

UNELE DATE CU PRIVIRE LA VALOAREA DIAGNOSTICĂ COMPARATIVĂ A EXAMENELOR DE GAMAENCEFALOGRAFIE ȘI ELECTROENCEFALOGRAFIE *

(Comunicare preliminară)

Șt. Gáspár, T. Andrásófszky, L. Szabó

Metodele de investigație clinică se lărgesc în toate specialitățile într-un ritm rapid. Prezenta lucrare are ca scop să abordeze o problemă de ordin practic și să schițeze pe un material de 64 de cazuri valoarea diagnostică a două metode de investigație relativ noi — gamaencefalografia (G.E.G.)** și electroencefalografia (E.E.G.) — aplicate pe o scară din ce în ce mai largă în neurologie. Lucrările referitoare la G.E.G. și E.E.G. examinează de regulă rezultatele celor două metode în mod separat, fără a le analiza prin confruntare.

* Lucrare prezentată la Simpozionul E.E.G. pe țară, la 19—21 mai 1965.

** Pentru examinările G.E.G. exprimăm mulțumirile noastre Laboratorului de izotopi din Tîrgu-Mureș.

ȘT. GĂSPĂR ȘI COLĂB.: UNELE DATE CU PRIVIRE LA VALOAREA DIAGNOSTICĂ COMPARATIVĂ A EXAMENELOR DE GAMACEFALOGRAFIE ȘI ELECTROENCEFALOGRAFIE

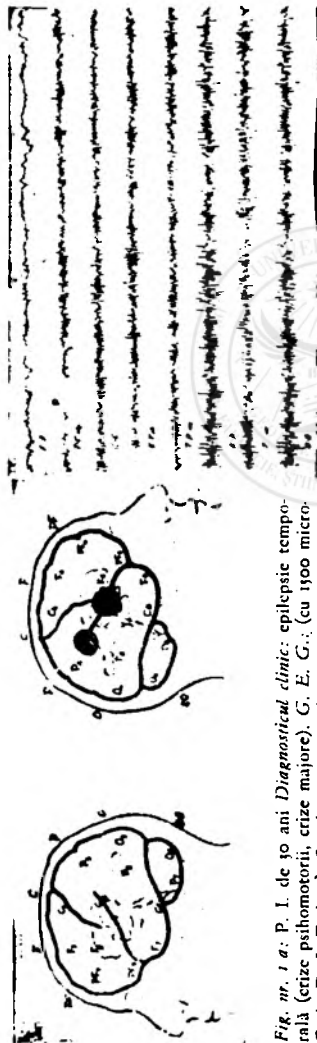


Fig. nr. 1 a: P. I. de 10 ani. *Diagnostical clinic*: epilepsie temporală (crize psihomotorii, crize majore). G. E. G.: (cu 1500 micro-Curte D. I. E. i. v.). Se observă acumularea crescută a izotopului radioactiv în regiunea parieto-temporală dreaptă.

Fig. nr. 1 b: *Inregistrare E. E. G.* la același bolnav. Pe un fond aproape normal apar numeroase virfuri aruncate focalizate în regiunea parieto-temporală dreaptă.

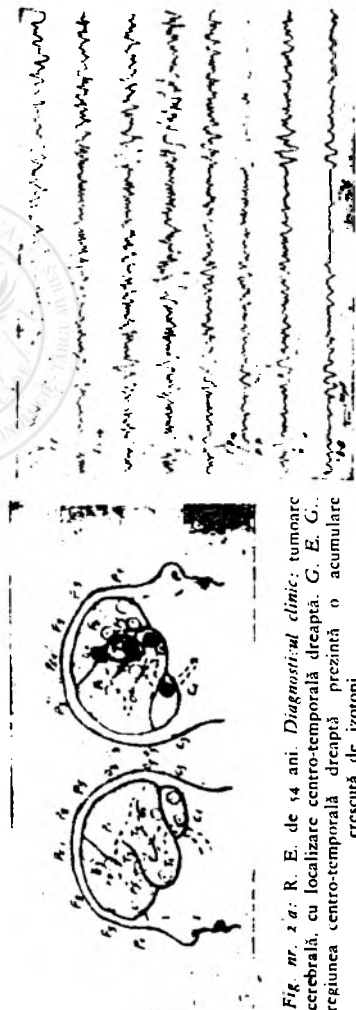


Fig. nr. 2 a: R. E. de 54 ani. *Diagnostical clinic*: tumorare cerebrală, cu localizare centro-temporală dreaptă. G. E. G.: regiunea centro-temporală dreaptă prezintă o acumulare crescută de izotop.

