

De 'warning leak'

J. W. F. BEKS

Dames en Heren,

Ongeveer 60% van de patiënten die worden getroffen door een subarachnoïdale bloeding ten gevolge van het barsten van een intracranieel aneurysma overlijdt of behoudt zeer ernstige neurochirurgische uitvalverschijnselen. Een dergelijke bloeding wordt gekenmerkt door plotselinge zeer heftige hoofdpijn, braken, daling van het bewustzijn en nekstijfheid. Bij een groot aantal patiënten wordt echter de klassieke subarachnoïdale bloeding voorafgegaan door de zogenaamde 'warning leak', een syndroom dat zich kenmerkt door een minder hevige plotselinge hoofdpijnaanval zonder duidelijke neurologische uitvalverschijnselen. De mate van de hoofdpijn is dan meestal wel zodanig dat wel medische hulp wordt gezocht, doch zelden wordt bij het onderzoek aan de mogelijkheid gedacht dat aan de hoofdpijnaanval een lichtere vorm van een subarachnoïdale bloeding ten grondslag zou kunnen liggen, het lekkende aneurysma. Meestal herstelt de patiënt na een dergelijke bloeding zeer snel totdat het aneurysma opnieuw openbarst. Als de warning leak echter wordt herkend, kan de potentieel dodelijke bloeding worden voorkomen door operatief uitschakelen van het aneurysma. Gaarne wil ik twee patiënten aan u voorstellen bij wie de subarachnoïdale bloeding een waarschuwend beloop had.

Een 41-jarige vrouw, die tevoren altijd goed gezond was geweest, kreeg twee weken voor opname in het ziekenhuis 's avonds na het bijwonen van een toneelstuk, bij het verlaten van de schouwburg plotseling hoofdpijn en het gevoel alsof zij een klap in de nek had gekregen. Zij ging bij thuiskomst snel naar bed, doch de volgende morgen voelde zij zich nog steeds onwel. Zij klaagde bovendien over een pijnlijk gevoel in de benen. Zij waarschuwde haar huisarts die haar behandelde met acetosal, indometacine (Indocid) en Mobilat. Na enkele dagen verdwenen de klachten geleidelijk.

Vier dagen later kreeg patiënte opnieuw plotseling pijn in de nek. Zij weet dit echter aan het feit dat zij de dag tevoren haar plafond had geverfd. Zij hield weer enkele dagen bedrust, waarna de klachten verdwenen. Twee dagen later kreeg patiënte 's nachts plotseling opnieuw zeer hevige hoofdpijn die naar de nek trok. Zij werd somnolent. De huisarts verwees haar toen onmiddellijk naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, waar de neuroloog bij patiënte een sterke nekstijfheid zonder neurologische afwijkingen constateerde. Aangezien hij bij lumbale

punctie bloederige liquor vond, verwees hij patiënte onmiddellijk naar de Neurochirurgische Universiteitskliniek.

Bij opname vonden wij behalve een licht verminderd bewustzijn en nekstijfheid ook geen bijzonderheden; er was geen stuwingsfunctiestoornis of bloedingen in de retina. Op de computertomogrammen werd geen bloed gezien in de basale cisternen. Er werd angiografie verricht, waarbij bleek dat er een sacculair aneurysma bestond ter plaatse van de afsplitsing van de arteria communicans posterior van de rechter arteria carotis interna, wijzend naar laterocaudaal. Er waren geen aanwijzingen voor het bestaan van vaatspasmus. Via een benadering langs de rechter processus pterygoïdes van het sphenoid werd patiënte geopereerd, waarbij het aneurysma werd vrijgeprepareerd. Er waren veel vergroeiingen en een lichte verkleuring van de omgeving van het aneurysma. De wand van het aneurysma was extreem dun, zodat turbulenties van het bloed in het aneurysma door de microscoop konden worden waargenomen. Het gelukte met behulp van een clip de bloedstroom in het aneurysma uit te schakelen omdat het aneurysma een dunne steel had. De operatie verliep zonder complicaties. Patiënte had na de operatie geen neurologische uitvalverschijnselen. Het postoperatieve beloop was verder ongestoord en na tien dagen kon zij naar huis gaan.

Een 40-jarige vrouw kreeg tijdens haar kantoorwerkzaamheden plotseling hevige hoofdpijn, gepaard gaande met misselijkheid en braken. De huisarts was van mening dat dit een acute migraine-aanval was, alhoewel de patiënte tevoren nooit migraine had gehad. Toen de klachten de volgende dag niet waren verdwenen, werd wegens de toen bestaande nekstijfheid gedacht aan een virusinfectie met meningeale prikkeling; patiënte werd behandeld met codeïne. Hierna verminderden haar klachten geleidelijk.

Drie dagen later kreeg zij evenwel een epileptisch insult en raakte in coma. Zij werd met spoed naar het ziekenhuis verwezen waar men een hemiparese rechts vaststelde. Op een computertomogram was links frontaal een intracerebraal hematoom te zien. Gezien de slechte algemene toestand van patiënte werd van angiografisch onderzoek afgezien, omdat zij op dat moment ook niet voor operatieve therapie in aanmerking kwam. Zij werd conservatief behandeld ten einde haar toestand zodanig te verbeteren dat daarop operatief zou kunnen worden ingegrepen. Twee dagen na opname kreeg patiënte opnieuw een bloeding, met dodelijke afloop. Bij obductie werd een groot gebarsten aneurysma gevonden, uitgaande van de linker arteria carotis interna.

