

Clinica de neurologie (cond.: conf. L. Popoviciu, doctor în medicină),
Clinica de neurochirurgie (cond.: prof. T. Andrásófszky), doctor-docent,
medic emerit al Republicii Socialiste România) din Tîrgu Mureş

ASPECTE CLINICE ÎN HEMATOAMELE SUBDURALE LA VÎRSTNICI

St. Gáspár, A. Kisgyörgy

Majoritatea autorilor (1, 2, 3, 4, 7, 11) definesc hematomul subdural în mod univoc, considerîndu-l ca o colecție sanguină de regulă unilaterală, survenită în spațiul subdural, ca urmare a unor leziuni vasculare — cu predominanță venoasă, mai rar venoase și arteriale, sau arteriale în urma unor traumatisme craniene, cranio-cerebrale.

Etiologia traumatică, între altele îl deosebește de pahimeningita hemoragică — aflată de regulă bilateral — în care se evocă o friabilitate vasculară netraumatică.

Hematomul subdural este o entitate situată la răscrucea afecțiunilor vasculare și ale proceselor înlocuitoare de spațiu în cutia craniană. Patogeneza lui — independent de factorul „primum movens” — se bazează pe leziuni vasculare care duc la colecția sanguină și care la rîndul ei se manifestă ca un proces expansiv, dînd naștere la sindromul de hipertensiune intracraniană.

Afecțiunea nu ține de domeniul rarităților. După unele statistici frecvența lui este 2.5%—4% din totalul proceselor înlocuitoare de spațiu. Gátai (5, 6) îl amintește în 8.0% din 161 procese expansive la bătrîni.

Numărul cazurilor de hematom subdural, practic crește o dată cu mecanizarea producției, dezvoltarea circulației, cu progresul tehnic etc. care în mod inerent duc deocamdată la sporirea numărului de accidente.

Simptomatologia hematomului subdural este cunoscută de multe decenii așa că elemente noi nu se prea pot adăuga tabloului clinic privit în ansamblu. El a fost studiat sub multe aspecte. Dacă se desprind însă contingențele de vîrstă ale presenililor și senililor prin biologia modificată ale vîrstelor înaintate, se conturează unele aspecte particulare ale sindromului de hematom subdural.

Reactivitatea diferită a vîrstelor înaintate la cele mai variate afecțiuni (în comparație cu vîrstele tinere) imprimă și în cazul hematoamelor subdurale un răs-puns mai deosebit.

Cele de mai sus, precum și creșterea longevității ne-au sugerat ideea să trecem pe scurt în revistă unele manifestări clinice și paraclinice mai importante la un lot de 23 de bolnavi, toți peste 55 de ani, luați din materialul Clinicilor de neurochirurgie și neurologie, fără nici o alegere arbitrară.

Este de remarcat faptul că în comparație cu patologia infantilă și în acest domeniu patologia vîrstelor înaintate este mai puțin studiată. Numai în ultimii ani au apărut numeroase lucrări referitoare la hematomul subdural infantil, dintre care cităm pe Kaplan și colab. (1965), McLaurin și colab. (1966), Ulč și colab. (1967), Isfort (1967) și alții. Cu atît mai lacunară este literatura de specialitate în studiul aspectelor particulare ale hematomului subdural la vîrșnici.

Materialul nostru cuprinde numai cazurile de hematom subdural — dintre care 22 bărbați și o femeie — raport foarte evident, de altfel accentuat și în literatură. Vîrsta cea mai tînără este de 55 de ani, cea mai înaintată: 74 de ani.

Am insistat asupra modului de debut și asupra semnelor premonitorii, comparîndu-le cu semnele care existau sau predominau la internare. La 18 bolnavi debutul a fost insidios, la un interval de la 3 săptămîni la 9 luni, după traumatismul cranio-cerebral. În 5 cazuri s-a înregistrat un debut

brusc. La o bolnavă, după câteva ore de la accident, iar la ceilalți 4 la care nu figurase nici un accident în anamnezic, s-a înregistrat chiar un debut apoplectiform.

Trecând la semnele dominante premergătoare internării, amintim în ordinea frecvenței pe primul loc tulburările psihice care au fost constatate în 14 cazuri. Ele au constat din confuzie, dezorientare, semne de pseudo-demență sau schimbare de caracter etc. În literatură pe prim plan se amintește ca semn cel mai frecvent întâlnit cefaleea [Arseni, 2; Bodechtel, 3; Scheid, 14; Horányi, 7; Alperovici, 1; Sokolova, 15]. Lazorthes (11), și Denisenko (4) subliniază existența semnelor psihice la cei cu hematom subdural, situându-le chiar la un loc de frunte, însă include toate vîrstele în aceeași categorie.

În cazuistica noastră cefaleea a fost întâlnită doar la 9 din 23 de cazuri, mai rar celelalte semne generale ale hipertensiunii intracraniene, cum ar fi amețea și adinamia la cîte 6, respectiv 3 bolnavi și grețuri, vărsături doar la un singur bolnav.

Tabelul nr. 1.

