

Conservatieve behandeling van traumatische hersenletsels*

DOOR PROF. DR. J. W. G. TER BRAAK**

De grens welke men zou kunnen trekken tussen „lichte” en „zware” traumatische hersenletsels, is zeer arbitrair. Men kan bijvoorbeeld van een „zwaar” letsel spreken, wanneer de bewusteloosheid langer duurt dan een half uur. Een patiënt, die binnen het half uur weer bij kennis is doch een ernstige hemiplegie heeft, zou dan een „licht” hersenletsel hebben!

Voor de huisarts zou men de grens kunnen leggen tussen gevallen die wel en die niet thuis kunnen worden behandeld. Dit is dan echter niet de grens tussen „commotio” en „contusio”, want een contusie (gedefinieerd als een plaatselijke hersenbeschadiging, doorgaans met bloed in de liquor) kan zeer licht zijn. Daarentegen zal het overgrote deel van de gevallen, waarvoor ziekenhuisopname nodig is, wél (onder meer) een contusie hebben. Uitzonderingen hierop zijn patiënten met verlies van liquor uit oor of neus — ook wanneer er geen contusie is of althans niet kan worden aangetoond — en wel in verband met het meningitisgevaar; verder vormen een uitzondering patiënten met een schedelfractuur die zodanig verloopt, dat een verscheuring van de a. meningea media mogelijk is, wat de ontwikkeling van een extraduraal hematoom tot gevolg zou hebben.

Het bestaan van een schedelbasisfractuur stemt de patiënt nog niet tot een „ernstig geval”; waar het op aankomt, is de ernst van de beschadiging van de hersenen, respectievelijk de hersenzenuwen.

De redenen waarom iemand met een „ernstig” letsel in een ziekenhuis conservatief moet worden behandeld, kunnen zijn:

- 1 onrust, die regelmatige bewaking en sedering nodig maakt (voorzichtig met Largactil bij patiënten met shock waarbij bloeddrukdaling gevaarlijk kan zijn, en nog voorzichtiger met opiaten!);
- 2 ademhalingsmoeilijkheden, waarvoor tracheotomie is aangewezen (behoudens in afwachting van een acute chirurgische ingreep, wordt als regel geen beademing toegepast);
- 3 hyperthermie, te behandelen met koeling, novalgine, eventueel „cocktail”; de orthodoxe hibernatie wordt weinig meer toegepast;

* Voordracht gehouden op de studiedag traumatologie, ziekenhuis Dijkzigt te Rotterdam, 28 april 1962.

** Hoofd van de afdeling neurologie, ziekenhuis Dijkzigt te Rotterdam.

- 4 ontregeling van de bloeoelectrolyten, dehydratie enzovoort, te behandelen met diverse infusen.

Wanneer bovengenoemde indicaties ontbreken, kan de patiënt thuis worden behandeld. Dit zijn dus de patiënten met een „commotio” en „lichte contusie”; theoretisch geheel verschillende ziektebeelden, in de praktijk echter moeilijk te onderscheiden. Gemakshalve zal ik daarom verder slechts van commotio spreken.

Hoe stelt men vast, of er een commotio is geweest? Voor velen is een conditio sine qua non de bewusteloosheid en de daarmee samenhangende amnesie. De anamnese is op dit punt, wanneer beide symptomen slechts kort hebben geduurd, nogal eens onbetrouwbaar; het is verder bekend, dat de patiënt een groter tijdvak van amnesie aangeeft dan de duur van de door anderen waargenomen bewusteloosheid. Zo kan er ook een amnesie bestaan zonder dat objectief bewusteloosheid is waargenomen. Let men op de ernst van de na-verschijnselen, die zo vaak na een hersentrauma kunnen voorkomen, dan is het de vraag of het absolute criterium van de bewusteloosheid wel zo bruikbaar is.

