

STUDII CLINICE

PARTICULARITĂȚILE EVOLUȚIEI CLINICE A FOCARELOR DE CONTUZIE CEREBRALĂ GRAVĂ DE LOB FRONTAL ȘI TEMPORAL ÎN COMPLEXUL TRAUMATISMULUI CRANIOCEREBRAL GRAV

CLINICAL EVOLUTION PECULIARITIES OF THE SEVERE BRAIN CONTUSION FOCUS NIDI OF THE FRONTAL AND TEMPORAL LOBES IN THE COMPLEX OF SEVERE CRANIOCEREBRAL TRAUMATISM

Viorel GURANDA

Serviciul Neurochirurgie, Spitalul Regional Bălți

Rezumat

Studiul prezent reflectă particularitățile evoluției clinice a focarelor de contuzie cerebrală gravă de lob frontal și temporal în complexul traumatismului craniocerebral grav efectuat pe un lot de 61 pacienți, tratați în condițiile Serviciului Neurochirurgie IMSP, Spitalul Regional Bălți, pe perioada anilor 2004-2008. În rezultatul studiului, au fost evidențiate 4 forme a evoluției clinice al focarelor de contuzie cerebrală gravă de lob frontal și temporal: „hematomică”, „evolutivă”, „lentă” și „involutivă”.

Summary

The present study deals with the peculiarities of the clinical evolution of the nidi of the severe brain contusion focus of the frontal and temporal lobes in the complex of the severe craniocerebral traumatism in 61 patients treated at the Neurosurgical Service in the Public Medico-Sanitary Institution of the Regional Hospital in Balti, during the years 2004-2008.

As a result of the study, 4 forms of clinical evolution of the nidi of the severe brain contusion focus of the frontal and temporal lobes have been detected: “haematomatic”, “evolutive”, “slow” and “involutive”.

Key words: clinical evolution, severe brain contusion focus.

Actualitatea temei

Lumea începutului de mileniu III cunoaște profunde prefaceri și mutații în toate domeniile vieții: social, economic, tehnic, conceptual, religios, ideologic și nu în ultimul rând și medical. Dezvoltarea explozivă a tehnicii și civilizației a condus la două aspecte, aparent contradictorii. Unul îl reprezintă riscul mai mare de accidente și deci de traumatisme, ducând la formarea unei patologii distincte. Al doilea aspect îl reprezintă revoluționarea medicinei, care prin noile mijloace de investigare și tratament face posibilă o mai bună evaluare a acestor cazuri, o mai bună înțelegere a mecanismelor intime care se întâlnesc în cadrul traumatismelor [1].

În acest cadru general de creștere a frecvenței traumatismelor, pacienții cu focare de contuzie cerebrală gravă de lob frontal și temporal reprezintă o categorie aparte, fiind cea mai expusă, mai ales accidentelor rutiere și traumatismelor habituale. Asistăm astfel la o creștere a frecvenței traumatismelor ca efect al modernizării societății în care trăim. Conform statisticii OMS traumatismul craniocerebral are tendința de creștere în mediu cu 2% anual [2] – anual în lume, ca rezultat al traumatismului craniocerebral decedează 1,5 mln populație, iar 2,4 mln își pierd capacitatea de muncă [3]. În clinicele cu neurotraumatism grav letalitatea postoperatorie atinge 40-60% [4, 5].

Una din formele traumatismului craniocerebral grav este contuzia cerebrală gravă, cu o frecvență de 5-7% în structura traumatismului craniocerebral [6]. În pofida realizărilor obținute în domeniul neurotraumatologiei, neuroanesteziei și neuroreanimării, pronosticul pacienților cu focare de contuzie cerebrală gravă continuie să fie destul de frecvent nefavorabil [7, 8, 9]. Rămâne destul de înaltă – 78% [10] – pierderea capacității de muncă până la sfârșitul primului an de la suportarea traumatismului craniocerebral. Cauza de principală a pierderii capacității de muncă sunt în primul rând dereglările psihice, deficitul motorii și dereglările afatice [11,12,13].