Semne dominante înaintea internării

Tulburări psihice	14
Cefalee	9
Amețeli	6
Adinamie	3
Grețuri-vărsături	1

Semnele de mai sus au fost relatate de bolnavi sau aparținători.

Și mai semnificativ este aspectul simptomatologic constatat la internarea bolnavilor.

În ordinea frecvenței, pe primul loc se află tot tulburările psihice cu variate forme și conținut, totalizînd un număr de 20. Tot 20 de bolnavi prezentau semne neurologice de căi lungi, fie de nervi cranieni sau afazii, epilepsie de focar etc. Trebuie accentuat un fapt deosebit de important și anume: semnele neurologice de focar au fost fără excepție de proporții mici.

În ordinea frecvenței urmează grețurile, vărsăturile la 14, respectiv 13 bolnavi, ambliopia la 3 și epilepsia la 2 cazuri.

Tabloul clinic a fost dominat mai mult de tulburările psihice și mai puțin de cele organice.

În privința acuzelor, pe un loc de frunte au stat cefaleea și amețelile în 21, respectiv 19 cazuri.

Tabelul nr. 2.

Semne clinice la internare

Tulburări psihice	20
Semne neurologice de focar (hemipareze cu sau fără pareze de nervi cranieni)	20
Grețuri	14
Vărsături	13
Ambliopie	3
Epilepsie	2
Cefalee	21
Amețeli	19

Dintre rezultatele examenelor auxiliare amintim câteva date importante, unele contradictorii față de datele din literatură. Așa de exemplu fundul de

ochi s-a examinat la toți cei 23 de bolnavi și s-a înregistrat: stază papilară doar la 2 bolnavi, în timp ce literatura de specialitate — bineînțeles luînd toate categoriile de vîrstă — indică o frecvență a stazei de la 25—40%. La restul de 21 de cazuri s-a constatat doar un fund de ochi arteriosclerotic.

S-a efectuat în 15 cazuri P.E.G., care a fost concludent în fiecare caz procesului expansiv intracranian.

Arteriografia carotidiană s-a efectuat la 5 bolnavi, la toți cu o imagine concludentă pentru hematom subdural.

E.E.G. s-a făcut în 17 cazuri. Rezultate pozitive s-au înregistrat la 9 bolnavi, punîndu-se în evidență focare lezionale. La restul de 8 bolnavi s-au obținut trasee variate (asimetrie interemisferică, traseu plat, sincronizat etc.).

L.c.r.-ul examinat în 10 cazuri, la 5 bolnavi a fost negativ și la alți 5 xantocrom.

Tabelul nr. 3
Examene auxiliare

F. O.	Arteriosclerotic	21
	Stază papilară	2
P. E. G.	În 15 cazuri: dislocare	15
A. G.	În 5 cazuri: zonă avasculară de convexitate	5
E. E. G.	Din 17 examinări:	
	Focar lezional	9
	Trasee variate	8
Ex.	În 10 cazuri:	
L. c. r.	negativ	5
	xantocrom	5

Evoluția bolii a fost favorabilă la 22 bolnavi, care s-au vindecat.

Este o evoluție optimă, luînd în considerare predilecția marcată la colaps și hipotensiune intracraniană a creierului presenil și senil.

Pentru a exemplifica cele relatate mai sus, prezentăm 5 cazuri în mod succint, fără nici o selecționare.

1. M. J., 58 de ani (F. O. nr. 840/1964). Boala a debutat brusc după o „răceală“ cu 7 zile înaintea internării. De atunci capacitatea de muncă a scăzut, anturajul observă că se comportă dezorientat, urinează în pat, nu se interesează de muncă. La internare: hemipareză latentă dreaptă. Nu vorbește spontan; stare confuzională marcată. Fund de ochi arteriosclerotic. Pneumoencefalografia (P.E.G.), dislocarea sistemului ventricular de la stînga spre dreapta. L.c.r. negativ. La 4 zile după evacuarea hematomului, hemipareza dispare, dar starea confuzională mai persistă.

2. L. L. 69 de ani (F. O. nr. 499/1966). Este internat pentru dementizare progresivă, la 7 săptămîni după un traumatism cranio-cerebral. Se plînge de cefalee și amețeli. La internare, hemipareză latentă dreaptă, stare confuzională, ris nemotivat, urinează în pat. Fund de ochi fără modificări patologice. L.c.r. negativ. P.E.G.: sistem ventricular dislocat dinspre stînga spre dreapta. E.E.G.: deasupra emisferei stîngi, activitate bioelectrică încetinită.

3. C. J. 65 de ani (F. O. nr. 368/1966). Se prezintă la clinică la cinci săptămîni după un traumatism cranio-cerebral, din cauza dezorientării și tulburărilor de caracter. Se plînge de cefalee și amețeli. La examen: reflex de prehenșiune de partea stîngă, hemipareză latentă dreaptă. Răspunde cu întîrziere, rîde nemotivat, urinează în pat, este și hipertonic. Fund de ochi arteriosclerotic. L.c.r. negativ. P.E.G.: sistem ventricular deplasat de la stînga la dreapta. Angiografia carotidiană stîngă:

teritoriul avascular deasupra emisferei stîngi. E.E.G.: asimetrie interemisferică, activitate bioelectrică incertă și plată.

