

TIPURI DE AFAZII DIN HEMATOAMELE SUBDURALE

RODICA LOLOȘ, ȘTEFANIA KORY CALOMFIRESCU

Departamentul de Neuroștiințe, UMF „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

Rezumat

Afazia poate face parte din tabloul clinic al hematoamelor subdurale care afectează emisfera cerebrală dominantă. În schimb, apariția afaziei ca simptom unic sau dominant în hematoamele subdurale este rară. O serie de studii recente au permis diferențierea afaziilor din hematoamele subdurale în raport cu cele din accidentele ischemice tranzitorii sau din accidentele ischemice constituite. Am studiat șase pacienți cu hematom subdural subacut, care au prezentat ca simptom inițial afazia. Pentru fiecare dintre cazuri am notat caracteristicile semiologice principale. La toți bolnavii s-a remarcat un răspuns prompt la decompresie, cu regresia marcată a afaziei după efectuarea drenajului.

Cuvinte cheie: afazie, hematom subdural.

TYPES OF APHASIA ASSOCIATED WITH SUBDURAL HAEMATOMA

Abstract

Aphasia can be part of the clinical subdural hematoma affecting the dominant brain hemisphere. The occurrence of aphasia as unique or predominant symptom of subdural haematoma is uncommon. The possible confusion of traumatic aphasia with stroke or transient ischemic attacks has been the object of most recent investigations. In our study, 6 patients with subacute subdural haematoma had aphasia as an initial symptom. We noted the relevant pathophysiological characteristics in each. They had a rapid response to decompression with marked resolution of the aphasia after performing the drainage.

Keywords: aphasia, subdural haematoma.

INTRODUCERE

Afazia poate face parte din tabloul clinic al hematoamelor subdurale care afectează emisfera cerebrală dominantă pentru limbaj. În schimb, apariția afaziei ca simptom unic sau dominant în hematoamele subdurale este rară [1,2]. **Cele câteva cazuri citate în literatură au** fost acompaniate de deficite motorii discrete, cu caracter tranzitor, mimând accidentele ischemice tranzitorii (AIT).

OBIECTIVUL LUCRĂRII

Examinarea tabloului clinico-evolutiv și a corelațiilor clinico-imagistice, la șase pacienți cu hematoame subdurale, la care afazia a reprezentat simptomul unic sau dominant și stabilirea tipurilor de afazie din hematoamele subdurale.

MATERIAL ȘI METODĂ

Am studiat șase bolnavi care au prezentat ca

simptom principal afazia, respectând următoarele criterii:

1. etiologia afaziei: hematoame subdurale;
2. absența din antecedentele personale a unor AIT-uri sau atacuri ischemice constituite;
3. examinarea afaziei s-a realizat cu testul Western Aphasia Battery (WAB), descris în 1980 de către Shewan CM și Kertesz A, versiunea în limba română Kory Calomfirescu Ștefania și Kory-Mercea Marilena (1996).

REZULTATE

Cazul 1

Pacientul B.D., de 32 ani, cu **preferință manuală dreaptă, bilingv** (româno-german), cu studii universitare, a fost internat pentru tulburări de limbaj de tip afazie amnestică senzorială. Anamnestice, nu a putut fi consemnat nici un traumatism cranio-cerebral (TCC) în antecedente.

Tabloul afaziei s-a caracterizat prin următoarele:

1. **Vorbirea spontană** a fost fluentă, chiar logoreică. Nu s-au constatat tulburări de articulare sau parafazii fonemice. În schimb, au apărut câteva parafazii semantice: “cană-oală”, “scaun-fotoliu”, “pix-creion” etc. Atunci când examinatorul a cerut bolnavului să se refere concret

Articol intrat la redacție în data de: 10.06.2011

Primit sub formă revizuită în data de: 05.10.2011

Acceptat în data de: 02.11.2011

Adresa pentru corespondență: rodicalolos@yahoo.com

la obiectele și la persoanele existente în imaginea test, acesta a răspuns: “acesta este un băiat și aceea este o fată și acesta este un lucru... Și acesta este pentru așezat pe el [scaun]... și aceasta este o chestie din aceea, știți, pentru jucat [minge]”.