De hoge sterfte bij subarachnoïdale bloedingen is een gevolg van de acute effecten van de bloeding zoals verhoogde intracraniale druk, destructie van hersenweefsel ten gevolge van hematoomvorming, hersenoedeem, acute hydrocefalie en hersenischemie. Ook gaat de subarachnoïdale bloeding vaak gepaard met hart-arritmie.

Een andere complicatie die zich enkele dagen na de bloeding kan voordoen, is hersenischemie ten gevolge van vaatspasmus. Wegens al deze levenbedreigende complicaties die zich na een subarachnoïdale bloeding kunnen voordoen, is het zaak het waarschuwend lekken als zodanig te herkennen en ernaar te handelen. Herkenning ervan kan leiden tot een vroegtijdige uitschakeling van het aneurysma voordat het opnieuw openbarst. Derhalve dient de patiënt bij wie een subarachnoïdale bloeding wordt vermoed, onverwijld te worden verwezen naar een centrum waar alle mogelijke faciliteiten van diagnostiek en behandeling aanwezig zijn, die kunnen worden aangewend zodra de toestand van de patiënt dit toelaat.

Behalve het neurologisch onderzoek levert ook het vervaardigen van computertomogrammen en het onderzoek van de liquor cerebrospinalis een belangrijke bijdrage tot het stellen van de diagnose.

Computertomografie kan vooral in de eerste dagen na de subarachnoïdale bloeding belangrijke informatie verschaffen, zoals de lokalisatie van het subarachnoïdale bloed, het aantonen van een intracerebraal of intraventriculair hematoom, en de aanwezigheid van hersenoedeem. In een later stadium kan hiermee het bestaan van een cerebraal infarct of hydrocefalie worden aangetoond. De aanwezigheid van subarachnoïdaal bloed bevestigt de diagnose. Wel dient men er rekening mee te houden dat binnen 5-7 dagen na de bloeding het bloed uit de subarachnoïdale ruimte kan zijn verdwenen. Het zo vroeg mogelijk vervaardigen van computertomogram-

men heeft ook nog prognostische implicaties. De plaats van subarachnoïdaal bloed hangt namelijk nauw samen met het eventueel later optreden van vaatspasmus. Het kan bovendien een aanwijzing zijn voor de lokalisatie van het aneurysma.

Het onderzoek van de liquor cerebrospinalis dient te geschieden als men niet over een computertomografie kan beschikken of als daarbij geen aanwijzingen worden gevonden voor bloed in de subarachnoïdale ruimte. Het verrichten van een lumbale punctie bij patiënten met een subarachnoïdale bloeding draagt het risico in zich van een herseninklemming, vooral als er zich bij de patiënt een intracerebraal hematoom heeft ontwikkeld. Computertomografie heeft derhalve, indien enigszins mogelijk, de voorkeur boven de lumbale punctie.

Hersenangiografie dient te worden uitgevoerd zodra de toestand van de patiënt stabiel geworden is en hij voor operatie in aanmerking komt. Het dient ter nauwkeurige lokalisatie van het aneurysma en ter uitsluiting van eventuele andere oorzaken van de intracraniale bloeding. Ook het opsporen van cerebrale vaatspasmen kan hierdoor geschieden.

Dames en Heren, uit recente onderzoekingen is gebleken dat patiënten die na een subarachnoïdale bloeding als gevolg van een gebarsten aneurysma nog in een goede algemene toestand zijn, zo spoedig mogelijk operatief dienen te worden behandeld. Door gebruik te maken van moderne methoden zoals micro-chirurgie, bipolaire coagulatie, waardoor minder weefselbeschadiging optreedt, peroperatieve angiografie en het zonodig plaatsen van tijdelijke clips, is de morbiditeit in geoefende handen gedaald tot minder dan 5%. Door tijdig herkennen van de oorzaak van de klachten en verschijnselen van deze patiënten en door vroeger operatie kan worden voorkomen dat een dodelijke bloeding optreedt en dat hersenischemie ontstaat door later optredende vaatspasmus.

Aanvaard op 20 januari 1986

Commentaren

Ciclosporine bij dermatosen, in het bijzonder bij ernstige, therapieresistente psoriasis

TH. VAN JOOST, F. HEULE EN E. STOLZ

Sinds geruime tijd wordt ciclosporine gebruikt als immunosuppressivum bij orgaantransplantatie, terwijl de werkzaamheid ervan wordt onderzocht bij ziektebeelden

die met de functie van T- en B-cellen verband houden. Ciclosporine blijkt de functie van (helper-)T-lymfocyten bij de cellulaire immunorespons te modifieren en de produktie van lymfokinen (interleukine-2) te veranderen. De proliferatie van T-lymfocyten en hun differentiatie tot cytotoxische T-lymfocyten komen niet of onvoldoende op gang, terwijl ciclosporine de suppressor-T-lymfocyten niet zou beïnvloeden.¹

Bijwerkingen, waaronder nefrotoxiciteit de belang-

Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt, afd. Dermatologie en Venerologie, Dr. Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam.
Prof.dr.Th.van Joost, F.Heule en prof.dr.E.Stolz, dermato-venerologen.

Correspondentie-adres: prof.dr.Th.van Joost.