

<https://doi.org/10.17116/neiro20198303173>

Кавернозная мальформация, вызвавшая развитие обширной острой субдуральной гематомы. Случай из практики и обзор литературы

К.м.н. И.А. САЗОНОВ*, д.м.н. О.Б. БЕЛОУСОВА

ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Москва, Россия

В статье дано описание редкого клинического наблюдения: у пациента с множественными кавернозными мальформациями головного мозга развилась острая субдуральная гематома, причиной которой явилось кровоизлияние из каверномы, расположенной на поверхности мозга. Рассматривается важное значение диагностики с определением источника кровоизлияния при субдуральных гематомах, особенно при отсутствии анамнестических данных за черепно-мозговую травму.

Ключевые слова: кавернома, кавернозная мальформация, острая субдуральная гематома, нейрохирургия.

A cavernous malformation associated with an extensive acute subdural hematoma. A case report and literature review

I.A. SAZONOV, O.B. BELOUSOVA

Burdenko Neurosurgical Center, Moscow, Russia

The article presents a rare clinical case of a patient with multiple cavernous malformations who developed acute subdural hematoma associated with one of the cavernomas. We address the issue of diagnosing an origin of hemorrhage in subdural hematomas, in particular in the absence of traumatic brain injury (TBI) findings.

Keywords: cavernoma, cavernous malformation, acute subdural hematoma, neurosurgery.

Кавернозные мальформации (каверномы) головного мозга составляют 17–31,2% сосудистых мальформаций ЦНС [1, 2]. Чаще всего (до 80%) они обнаруживаются в супратенториальных отделах, с характерным расположением в веществе мозга. Однако встречаются редкие варианты внечерепной локализации каверном, в литературе [3, 4] описаны такие редкие формы, как каверномы хиазмы и зрительных нервов, корешка тройничного нерва пинеальной области.

Клинически кавернозные ангиомы проявляются эпилептическими припадками, внутричерепными кровоизлияниями и развитием преходящей или стойкой неврологической симптоматики. Бессимптомное течение, при котором кавернома становится случайной, как правило, рентгенологической находкой, описано в 11–44% случаев [5].

В настоящее время общепризнано, что причиной развития любой неврологической симптоматики при каверномах служат кровоизлияния. Частота кровоизлияний из каверном, по данным разных авторов [4], колеблется в пределах от 7–16 (очевидных, выявленных при КТ, МРТ) до 55% (любых остро развившихся клинических проявлений). Различают макрокровоизлияния, приводящие к формированию внутримозговых гематом, и микрокровоизлияния,

которые происходят или в окружающее мозговое вещество, или вследствие разрыва каверн внутри каверномы. Подтверждением ведущей роли кровоизлияний в патогенезе неврологических симптомов является тот факт, что при хирургическом удалении кавернозных мальформаций в окружающем мозговом веществе в подавляющем большинстве случаев обнаруживаются признаки кровоизлияний различной давности и объема.

Предлагаемое нами наблюдение иллюстрирует редкую, если не уникальную клиническую ситуацию, при которой небольшая кавернома привела к развитию обширной субдуральной гематомы. Описаний аналогичных случаев в литературе не найдено.

Наблюдение

Больной П., 46 лет. Заболел остро: на фоне полного здоровья после физической нагрузки внезапно потерял сознание на несколько минут. Аналогичные эпизоды повторились несколько раз на протяжении суток. Госпитализирован на 2-е сутки после манифестации заболевания.