Tulburările de evocare au fost mascate prin utilizarea unor circumlocuțiuni, perifraze sau cuvinte nespecifice: „chestie”, „lucru” etc. **Subscorul fluenței (Fluency-SSFL)** a fost de 7, dintr-un maxim de 47, iar **subscorul conținutului informațional (Functional Content-SSFC)** a fost de 4, dintr-un maxim de 10.

2. Înțelegerea verbală auditivă. Pacientul a răspuns corect la majoritatea întrebărilor cu răspuns DA/NU (punctaj 54, din maximum de 60). În schimb, au apărut unele dificultăți la recunoașterea auditivă a cuvintelor și la comenzile succesive. Pentru recunoașterea auditivă a numelui unui obiect (exemplu “cană”) am utilizat o variantă a textului “Verbal Sound and Meaning Discrimination Test”, în care bolnavului i s-a arătat o planșă conținând șase obiecte colorate. L-am instruit să indice obiectul corespunzător celui pronunțat de către examinator. Unul dintre desene a corespuns cuvântului stimul (exemplu “cană”), numele celui de-al doilea obiect a fost asemănător din punct de vedere fonologic cu cuvântul stimul: (ex. “casă”), în timp ce obiectul reprezentat în cel de al treilea desen a avut o legătură semantică importantă cu obiectul stimul (ex. “pahar”). Obiectele figurate în ultimele trei desene nu au avut relații fonemice sau semantice cu cuvântul stimul (ex. “scaun”, “pieptene”, “creion”). **Subscorul comprehensiunii totale (Comprehension Total-Aphasia Quotient) - COMPT** - a fost de 6, dintr-un maxim de 47.

3. Repetiția. A fost normală, pacientul obținând un subscor al repetiției maxim: **Repetition-REP**, 47.

4. Denumirea. S-au observat tulburări marcante de denumire a obiectelor prezentate vizual de către examinator. În eventualitatea facilitării fonemice sau semantice a răspunsurilor bolnavului, am constatat o ameliorare a acestora. Alături de fenomenele anomice apărute și care au fost mai pronunțate decât cele remarcate în vorbirea spontană, s-au înregistrat parafazii semantice “cană-pahar”, “pipă-țigară” etc. Am diferențiat trei tipuri de răspunsuri, care s-au datorat unor tulburări lexico-semantice la nivele diferite și anume:

a. în anumite cazuri, cuvântul legat semantic cu cuvântul stimul nu a fost pronunțat ca atare de către pacient, ci, mai degrabă, a fost precedat de expresia “Nu este un... pahar” pentru cuvântul stimul “cană”. În acest fel, bolnavul a încercat să faciliteze procesul de evocare a cuvântului prin activarea câmpului semantic corespunzător. Uneori, această manevră a reușit. Astfel, pentru cuvântul stimul (obiectul – “cuțit”), el a spus: “Nu este o furculiță, nu e o linguriță... este, este un cuțit!” **Producția unui cuvânt legat semantic** nu a fost considerată ca fiind o parafazie semantică, ci, mai degrabă, ca o strategie direcționată în procesul de evocare a cuvântului respectiv.

b. în alte cazuri, un cuvânt înrudit semantic a fost produs de către pacient, ca un răspuns definit, dar a fost imediat urmat de către o autocorectare spontană: “țigară, nu... pipă” (pentru cuvântul stimul “pipă”).

c. în restul cazurilor, bolnavul a pronunțat un cuvânt din același câmp semantic cu cuvântul propriu-zis “bec - veioză” și l-a considerat ca fiind un răspuns satisfăcător pentru cuvântul stimul prezentat vizual.

