

## STUDII ȘI OBSERVAȚII CLINICE

Clinica neurochirurgicală din Tg.-Mureș (cond.: prof. T. Andrasofszky,  
doctor-docent, medic emerit al Republicii Socialiste România)

### COMUNICĂRILE CHISTO-VENTRICULARE ALE ENCEFALORAGIILOR DE TIP HEMATOM

T. Andrasofszky, A. Szabó, A. Máthé, S. Komjátszegi

Inundarea ventriculară în faza acută, apoplectică, a encefaloragiilor de tip hemoragic este un fapt obișnuit și adeseori cu deznodământ fatal. *Lunev* (1959) pe 35 de cazuri a constatat că durata vieții după pătrunderea singelui în ventriculul a fost de 2 1/2 ore până la 12 1/2 zile. *Nusret Mutlu* și colab. (1963) au găsit în medie 24 de ore în caz de inundare ventriculară. Pe un material propriu *Kreindler* și *Voiculescu* (1963) au găsit în caz de hemoragie cerebrală invadarea spațiilor subarahnoidiene și a ventriculilor în 67% din cazuri. Ei socotesc că singură prezența singelui în ventricul nu poate explica gravitatea tabloului clinic; la aceasta intervine edemul cerebral prin tulburarea unor funcții hipotalamice și, secundar, anclavările.

Încercările neurochirurgicale, în general, au fost privite cu pesimism. Avem însă în vedere comunicările lui *Mitsun* și colab. (1966), care din 96 cazuri de hemoragii cerebrale au avut 24 de supraviețuiri, dintre care 20 au avut și o hemoragie ventriculară și ale lui *Pia* (1966), care de asemenea relatează rezultate incurajoatoare în această privință: 20 de cazuri salvate din 43 cu hemoragie ventriculară.

Pătrunderea conținutului chistic-hematic în cazul encefaloragiilor de tip hematom în ventricul, este de asemenea cunoscută. Această problemă, cu tot interesul neurochirurgical, a fost însă mai puțin studiată. *Courville* (1957) menționează că în aerografiile se înregistrează comunicarea, dar în cursul intervențiilor chirurgicale raportul dintre cavitatea chistică și cea ventriculară rămâne de obicei neclarificat și că materialul autopsic arată că vecinătatea chistului cu ventriculul nu a fost în mod deosebit de iritant. *Thurel* și *Nehil* (1961) au studiat trei cazuri de colecții hemactice deschise spontan în ventriculii laterali și socotesc că deschiderea spontană este o eventualitate favorabilă atât pentru diagnostic, cât și pentru evoluție: „Natura realizează o operă terapeutică înaintea neurochirurgului”. *Janny* și colab. (1966), în studiul privind izolarea nosologică a hematoamelor intraventriculare, menționează că sînt fapte particulare care fac diferență între hemoragia cerebro-ventriculară acută și formarea urui hematocm în ventricul. Ei se rezumă la presupunerea a două modalități: fie blocarea căilor de comunicare interventriculare și declanșarea unei hipertensiuni prin blocul lichidian, fie, în lipsa blocajului, stagnarea într-o fază de toleranță cerebrală prelungită, care poate duce până la vindecare.

Ne propunem să studiem unele aspecte ale comunicărilor chisto-ventriculare în encefaloragii de tip hematom pe baza unor cazuri proprii și a relatărilor din literatură.

*Cazul 1. Observația nr. 2 a lui Petrovici (1960).*

Bolnavul în vîrstă de 54 ani, în aprilie 1956 a suferit un ictus hemiplegic cu comă de cîteva zile (nu rezultă dacă bolnavul a fost hipertensiv sau nu). Rămîne

cu o hemiplegie masivă stângă și începînd cu a doua lună după accident, lunar, aproximativ o dată, produce crize epileptice generalizate. În vara lui 1957 crizele convulsive devin mai frecvente, în octombrie 1957 este internat la clinica Institutului de neurologie din București, apoi transferat la Clinica neurochirurgicală. Prin ventriculografie s-a constatat o mare dilatare a ventriculilor și o cavitate chistică mare în lobul parietal drept, ce comunică larg cu ventriculul lateral omolog. La intervenție (Arseni-Ionescu), cu aproximativ 18 luni după debut, s-a găsit un chist parietal drept cu conținut lichidian limpede.