De bekende „postcommotionele” verschijnselen die vele maanden kunnen duren (hoofdpijn, vooral bij standveranderingen van het hoofd, duizeligheid van vaag, niet vestibulair type, slaapstoornissen, verhoogde emotionaliteit, prikkelbaarheid, concentratiezwakte, vegetatieve labiliteit enzovoort, zien wij ook bij patiënten, van wie geen periode van bewusteloosheid bekend is. De vraag, of deze stoornissen op een organische hersenstoornis berusten of „psychogeen” zijn, is nog niet afdoende beantwoord. Het stereotype vóórkomen van deze klachten en stoornissen, ook bij in het geheel niet tot neurose gepredisponeerde mensen, heeft mij persoonlijk de overtuiging gegeven dat wij hier wel te doen hebben met organische hersenstoornissen.

Intussen, enige symptomatologie zal er moeten zijn, willen wij de noodzaak van een in te stellen therapie inzien. Belangrijke verschijnselen zijn dan hoofdpijn, braken, vasomotorische stoornissen, bradycardie. Aan het gewone neurologische onderzoek heeft men niet veel omdat dit meestal negatief is; toch moet men dit niet nalaten, opdat ernstige complicaties niet over het hoofd worden gezien. Veel objectief grijpbaars heeft men dus niet. Veranderingen in het bloedbeeld (van Valkenburg), bestaande uit een absolute en relatieve lymfopenie, zijn vermoedelijk niet specifiek (zogenaamd algemeen „stress”-bloedbeeld); toch kan dit van nut

zijn bij gevallen, waarin geen noemenswaardig niet-cerebraal letsel is.

Dat bedrust een adequate therapie is voor commotio, is mijns inziens nooit streng wetenschappelijk bewezen. Instinctief zal de patiënt met de bovengenoemde symptomen gewoonlijk beginnen met in bed te kruipen en rustig te blijven liggen, maar dat hierdoor met enige zekerheid de zo hinderlijke naverschijselen kunnen worden voorkomen, kan zeker niet worden gezegd. Vroeger was er een rigoureuze vastgestelde termijn voor de bedrust (volgens sommigen precies vier, volgens anderen zes weken). Mij lijkt dit te ver gaan; ik voel het meest voor een meer individualiserende behandeling; verdwijnen de klachten na enkele dagen, dan kan voorzichtig wat meer vrijheid worden toegestaan die, op geleide van het welbevinden, steeds ruimer kan worden gemaakt. Wel ziet men de eerste dagen soms een hypomaan aandoend beeld, dat de patiënt zijn toestand te optimistisch doet beoordelen. Daarom lijkt het mij verstandig, althans voor enkele dagen, min of meer schematisch aan de bedrust vast te houden.

Het is verder nog een veel geëerbiedigde traditie dat de patiënt geheel „plat” moet liggen, hoewel vele patiënten dit in het geheel niet aangenaam vinden. Ik zou aan deze eis ook niet willen vasthouden en de patiënt vrij laten de houding te kiezen, die hem het best bekomt.

De behandeling met vochtbeperking en dehydrerende middelen (magnesiumsulfaat en dergelijke) is uit de tijd. Medicamenten geve men naar behoefte, bijvoorbeeld fenobarbital bij hoofdpijn en bij slapeloosheid; eventueel antineuralgica; tegen braken prochlorperazinum (stémétil) en dergelijke.

Een belangrijk deel van de zorg voor deze patiënten bestaat in het letten op verschijnselen van die traumatische aandoeningen, die zich na een zogenaamd „vrij interval” kunnen ontwikkelen (extraduraal respectievelijk subduraal hematoom). Van belang is dus de controle van de helderheid van het bewustzijn, die daarom niet nodeloos mag worden vertroebeld door sedativa en hypnotica. Verder controleer men vanaf het begin de pupillen (belangrijker dan de papillen!), de bloeddruk en de polsfrequentie; maar de bewustzijnstoestand is toch het belangrijkste.

Discussie (discussieleider: H. Sluzewski).

Van der Does: Ik heb nogal eens de gewoonte met de familie van een patiënt met een schedeltrauma af te spreken, de patiënt de eerste nacht na het trauma enkele keren te wekken; is dit zinvol naar uw mening?

Bremer: Ik spreek met de familie af, dat zij de patiënt thuis om het uur iets laten drinken; zodra de patiënt niet meer kan drinken en dus bewusteloos is moet men mij waarschuwen.