4. F. D., 73 de ani (F. O. 331/1966). Cu 2 săptămîni înainte internării se plînge de cefalee. Este somnolent, nepăsător față de anturaj, are o stare confuzională progresivă. La internare: hemipareză latentă de partea dreaptă, reflex de prehensiune bilateral, urinăază în pat, este dezorientat. Fund de ochi arteriosclerotic. L.c.r.: negativ. P.E.G.: sistem ventricular dislocat dinspre stînga spre dreapta.

5. L. I. 74 de ani (F. O. 444/1966). Boala debutează brusc cu cefalee, amețeli, urmate de pierderea cunoștinței, cu două săptămîni înainte internării la clinică. La internare: stare confuzională, pareză latentă stîngă, nu recunoaște rudele. Fund de ochi arteriosclerotic. L.c.r.: negativ. P.E.G.: sistem ventricular dislocat de la dreapta spre stînga.

Din tot ansamblul simptomatologiei prezentate am dori să scoatem în relief două aspecte:

1. Primul este predominanța tulburărilor psihice în perioada premergătoare internării, iar dacă figurează și un traumatism în istoricul bolii, trebuie să sugereze un eventual hematom. Dar aceste tulburări psihice sporesc numeric și se agravează o dată cu evoluția bolii și ocupă un loc de frunte, înainte semnelor neurologice de focar, care de regulă la vîrstnici sînt puțin conturate.

Această proporție a tulburărilor psihice și a semnelor neurologice de focar nu se pun în evidență la tineri cu hematom subdural sau alt proces expansiv intracranian.

2. Al doilea aspect pe care-l reliefăm este un grup de 5 cazuri cu un debut clasic de ictus apoplectic; unul a suferit un traumatism cranio-cerebral, avînd și un hematom intracerebral, iar ceilalți 4 au făcut în plină sănătate un sindrom apoplectiform.

Evoluția atipică pentru catastrofele vasculare, predominanța semnelor psihice, prezența semnelor neurologice mai modeste, ne-a orientat spre P.E.G., respectiv arteriografie, care au definitivat diagnosticul.



În *concluzie*, revenim asupra frecvenței constante a tulburărilor psihice în hematomul subdural al vîrstnicilor, care — deși pe un material mic — totuși s-au dovedit net predominante, atît prin apariția lor precoce, cît și prin preponderanța lor în tot ansamblul semnelor clinice față de semnele organice neurologice.

Merită atenție faptul că la vîrstnici hematomul subdural chiar și în lipsa unor antecedente traumatiche recente, sau în cazuri de traumatism cranio-cerebral dubios, poate debuta în mod brusc, imitînd o insuficiență circulatorie cerebrală acută, ducînd astfel la stabilirea unui diagnostic greșit, barînd prin aceasta și calea spre unicul tratament al bolii, evacuarea chirurgicală a hematomului.

Importanța tulburărilor psihice se evidențiază mai mult dacă ținem cont și de sprijinul redus dat de examenele paraclinice, exceptînd P.E.G. și angiografia.

Sosit la redacție: 12 aprilis 1969.

Bibliografie

1. ALPEROVICI P. M.: Chirurgiceskaia patologhia sosudov golovnovo mozga. Ed. Zdarovaia, Kiev, 1965, 91; 2. ARSENI C., PETROVICI I.: Bolile vasculare ale creierului și ale măduvei spinării, Ed. Med., București, 1965; 3. BODECHTEL G.: Differentialdiagnose, neurologischer Krankheitsbilder, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1958; 4. DENISENKO L. V.: Chirurgiceskaia patologhia sosudov golovnovo

mozga. Ed. Zdarovaia, Kiev, 1965, 100; 5. GÁTAI GY.: Ideggyógyászati Szemle (1963), 11, 327; 6. GÁTAI GY.: Ideggyógyászati Szemle (1963), 12, 362; 7. HORÁNYI B.: Neurologia, Medicina Kiadó, Budapest, 1961; 8. HUGUCUIN P.: Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat. (1967), 100/1, 38; 9. ISAKOV I. V.: Voprosi Neurochirurgii (1967), 4, 7; 10. KAPLAN M., WEILL J., KRAMARZ D.: Sem. Hôp. (1965), 41/40; 11. Lazorthes G.: Encyclopedie medico-chirurgicale (1954), 6, 17495, A¹⁰; 12. McLAURIN R. L., Mc LAURIN K. S.: Journal of Neurosurg. (1966), 24/3, 648; 13. RICHARD A., CALKINS M. D. MAURICE W-van ALLEN and A. L. SAHS, M. D.: Journal of Neurosurg. (1967), 1, 56; 14. SCHEID W.: Lehrbuch der Neurologie, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1963; 15. SOKOLOVA E. A.: Chirurghiceskaia patologhia sosudov golovnovo mozga, Ed. Zdarovaia, Kiev, 1965, 106; 16. ULČ M., AMBLER Z., LEDINSZKY A.: C. S.: Neurol. (1967), 30/3, 212.