*Cazul 2. Observația nr. 1 a lui Thurel și Nehil (1961).*

Un bolnav a cărui vîrstă nu este specificată, a suferit în ziua de 5 februarie 1959 un traumatism cranian, lovindu-se în regiunea frontotemporală dreaptă de unghiul unci mobile. După 15 zile, prin apreciere retrospectivă, a făcut o hemoragie subarahnoidiană, manifestată prin frisoane, cefalee fronto-temporală dreaptă, diplopie prin paralizie de motor ocular extern, pareză facială centrală stîngă și stare de confuzie.

Cu ocazia pneumoencefalografiei lombare din 11 martie 1959, l.c.r. s-a găsit xantochromic și s-a înregistrat în lobul frontal drept o cavitate ovalară, care comunica cu ventriculul lateral.

Starea bolnavului se normalizează, dar la 26 aprilie 1959 produce o criză de epilepsie generalizată, urmaș apoi periodic de crize similare, combaterea cărora se încearcă prin antiepileptice. Apariția unei pareze faciale centrale și a unei discrete hiperemii papilare face ca să se execute o arteriografie carotidiană dreaptă, care nu se soldează cu vreun rezultat concludent, dar după o oră bolnavul intră într-o stare de rău epileptic (l.c.r. obținut cu această ocazie prin puncție lombară nu era sanguinolent sau xantochrom) și decedează.

La autopsie s-a găsit o cavitate fără conținut hematic sau de altă natură, ce comunica cu unghiul supero-extern al ventriculului lateral, capsula ei însă purta semnele incontestabile ale hematoamelor. Poate fi presupus că în urma traumatismului s-a constituit un hematocm intracerebral, care după 15 zile s-a deschis în ventricul, manifestat prin hemoragie subarahnoidiană prezumată. Moartea a survenit cu 64 zile după debut.

*Cazul 3. Observația nr. 13 al lui Petrovici (1960).*

Bolnavul de 54 ani, cu antecedente luetice, în ziua de 4 aprilie 1957 a avut o pierdere bruscă a conștiinței cu cădere. Starea de comă a durat 2 zile, apoi s-a constatat o hemiplegie stîngă, dezorientare, lentoare în ideatie, dezinteres față de boală și ignorarea gravității ei.

Cu trei săptămîni după debut a fost internat în clinică, unde se constată un suflu sistolic aortic și diastolic mediosternal, T. A. 13/8 cm Hg. Puls 95/min. În afara semnelor neuropsihice de mai sus prezintă și un edem papilar. R.B.W. este negativă. Este transferat la Clinica neurochirurgicală din București în ziua de 14 mai 1957. Ventriculografia arată o hidrocefalie internă marcată, ușor asimetrică și o cavitate chistică în plin lob frontal drept, cu contur neregulat care comunică cu cornul frontal al ventriculului lateral drept. Este operat în ziua ventriculografiei (Arseni-Ionescu), cu 40 zile după debut. Se face ablația unui hematocm intraparenchimatoc frontal care comunică cu cavitatea ventriculară.

În urma intervenției semnele de hipertensiune intracraniană dispar, rămîne o hemiplegie stîngă totală, un sindrom psihic frontal, escare, gatism.

*Caz 4. Observația nr. 4 al lui Thurel și Nehil (1961).*

Bolnavul de 26 ani a suferit în anul 1943 un traumatism cranio-cerebral prin armă albă. A fost în stare de inconștiență timp de 4 zile, și timp de 4 luni prezenta o hemipareză stîngă. În anul 1947 au apărut crize focale, uneori adverse stîngi, alteori sensitive brachiale stîngi; frecvența crizelor a crescut pînă la cîteva pe zi. Pneumoencefalografia demonstrează raporturi normale. Urmează o perioadă de 9 luni cu remisă acuzelor. Efectul favorabil al pneumoencefalografiei se constată apoi cu ocazia a încă două insuflări, în luna februarie 1949 și iunie 1951. Cu aceste ocazii imaginile radiografice și examenele de laborator rămîn neschimbate.