Ter Braak: Dit lijkt mij inderdaad een zeer goede methode.

Vraag: Wat is de betekenis van de postcommotionele glucosurie en hoe lang na het trauma ontstaat deze? Deze vraag doe ik naar aanleiding van een van mijn patiënten die tweemaal een hersentrauma had, waarbij beide malen drie weken na het trauma een glucosurie ontstond.

Ter Braak: de postcommotionele glucosurie berust op een hersenprikkeling tengevolge van het trauma, te vergelijken met de „piqûre diabétique” van Claude Bernard; doorgaans is deze onmiddellijk na het ongeval aanwezig en het ontstaan pas na enige weken is zeer ongewoon en zou de veronderstelling doen opkomen dat er ook voor het ongeval iets met de suikerstofwisseling van de patiënt niet in orde was, tenzij zich natuurlijk één of andere posttraumatische aandoening als een min of meer zelfstandig syndroom heeft ontwikkeld.

Langelaar: Hoe is uw mening over de reactie van Romberg bij een commotio cerebri?

Ter Braak: Een positief uitvallende proef van Romberg bij de postcommotionele stoornissen is naar mijn ervaring in het overgrote deel van de gevallen een uiting van een psychogene stoornis. Men kan dat dikwijls controleren door tijdens het uitvoeren van de proef de patiënt af te leiden met andere proeven (bijvoorbeeld wijsproeven); zeer vaak ziet men dan dat de proef van Romberg negatief wordt. Dit neemt niet weg dat er natuurlijk ook een „organische” Romberg kan voorkomen, bijvoorbeeld bij stoornissen van het vestibulaire stelsel. Specifiek voor een postcommotionele aandoening is deze proef dan natuurlijk geenszins.

Cohen: Ik meen, dat het postcommotionele syndroom vaker gezien wordt bij mensen die onder de ziekte- of ongevallen-wet vallen, dan bij degenen die in vrije beroepen werkzaam zijn, of bij huisvrouwen. Zou dit er niet op wijzen dat dit postcommotionele syndroom niet organisch, doch afhankelijk van een bepaalde situatie is?

Ter Braak: Over het al dan niet psychogeen zijn van het postcommotionele syndroom lopen de meningen nog steeds uiteen. Ongetwijfeld leent het syndroom zich zeer goed voor neurotiseren. Het feit, dat ik het syndroom in zijn typische uitingen ook zag bij personen waarbij een neurotische „ziektewinst” nauwelijks in aanmerking kwam, verder het stereotiepe karakter van het syndroom en de combinatie met duidelijke vegetatieve stoornissen, hebben mij de overtuiging gegeven dat er toch een organische stoornis aan ten grondslag ligt. Men moet wel bedenken dat ons gebruikelijke neurologische onderzoek uiterst grof is, zodat aan het ontbreken van neurologische afwijkingen natuurlijk slechts een zeer beperkte waarde kan worden gehecht.

Van der Putten: Zou er niet enige correlatie bestaan tussen organische of psychische genese van het postcommotionele syndroom en afwijkingen op het electroëncefalogram?

Ter Braak: Ook ten aanzien van de correlatie met de electroëncefalografische afwijkingen moet men voorzichtig zijn. Ik zou het zo willen stellen, dat afwijkingen in het electroëncefalogram wel voor een organische stoornis pleiten, maar dat het ontbreken van afwijkingen deze niet uitsluit.

Bol: Is Aramine, dus een noradrenaline-achtig preparaat, toegestaan bij shock door ernstig hersenletsel als deze shock niet ontstaat door uittreden van bloed?

Ter Braak: Met Aramine en andere noradrenaline-achtige preparaten bij hersenletsels zou ik voorzichtig willen zijn; er zijn mededelingen in de literatuur, dat door deze middelen weliswaar de bloeddruk wordt verhoogd, maar dat niettemin de doorstroming van de hersenen als gevolg van de vasoconstrictie afneemt.

Van der Slikke: In het algemeen moet men bij traumatische shock, die meestal een verbloedingsschok is, erg terughoudend zijn met Aramine en dergelijke; de belangrijkste maatregel is, zorgen voor vulling van het vaatstelsel.