Întrucât cele trei tipuri de răspunsuri relaționate semantic au părut să aibă sensuri distincte, ele au fost înregistrate separat și doar răspunsurile din ultima categorie (c) au fost considerate ca fiind parafazii semantice propriu-zise. **Subscorul denumirii Naming Total (NAMET)** a fost de 5, dintr-un maximum posibil de 10.

La examinarea lexiei și a grafiei nu am constatat deosebiri semnificative față de cele observate în limbajul inițial.

Concluzie: afazie amnestică receptivă.

Examenul CT cerebral (nativ) a evidențiat o zonă hiperdensă, paralelă cu tăbia internă a craniului, cu efect de masă moderat. Aspect de hematom subdural.

Pacientul a fost transferat la Clinica de Neurochirurgie, unde au fost evacuați 50 ml de sânge lacat.

Postoperator, la 3 zile, s-a constatat că tulburările de limbaj de tip afazic au dispărut, iar CT cerebral de control a demonstrat absența oricărei colecții reziduale de sânge.

Cazul 2

Pacientul A.P., de 70 ani, **cu preferință manuală stângă, monolingv (limba română)**, cu studii universitare, a suferit cu trei săptămâni înaintea internării un traumatism cranio-cerebral prin cădere de la același nivel, cu pierderea stării de conștiență câteva minute. La câteva zile de la TCC, s-a instalat un deficit motor discret al membrilor stângi.

Examenul obiectiv neurologic elementar a relevat o hemipareză stângă discretă, precum și tulburări de limbaj de tip afazic.

Examenul afaziei

1. Vorbirea spontană. Fluența a fost mai redusă decât normalul. Au existat tulburări de evocare pentru toate cuvintele conceptuale, cu o predominanță discretă pentru verbe. Pacientul, care a fost nosognozic, nu a prezentat fenomene de “tragere la țintă”. **Nu au fost înregistrate parafazii fonemice sau semantice.** Atunci când bolnavului i s-a cerut să precizeze obiectele sau persoanele din imaginea test (o cameră cu mai multe obiecte și persoane), el a prezentat pauze semnificative, uneori găsind cuvântul potrivit. **Subscorul fluenței (Fluency SSFL)** a fost de 7, dintr-un maximum de 10.

2. Înțelegerea verbală auditivă. Practic, a fost normală. **Subscorul comprehensiunii totale (Comprehension Total-Aphasia Quotient) - COMPT** a fost maxim, 10.

3. Repetiția. A fost normală, bolnavul prezentând maximum de puncte. **Subscorul Repetition: REP = 47.**

4. Denumirea. Examinatorul a prezentat vizual pacientului mai multe obiecte, rugându-l pe acesta să le denumească. Au apărut tulburări de evocare importante. Astfel, pentru obiectul "ciocan", el a spus "îi știu numele, începe cu C, îl am pe limbă, știu să-l zic, este un...". A avut dificultăți de denumire pentru diverse cuvinte conceptuale, indiferent de frecvența sau de familiaritatea lor. Caracteristic, el a realizat faptul că doar un cuvânt a reprezentat numele obiectului respectiv și de aceea, nu a folosit drept cuvânt cuvintele din aceeași familie: "cană", "pahar".

Nu au fost relevate diferențe semnificative între substantive, verbe sau adjective la testele de denumire. Nu au apărut deficite de denumire pentru categorii diferite: ființe, obiecte, părți ale corpului, flori, fructe, piese de mobilier, unelte, culori etc. Subscorul denumirii (Naming Total) NAMET a fost de 6, dintr-un maximum de 10.

Comprehensiunea receptivă a fost normală, similar *lexiei expresive*.

Grafia a relevat tulburări de evocare a cuvintelor și disortografie. Astfel, cerându-i-se să rezume "Scufița Roșie", el a scris doar patru rânduri, în aproximativ 15 minute.

Concluzie: afazie amnestică expresivă (anomie).

CT cerebral nativ, efectuat în ziua internării, a relevat un hematom subdural fronto-parietal drept, cu accentuat efect de masă.

