

STATUSUL VEGETATIV PERSISTENT HIDROCEFALIC. PREZENTARE DE CAZ.

Andrei Peciul – neurochirurg, Institutul de Medicină Urgentă, Chişinău, Republica Moldova,
Iulian Glavan – conferenţiar universitar, d.ş.m., Institutul de Medicină Urgentă, Chişinău,
Republica Moldova,

Ion Marina – neurochirurg, Institutul de Medicină Urgentă, Chişinău, Republica Moldova,
Constanţa Dogaru – doctorand, USMF „Nicolae Testemiţanu”, Chişinău, Republica Moldova,
Leonid Nagacevski – neurochirurg, Institutul de Medicină Urgentă, Chişinău,
Republica Moldova,

Ion Pregel – rezident, USMF „Nicolae Testemiţanu”, Chişinău, Republica Moldova
tel: 079855246, e-mail: andrei.peciul@gmail.com

Rezumat

La stabilirea diagnosticului de status vegetativ persistent este esenţial de a exclude iniţial hidrocefalia ca şi cauză a deteriorării stării de conştiinţă. Pentru a face un diagnostic diferenţial între ventriculomegalie şi hidrocefalie în afară de investigaţiile imagistice prin CT sau IRM în dinamică este imperativă evaluarea semnelor clinice şi paraclinice de creştere a presiunii intracraniene. În cazul statusului vegetativ hidrocefalic este important de a cunoaşte la care pacienţi operaţia de şuntare poate oferi un prognostic favorabil. Prezentăm în acest articol un caz de status vegetativ persistent apărut în urma accidentului vascular cerebral cu erupere în sistemul ventricular, complicat cu hidrocefalie, care a fost tratată ulterior prin şuntare ventriculo-peritoneală.

Cuvinte-cheie: status vegetativ persistent, hidrocefalie, şuntare ventriculo-peritoneală

Summary. Hydrocephalic persistent vegetative state. Case presentation

Before the diagnosis of vegetative state can be made hydrocephalus should be excluded as a cause of worsening of patient consciousness. The distinction between ventriculomegaly and hydrocephalus cannot be made on the basis of conventional computerised tomographic or magnetic resonance scanning alone, therefore meticulous clinical assessment and physiological measurements of intracranial pressure are essential. In cases of hydrocephalic vegetative state it is important to know which patients will benefit from the shunt operation procedure. In this article we present a case of the patient with persistent vegetative state occurring after hemorrhagic stroke with ventricular effraction and complicated later with hydrocephalus which was treated with ventriculoperitoneal shunting.

Key words: persistent vegetative state, hydrocephalus, ventriculoperitoneal shunting

Резюме. Персистирующее вегетативное состояние вследствие гидроцефалии. Клинический случай

Перед тем как установить диагноз вегетативного состояния необходимо сперва исключить гидроцефалию, как причину угнетения сознания пациента. Различие между вентрикуломегалией и гидроцефалией не могут быть сделаны только на основе обычной компьютерной томографии или магнитно-резонансного исследования, поэтому тщательное клиническое обследование и физиологические измерения внутричерепного давления являются существенными. В случае гидроцефального вегетативного состояния очень важно знать, у каких пациентов процедура шунтирования может принести положительные результаты. В этой статье мы представляем случай пациента в вегетативном состоянии после геморрагического инсульта с прорывом в желудочковую систему и осложненной гидроцефалией, которая была разрешена успешно вентрикулоперитонеальным шунтированием.

Ключевые слова: вегетативное состояние, гидроцефалия, вентрикулоперитонеальное шунтирование