Cu ocazia celei de a patra pneumoencefalografii — în decembrie 1951 — se constată existența unei cavități chistice în lobul frontal drept, înaintea și în afara cornului frontal drept, în comunicare cu acesta. Pneumoencefalografia se mai repetă în august 1953 și ianuarie 1954. Cu această ultimă ocazie imaginea radiologică a cavității din ovalară a devenit rotundă și și-a dublat volumul.

În aprecierea cazului, autorii presupun că în urma traumatismului cranio-cerebral suferit în 1943 s-a format un hematom intracerebral, care s-a transformat în chist și s-a deschis spre ventricul abia în anul 1951.

**Cazul 5.** Bolnava B. G. în vîrstă de 31 de ani, funcționară, a fost internată în Clinica neurochirurgicală din Tg. Mureș în ziua de 19 aprilie 1966 în stare inconștientă. Suferind de mai mulți ani de cefalee intensă, în ziua de 15 aprilie 1966 își pierde brusc conștiința și prezintă „contracturi musculare”. Transportată imediat la spital, starea de inconștiență, în următoarele zile, nu se modifică, motiv pentru care este adusă în clinica noastră.

La internare prezintă agitație psiho-motorie și este în stare de inconștiență. T. A.: 105/70 mm. Hg., pulsul 70/min. Se constată redoarea cefei, cu Kernig. Brudzinski pozitive, o ușoară pareză facială dreaptă de tip central, ușoară hemipareză dreaptă, reflexe osteo-tendinoase vii bilaterale, reflexe abdominale bilateral prezente, Hoffman—Trömner, Babinski, Oppenheim sînt pozitive bilaterale. Papila stîngă prezintă edemul polului superior, în rest fund de ochi miopic. EEG arată o activitate subalfa (6—7 c/s), cu bufeuri de unde delta pe derivațiile bifrontale și bicentrale și cu asimetrie interemisferică stîngă.

După un tratament de reechilibrare starea de conștiință se îmbunătățește și se constată o afazie totală. Arteriografia carotidiană stîngă o găsim neconcludentă. Executăm pneumoencefalografia suboccipitală prin care demonstrăm existența unei cavități chistice în regiunea frontală parasagitală stîngă și comunică cu cornul frontal al ventriculului lateral stîng. (Fig. 1). Prin chistografie obținem imaginea aerică a cavității în poziție antero-posterioară fără ca aerul să pătrundă în ventriculi (Fig. 2); abia după mișcarea capului pentru poziție laterală apare aerul schițat într-un corn temporal.

Cu 18 zile după debut se intervine prin craniotomie osteoplastică frontală stîngă și se evacuează prin incizie corticală mediană longitudinală pe frontala a I-a un hematom subcortical cu o capacitate de aproximativ 40 ml.

Evoluție postoperatorie fără incidente.

**Cazul 6.** Bolnavul O. T., în vîrstă de 29 de ani, zidar, a fost internat în ziua de 15 februarie 1965 în clinica noastră cu diagnosticul de epilepsie temporală.

Bolala a debutat cu trei ani în urmă prin cinci crize tonico-clonice generalizate, cu pierderea conștiinței pe timp de aproximativ un minut, cu mușcarea limbii și spumă la gură. Unele crize au apărut în timpul nopții. Se instituie medicație antiepileptică după care crizele apar sub forma senzației unor înepături în cap, urmate după un minut de senzația slăbiciunii membrelor de partea dreaptă și neputință de vorbire. Nu și-a pierdut conștiința niciodată cu aceste ocazii.

