

PŘÍSPĚVEK K OTÁZCE ZÁVAŽNÝCH CÉVNÍCH ONEMOCNĚNÍ NITROLEBNÍCH

Podplukovník MUDr. Otakar JAROŠ, major MUDr. Rudolf KRÍŽEK, neurologické a rentgenologické odd. VN Jaroměř.

K padesátinám prof. MUDr. Rudolfa PETRA

Odpovědnost hlavního lékaře je velická, neboť jako poslední lékař kontroluje schopnost brance k výkonu vojenské služby a pak odpovídá po celou tuto dobu za jeho zdraví. Když sepisuje zdravotní knížku nastupujícího vojína a zaznamenává jeho vojenskou kvalifikaci, dává tím poslední pečeť svému hodnocení. Protože do kasáren přicházejí branci, kteří již prošli filtrem odvodních komisí, jsou to chlapci skoro všeměs zdraví. A přece někdy to jejich zdraví může viset na vlásku. Proto musí hlavní lékař dokonale zachytit do zdravotní knížky anamnézu, neboť ta mnohdy uniká všem předešlým lékařským kontrolám, ač má eminentně velký význam.

Díky této odpovědnosti hlavního lékaře dostal se na naše oddělení voják J. P., č. chor. 203/60, který nastoupil do vojenské základní služby bez zvlášť výrazných potíží. Stěžoval si na bolesti hlavy, které má hlavně po námaze. Tyto potíže u nováčků nejsou žádnou zvláštností. — V anamnéze však měl intermeningeální krvácení asi před 4 měsíci. Byl vyšetřen na jedné z našich klinik a konečný nálezní klinický a arteriografie karotická — třikrát opakovaná — byly normální. Příčina intermeningeálního krvácení nebyla zjištěna. Před nástupem vojenské služby konal normálně své civilní zaměstnání jako pomocný dělník.

Nyní se odpovědnost přesunula na vojenského nemocničního lékaře, aby posoudil, může-li nastupující bránc konat vojenskou službu a s jakou kvalifikací.

Objektivní neurologický nálezní byl chudý: jemný nystagmus při pohledu vlevo, hlava lehce ukloněna a rotována napravo.

Karotická angiografie, již dříve opakovaně provedená, neslibovala vyřešení. — Vertebální angiografii z vojenských ústavů zatím dělá jen neurologické oddělení ÚVN Praha. — Proto se nemocniční lékař držel současného klinického nálezu, který sice byl chudý, ale neurologické příznaky lokalizoval do zadní jámy, která dosud vyšetřena nebyla.

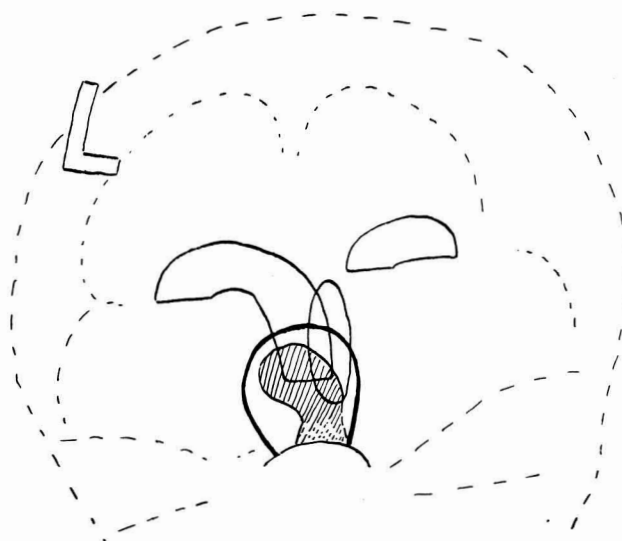
Provedena cílená PEG na zadní jámu a nálezní byl překvapující. Téměř s jistotou vysvětlil nenalezené intermeningeální krvácení. Na PEG zadní jámy, zvláště v AP projekci, se objevilo na kulovitě rozšířené IV. komoře kyjovité projasnění, které svědčilo pro cévní malformaci. Likvorový nálezní — disociace albuminocytologická — pak toto podezření, že jde o expanzivně se chovající útvar v zadní jámě, jen podepřel.