Pacientul a fost transferat în Clinica de Neurochirurgie, unde s-a practicat intervenția neurochirurgicală și s-au evacuat aproximativ 60 ml de sânge lacat din zona perisylviană dreaptă.

Postoperator, starea pacientului s-a ameliorat remarcabil, atât în ceea ce privește deficitul motor, cât și tulburările de limbaj.

Cazul 3

Bolnavul S.D., de 60 ani, cu **preferință manuală dreaptă, bilingv (româno-maghiar)**, cu studii medii, a suferit un TCC prin cădere de la același nivel. Nu și-a pierdut starea de conștiență, dar, în schimb, însoțitorii au relatat că acesta a prezentat, timp de câteva ore, tulburări de denumire. Asociat, s-a constatat și o hemipareză dreaptă. După două zile, a fost internat în spitalul din localitatea de domiciliu, medicul neurolog consemnând absența tulburărilor de limbaj de model afazic. La 8 zile după TCC, s-a instalat o **afazie ne fluentă Broca**, pacientul fiind transferat în Clinica de Neurologie.

Examenul afaziei a indicat un out-put verbal nonfluent, sincopat, cu tulburări de articulare, parafazii diverse și cu tulburări de evocare marcate. *Comprehensiunea orală* a fost perturbată la nivel sintactic (inabilitate în decodarea cuvintelor operaționale; bolnavul nu a sesizat, spre exemplu, diferențele între "în" și "pe").

Grafia a prezentat modificări analoage celor ale expresiei orale, dar de intensitate mai redusă. Au fost

relevante elemente centrale (lingvistice) și periferice ale agrației. S-au observat: **discaligrafie, paragrafii literale sau/și grafemice**. *Lexia receptivă* a fost mai afectată decât *comprehensiunea orală*.

Concluzie: afazie ne fluentă Broca.

CT cerebral (nativ) a indicat un hematom subdural fronto-parietal stâng.

Pacientul a fost transferat în Clinica de Neurochirurgie, unde, după evacuarea unei colecții lichidiene de aproximativ 50 ml din regiunea perisylviană stângă, tulburările de limbaj s-au disipat în aproximativ două zile.

Cazul 4

Pacienta E. N., de 72 de ani, cu **preferință manuală dreaptă, monolingvă**, cu studii medii, a suferit un TCC fără pierderea stării de conștiență și fără alte semne neurologice imediate. La aproximativ 4 săptămâni de la TCC, s-au instalat brusc o hemipareză dreaptă discretă și o **afazie fluentă Wernicke**. Bolnava a fost internată de urgență în Clinica de Neurologie, unde examenul CT cerebral a relevat o colecție sanguină temporo-parietală stângă, cu o deplasare spre dreapta a liniei mediane a creierului de 14 mm. Bolnava a fost transferată în Clinica de Neurochirurgie, unde, după craniotomie, a fost evacuat un hematom subdural subacut. La două zile postoperator, pacienta nu a mai prezentat afazie.

CT cerebral de control a relevat un hematom subdural mic, în resorbție.

Cazul 5

Pacientul B.N., în vârstă de 45 de ani, a suferit un TCC fără pierderea stării de conștiență. După acest episod, a acuzat cefălee, iar, în a patra zi de la traumatism, s-a instalat o **afazie ne fluentă Broca** similară cazului 3, prezentând, în plus, stereotipii ocazionale, de model "da, da... de, de...". Asociat, a fost remarcată o hemipareză facio-brahială dreaptă discretă.

Examenul CT a indicat un hematom subdural în stânga, cu o deplasare spre dreapta a cornului frontal al ventriculului lateral stâng și cu amputarea cornului occipital al ventriculului respectiv.

În cadrul operației efectuată în Clinica de Neurochirurgie a fost evacuată din zona perisylviană stângă o colecție de sânge de aproximativ 40 ml. Afazia a regresat la trei zile postoperator.

CT cerebral (nativ) de control a evidențiat un hematom subdural în stânga, rezidual mic.