T. A.: 133/65 mm Hg, are discretă asimetrie facială dreaptă, forța musculară este discret mai diminuată la membrul superior drept și se înregistrează o schițare de Babinski la dreapta. Fundul de ochi a fost găsit normal și la un examen oftalmologic ulterior s-a suspiciunat o hemianopsie omonimă dreaptă. Prin EEG s-a constatat o asimetrie interemisferică cu numeroase descărcări de vîrfuri pe derivațiile temporale stîngi.

Arteriografia carotidiană stîngă ne-a arătat o deplasare în sus a grupului silvian stîng. La pneumoencefalografie suboccipitală (cu l.c.r. fără modificări semnificative) s-a demonstrat prezența unui proces expansiv temporal stîng. Doar pe radiografia în incidența laterală stîngă, deci după mișcările imprimate capului, se poate bănui existența unei cavități paraventriculare, paralelă cu cornul temporal stîng.

La intervenție (20 februarie 1965) prin craniotomie osteoplastică temporală stîngă, prin puncție pe centrul temporalei a II-a pînă la o profunzime de 6—7

cm s-a scos o cantitate de 100 ml lichid sanguinolent, devenit clar după decantare. S-a explorat cavitatea chistului și a cornului temporal. Decurs postoperator normal.

Primele două cazuri demonstrează existența formei anatomo-clinice de *drenaj chisto-ventricular permanent*. În aceste cazuri diagnosticul se asigură prin examenul aerografic care furnizează: „o imagine tipică de chist aeric, cu aspect fin marmorat, iar un treneu aeric indică comunicarea cu ventriculul”, caracteristici stabile de *Arseni* și colab. (1965). Comunicarea permanentă duce la evacuarea completă a cavității hemactice și în consecință la „vindecarea spontană”. Această vindecare vizează doar rezolvarea hematomului sub aspectul potențialului lui compresiv și generator de hipertensiune intracraniană, deci a comportamentului lui de proces expansiv.

Realizarea drenajului chisto-ventricular permanent este totuși o eventualitate favorabilă, căci scutește pe bolnav de intervenția neurochirurgicală necesară în alte cazuri pentru evacuarea hematomului.

Restul de patru cazuri, două din literatură și două proprii, ne permit să stabilim o formă particulară a comunicării între cavitatea hematică și cea ventriculară, anume *drenajul chistoventricular prin ventil*. Particularitatea acestor cazuri constă în faptul că, cu toată comunicarea existentă între cavitatea hematică și ventricul, cavitatea chistică își păstrează potențialul compresiv, inclusiv cel de generator de hipertensiune intracraniană.

Din cazul nr. 3, reținem lipsa „furtunii” neurovegetative severe, existența conținutului hematic cu 40 de zile după debut, cu toată comunicarea existentă, demonstrată aerografic și operator, precum și prezența hipertensiunii intracraniene.

Învățămintele similare se pot trage și din cazul nr. 5. Examenul aerografic în acest caz documentează neîndoiebnic rolul de ventil al comunicării chisto-ventriculare, deoarece prin pneumoencefalografie suboccipitală se desenează imaginea tipică descrisă de *Arseni*, în schimb cu ocazia histografiei aerul nu pătrunde în ventriculi, respectiv aceasta se realizează parțial după mișcările imprimate capului în vederea realizării radiografiilor în diferite incidente (situație înregistrată de altfel și în cazul nr. 6).

Cazul nr. 4, îl considerăm ca o observație principis în documentarea existenței drenajului chisto-ventricular prin ventil și în consecință păstrarea potențialului evlutiiv, compresiv al cavității hemactice, golită de mult de conținutul ei sânguin. Cazul nr. 6 se pretează la aceeași concluzie. Comunicarea chisto-ventriculară a dus la drenarea hematomului, dar din cauza unui mecanism de ventil s-a menținut rolul de înlocuitor de spațiu al cavității chistice, ceea ce a dus la deplasarea sistemului ventricular, demonstrat prin aerografie, respectiv la imaginea tipică angiografică care arată existența unui proces expansiv în lobul temporal.