În cazul focarelor de contuzie cerebrală gravă de lob frontal și temporal, în lipsa complicațiilor, într-un interval de 3-4 săptămâni se determină regresul hipertensiunii intracraniene, sindromului meningean, la fel și a simptomatologiei neurologice de focar, în afară de simptomatologia craniobazală, dacă ea s-a manifestat primar prin dereglări severe al funcției nervilor cranieni [14].

Lipsa în datele de literatură a particularităților evoluției clinice al focarelor de contuzie cerebrală gravă de lob frontal și temporal, în complexul traumatismului craniocerebral grav, a fost un imbold pentru alegerea scopului studiului dat.

Scopul studiului

A studia particularitățile evoluției clinice a focarelor de contuzie cerebrală gravă de lob frontal și temporal în complexul traumatismului craniocerebral grav.

Material și metode

La baza studiului se află tratamentul diferențial a 61 pacienți cu focare de contuzie cerebrală gravă de lob frontal și temporal, spitalizați în Serviciul Neurochirurgie IMSP, Spitalul Regional Bălți, pe perioada anilor 2004-2008.

Criteriile de selectare a materialului au servit:

- prezența Tomografiei Computerizate craniocerebrale, ce denotă un că component de frunte al traumatismului craniocerebral grav este focarul de contuzie cerebrală gravă cu localizare frontală și/sau temporală;
- clasificarea imagistică CT (V. Kornienko, A. Konovalov) a focarelor de contuzie cerebrală;
- clasificarea evoluției clinice a traumatismului craniocerebral grav (Kasumov).

Rezultate și discuții

Focarele de contuzie cerebrală gravă, în pofida particularităților sale fiziopatologice și mecanismelor de producere se dezvoltă mai frecvent în lobul frontal și temporal: în momentul când capul în mișcare este stopat la contactul cu un plan dur, creierul își păstrează viteza de deplasare pentru scurt timp, fiind proiectat pe planul dur și fix al endocraniului. Aceste impacte sunt mai dure la nivelul etajului anterior al bazei craniului, al aripilor sfenoidale. În acest lot de studiu în 19,6% cazuri am întâlnit dezvoltarea focarelor de contuzie cerebrală gravă de lob frontal, iar de lob temporal în 32,7% cazuri și focare multiple în 47,5%. Leziunile de lob temporal au fost localizate în polul lobului temporal, dar în lobul frontal aceste leziuni de focar au fost localizate în ariile mediobazale și convex-bazale ale creierului. În 27,8% cazuri focarele de contuzie cerebrală gravă au fost asociate cu hematoame intracraniene.

Analiza cazurilor personale și celor de arhivă a demonstrat că pentru focarele de contuzie cerebrală gravă de lob frontal și temporal este specifică o evoluție mai gravă a bolii traumatice.

Gradul dereglării cunoștinței la pacienții cu focare de contuzie cerebrală gravă de lob frontal și temporal.

Tabelul 1

Gradul dereglării cunoștinței	Numărul pacienților	% pacienților
Obnubilat	24	39,3%
Sopor	16	26,2%
Comă I	14	22,9%
Comă II	6	9,8%
Comă III	1	1,6%
Total	61	100%

Cum rezultă din *Tabelul 1*, dereglarea cunoștinței a fost înregistrată în 100% cazuri.

Valoare diagnostică au avut dimensiunile și forma pupilelor, reacția la lumină a acestora. Anizocoria a fost înregistrată la 13,1% pacienți, scăderea reacției la lumină a fost prezentă la 34,4% pacienți. Reflexele corniene au fost diminuate în 18,0% cazuri, iar la 9,8% pacienți au fost abolite.

Excitația psihomotorie la internare a fost prezentă la 29,5% pacienți. Pareza musculaturii faciale de tip central a fost înregistrată la 45,9% pacienți. Afazia mixtă a fost înregistrată la 3,2% pacienți. Manifestarea insuficienței piramidale prin anizoreflexie a fost înregistrată la 50,8% pacienți și doar la 55,7% pacienți au fost pozitive reflexele plantare patologice. Hemipareza contralaterală a fost instalată la 21,3% pacienți. La fel de des era dereglat tonusul muscular în membrele paretice. Hemoragia subarahnoidiană a fost înregistrată în toate cazurile.