Cévní malformace zadní jámy nejsou již tak vzácné a často se na ně myslí. Zavedením AG vertebální jsou diagnostikovatelné a operačně řešitelné. V dostupné literatuře naší a cizí je jich popsáno téměř 100. Někteří autoři přinášejí značný počet (Weersma 22, Dereux a spol 9,

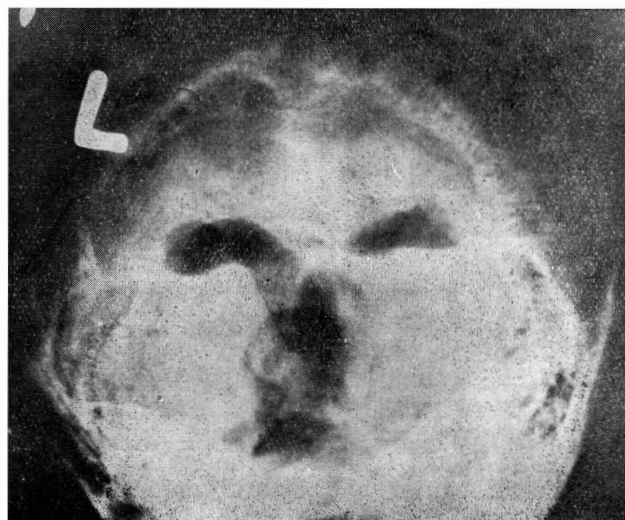
Logue a Monkton 9 atd.), ale jsou popisovány i nálezy ojedinělé.

Určit klinické příznaky, které by bezpečně krvácení lokalizovaly do zadní jámy, je nesnadné a pokusy o to nejsou jednotné.

Jsou to především intermeningeální krvácení ojedinělá, ale zvláště recidivující, která nelze ka-



rotickou angiografií objevit. Mohou to být i neuralgie nervu trigeminu, které se vyskytují jako jediný příznak (Olivecrona, Weersma). Spíše to však bývá soubor subjektivních potíží a objektivních příznaků, jako opakující se bolesti hlavy, epileptický paroxysmus, příznaky pseudotumoru s městnáním, onemocnění vlekla i 15 let, s postižením pyramidového systému, okohybných nervů a nystagmem. Jindy jednostranný intenzí



třes, který po 15 letech se stává permanentním, přechodná diplopie trvalou. K tomu později přistupují příznaky mozečkové, jež nakonec jsou vyřešeny jako arteriovenózní aneurysma mozku kmene a mozečku současně, nebo jen některé z těchto částí mozku pod tentoriem.

Autoři s velkými zkušenostmi v této diagnostice se snaží rozlišit symptomatologii aneurysmat subtentoriálních. Popisují tu, která charakterizuje zvláště aneurysmata kmenová a zvláště mozečková. U obou lokalizací rozeznávají formy akutní a chronické.

U kmenových aneurysmat akutní forma začíná buď intermeningeálním krvácením, nebo apoplektiformně začínajícím syndromem pyramidovým se současnou symptomatologií pedunkulární až distální části mozku kmene. — Forma chronická bývá bez krvácení a jmenované příznaky narůstají, jak již uvedeno, až 15 let. Zpočátku mohou být kolísavé a prchavé. Sem patří recidivující úporné monosymptomatické neuralgie nervu trigeminu, zdánlivě systémová onemocnění kmenová a mozečková a hydrocefaly z komprese akveduktu.

Rovněž u arteriovenózních aneurysmat mozečku se popisuje forma akutní a chronická. Akutní forma opět začíná náhle intermeningeálním krvácením, avšak mozečkovým syndromem jednostranným. Z mozkových nervů bývají postiženy difúzně zvláště okohybné a z nich především nervus abducens. Bývají rovněž příznaky vestibulární, citlivost však poškozena nebývá. — Forma chronická podle literárních údajů je vzácná a objevuje se jako pozvolna vznikající syndrom pseudotumoru se symptomatologií zadní jámy.

Výskyt těchto onemocnění podle věku je velmi variabilní. Podle velkých statistik se objevují mezi 10.—50. rokem. Dial a Maurer však našli prasklé vertebrální aneurysma u dvouletého dítěte, Newcomb a Munns dokonce u novorozence po 64 hod. života. Bylo mezi a.commun. posterior a a.cerebri posterior.

Podle Mc Kiscocka a Walshe aneurysmata zadní jámy přicházejí asi v 15 % všech aneurysmat intrakraniálních. Lokalizace na arteria vertebralis je asi v 5 %. Tito autoři rozeznávají 3 hlavní typy:

1. Aneurysmata tortuózní, kroucená, větovitá spíše na podkladě arteriosklerózy.
2. Aneurysmata sférická, kulovitá.
3. Aneurysmata sakkulární, vakovitá, která nejčastěji jsou příčinou intermeningeálního krvácení.