Introducere

Statusul vegetativ persistent (SVP) este definit ca statusul vegetativ (SV) – stare de păstrare a funcțiilor autonome și a reflexelor primitive, fără abilitatea de a interacționa evident cu mediul înconjurător, care este prezent timp de o lună după suportarea unei leziuni cerebrale traumatice sau nontraumatice [1]. Jennett et al. raportează o incidență de 77% a hidrocefaliei în SV [2], însă nu toate ventriculomegaliile reprezintă hidrocefalie ca atare [3]. Cauzele apariției hidrocefaliei în aceste cazuri sunt dereglarea secreției, circulației sau absorbției lichidului cefalorahidian (LCR) sau poate apărea o dilatare ventriculară secundară în urma atrofiei „hidrocefalia ex vacuo” [4]. Este extrem de important de a exclude hidrocefalia la stabilirea diagnosticului de SVP. Diagnosticul de ventriculomegalie se face în baza evaluării imagistice în dinamică, dacă este să urmărim evoluția clinică, aceasta frecvent decurge incert, astfel exactitatea semnelor clinice de creștere a presiunii intracraniene (CPIC) este oportună [5]. Evaluarea doar o singură dată a presiunii LCR la puncție lombară nu oferă prea multe informații, de aceea este necesar de a efectua măsurări repetate. Dacă rămâne netratată hidrocefalia duce la creșterea presiunii intracraniene și ulterior la deteriorarea stării de conștiință și apariția semnelor „false de localizare” cum ar fi pareza de n. abducens. În cazul statusului vegetativ persistent hidrocefalic este important de a cunoaște, care pacienți vor beneficia de pe urma operațiilor de șuntare [6].

Criterii de includere pentru o eventuală operație de șuntare la pacienții cu SVP hidrocefalic:

1. vârsta – 60 de ani sau mai mică
 2. hidrocefalia progresivă la evaluarea CT în dinamică
 3. Pasajul LCR
 4. arie de afectare ischemică cât mai redusă
 5. spațiu subarahnoidian (SSA) normal sau redus.
- Operația este indicată atunci când sunt prezente 4 sau mai multe puncte [7].

Într-un studiu efectuat pe 39 de pacienți cu SVP hidrocefalic, dintre care 26 bărbați și 13 femei cu vârstă medie de 51,5 ani, 26 de pacienți au fost supuși operației de șuntare, iar alții 13 pacienți au fost tratați conservator. Pacienții supuși operației de șuntare au arătat o îmbunătățire a GCS. Recuperarea conștiinței s-a înregistrat în 33,3% de cazuri din total, 42,3% pentru grupul operat și 18,2% pentru grupul tratat conservator [7].

Prezentare de caz

Pacient – bărbat 56 de ani la internare cu diagnosticul: BCV. AVC hemoragic cu formare de hematom mezencefalic cu efracție în sistemul ventricular, hidrocefalie ocluzivă triventriculară acută. GCS 9p. Hemiplegie spastică pe stânga. Pareza de n. oculomotor pe dreapta. Investigat prin CT scan nativ cerebral (Fig. 1).

S-a decis de a insera în mod urgent dren ventricular extern în cornul frontal al VLD (Fig. 2).

Postoperator după drenarea ventriculară externă starea pacientului a fost cu agravare în dinamică la GCS 6p. Drenul a fost ținut 11 zile, până la liza chea-

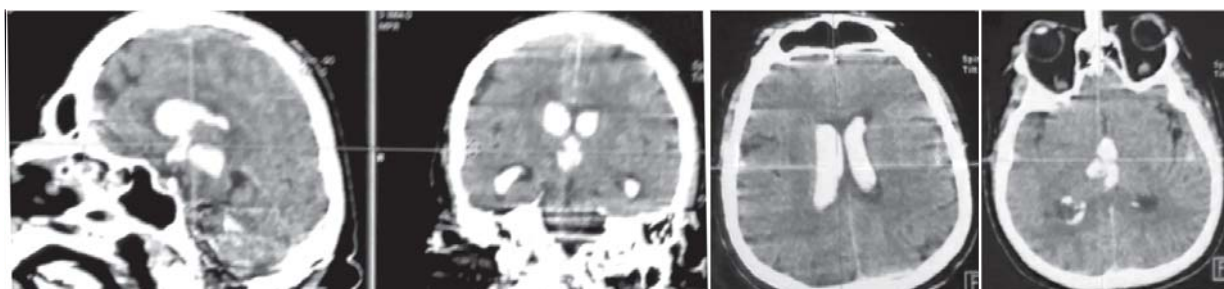


Fig. 1. Aspect CT a hematomului mezencefalic cu efracție în sistemul ventricular, se vizualizează hidrocefalia ocluzivă triventriculară acută.