Hipertensiunea arterială a fost înregistrată la 24,5% pacienți, dar hipotonia arterială – doar la 3,2% pacienți, în rest tensiunea arterială a fost înregistrată în limitele fiziologice. Bradicardia a fost înregistrată la 4,9% pacienți, iar tahicardia la 27,8% pacienți.

Simptomele de afectare tronculară exprimate într-o măsură sau alta, au fost înregistrate la 17,8% pacienți. La baza divizării pacienților cu afectare tronculară se află clasificarea contuziei cerebrale grave. Forma extrapiramidală al contuziei cerebrale în lotul de studiu nu a fost întâlnită.

Tabelul 2

Nivelul afectării trunchiului cerebral	Numărul pacienților	% pacienților
Diencefalic	1	1,6%
Mezencefalic	6	9,8%
Mezencefalo-bulbar	2	3,2%
Total	9	17,8%

Cum ne demonstrează *Tabelul 2*, leziunea trunchiului cerebral a survenit cel mai des la nivelul mezencefalic. Clinic aceasta s-a manifestat prin dereglarea cunoștinței, midriază, abolirea reacției la lumină, strabism divergent, nistagm spontan și disocierea reflexelor osteo-tendinoase pe axa verticală al corpului.

În studiul nostru am aplicat clasificarea evoluției clinice al traumatismului craniocerebral grav propusă de Kasumov, 1989, în care autorul distinge 4 forme: „hematonică”, „evolutivă”, „lentă” și „involutivă”.

Forma „hematonică” a evoluției clinice de bază s-a manifestat prin sindromul hipertensiv-dislocațional și dezvoltarea rapidă a simptomatologiei neurologice în timp de 1-2 ore. În timpul intervențiilor chirurgicale și examenelor morfopatologice am depistat că pentru acest tip de evoluție clinică este specifică asocierea focarelor de contuzie cerebrală gravă de lob frontal și temporal cu hematoame intracraniene. Aname hematomul nivela particularitățile manifestărilor clinice ale focarelor de contuzie cerebrală gravă, iar în tabloul clinic predomina sindromul hipertensiv-dislocațional, care la rândul său limita volumul examinărilor diagnostice. Creșterea sindromului hipertensiv-dislocațional a fost indicație urgentă pentru intervenție chirurgicală. Acest tip de evoluție clinică în studiu a fost întâlnit în 21,3% cazuri și este specific pentru focarele de contuzie cerebrală gravă multiple de lob frontal și temporal.

Pentru forma „evolutivă” specifice au fost simptomele cerebrale generale, gradul de manifestare al căror treptat se intensifica. Simptomele cerebrale de focar, care în perioada incipientă a traumatismului erau imprecise, ulterior au devenit manifeste într-o măsură mai mare și au predominat în tabloul clinic. Starea compensată a pacienților în primele ore de la in-

ternare permitea de a evalua starea pacientului în dinamică și într-un volum mai adecvat să fie efectuate măsurile diagnostice necesare pentru a determina cu precizie localizarea focarelor de contuzie cerebrală gravă, și pentru a defenitiva conduita și volumul intervenției chirurgicale ulterioare. Anume forma „evolutivă”, este mai specifică pentru focarele de contuzie cerebrală gravă unice și s-a întâlnit în 59,0% cazuri.

Forma „lentă” în studiul nostru s-a întâlnit cu o frecvență destul de redusă, la 19,6% pacienți. Mai des această formă s-a dezvoltat în cazul unor focare de contuzie cerebrală gravă de lob frontal și temporal de dimensiuni mici. Manifestările de bază ale acestei forme au fost evoluția lentă sau trenantă a tabloului clinic și lipsa simptomelor de decompensare în primele zile ale traumatismului. Simptomatologia cerebrală generală a fost exprimată moderat, dar simptomele cerebrale de focar au avut un caracter remitent. Numai dezvoltarea fenomenelor neurologice de focar în asociere cu fenomene de stază papilară în rezultatul oftalmoscopiei au fost indicații către intervenție chirurgicală.

Forma „involutivă” se prezintă a fi una din formele cele mai favorabile de evoluție clinică a focarelor de contuzie cerebrale izolate; în cazul focarelor de contuzie cerebrală gravă multiple această formă nu s-a întâlnit.