Cazul 6

Pacientul A.E., în vârstă de 65 de ani, cu **preferință manuală stângă**, a suferit un TCC cu pierderea pentru câteva minute a stării de conștiență. Ulterior, a dezvoltat o **amnezie retrogradă**, cu o durată de aproximativ 40 de minute, precum și pareză facială stângă de tip central cu hemipareză ipsilaterală.

Examenul CT cerebral (nativ), efectuat la două zile după TCC, a indicat un hematom subdural mic, localizat temporo-parietal drept, fără deplasarea liniei mediane.

S-a apreciat că bolnavul nu prezenta indicație neurochirurgicală, preferându-se tratamentul conservator, fiind dispensarizat prin policlinică. După circa șase săptămâni, a dezvoltat tabloul clinic al unei **afazii fluente Wernicke**, cu afectarea marcată a comprehensiunii, cu out-put verbal fluent, cu parafazii multiple și cu tulburări de evocare marcate. Al doilea *CT cerebral (nativ)* a relevat un hematom subdural temporo-parietal drept, de dimensiuni mai mari decât la precedenta examinare, cu o deplasare a liniei mediane de 7 mm spre stânga.

Asociat, pacientul a dezvoltat o hemipareză stângă discretă, însoțită de o **hemihipoestezie proprioceptivă conștientă**. După drenajul hematomului, s-a constatat dispariția bruscă a deficitelor senzitivo-motorii, precum și a afaziei.

DISCUȚII

Majoritatea studiilor anatomo-clinice despre hematoamele subdurale, care afectează emisferul cerebral dominant pentru limbaj menționează afazia drept componentă a tabloului clinic [1,2].

Astfel, Mc Kisson et al. (1978), au descris 389 pacienți cu hematom subdural, dintre care 39 pacienți, 10%, au prezentat afazie [cit de 3,2].

Janicson și Yelland au studiat 249 bolnavi cu hematoame subdurale, constatând că 24 dintre aceștia au dezvoltat afazie, autorii nedescrind și tipul acesteia. În toate cazurile, afazia a fost însoțită de hemipareză [cit de 3,2].

În schimb, apariția afaziei **ca simptom unic sau dominant în hematoamele subdurale este rar citată** în literatura de specialitate. Astfel în studiul lui Okihoro et al., incidența afaziei ca simptom unic sau dominant în hematoamele subdurale este de doar 1% din totalul bolnavilor [cit de 3,2,4,5].

Plenge et al. descriu 4 pacienți cu simptome neurologice tranzitorii, inclusiv afazie, pretând clinic la diagnosticul diferențial al AIT [cit de 3,4,5,6]. În schimb examenul CT a relevat hematoame subdurale în toate cele 4 cazuri. Dintre aceștia, doar un caz a dezvoltat o tulburare de limbaj de tip afazic izolată, fără deficit motor sau senzitiv asociat.

Perlmutter et al. au sugerat câteva teorii fiziopatologice asupra genezei afaziei în hematoamele subdurale [cit de 2,3,6]:

1. existența unor gradiente presionale locale semnificative, dar reversibile;
2. hipoperfuzia și hipoxia cerebrală locală, secundare compresiunii exercitate de către hematom asupra zonelor corticale ale limbajului.

Tipurile de afazii raportate la cei 6 pacienți ai noștri au fost:

- a) afazie ne fluentă Broca: **2 pacienți**,

- b) afazie fluentă Wernicke: **2 pacienți**,
- c) afazia amnestică receptivă: **1 pacient**,
- d) afazia amnestică expresivă (anomie): **1 pacient**.

Varietatea sindroamelor afazice observate reflectă diversitatea direcțiilor după care vectorul compresiv produs de către hematomul subdural acționează asupra parenchimului cerebral [7,8,9,10].

În mod cert, afaziile din hematoamele subdurale sunt mai frecvente decât procentele raportate în diverse studii; cauzele subdiagnosticării sunt reprezentate, mai ales, de tulburările stării de conștiență asociate (confuzie, somnolență). Uneori, acestea maschează tabloul afaziei [10,11,12].