Fig. nr. 2 b: *Inregistrare E. E. G.* la același bolnav. Traseu difuz alterat cu încetinirea și dezorganizarea difuză a ritmului de bază. Focar lezional centro-temporal drept.

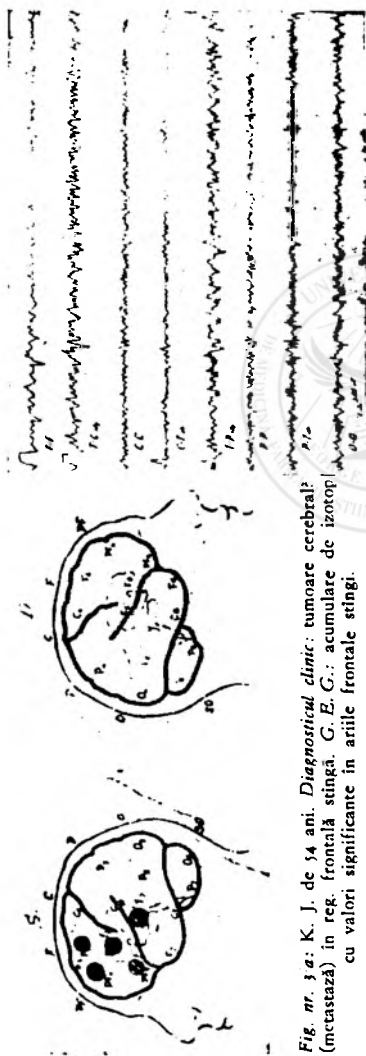


Fig. nr. 3 a: K. J. de 34 ani. *Diagnosis clinic:* tumor cerebral (metastază) în reg. frontală stângă. G. E. G.: acumulare de izotop cu valori semnificative în ariile frontale stângi.

Fig. nr. 3/b: *Inregistrare E.E.G.* la același bolnav. Asimetrie interesferică netă cu activitate lentă continuă pe derivațiile temporale stângi, mai amplă pe derivația parieto-temporală stângă. (În acest caz G. E. G.-ul a dat o localizare mai precisă)

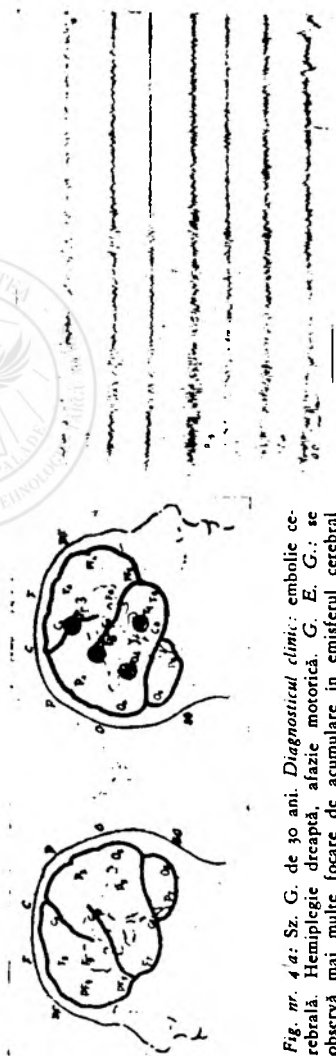


Fig. nr. 4 a: Sz. G. de 30 ani. *Diagnosis clinic:* embolie cerebrală. Hemiplegie dreaptă, afazie motorică. G. E. G.: se observă mai multe focare de acumulare în emisfera cerebrală dreaptă, care nu corespund simptomatologiei clinice.

Fig. nr. 4 b: *Examenul E. E. G.* în schimb, arată la același bolnav un focar iritativ bine delimitat în regiunea temporo-centrală stângă, localizare care corespunde tabloului clinic.

Pornind de la faptul că ambele metode pot da rezultate pozitive în 70—90% a cazurilor tumorale, am trecut la o sumară analiză comparativă a celor două metode. Importanța acestor metode este cu atât mai mare, cu cât față de alte examinări, ca pneumoencefalografia sau ventriculografia, ele reprezintă procedeele cele mai inofensive, se pot executa ambulator, iar valoarea lor diagnostică nu este mai mică decât cea a investigațiilor menționate.

Am sistematizat materialul nostru pe cinci grupe: boala epileptică, boli inflamatoare, procese expansive intracraniene, boli vasculare cerebrale și grupa diverselor maladii neurologice.

Din grupa bolnavilor epileptici fac parte 7 cazuri, dintre care 4 cu crize majore și psihomotoare și 3 cu crize jacksoniene.