Srovnáme-li naše pozorování s literárními údaji, vidíme relativní chudost neurologických příznaků našeho pacienta proti udávaným v literatuře a přitom masivní kontrastní a operační nález. Je také zvláštností, že se aneurysma zobrazila na PEG. Pravidlem to nebývá. Upozorňujeme na příznak, který v citované literatuře jsme nenašli: nucené držení hlavy v lehkém úklonu a v lehké rotaci k jedné straně. Tento příznak nás zvláště zaujal a s ostatní méně výraznou symptomatologií (bolesti hlavy po námaze a jed-

nostranný nystagmus) nás nutil k vyšetření zadní jámy.

Případ na našem oddělení dořešen nebyl, protože dosud neprovádíme vertebrální angiografii. Proto jsme požádali o pomoc neurochirurgickou kliniku v Hradci Králové, která s radiologickou klinikou tamtéž provedla oboustrannou vertebrální angiografii a naše podezření potvrdila. Bylo to, jak ukazuje obrázek, velké aneurysma zanořené do mozečku.

Prof. Petr se svými spolupracovníky pacienta úspěšně operoval a aneurysma vyřadil z oběhu.

Toto aneurysma nebezpečně ohrožovalo život pacienta zvláště při fyzickém zatížení během vojenského výcviku. Ohrožovalo by však pacienta i v civilním životě. Opakované krvácení v zadní jámě, poměrně málo prostorné, by tlakem na kmen bylo pravděpodobně smrtelné.

Závěr

V práci je popsán případ velkého arteriovenózního aneurysmatu mozečku s relativně chudou neurologickou symptomatologií. Upozorňuje se na důležitý příznak nuceného úklonu hlavy s lehkou rotací při afekcích zadní jámy. Zdůrazněna svědomitost hlavního lékaře při sepisování anamnézy do zdravotní knížky, neboť právě anamnéza dala podnět k neurologickému vyšetření a neurochirurgickému výkonu. Tím se předešlo životu nebezpečné komplikaci. V práci se oceňuje pomoc civilních klinik vojenskému lékaři, zvláště kliniky neurochirurgické.

Резюме

Описан случай большой артериовенозной аневризмы мозжечка с относительно бедной неврологической симптоматикой. Обращено внимание на важный признак вынужденного наклона головы с легким ее вращением при поражениях в задней черепной ямке. Подчеркнута добросовестность старшего врача при собирании анамнеза и заполнении медицинской книжки, так как эти данные послужили поводом для неврологического исследования и нейрохирургического вмешательства. Таким образом, удалось предотвратить развитие опасного для жизни больного осложнения. Автор оценивает помощь гражданских клиник военному врачу, в особенности нейрохирургической клиники.

Summary

The case of a big arteriovenous aneurysm of the cerebellum with a relatively poor neurological symptomatology is presented. Attention is drawn to the important sign of an enforced bowing of the head with slight rotation in affections of the posterior fossa. The thoroughness of the regimental medical officer is emphasized because the carefully recorded personal history of the soldier led to an examination by a neurological specialist and finally to a neurosurgical operation, and life endangering complications could be prevented. The help given by clinics not belonging to the Army Medical Services, particularly by the Neurosurgical Clinic is appreciated.

Písemnictví

- Baštecký J., Petr R.:* Příspěvek k rozpoznání a léčbě intrakraniálních aneurysmat. *Práce VLA J. E. Purkyně*, sv. 8, 1954, 44—59.
- Dereux J., Nayrac P., Laine E. a j.:* Neuf anévrysmes artério-veineux de la fosse postérieure. *Neurochirurgie* 5 : 3, 1959, 257—279.
- Drake Ch. G.:* Bleeding Aneurysms of the Basilar Artery. Direct Surgical Management in Four Cases. *J. of Neurosurg.* 18 : 2, 1961, 230—238.
- Gibson R. M. and da Rocha Melo A. N.:* Angiographic Finding of Aneurysm and Arteriovenous Malformation in the Posterior Cranial Fossa in a Case of Subarachnoid. Haemorrhage. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* 1960, 23 : 3, 237—238.
- Jane J. A.:* A Large Aneurysm of the Posterior Inferior Cerebellar Artery in a 1 - Year - Old Child. *J. of Neurosurg.* Vol. XVIII, No 2, 1961, 245—247.
- Norlén G., and Paly S. N.:* Aneurysms of the Vertebral Artery. *J. Neurosurg.* 17 : 5, 1960, 830—835.
- Verbiest A.:* Arterio-Venous Aneurysms of the Posterior Fossa. Analysis of six Cases. *Acta Neurochir., Wien*, 9 : 2, 1961, 171—195.