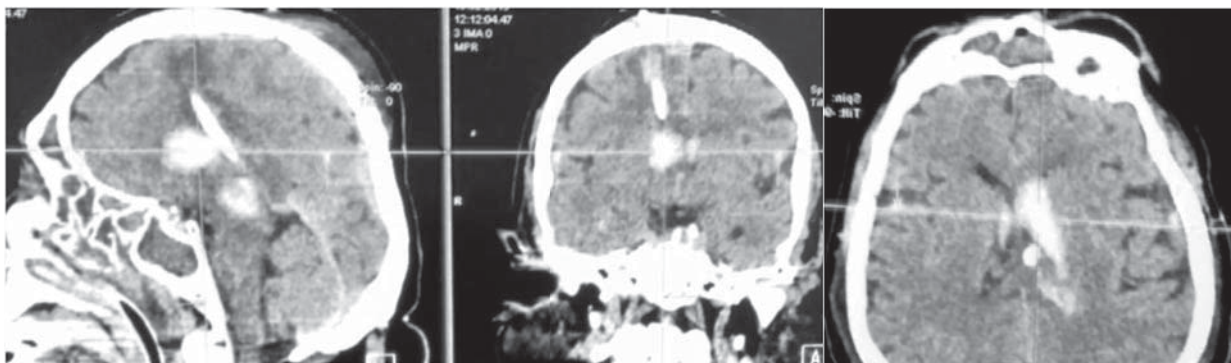


Fig. 2. Aspect CT la 3 zile postoperator după drenare ventriculară externă al cornului frontal al VLD.

gurilor intraventriculare, ulterior drenul a fost înlăturat. La 2 săptămâni postoperator s-a efectuat CT scan de control în dinamică, la care se poate vizualiza liza completă a hematoului intraventricular, iar la nivelul focarului hemoragic mezencefalic – hematom în stadiu de rezorbție incompletă, cât și debutul hidrocefaliei (Fig. 3).

La 3 săptămâni postoperator pacientul prezenta o clinică de status vegetativ, tetrapareză spastică și pareză de n. oculomotor pe dreapta. La 5 săptămâni postop s-a decis de efectuat CT scan în dinamică, care a pus în evidență în mod cert progresarea hidrocefaliei (Fig. 4).

Au fost efectuate puncții lombare repetate cu obținerea valorilor crescute la măsurarea presiunii LCR. Însușind criteriile de includere pentru o eventuală

operație de șuntare la pacient cu SVP hidrocefalic au fost acumulate 4p (1 - vârsta mai mică de 60 de ani, 2 - hidrocefalia progresivă la evaluarea CT în dinamică, 3 - arie de afectare ischemică redusă, 4 - spațiu subarahnoidian normal), fapt care a oferit un prognostic favorabil în urma intervenției de șuntare. Astfel, s-a luat decizia de a trata hidrocefalia prin șuntare ventriculo-peritoneală pe dreapta.

La 3 zile după operația de șuntare ventriculo-peritoneală, pacientul îndeplinea instrucțiunile simple, iar la 3 săptămâni postop a recuperat mișcările în hemicorpul drept și parțial în hemicorpul stâng, contact verbal prezent, pareză de n. oculomotor pe dreapta la același nivel. Pacientul a fost externat pentru continuarea tratamentului de neurorecuperare.