Trecind la confruntarea rezultatelor date de cele două metode de investigație la E.E.G., am constatat alterații bioelectrice comițiale în 6 cazuri, iar cu G.E.G. am constatat focare cu acumularea semnificativă la patru bolnavi, cu coincidență topografică a focarelor E.E.G. Deci G.E.G. a fost nesemnificativă în trei cazuri, iar E.E.G. într-un singur caz. Se poate suspecta că în cazurile focarelor epileptogene bine delimitate electroencefalografic se produce o acumulare mai abundentă a substanțelor de radioizotopi. La unii epileptici prin examenul G.E.G. am constatat acumulări multiple în emisferul opus, ceea ce ar pleda pentru existența unor focare secundare (fig. nr. 1 a, 1 b).

În grupa proceselor inflamatoare am avut 8 cazuri, fără excepție cu evoluție cronică (arahnoidite, lues cerebral etc.). Am constatat faptul că nici una din metode n-a contribuit la precizarea diagnosticului.

Grupa proceselor expansive intracraniene include 27 de cazuri verificate clinic, operator sau prin autopsie, dintre care 5 netumorale.

Dintre acestea E.E.G. și G.E.G. au dat în 17 cazuri rezultate concordante în privința lateralizării focarului (emisferul drept sau stâng), iar în 13 din cele 17 cazuri am obținut rezultate concordante și în privința localizării precise a focarului. În restul de 4 cazuri G.E.G. a dat o localizare mai precisă în 3 cazuri, iar E.E.G. o singură dată.

În restul de 10 cazuri E.E.G. a furnizat date reale în trei, G.E.G. în două cazuri, iar în sfârșit, ambele metode au furnizat date negative la 5 bolnavi (3 cu boli netumorale și două tumorale, anume un gliom de trunchiu cerebral și un gliom-glioză temporală) (fig. nr. 2 a, 2 b, 3 a, 3 b).

Analizând separat cazurile pozitive la E.E.G. și G.E.G. am constatat că prima a dat rezultate concludente în 20 de cazuri din cele 27, iar G.E.G. în 19 cazuri, ceea ce înseamnă că cele două metode de diagnostic au o valoare aproximativ egală, constatare exprimată și prin faptul că ele au avut o coincidență de 17 cazuri.

În categoria bolilor vasculare cerebrale avem 14 cazuri dintre care: tromboză cerebrală — 5 cazuri, embolia cerebrală — 5 cazuri, hemoragie — 2 cazuri, arterioscleroză cerebrală — 2 cazuri.

Rezultatele obținute cu cele două metode de examinare le-am raportat la simptomatologia clinică (după emisferul interesat), fără confruntare anatomicopatologică, neavând cazuri de deces.

Din cele 14 cazuri am constatat doar în două coincidență între rezultatele celor două metode și anume într-un caz de ateroscleroză cerebrală și într-un caz de tromboză cerebrală. În schimb E.E.G. a avut o valoare de localizare certă în 8 cazuri, corespunzând întru-totul simptomatologiei clinice. În aceste 8 cazuri G.E.G. a dat rezultate contradictorii, indicând focare de acumulare crescute (relative) în emisferul opus. Aceste teritorii de acumulare augmentată au corespuns focarelor electroencefalografice diametral opuse.

Doar într-un singur caz G.E.G. a dat o localizare precisă față de traseul negativ al E.E.G. (într-un caz de tromboză).

În trei cazuri atât E.E.G. cât și G.E.G. au dat rezultate eronate, indicând focarul lezional ipsilateral semnelor clinice. Este semnificativă valoarea localizatorie directă asupra focarului, mai certă prin E.E.G. decât prin gammacefalografie (10:3).

Presupunem că acumularea mărită de partea opusă leziunii prezintă doar o augmentare relativă față de focarul lezional, care suferă în urma hemoragiei sau a ramolismului de o irigație insuficientă. În consecință radioizotopul nu poate pătrunde suficient în substanța cerebrală ischemizată (fig. nr. 4 a, 4 b).

Având în vedere rezultatele obținute în grupul de procese expansive intracraniene și grupul de boli vasculare cerebrale, reiese utilitatea folosirii E.E.G. și G.E.G. și confruntarea rezultatelor în acele cazuri, în care se ridică problema unui diagnostic diferențial între un proces expansiv și un proces vascular.

În *grupa maladiilor diverse* am avut 8 cazuri (nevroze, leziuni infantile cerebrale etc.). În 6 din 8, ambele examinări au rămas negative, iar în două cazuri au furnizat date contradictorii.

Sosit la redacție: 1 iunie 1966.