Finisând descrierea particularităților evoluției clinice al focarelor de contuzie cerebrală gravă de lob frontal și temporal,

este necesar de a recunoaște, în pofida polimorfismului, că dezvoltarea focarelor de contuzie cerebrală gravă de lob frontal și temporal, ca proces expansiv intracranian, decurge lent și dinamic tabloului clinic depinde de localizarea, volumul și etapa dezvoltării focarului de contuzie. De asemenea, o importanță primordială are și gradul sindromului hipertensiv-dislocațional, devierile patologice secundare, posibilitățile compensatorii individuale și starea premorbidă a organismului pacientului.

Concluzii

În evoluția clinică a focarelor de contuzie cerebrală gravă de lob frontal și temporal au fost evidențiate 4 forme: „hematomică”, „evolutivă”, „lentă”, „involutivă”.

- Focarelor de contuzie cerebrală gravă unice le este specifică forma „evolutivă” 59,0%, iar focarelor multiple forma „hematomică” 21,7%.

- Examenul neurologic minuțios a confirmat datele de literatură, care arată că simptome patognomonice specifice numai focarelor de contuzie cerebrală gravă de lob frontal și temporal unice sau multiple nu există.

- În pofida acestor concluzii putem afirma că forma clinică de evoluție a focarelor de contuzie cerebrală gravă de lob frontal și temporal este în corelație direct proporțională cu prezența sau lipsa hematomului intracranian.

Bibliografie

1. МИХАИЛОВ, I., Traumatismele craniocerebrale la copil. Iași, Casa de editură „Jenus”, 2001, p. 9.
 2. ГАЙДАР, Б. В., Практическая нейрохирургия. Руководство для врачей. С-П., ГИППОКРАТ”, 2002, с. 66.
 3. ЛИХТЕРМАН, Л. Б., Черепно-мозговая травма. „Медицинская газета”, Москва, 2003, с. 10.
 4. ADAM, D., TUDOR, C., Subacute subdural hematoma. Rom. J. Neurol. Psychiatry. 1993; Vol. 31. No 1. p. 63-69.
 5. ONO, J., ISOBE, K., WATANABE, Y., Clinical problems in the management of aged patients with severe head injury: analysis of neurological findings and CT findings. No. Shinkei. Geka. 1993; Vol. 21. No 8. p. 717-721.
 6. КОНОВАЛОВ, А. Н., ЛИХТЕРМАН Л. Б., ПОТАПОВ А.А. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Том II. Москва, „Антидор”, 2001; с. 231.
 7. ЛИХТЕРМАН Л. Б., КОРНИЕНКО, В. Н., ПОТАПОВ, А. А., Черепно-мозговая травма: прогноз течения и исходов. Москва, „Книга ЛТД”, 1993, с. 209.
 8. ЛИХТЕРМАН, Л. Б., ПОТАПОВ, А. А., КРАВЧУК, А. Д., Очаговые разможжения и внутримозговые гематомы лобных долей: семиотика, диагностика и возможности консервативного лечения. В кн.: Ушибы головного мозга, „Материалы Московской научно-практической конференции”, М., МНИИСП им Н. В. Склифосовского, 2000, с. 22-28.
 9. KONVALOVN A. N., LIKHTERMAN, L. B., ПОТАПОВ, А. А., Traumi cranioencefalici classificazione e clinica, Arcadia, Modena, Italy, 1995, p. 358.
 10. TEASDALE, G., Disability in head injury patients much greater than expected. Br. Med. J. 2000, V. 380. p. 1631-1635.
 11. BAUER, B. L., KUHN, T. J., Severe Head Injuries. Pathology, Diagnosis and Treatment. Springer-Verlag, Berlin heidelberg, 1997; Germany, p. 154.
 12. GREENBERG, M., Handbook of neurosurgery. Greenberg Graphics, Inc, 1997; p. 464.
 13. MENDELOW, A. D., Clinical Examination in Traumatic Brain Damage. Handbook of Clinical Neurology, Vol. 13 (57); Head Injury 1996; p. 123-140.
 14. КОНОВАЛОВ, А. Н., ЛИХТЕРМАН, Л. Б., ПОТАПОВ, А. А., Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Том II, Москва, „Антидор”, 2001, с. 269.
-