În general, afazia din hematoamele subdurale debutează brusc, iar în cele mai multe cazuri anamneza nu relevă un TCC în antecedentele personale [13,14,15]. În consecință examenul clinic neurologic, în corelație cu examinările paraclinice, în special CT cerebral, poate să pună în evidență etiologia posttraumatică (hematom subdural) a afaziei [12,16].

CONCLUZII

1. Afazia din hematoamele subdurale apare într-un interval de ore-săptămâni din momentul TCC.
2. Instalarea tulburărilor de limbaj de model afazic în hematoamele subdurale este rapidă, indicând existența unui anumit prag critic la compresiunea ariilor corticale ale limbajului de către hematom.
3. Tipurile de afazie din hematoamele subdurale variază în funcție de localizarea hematomului subdural, volumul acestuia, precum și de vectorul compresiv care acționează asupra parenchimului cerebral.
4. Afazia se ameliorează semnificativ de rapid după evacuarea hematomului subdural.

Bibliografie

1. Adams RD, Victor M. Principles of Neurology. Six Edition (Chapter, 23: Affections of Speech and Language) International Edition 1997, Mc Graw-Hill. Inc.
2. Dece S, Baston R, Kasdon DL, et al. Aphasia in Subdural Hematoma. Arch Neurol, March 1983; 40: 177-178.
3. Kory Calomfirescu Ș, Kory-Mercea M. Afazia în accidentele vasculare cerebrale. Editura Casa Cărții de Știință, Cluj-Napoca, 1996.
4. Gainotti G. et al. Anomia with and without lexical comprehension disorders. Brain and Language, 1986; 29: 18-33.
5. Goodglass H, Kaplan E. The assessment of aphasia and related disorders. William and Wilkins, Second Edition (Reprinted 1996).
6. Gonon MAH, Bruckert R, Michel F. Lexicalization in an anomic patient. Neuropsychologia, 1989; 27(4): 391-407.
7. Jianu DC. Elemente de afaziologie. Editura Mirton, Timișoara 2001; 174-179.
8. Kertesz A. Western Aphasia Battery. London, Ontario, University of Ontario, 1980.
9. Papagno C, et al. Two cases of progressive anomia; a clinical-MRI study. Brain and language 1998; 65: 1-7, 125-127.

-
10. Arboix A, Martí-Vilalta JL. New Concepts in Lacunar Stroke Etiology: The Constellation of Small – Vessel Arterial Disease. *Cerebrovascular Diseases* 2004; 17(1): 58-62.
 11. Pang G, Zuo-quan C, Yu-hai B, et al. **Correlation Between Carotid Intraplaque Hemorrhage and Clinical Symptoms: Systematic Review of Observational Studies.** *Stroke* 2007; 38(8): 2382-2390.
 12. Băjenaru O. Ghiduri de diagnostic și tratament în neurologie. Ed. Amaltea 2005; 7-27.
 13. Kory-Mercea M. Comunicarea nonverbală în afazie la bolnavii cu accidente vasculare cerebrale. *Acta Neurol. Transilvaniae* 1999; 1: 48-49.
 14. Kory Calomfirescu Ș, Moș A, Kory-Mercea M. Afazia prin hematom al talamusului stâng. A IV-a Conferință Națională de Stroke, 2001; 83.
 15. Jianu DC, Petrica M, Ioncu-Deme S, et al. **Considerații anatomo-clinice asupra unor cazuri de afazie tanscorticală motorie, senzorială și mixtă.** *Neurologia medico-chirurgicală*, 2000; V: 45-54.
 16. Phillips SJ, Dai D, Mitnitski A, et al., **on behalf of the GAIN Americas Investigators.** Clinical Diagnosis of Lacunar Stroke in the First 6 Hours After Symptom Onset Analysis of Data From the Glycine Antagonist In Neuroprotection (GAIN) Americas Trial. *Stroke*, 2007, 38(9): 2706-2711.