В неврологическом статусе на момент поступления доминировала общемозговая и менингеальная симптоматика с легкими фокальными нарушениями

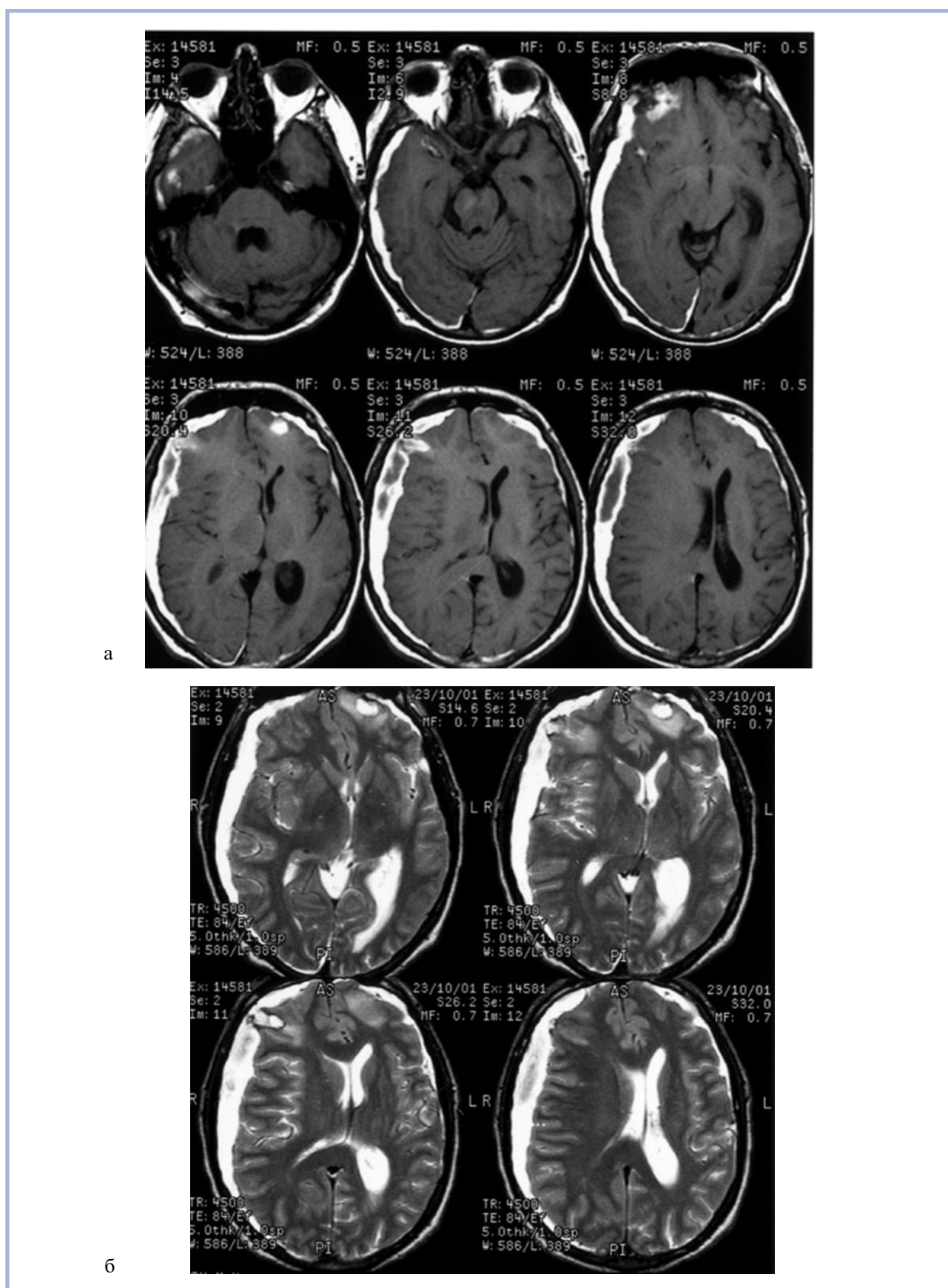


Рис. 1. Больной П. МРТ при поступлении.

T1 (а), T2 (б) — взвешенные изображения. Видна обширная острая субдуральная гематома справа и каверномы лобных долей: поверхностно расположенная кавернома правой лобной доли (источник кровоизлияния), кавернома полюса левой лобной доли. Смещение срединных структур влево до 16 мм.

