

616.831-005.1-031.61-039.42

ROZSIAHLY ATYPICKÝ INTRAPARENCHÝMOVÝ HEMATÓM MOZGOVÉHO LALOKA

MUDr. Ondrej BENCÚR, pplk. MUDr. Emil DRAHOŠ
Chirurgické oddelenie Vojenskej nemocnice SNP v Ružomberku
(náčelník: pplk. MUDr. Ivan Šak)

Úvod

Na chirurgických oddeleniach sa bežne stretávame s kranio cerebrálnymi poraneniami, pričom rozsiahlejší intracerebrálny hematóm nebýva našťastie častou komplikáciou. Úraz však nie je jediným faktorom, podmieňujúcim takéto krvácanie, čo dokazuje aj naše pozorovanie.

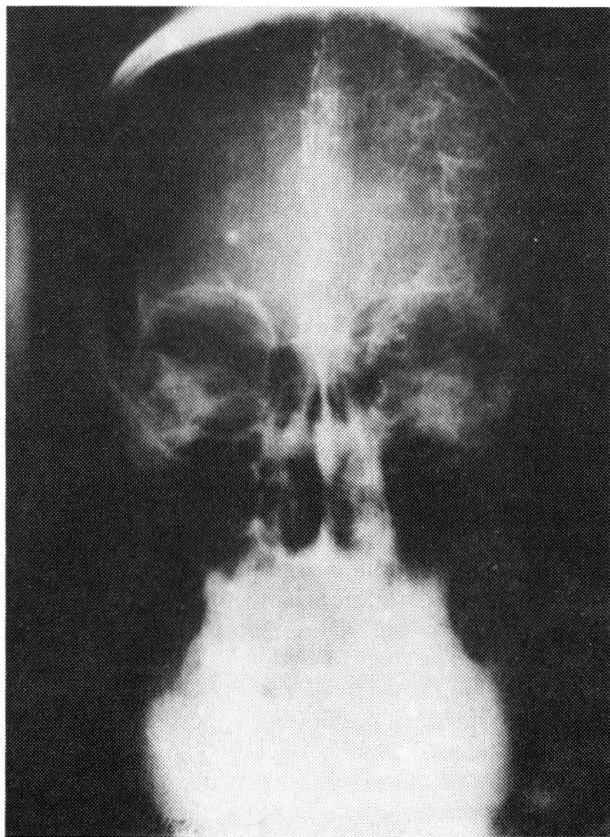
Vlastné pozorovanie

11. 6. 86 bol na naše oddelenie privezený 22-ročný poslucháč vysokej školy. Pri prijatí bol v soporóznom stave a mal pravostrannú parézu končatín. Anamnéza od sprievodu nebola jednoznačná. Bol v nej údaj o možnom páde s následným úderom do záhľavia (8. 6. 86), od toho dňa trpel aj bolesťami hlavy a

11. 6. opakovane zvracal. 10. 6. bol vyšetrený lekárom pre bolesti hlavy v trvaní 1–2 dní, pričom ani cieľenými otázkami nebol zistený úrazový dej a lekár prvého kontaktu stav uzatvoril ako bolesti hlavy neznámej etiológie. Ordinoval mironal a poučil chorého, aby sa v prípade pretrvávania obtiaží dostavil ku kontrole. Stav sa však zhoršil natoľko, že bol 11. 6. 86 v sprievode spolužiakov privezený na naše oddelenie.

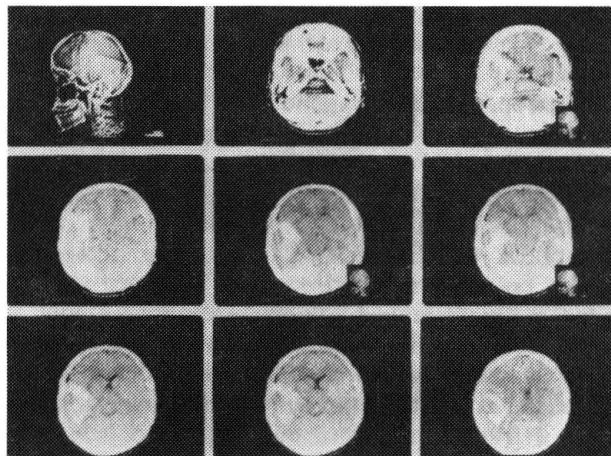
Pri vyšetrení chorý slabo reaguje, neodpovedá na otázky, na bolestivé podnety otvorí oči. Zrenice sú miotické, izokorické, naznačené plávajúce bulby. Okolo úst a na odeve sú zbytky po zvratkoch, otvoreniu úst sa bráni sťahom maseterov. Šija je voľná. Hyperreflexia až na klonus C_{5-8} a L_2-S_1 vpravo. Pravá horná končatina paretická, pravá dolná končatina plegická. Brušné reflexy nevýbavné. TK: 14/12 KPa, P: 60/min. Ostatný somatický nález v norme. Laboratórne vyšetrenia v norme. Očné pozadie bez známok mestnania. Privolaný neurológ za 1/2 h od prijatia potvrdzuje náš nález s tým, že pacient je už v semikómate až kómate s plávajúcimi pohybmi bulbov a plégiou pravostranných končatín.

