

Клиничен случай с епидурален хематом на ниво ТН6-11 с компресия върху миелона

Й.Мурат 1 , К. Генов 1, Н. Самарджиева 1, К.Узунов 2

1 Отделение “Нервни болести” – Втора МБАЛ София- ЕАД, София, България

2 Клиника „Неврохирургия“, УМБАЛСМ “Н.П.Пирогов“, София, България

Клинична презентация

Касае се за мъж на 65г.,приет по повод на внезапно настпила слабост до пълно обездвижване на долни крайни,невъзможност за уриниране.Три дни преди хоспитализацията,пациентът имал силни болки в торако-лумбалната област с изтръпване на дясно бедро.По-късно се появило изтръпване и на левия крак.

Придружаващи заболявания:АХ III ст, ИБС-ППМ, Имплантиран постоянен кардиостимулатор.

Неврологичен статус: СМРД-липсват. ЧМН-интактни. Двигателна дейност - Долна централна паразеза, плегия за десен крак. СНР - диасхиза, пълна сухожилно-надкостна арефлексия за долни крайници, липсващи патологични рефлексии.Сетивност - хипестезия по проводников тип на ниво Th8-10. ТР-ретенция. ВКФ- б.о.

Параклинични изследвания: ПКК и биохимия – б.о. **КОАГУЛАЦИЯ/Koagulation:** Протромбиново време+INR(): ; Протромбиново време/Protrombin time(%): 19,40; INR(): 3,49; СУЕ/ERS(mm/h): 30;

Лумбална пункция- кървав ликвор под повишено налягане, -Глюкоза(): 1,75; Ликвор-Хлориди(): 103; Изброяване на клетки 4/3.

ЕМГ-данни за преднокоренчева увреда на ПДН L3-L4-L5-S1 двустранно и за периферно стволова увреда на n peroneus sin от смесен тип.

КТ НА МЕЖДУПРЕШЛЕННИТЕ ДИСКОВЕ НА НИВА L3-L4,L4-L5,L5-S1 Ниво L3-L4-Умерено изразена циркумферентна протрузия на диска.Ниво L4-L5-Изразена циркумферентна протрузия на диска с двустранно проминиране към неврофорамените,в по-голяма степен в дясно.Интраспонгиозно херниране към горната дискална повърхност на L5 /шморлово телце/.Ниво L5-S1-Междупрешленно пространство е силно стеснено,почти до пълно заличаване и образуване на блок-прешлен.Шморлови телца по долната дискална повърхност на L5.Масивни остеофитни наслоявани по ръбовете на прешлените.Тежки артрозни промени на интервертебралните стави на всички обхванати нива ,като на нива L4-L5 и L5-S1 е налице с хипертрофия на фасетките и на лигаментум флавум водещи до стесняване на спиналния канал.;

МИЕЛОГРАФИЯ И КТ МИЕЛОГРАФИЯ НА ТОРАКОЛУМБАЛЕН СЕГМЕНТ: КОНТРАСТНАТА МАТЕРИЯ ПРЕМИНА СВОБОДНО И ОЦВЕТИ ДУРАЛНИЯ САК И СУБАРАХНОИДНОТО ПРОСТРАНСТВО В ТОРАКАЛНИЯ СЕГМЕНТ. НЯМА "СТОП" НА К. М. КАКТО НА МИЕЛОГРАФИЯТА ,ТАКА И НА КТ ИЗСЛЕДВАНЕТО СЕ УСТАНОВИ СТЕСНЕНИЕ НА ПРЕДНОТО СУБАРАХНОИДНО ПРОСТРАНСТВО НА НИВО ТХ12-Л1,НАЙ-ВЕРОЯТНО ДИСКОВА ХЕРНИЯ. ПРАВИ ВПЕЧАТЛЕНИЕ ЛЕКТО СТЕСНЕНИЕ ПО ЗАДНИТЕ ОЧЕРТАНИЯ НА ДУРАЛНИЯ САК НА НИВО Л1 БЕЗ КОМПРЕСИЯ НА ЗАДНОТО СУБАРАХНОИДНО ПРОСТРАНСТВО В ОБЛАСТТА НА КОНУС МЕДУЛАРИС.СЪЩОТО Е С ПЛЪТНОСТ ОКОЛО 140ХЕ.;

Неврохирург- Доц. Узунов-УМБАЛСМ "Пирогов"- Извършена миелография, с оглед отхвърляне остра компресия на гръбначния мозък. Не се установи стоп на контрастната материя в торако-лумбалния отдел.

МРТ на торако-лумбален сегмент- Вероятно се касае за епидурален хематом, дорзално на ниво Th6-11, водещ до задна компресия на миелона. Дегенеративно-ставна и дискова болест.



ДИСКУСИЯ

Интраспиналният кръвоизлив е много по-рядък от вътречерепния кръвоизлив и може да бъде епидурален, субдурален, субарахноиден или интрамедуларен с пагубни последици. Интрамедуларният кръвоизлив, известен още като хематомиелия, е най-редката форма на интраспинален кръвоизлив. Най-честата локализация при деца е C5-T1, различна от възрастните, по-често се среща при ниско ниво на шийката и тораколумба.

Хематомиелията обикновено се проявява с остро начало и бързо влошаване на неврологичния статус и обикновено води до остър синдром на гръбначния мозък. Бързата диагностика на хематомиелията първо изисква разпознаване на синдром на миелопатия (напречна, централна, предна, задна или хеми-връв), често придружена от внезапна, силна болка в гърба или шията и понякога радикулна болка. Продължителността на симптомите от началото до приема може да варира от 2 месеца до 6 години при хронична хематомиелия, но симптомите обикновено прогресират в рамките на 5 месеца в по-голямата част от случаите.

ЯМР показва контраста в нервната тъкан в хроничния стадий на интрапаренхимален кръвоизлив, докато диагностичната способност на КТ намалява, тъй като хроничният хематом става изодензен. С увеличаващото се използване на ЯМР за клинична диагноза може да предположим, че ще има все по-голям брой случаи на хронична хематомиелия. Тъй като клиничният ход на хроничната прогресираща хематомиелия наподобява този на гръбначния тумор или друго спинално прогресиращо заболяване, ЯМР е от съществено значение за потвърждаване на диагнозата.