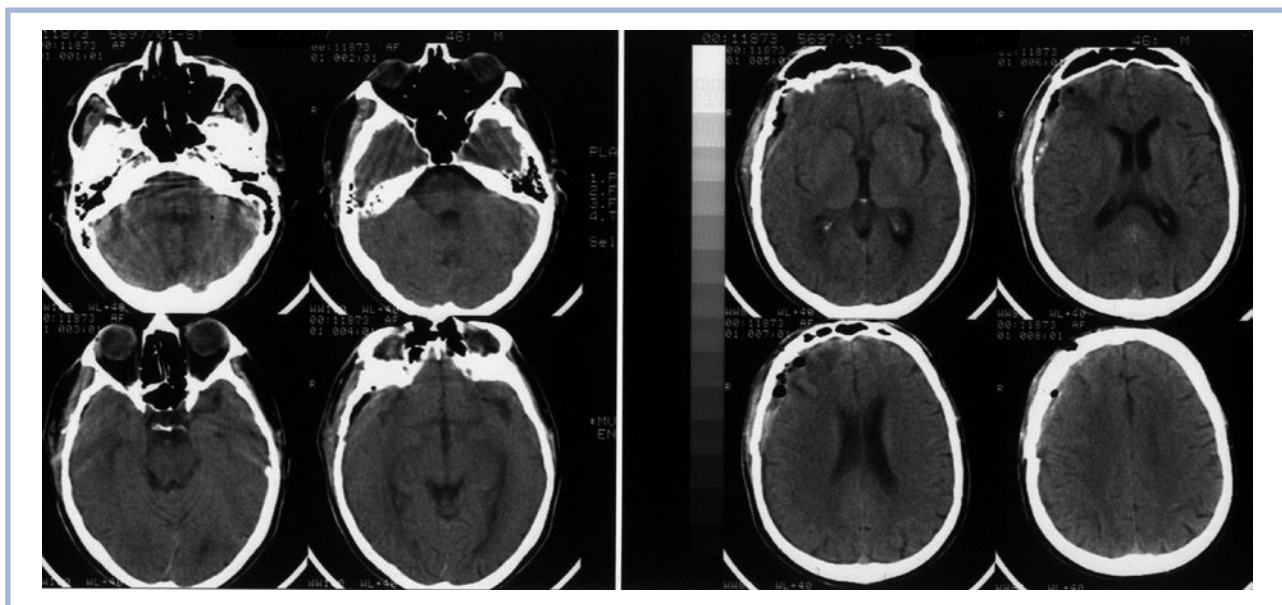


Рис. 2. Больной П. Послеоперационная КТ.

Гематома удалена полностью, компрессия и смещение мозга регрессировали.

в виде снижения силы в левых конечностях. Имелось ограничение произвольного взора вверх.

При МРТ выявлены обширная субдуральная гематома, распространяющаяся от лобной до затылочной области справа, смещение срединных структур влево на 16 мм, а также множественные каверномы головного мозга: небольшая кавернома, расположенная на конвексимальной поверхности правой лобной доли, и небольшая кавернома в полюсе левой лобной доли (рис. 1). При электроэнцефалографии выявлены диффузные изменения, свидетельствующие о раздражении коры мозга. Отмечена межполушарная асимметрия за счет снижения амплитуды биопотенциалов, редукции альфа-ритма, преобладания негрубой медленной активности справа. Слева — доминирующие признаки раздражения коры с наличием негрубой эпилептиформной активности. Отмеченные изменения более выражены в височно-теменно-затылочных областях.

Больному произведено одномоментное удаление каверномы правой лобной доли и субдуральной гематомы.

