

Chronický subdurální hematom

Podstatou **chronického subdurálního hematomu** (z angl. CSDH – *chronic subdural hematoma*) je krvácení z přemostujících žil u pacientů s různě vyjádřenou korovou **atrofií** (starší pacienti, alkoholici), dále u dětí v kojeneckém věku. Poprvé byl CSDH popsán Rudolfem Virchowem v roce 1857 jako "*pachymeningitis haemorrhagica interna*" [1], načež Wilfred Trotter popsal základy patofyziologie CSDH a tedy i definoval, že hemoragie z přemostujících žil je jeho základní příčinou a pojmenoval jej jako "*subdurální hemoragická cysta*" [2].

Je důležité CSDH adekvátně odlišovat od akutního subdurálního hematomu. Akutní SDH se v porovnání s CSDH typicky vyskytuje u mladších osob primárně následkem vážnějších kraniotraumat a je asociován se symptomatickou kompresí mozkového parenchymu, která se charakteristicky projeví do 72 hodin. Naopak tomu v případě CSDH je krvácení **klinicky asymptomatické po delší časový interval**, řádově po několik týdnů či měsíců, nejčastěji vzniká po **nepříliš významných úrazech**. Incidence CSDH v populaci se pohybuje kolem 1,72/100 000 obyvatel ročně, v populaci 70–79 let se tato hodnota zvyšuje na 7,35/100 000 ročně, dále tedy potvrzuje fakt vyššího rizika vzniku CSDH u starších osob.

Rizikové faktory

Mezi základní rizikové faktory řadíme **cerebrální atrofii**, asociovanou s vyšším věkem. Přímě úměrně se stárnutím se prostor mezi kalvou a samotným parenchymem zvyšuje z původních 6 % až na 11 %. To umožňuje mozku pohyb do stran, v případě traumatu tedy může snadněji dojít k poškození přemostujících žil a tak vzniku CSDH [3]. Samotné trauma ale není jedinou příčinou vzniku CSDH, ohroženi jsou i pacienti s **antikoagulační medikací**, **alkoholismem** či **epilepsií** (až 10 % pacientů s CSDH jsou alkoholici nebo osoby s historií epileptických záchvatů) [4].

Patofyziologie a symptomatologie

Poškození přemostujících žil (např. v případě traumatu) vyústí ke krvácení do subdurálního prostoru, přičemž přibližně den po vzniku hematomu se začne vytvářet tenká vrstva fibrinu a fibroblastů, jež samotný hematom obklopí. Fibrin a fibroblasty dále proliferují a migrují, přičemž vytváří jakousi membránu (cca 4 dny po incidentu), která se následně progresivně zvětšuje. Část CSDH se **spontánně resorbuje**, většina ale roste do objemu a vyúsťuje v **klinicky symptomatický CSDH** [5], neurologicky se **manifestuje** bolestmi hlavy, zmateností nebo v pokročilejším stadiu i kontralaterální hemiparézou.

Diagnóza

K zobrazení hematomu je využíváno **CT**, zřetelně zobrazí vzniklý hematom. Typicky se jedná o hypodenzní extracerebrální ložisko, viz obrázek.

Terapie

V případě nerozsáhlých CSDH bez expanzivních tendencí a klinicky dobrému statusu pacienta není nutné hematom evakuovat, **konzervativní léčba** spočívá v důkladném monitoringu nemocného [6]. V případě progresivního symptomatického ložiska indikujeme k **trepanačnímu návrstu**, tedy evakuaci kolikvované krve a zavedení dočasné subdurální drenáže z místa návrstu v lokální anestezii. V některých případech se přistupuje ke **kraniotomii**, zejména u pacientů s rekurentními hematomy, resp. u osob vykazujících reakumulaci krve po trenapačním návrstu, případně přítomnost solidního hematomu. Důležitá je rehydratace pacienta a péče o průchodnost drenáže za přísně sterilních podmínek, přičemž se po 3 dnech provádí kontrolní CT a při uspokojivém nálezů se drén odstraňuje. [7][8]

Odkazy



Subdurální hematom



Chronický subdurální hematom u staršího pacienta s evidentní korovou atrofií. Modrá šipka směřuje k místě hematomu, červená poukazuje na trenapační návrst.

Související články

- Kraniocerebrální traumata
- Akutní subdurální hematom
- Subdurální hematom
- Epidurální hematom
- Subarachnoidální krvácení

Použitá literatura

- SAMEŠ, M, et al. *Neurochirurgie*. 1. vydání. Praha : Jessenius Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-072-0.

Reference

1. ADHIYAMAN, V. Chronic subdural haematoma in the elderly. *Postgraduate Medical Journal*. 2002, roč. 916, vol. 78, s. 71-75, ISSN 0032-5473. DOI: 10.1136/pmj.78.916.71 (<http://dx.doi.org/10.1136%2Fpmj.78.916.71>).
2. FURLOW, LEONARD T.. CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA. *Archives of Surgery*. 1936, roč. 4, vol. 32, s. 688, ISSN 0004-0010. DOI: 10.1001/archsurg.1936.01180220114007 (<http://dx.doi.org/10.1001%2Farchsurg.1936.01180220114007>).
3. ELLIS, G L. Subdural hematoma in the elderly. *Emerg Med Clin North Am* [online]. 1990, vol. 8, no. 2, s. 281-94, dostupné také z <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2187683>>. ISSN 0733-8627.
4. JONES, S. A prospective study of chronic subdural haematomas in elderly patients. *Age and Ageing*. 1999, roč. 6, vol. 28, s. 519-521, ISSN 1468-2834. DOI: 10.1093/ageing/28.6.519 (<http://dx.doi.org/10.1093%2Fageing%2F28.6.519>).
5. MUNRO, DONALD. SURGICAL PATHOLOGY OF SUBDURAL HEMATOMA. *Archives of Neurology & Psychiatry*. 1936, roč. 1, vol. 35, s. 64, ISSN 0096-6754. DOI: 10.1001/archneurpsyc.1936.02260010074005 (<http://dx.doi.org/10.1001%2Farchneurpsyc.1936.02260010074005>).
6. NAGANUMA, Hirofumi, Akira FUKAMACHI a Motomasa KAWAKAMI. Spontaneous Resolution of Chronic Subdural Hematomas. *Neurosurgery*. 1986, roč. 5, vol. 19, s. 794-798, ISSN 0148-396X. DOI: 10.1227/00006123-198611000-00013 (<http://dx.doi.org/10.1227%2F00006123-198611000-00013>).
7. SMELY, C., A. MADLINGER a R. SCHEREMET. Chronic subdural haematoma ? a comparison of two different treatment modalities. *Acta Neurochirurgica*. 1997, roč. 9, vol. 139, s. 818-826, ISSN 0001-6268. DOI: 10.1007/bf01411399 (<http://dx.doi.org/10.1007%2Fbf01411399>).
8. BENDER, M. B. a N. CHRISTOFF. Nonsurgical Treatment of Subdural Hematomas. *Archives of Neurology*. 1974, roč. 2, vol. 31, s. 73-79, ISSN 0003-9942. DOI: 10.1001/archneur.1974.00490380021001 (<http://dx.doi.org/10.1001%2Farchneur.1974.00490380021001>).