Obr. 1



Vzhľadom na možnú úrazovú anamnézu sme stav pracovne uzatvorili ako susp. intrakraniálne krvácanie vľavo a ordinovali ľavostrannú angiografiu cez a. carotis a liečebne glukózu s hydrokortizonom a reparil. Ľavostranná karotická angiografia v AP projekcii však ukázala podľa rentgenológa normálny angiografický obraz. V bočnej projekcii nebola vykonaná pre náhle zvracanie pacienta, z obavy pred aspiráciou. Stav upresnený ako susp. akútna intrakra-

Obr. 2



niálna expanzia. Bolo pokračované v antiedematózne liečbe, po ktorej došlo k zlepšeniu vedomia na úroveň somnolencie až soporu, pri pretrvávajúcej plégii vpravo, pričom kyvadlové pohyby bulbov ustali. Po telefonicknej konzultácii s neurochirurgom z FN Martin bolo zabezpečené CT vyšetrenie mozgu v Banskej Bystrici s výsledkom: Vľavo rozšírenie temporofrontálnej sutúry v porovnaní s pravou stranou v jednotlivých transverzálnych rezoch. Iné traumatické zmeny na kalve nezistené. Na báze temporálneho laloka vľavo začína rozsiahle hyperdenzné ložisko s priemerom denzity do 80 HU, čo odpovedá čerstvému extravazátu. Najväčší transverzálny priemer ložiska je $6,9 \times 3$ cm, celkový predpokladaný objem do 200 ml. Okolo ložiska malý hypodenzný lem perifokálneho edému. Vyjadrený tlak na ľavú postrannú komoru, temporálny roh je dislokovaný dorzomediálne, kompresia frontálneho rohu a pars centralis postrannej komory, presun septum pellucidum 4 mm doprava.

Záver: Ložisko intraparenchýmového krvácania vľavo temporálne. Traumatický rozostup švu.

Súčasne sme s pracovníkmi RTG odd. KÚNZ B. Bystrica znova cieľene posúdili naše angiogramy (obr. 1) a v AP projekcii bol naznačený tlak na a. cerebri media sin. zdola a zľava, bez patologickej vaskularizácie.

Vývojom neurologického nálezu (pravostranná hemiplégia, sopor s postupným prechodom do semikómatu) a lokalizáciou procesu CT vyšetrením bola daná jednoznačná indikácia k operácii.

V danej situácii sa ponúkali dve možnosti – buď ponechať pacienta na chirurgickom odd. KÚNZ B. Bystrica, alebo ho operovať na našom oddelení. Po telefonickom dohovore a zvážení situácie sme sa rozhodli pre operáciu na našom oddelení. Takže necelých 6 hodín od prvého lekárskeho vyšetrenia bolo v celkovej anestézii pristúpené k trepanácii. Na základe zapožičaných CT snímkov návrtom cez ľavú temporálnu kosť sme obnažili mozgový parenchým, ktorý sa pre zvýšený intrakraniálny tlak vytláčal do trepanačného otvoru. Smerom do hematómu sme zaviedli punkčnú parenchýmovú ihlu, cez ktorú v hĺbke 3 cm začala vytekať tmavá krv v celkovom množstve 85 až 90 ml. Po ukončení evakuácie hematómu a zastavení

drobného žilného krvácania na povrchu mozgu sutúra dury, periostu a mäkkých tkanív. Pacient už na operačnom sále po extubácii začal pohybovať pravými končatinami.

V pooperačnom priebehu bol pacient monitorovaný a sledované vnútorné prostredie. Neurologický stav sa postupne upravoval. K rapidnému zlepšeniu prišlo 6. pooperačný deň. Vedomie sa obnovilo a následná cielená rehabilitácia postupne navracala schopnosť reči, čítania, písania a chápania pojmov. Chorý bol schopný chôdze, znova sa naučil hrať na gitare. Obtiaže mu robilo pomenovanie vecí, čoho si bol vedomý. Očným vyšetrením sa zistila homolaterálna pravostranná hemianopsia, neurologicky pretrvávali mierne fatické poruchy s ústupovou tendenciou a frustná pravostranná hemiparéza s väčším postihnutím hornej končatiny a poruchou citlivosti v zmysle hypestézie vpravo. Chorý bol na 44. deň od operácie preložený na neurologické odd. ÚVN Praha ku kontrolnému angiografickému a CT vyšetreniu.

