80 mm Hg, AV=100b/min. Se practică intubația oro-traheală cu sedare prealabilă. Examenul neurologic arată o stare de comă cu GCS de 6 puncte, mers și ortostațiune imposibile, pupile egale, intemediare, hemiplegie a membrilor de partea stângă, ROT prezente bilateral, diminuate pe stânga, RCP în flexie pe dreapta și ușor în extensie pe stânga.

Se decide efectuarea unui CT cranian care decelează o colecție hematică acută extradurală F-T drept cu grosime maximă de cca 4 cm, cu devierea structurilor liniei mediene spre stânga cu cca 2cm (angajare subfalciformă) și angajare transtentorială, ștergerea șanțurilor corticale cu aspect de edem cerebral difuz (figura nr. 1).

Ca urmare a acestui diagnostic și a stării pacientului, se decide intervenția chirurgicală de urgență. Se practică o incizie arcuată a scalpului pentru volet F-T-P drept. Se scalpează și se observă dehiscența largă a suturii coronare (figura nr. 2). Se practică un volet osos, care include fragmentele dehiscente și se observă un hematoma extradural gigant F-T-P drept (figura nr. 3) care se evacuează (figura nr. 4). Se practică hemostaza. Se

suspendă dura mater, se re poziționează voletul osos, prin remodelarea fragmentelor dehiscente, cu refacerea structurii boltei craniene și se poziționează tubul de dren.

Figura nr. 1. Aspect CT cranian la internare



¹Autor corespondent: Adriana 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 14.07.2014 și acceptat spre publicare în 18.08.2014
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Septembrie 2014;2(3):89-91

ASPECTE CLINICE

Figura nr. 2. Dehiscenta suturii coronare



Figura nr. 3. HED gigant F-P-T drept, aspect intraoperator



Figura nr. 4. Aspect intraoperator, după evacuarea HED

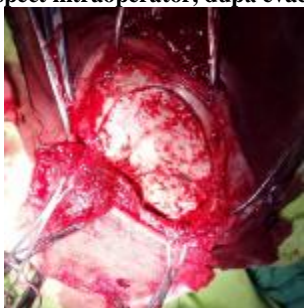
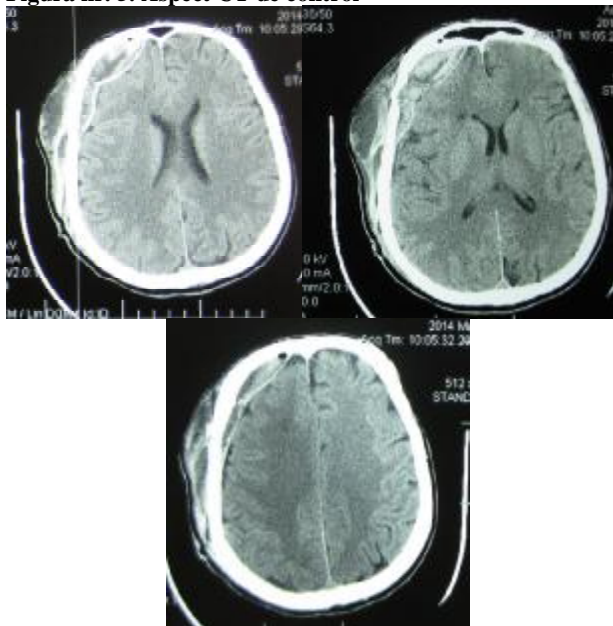


Figura nr. 5. Aspect CT de control



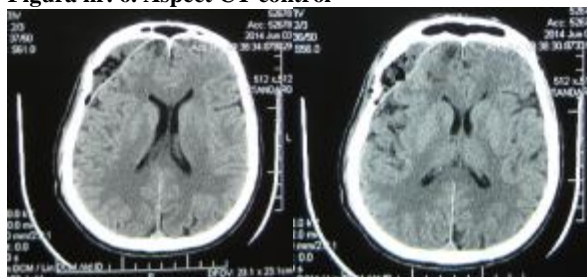
Pacientul este internat pe secția ATI până în 18.05.2014 când se transferă pe secție, cu stare generală ameliorată și remiterea totală a deficitului motor al membrilor stângi. Se continuă tratamentul antibiotic și hemostatic. În cursul nopții pacientul este agitat psiho-motor, își îndepărtează

pansamentul și gratează plaga operatorie care sângerează.