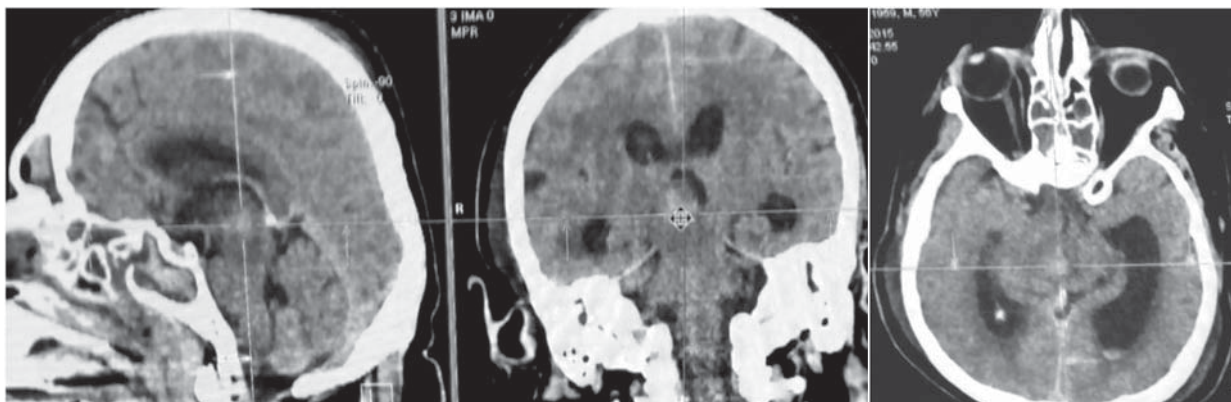


Fig. 3. Aspect CT la 14 zile postoperator după drenare ventriculară externă – se vizualizează focarul hemoragic în mezencefal cu rezorbție incompletă și liza completă a hematoului intraventricular, se evidențiază debutul hidrocefaliei.

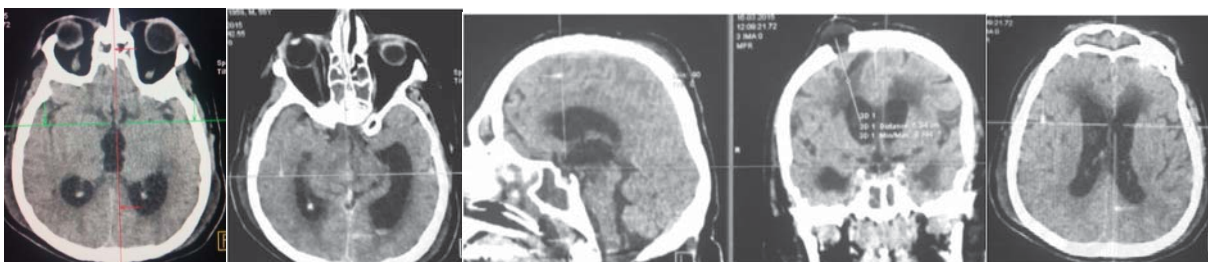


Fig. 4. Aspect CT la 5 săptămâni postoperator după drenare ventriculară externă – se vizualizează focarul hemoragic din mezencefal cu rezorbție completă, hidrocefalie acută cu hipodensitate periventriculară subependimară.

Concluzii

Protocoloalele actuale susțin că așa condiție ca hidrocefalia trebuie exclusă înainte de stabilire a diagnosticului de status vegetativ. Tratatamentul hidrocefaliei chiar și în cazul SVP poate fi benefic pentru recuperarea nivelului de conștiință a pacientului. În caz de SVP hidrocefalic, se înregistrează un rezultat mai bun dacă sunt selectați pacienți de o vârstă mai tânără, arie mai mică de afectare prin ischemie cerebrală și un grad mai mare de ștergere a SSA preoperator.

Bibliografie

1. Mazzini L., Campini R., Angelino E., Rognone F., Pastore I., Oliveri G., Posttraumatic hydrocephalus: A clinical, neuroradiologic and neuropsychologic assessment of long-term outcome, *Arch Phys Med Rehabil*, 2003; 84:1637-1641.

2. Jennett B., Adams J.H., Murray L.S., Graham D.I., Neuropathology in vegetative and severely disabled patients after head injury, *Neurology*, 2001; 56:486-490.

3. Pickard J.D., Coleman M.R., Czosnyka M., Hydrocephalus, ventriculomegaly and the vegetative state: A review, *Neuro-Psychol Rehabil*, 2005; 15:224-236.

4. Aaslid R., Markwalder T.M., Nornes H., Noninvasive transcranial Doppler ultrasound recording of flow velocity in basal arteries, *J Neurosurg*, 1982; 57:769-774.

5. Czosnyka M., Copeman J., Czosnyka Z., McConneil R., Dickinson C., Pickard J.D., Post-traumatic hydrocephalus: Influence of craniectomy on the CSF circulation, *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2000; 68:246-248.

6. Licata C., Cristofori L., Gambin R., Vivenza C., Turrazzi S., Posttraumatic hydrocephalus, *J Neurosurg Sci*, 2001; 45:141-149.

7. Kim J.Y., Hu C., Whang K., Hong S.K., Pyen J.S., Han Y.P., Hydrocephalus in Persistent Vegetative State, *J Kor Neurotraumatol Soc*, 2006; 2(2):101-106.