Počas tejto hospitalizácie (25. 7. – 1. 10. 86) konštatovaná fatická porucha v zmysle percepčnej afázie, menej expresívna. Produkcia chudobná, má čiastočne logiku. Lhká reflexologická pravostranná prevaha so všeobecne vyššími reflexami a ľhká pravostranná hemihypestézia. Očným vyšetrením zistený vísus vpravo 0,75 a vľavo 1,0. Perimeter – pravostranná hemianopsia s centrálnou úsporou svedčiaca pre poškodenie ľavého Gratioletovho zväzku.

EEG – abnormálny ľavostranný záznam s dediferencovanou zákl. aktivitou nad ľavou hemisférou a s ložiskovým výskytom delta vln vyššej amplitúdy a superponovanou rýchlejšou aktivitou (1,5–2 Hz) v ľavej frontálnej krajine.

Angiograficky zistené oblúkovité zdvihnutie kraniálneho M 2 úseku ľavej strednej mozgovej tepny.

Obr. 3



CT – temporálne vľavo je hypodenzné ložisko denzity 1–12, rozmerov 7 × 4 cm po odsatí intracerebrálneho krvácania. Ložisko komunikuje s okcipitálnym rohom ľavej postrannej komory, ktorý je rozťahnutý. Ľavá postranná komora je o niečo priestranejšia. Krvácanie ani expanzívne zmeny nepreukázané. Opakovanými vyšetreniami pacienta, v od-

stupe niekoľkých mesiacov, konštatované zlepšenie fatickej poruchy reči s ľahším vybavovaním pojmov. Psychomotorické tempo je mierne spomalené. Intelektová úroveň sa zlepšuje, hybnosť neporušená.

Diskusia

Intrakraniálne krvácanie, u ktorého nie je jednoznačná úrazová anamnéza, posudzujeme ako spontánne krvácanie, ktoré prichádza z plného zdravia a nazýva sa ictus apoplecticus. Podľa lokalizácie krvácajúcich ciev delíme krvácanie na vonkajšie – subarachnoidálne, a vnútorné – intraparenchymové. Príčinou obidvoch hemoragií môže byť buď ruptúra aneuryzmy, alebo A-V malformácie, no taktiež narušenie cievnej steny niektorými ochoreniami (zvyčajne AS). Pritom ide buď

o krvácanie do hlbokých štruktúr mozgu a mozgového kmeňa; klinický obraz takéhoto typického mozgového krvácania nastupuje z plného zdravia, aj keď sa niekedy objavujú varovné bolesti a tuposť v hlave. Začína často po fyzickej, alebo psychickej záťaži, zvyčajne náhlym ochrnutím pohybu, reči, až bezvedomím, ktoré býva zväčša prechodné. Chirurgický zásah pri tomto typickom mozgovom krvácaní treba pokladať za súčasť komplexnej liečby, ktorá v podstate náleží internému a neurologickému oboru (3);

alebo ide **o krvácanie do mozgových lalokov a do mozočka,** kedy sú príčiny odlišné od typických mozgových hemoragií a odlišný je i priebeh. Krvácanie zväčša postihuje mladšie vekové skupiny, bez pridružených onemocnení, akými sú najmä vysoký krvný tlak a arterioskleróza. Takéto krvácanie sa vyskytuje prevažne v čelovom alebo v spánkovom laloku, i keď sa dodatočne môže rozšíriť do hlbokých štruktúr mozgu. Toto krvácanie sa volá atypické, s diagnostickým názvom intraparenchymový hematóm. Klinický obraz nezačína tak prudko, i keď je náhly a príznaky sa pomerne rýchlo stupňujú od ložiskových z poškodenia mozgu až k postupujúcej poruche vedomia. Kontrastné vyšetrenia mozgu hovoria o expanzii bez cievnej kresby, diferenciálne diagnosticky tento „avaskulárny tumor“ (3) možno pokladať za absces, maláciu alebo za cystický nádor. Počítačová tomografia proces lokalizuje a objemovo určí, v prípade čerstvého extravazátu podľa jeho hyperdenzity a hypodenzného perifokálneho edému objasní aj príčinu. Obidva druhy mozgového krvácania, typické i atypické, sa v praxi zamieňajú a výsledkom sú skreslené štatistiky chirurgického liečenia k neprospechu postihnutých. Typické krvácanie pri AS mozgových ciev je v podstate závažnou komplikáciou ťažkého základného ochorenia a treba ho pokladať za maligné, na rozdiel od relatívne benigných hematómov pri ohraňovanom krvácaní do hmoty mozgových lalokov a mozočka (1). Preto je vždy, pokiaľ je to možné, potrebná dokonalá angiografia, aby sa nezanedbala skutočná príčina krvácania, napríklad z aneuryzmatu, pretože keď sa odstráni hematóm, ale aneuryzma sa