În data de 26.05.2014 se practică un CT cranian de control care decelează o colecție cu densități mixte (fluide și hemactice) extradurale F drept fără efect de masă, colecții fluide epicraniene F-T drept (figura nr. 5). Din acest motiv se decide reintervenția chirurgicală pentru evacuarea hematomului, cu menținerea tubului de dren.

După această intervenție, starea generală a pacientului se îmbunătățește progresiv. Se decide reeefectuarea unui CT de control în data de 03.06.2014 care relevă o colecție fluidă restantă epidurală F dreaptă, sub 1 cm, fără efect de masă (figura nr. 6).

Figura nr. 6. Aspect CT control



Pacientul se externează la conștiență, CGS=15 pct., cu remisia completă a deficitului motor, cu plaga vindecată, afebril.

DISCUȚII

Majoritatea HED sunt de natură traumatică, putându-se asocia mărci traumatiche externe locale (laceratii, contuzii, hematoame). În funcție de forța impactului, episodul de pierdere a conștienței poate să fie absent, de scurtă sau lungă durată. Intervalul clasic de luciditate apare la 20-50% din pacienții cu HED. Inițial, forța impactului poate rezulta în pierderea conștienței. După revenirea conștienței, HED se poate extinde până când efectul de masă poate duce la HIC, alterarea stării de conștiență.

În cazul HIC severe pot să apară manifestări clinice ce includ triada clasică Cushing: hipertensiune sistemică, bradicardie, detresă respiratorie care apare în cazul în care perfuzia cerebrală, în special a trunchiului cerebral este compromisă prin HIC. Terapia antihipertensivă poate produce ischemie cerebrală și moarte celulară. Ameliorarea se poate obține prin evacuarea HED.

Evaluarea neurologică este esențială, urmărindu-se starea de conștiență, activitatea motorie, deschiderea ochilor, limbajul, reflexul fotomotor, semne de lateralizare (hemipareză/plegie). GCS este foarte important în evaluarea stării pacientului.(1)

Tratamentul HED depinde de diverși factori cu efecte negative: efectul de masă, HIC, hernierea substanței cerebrale. Opțiunile terapeutice pentru acest tip de pacienți sunt intervenția chirurgicală imediată sau abordarea inițial conservatoare cu o posibilă evacuare ulterioară, situație în care e nevoie de monitorizare foarte atentă, creșterea în volum a HED fiind rapidă decât a hematoamelor subdurale. Abordarea conservatoare se pretează în cazul pacienților cu leziuni mici, fără semne patologice neurologice (ex: HED al polului temporal anterior, HED de origine venoasă), de dimensiuni mici, sub 1cm pe examenul CT.

Se recomandă ca în cazul pacienților cu HED cu lungime mai mică de 30 mm, grosime mai mică de 15 mm și efect de linie mediană mai mic de 5 mm fără deficit neurologic focal, GCS>8 pot fi abordați conservator. Se asociază monitorizarea imagistică precoce pentru urmărirea dimensiunilor hematomului. În cazul creșterii marcate și/sau anizocorie sau deficit motor, se va interveni chirurgical.(2,3,4)

Dacă HED are un volum >30 ml se recomandă fie evacuat, indiferent de GCS, mai ales când hematumul are grosime de minim 15 mm și efect de linie mediană mai mare de 5 mm, caz în care majoritatea pacienților au stare de conștiință alterată sau au semne de lateralizare.(5) De asemenea, în inițierea abordului chirurgical este foarte importantă și localizarea HED. HED temporale mari sau expansive pot duce la hernii uncinat și deteriorare rapidă. HED în fosa posterioară, de obicei asociate cu obturarea sinusului venos lateral necesită intervenție promptă datorită spațiului restrâns.(6,7)

Multe din *complicațiile* HED apar când presiunea exercitată are ca efect deplasarea maselor cerebrale. Când are loc o hernie subfalciformă ACA și ACP se pot ocuza și pot să apară infarctele cerebrale. Hernia transtentorială poate să ducă la hemoragii în trunchiul cerebral mai ales în punte. Hernia transtentorială poate avea ca efect paralizia nervului oculomotor ipsilateral (ptoza palpebrală, midriaza, imposibilitatea mișcării pe verticală și a adducției GO), cu recuperare îndelungată după eliminarea cauzei.