Ход операции. Из полуовального разреза мягких тканей в правой лобно-височной области произведена костно-пластическая трепанация. Твердая мозговая оболочка (ТМО) напряжена, не пульсирует, имеет темную окраску. Она вскрыта крестообразно. В момент вскрытия ТМО в рану излилась жидкая часть гематомы красно-коричневого цвета. Под ТМО обнаружена плотная часть гематомы, представленная темными сгустками. Сгустки удалены обычным отсосом, после чего в проекции верхней лобной борозды обнаружена типичная ткань каверномы. В месте выхода на кору мозга кавернома интимно спаяна со сгустками крови, что свидетельствовало о том, что она яви-

лась источником кровоизлияния. С помощью обычного отсоса, отмыванием физраствором и перекисью водорода удалены сгустки крови из-под ТМО в лобной, теменной и височной областях. Кавернома отделялась от мозга по перифокальной зоне, представленной глиозом. Она удалена единым блоком, после чего образовалась полость 1×2 см. Осуществлен тщательный гемостаз с помощью гемостатической марли и коагуляции. Мозг расправился, появилась четкая пульсация. ТМО зашита наглухо. Костный лоскут уложен на место и фиксирован лигатурными швами. Послойно зашиты мягкие ткани.

Послеоперационный период протекал без осложнений. В неврологическом статусе отмечен полный регресс имевшейся симптоматики. Контрольная КТ подтвердила тотальное удаление гематомы (рис. 2).

Результат патоморфологического исследования: кавернозная мальформация.

В отношении оставшихся каверном с учетом множественного характера патологии и отсутствия симптоматики выбрана наблюдательная тактика. Больному назначена противосудорожная терапия, и он выписан под наблюдение невролога.

Данное клиническое наблюдение демонстрирует, что у пациентов с острыми субдуральными гематомами, особенно при отсутствии анамнестических данных о перенесенной черепно-мозговой травме, при диагностическом обследовании следует исключать сосудистую патологию мозга, в том числе кавернозные мальформации. От точности диагноза могут зависеть как общий план хирургического лечения, так и хирургический доступ.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Lobato RD, Perez C, Rivas JJ, Cordobes F. Clinical, radiological and pathological spectrum of angiographically occult intracranial vascular malformations. *J Neurosurg.* 1988;68:518-531.
2. McCormick WF, Hardman JM, Boulter TR. Vascular malformations (angiomas) of the brain, with special reference to those occurring in the posterior fossa. *J Neurosurg.* 1968;28:241-252.
3. Liu JK, Lu Y, Raslan A, Gultekin SH, Delashaw JB. Cavernous malformations of the optic pathway and hypothalamus: analysis of 65 cases in the literature. *Neurosurg Focus.* 2010;29:3:1-9.
4. Белоусова О.Б., Коновалов А.Н. *Кавернозные мальформации центральной нервной системы.* М. 2014. Belousova OB, Kononov AN. *Kavernozye mal'formatsii central'noy nervnoy sistemy.* М. 2014. (In Russ.).
5. Белоусова О.Б., Филатов Ю.М., Шишкина Л.В., Сазонова О.Б. Супратенториальные каверномы: клиника, диагностика, лечение. *Вопросы нейрохирургии.* 2003;1:3-7. Belousova OB, Filatov YuM, Shishkina LV, Sazonova OB. Supratentorial'nye kavernomy: klinika, diagnostika, lechenie. *Voprosy neyrokhirurgii.* 2003;1:3-7. (In Russ.).

Поступила 02.08.18

Комментарий

Кавернозные мальформации (каверномы) относятся к той сосудистой патологии мозга, при которой нейрохирурги редко наблюдают обширные кровоизлияния. Чаще всего кровоизлияния происходят внутри капсулы каверномы, что обусловлено особенностями строения этих мальформаций. Авторами описан крайне редкий вид кровоизлияния из каверномы — обширное субдуральное кровоизлияние, вызвавшее компрессию и латеральную дислокацию мозга. Очевидно, что такое кровоизлияние об-

условлено расположением каверномы на поверхности мозга, что также встречается достаточно редко. Связь кровоизлияния с каверномой подтверждена в ходе операции. Это наблюдение показывает, что нейрохирурги должны относиться к каверномам, особенно множественным, как к более опасному заболеванию в плане возможного и обширного кровоизлияния и при доступности патологического образования отдавать предпочтение хирургическому лечению.

Л.А. Лазарев (Москва)