Diagnosticul drenajului chisto-ventricular prin ventil se asigură prin aerografie (pneumoencefalografie sau ventriculografie) combinată cu histografie.

Sintem obligați de a supune bolnavul succesiv la ambele investigații, deoarece caracterul permanent al drenajului chisto-ventricular ne dispensează de intervenția chirurgicală, iar caracterul de ventil al comunicării constituie indicația absolută pentru a interveni chirurgical.

Ajungem la concluzia că pătrunderea singelui în ventriculi prin realizarea unei comunicări între o colecție intracerebrală hematică și ventricul poate duce la constituirea a cinci variante anatomo-clinice:

I. Inundarea ventriculară în faza acută, frecvent mortală prin „furtuna” neuro-vegetativă (hemoragii cerebro-ventriculare).

II. Blocarea unei comunicări interventriculare prin chiaguri, cu dezvoltarea unei hidrocefalii interne rapid letale.

T. ANDRÁSOFZSKY ȘI COLAB.: COMUNICĂRILE CHISTO-VENTRICULARE  
ALE ENCEFALORAGIILOR DE TIP HEMATOM



Fig. nr. 1.

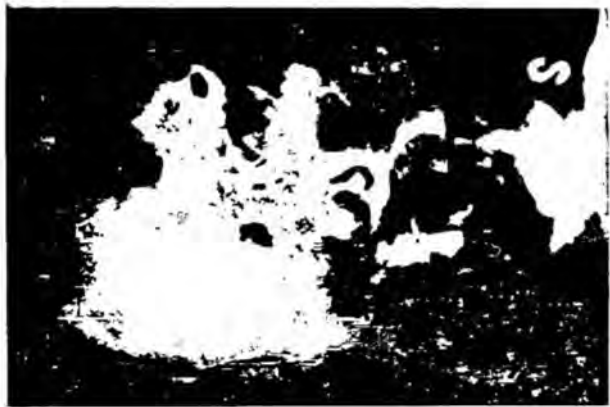


Fig. nr. 2.



III. Blocarea parțială a unor comunicări interventriculare cu formarea unui hematom intraventricular.

IV. Drenaj chisto-ventricular permanent.

V. Drenaj chisto-ventricular prin ventil.

Particularitățile anatomo-clinice ale acestor variante sînt încă insuficient studiate, cu toate că indicațiile terapeutice și prognosticul diferă de la o formă la alta.

*Sosit la redacție: 10 octombrie 1967.*

#### Bibliografie

1. ARSENI C., PETROVICI I., NASH F., CUNESCU V.: Boile vasculare ale creierului și ale măduvei spinării. Ed. Med. București, 1965;
2. COURVILLE B. CYRIL: A.M.A. Arch. Neurol. Psychiat. (1957), 5, 464;
3. JANNY P., MONTRIEUL B., TOURNILHAC M., CHABANNES I., JOURDE J.: Neurochirurgie (1966), 4, 459;
4. KREINDLER A., VOICULESCU V.: Studii și cercetări de neurologie (1963), 1, 15;
5. LUNEV D. K.: Contribuții la clinica hemoragiilor intracerebrale cu inundație ventriculară. Sesiunea științifică comună, Ed. Academiei R.S.R., București, 1959, 167;
6. NUȘRET MUTLU, RICHARD G. BERRY, BERNARD J. ALPERS: Massive cerebral hemorrhage, clinical and pathologic correlations. Yearbook Neurol. 1963—1964, 67;
7. PETROVICI I.: Culegere de studii și monografii de neurologie, II., Ed. Academiei R.S.R., București, 1960, 155;
8. PIA H. W.: Diagnose und Behandlung der Ventrikelblutungen. Congressus Nationalis Budapestini, 6—8 Octobris 1966, 107;
9. MITSUNO T., KANAYA H., SHIRAKATA S., OSHAWA K., ISHIKAWA Y.: J. Neurosurg. (1966), XXIV/1, Part I, 70;
10. THUREL R., NEHLIL J.: Sem. Hôp. (1961), 5, 1530.