La copiii sub 3 ani, o fractură de craniu poate să aibă ca efect un chist leptomeningeal sau o fractură progresivă. Chisturile se formează pentru că masa cerebrală se dezvoltă, împiedicând fractura să se vindece, formând un "polip" dural și îndepărtând marginile fracturii.

Există riscul de leziuni cerebrale permanente indiferent de abordarea terapeutică. Unele acuze (crize epileptice) pot persista luni la rând, chiar și cu tratament, dar de obicei se răresc sau dispar complet. De remarcat este că pot avea debut chiar și la 2 ani de la intervenție.

Recuperarea la adulți se face mai ales în primele 6 luni, cu ameliorări pe parcursul a 2 ani. Copiii se recuperează mai repede și mai complet decât adulții. Recuperarea incompletă are ca și cauză leziuni cerebrale restante.

Alte complicații cu caracter permanent includ pareze sau paretezii, hernieri ale țesutului cerebral cu comă, hidrocefalie normotensivă care poate duce la stare de slăbiciune, cefalee, incontinență, dificultăți la mers.(8)

Prognostic. Recuperarea variază foarte mult, de la caz la caz. Cei mai importanți factori predictorii sunt GCS inițial, reflexul fotomotor, prezența sau absența deficitelor motorii și a leziunilor cerebrale asociate decelate CT.(9)

Ca și particularitate a cazului, putem preciza faptul că fractura a produs o disjunctie de sutură coronară, cu voletul centrat pe disjunctie. În acest caz a fost nevoie de sutura disjunctiei. De asemenea se regăsește evoluția în doi timpi, cu intervalul de luciditate intermediar, pacientul fiind inițial tratat ca fiind fără patologie traumatică intracraniană.

CONCLUZII

1. HED este o afecțiune neurochirurgicală care poate fi rezolvată prin monitorizare clinică și imagistică sau evacuare chirurgicală. Diagnosticul prompt și abordarea adecvată pot avea ca rezultat o mortalitate scăzută și rezultate funcționale foarte bune.
2. Supravegherea neurochirurgicală clinică și imagistică este obligatorie în cazul TCC cu alterarea stării de conștiință, cu repetarea examenului CT cranian ori de câte ori o impune starea neurologică a pacientului.
3. Intervenția neurochirurgicală promptă este obligatorie.
4. Agravarea neurologică impune reevaluarea imagistică și la nevoie reintervenția neurochirurgicală.
5. Crescând experiența și interesul în tehnicile minim invazive, efectuarea unei găuri de trepan pentru evacuarea hematomului poate fi luată în considerare ca manevră de primă intenție.

REFERINȚE

1. 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.
2. Gean AD, Fischbein NJ, Purcell DD, et al. Benign anterior temporal epidural hematoma: indolent lesion with a characteristic CT imaging appearance after blunt head trauma. Radiology. Oct 2010;257(1):212-8.
3. Chen TY, Wong CW, Chang CN. The expectant treatment of "asymptomatic" supratentorial epidural hematomas. Neurosurgery. 32(2):176-179; discussion 179.
4. Offner PJ, Pham B, Hawkes A. Nonoperative management of acute epidural hematomas: a "no-brainer". Am J Surg. Dec 2006;192(6):801-5.
5. Saceleanu V. Neurochirurgie Clinica, Edit. ULBS Sibiu; 2014.
6. [Guideline] Bullock MR, Chesnut R, Ghajar J, Gordon D, Hartl R, Newell DW. Surgical management of acute epidural hematomas. Neurosurgery. Mar 2006;58(3 Suppl):S7-15; discussion Si-iv.
7. Li S, Zhang H, Jiao QF, Liu Z, Mao BY. A comparative study on therapeutic method of traumatic epidural hematoma. Chin J Traumatol. Jun 2007;10(3):166-70
8. 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.
9. Ciurea AV. Tratat de Neurochirurgie, Edit. Medicală, București; 2010.