neošetrí, chorého znova môže ohroziť krvácanie (3). V tejto súvislosti treba podčiarknuť dôležitosť včasného rozhodnutia sa pre probatórnu trepanáciu, ktorá v rukách chirurga je osobitnou vyšetrovacou metódou. Trepanácia môže odhaliť najčastejšie a najvýznamnejšie komplikácie úrazov hlavy, vyjasniť patologickú podstatu ťažkého klinického stavu raneného do hlavy (2) a okrem toho trepanácia sa v týchto prípadoch, bez straty času, môže premeniť na liečebný zásah, čo nemožno dosiahnuť žiadnou inou vyšetrovacou metódou.

Záver

V uvedenej kazuistike sa jednalo o mladého muža, dovtedy zdravého, v podstate s náhle vzniknutou závažnou poruchou zdravia v podobe intrakraniálnej hypertenzie, ktorej predchádzali neurčité prodrómy v podobe bolestí hlavy. Stav si vyžiadala po neodkladnom spresnení diagnózy a lokalizácii intraparenchýmového extravazátu urgentný chirurgický výkon, ktorý priniesol zvrät k lepšiemu, i keď príznaky z poškodenia mozgu extravazátom v miernej forme pretrvávali a vyžiadali si ďalšiu cieľenú rehabilitáciu a resocializáciu, čo je v súlade s údajmi neurochirurgických pracovísk.

V prvé hodiny po prijatí, vzhľadom k možnosti, i keď nie jednoznačnej úrazovej anamnéze od sprievodcu, sme predpokladali intrakraniálne poúrazové krvácanie, pred angiografiou skôr epidurálne a po nej intraparenchýmové, hoci toto v AP projekcii nebolo z angiogramu interpretované. CT vyšetrenie diagnózu bezpečne potvrdilo a presná lokalizácia umožnila cieľenú trepanopunkciu a evakuáciu hematómu. Prihliadnúc k popisu „traumatického rozostupu temporoparietálnej sutúry vľavo“ na CT a dodatočne spresňovanej úrazovej anamnéze dá sa predpokladať, že šlo o spontánny atypický intraparenchýmový hematóm ľavého mozgového laloka, pravdepodobne

z prasknutého mikroangiómu či mikroaneurizmy intraparenchýmovej mozgovej cievy vetvenia strednej mozgovej tepny, so stratou vedomia a následným pádom, ktorý mohol spôsobiť druhotne „traumatický rozostup temporofrontálnej sutúry vľavo“. Tento bol popisovaný na CT, avšak ani opakovanými snímkami nebol zachytený na bežnom snímku lebky. Ak by totiž úraz predchádzal extravazátu a bol by jeho príčinou, popri popisovanom traumatickom rozostupe švu by muselo byť prítomné i zmliaždenie mozgového tkaniva, ktoré sme ale peroperačne nezistili.

Chorý s odstupom 2 rokov od príhody bol schopný ukončiť vysokoškolské vzdelanie, takže ani resocializácia nebola pre neho veľkým problémom. Je priebežne sledovaný na chirurgickom a neurologickom pracovisku za súčasnej antiepileptickej liečby.

Súhrn

Autori uvádzajú kazuistiku 22-ročného pacienta s atypickým intraparenchýmovým hematómom mozgu, u ktorého sa podarilo včasným operačným riešením ovplyvniť vcelku nepriaznivý priebeh tohto onemocnění. Zároveň rozoberajú kliniku, diagnostiku a terapeutické možnosti.

Literatúra

1. BORÁK, P. – NÁDVORNÍK, P. – PALKOVIČ, Š.: Vplyv krvácania z arteriovenózných malformácií do mozgu na taktiku ich chirurgického liečenia. Rozhl. Chir., 61, 1982, č. 2, s. 65–69.
2. NÁDVORNÍK, P. – KRAVCOVÁ, V. – BÍŽIK, I.: Stano-visko neurochirurga k polytraume. In: Zborník prác 36. chirurgického dňa Kostlivého, ústredná téma polytraumatizmus. Bratislava 1982, s. 136–141.
3. NÁDVORNÍK, P.: Súčasná neurochirurgia. 1. vyd. Bratislava, Veda 1983. 315 s.

Kľúčové slová: Atypický intraparenchýmový mozgový hematóm; Kazuistika; Klinika; Liečba.