

Chronisch subduraal hematoom

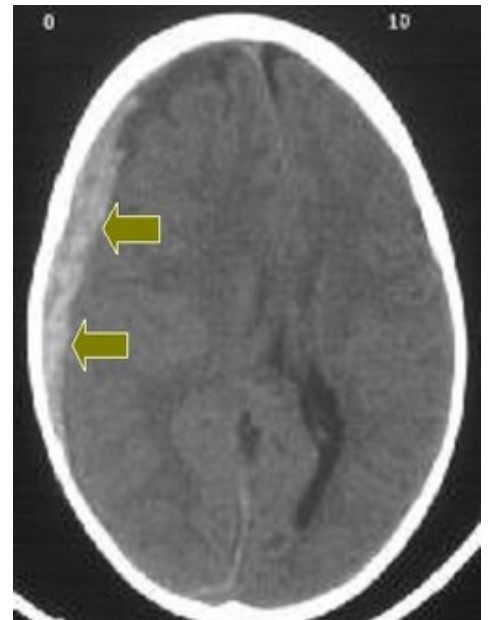
Neurochirurgie

Inleiding

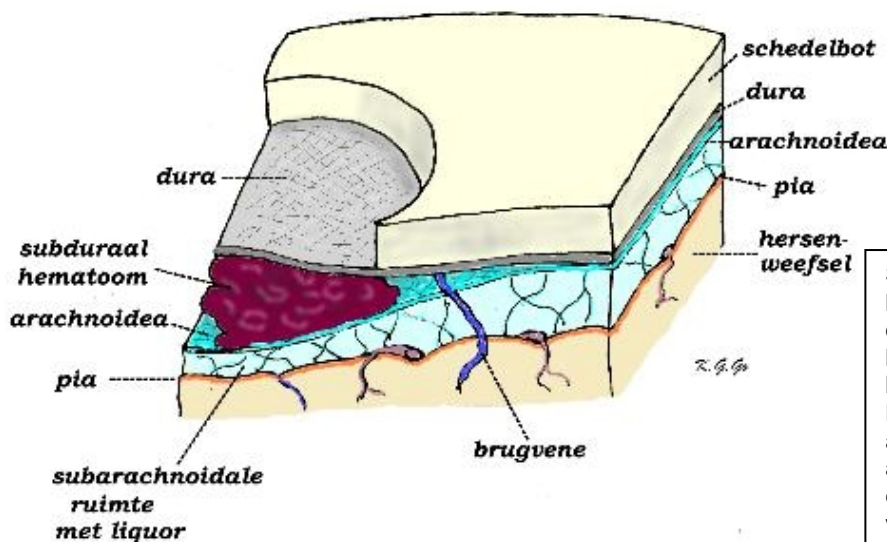
Bij u is een chronisch subduraal hematoom vastgesteld, ook wel cSDH genoemd. Deze folder geeft algemene informatie over de bijbehorende klachten, behandelmogelijkheden en zaken waar u rekening mee moet houden. De neurochirurg bespreekt met u waarom de ingreep nodig is en welke resultaten na de operatie te verwachten zijn. In de praktijk spelen allerlei factoren een rol, die samen bepalen wat de beste aanpak is bij de behandeling van de individuele patiënt.

Wat is een chronisch subduraal hematoom?

We onderscheiden 2 vormen van een subduraal hematoom: het acute subdurale hematoom en het chronische subdurale hematoom. In deze folder zullen we ons beperken tot het chronische subdurale hematoom. De hersenen worden omgeven door 3 hersenvliezen (van buiten naar binnen): het harde hersenvlies (de dura mater), het spinnenwebvlies (de arachnoïdea) en het zachte hersenvlies (de pia mater). Bij een subduraal hematoom is er sprake van een bloeditstorting (hematoom) in de ruimte tussen het harde hersenvlies en het spinnenwebvlies. De oorzaak van de bloeditstorting is een verscheuring van een ader die zich bevindt in de ruimte tussen het harde hersenvlies en het spinnenwebvlies. Door de bloeditstorting treedt verdringing op van het onderliggende hersenweefsel. De verscheuring is het gevolg van een val of een schok (bijvoorbeeld stoten) van het hoofd. Ouderen hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van een chronisch subduraal hematoom. Dit komt doordat de hersenen in de loop van het leven krimpen waardoor de ruimte tussen het hersenoppervlak en de vliezen toeneemt. De aderen die deze ruimte moeten overbruggen lopen daardoor meer gestrekt. Dit maakt deze aderen kwetsbaarder voor verscheuring. Andere risicofactoren zijn: frequent vallen, het gebruik van bloed verdunnende medicijnen en alcoholmisbruik. Het vermoeden van een chronisch subduraal hematoom wordt bevestigd door middel van een CT scan. Op de scan kan de aandoening duidelijk herkend worden als een halvemaanvormige ruimte aan de buitenkant van de hersenen, meestal aan één kant van het hoofd.



Het subdurale hematoom afgebeeld op een CT scan van de hersenen.



Situatietekening van een chronisch subduraal hematoom bij een boorgat. Dit boorgat is door de neurochirurg gemaakt om hierlangs de bloeditstorting te verwijderen. De bloeditstorting ligt onder de dura maar op de arachnoïdea. Naast het hematoom is een brugvene afgebeeld die de ruimte tussen dura en arachnoïdea overbrugt. De oorzaak van een chronisch subduraal hematoom is meestal verscheuring van zo'n brugvene.

Klachten

Klachten van een chronisch subduraal hematoom beginnen vaak sluipend. Het hematoom dat binnen het hoofd plaats inneemt ten koste van de hersenen, geeft klachten van hoofdpijn en misselijkheid, soms met braken. Gaat de aandoening verder, dan kan de patiënt verlammingen van een arm of een been gaan vertonen, of hij kan spraakstoornissen krijgen waardoor hij niet meer kan zeggen wat hij eigenlijk wil zeggen (afasie). Ook kan hij stuipen of toevallen krijgen met schokken van armen en benen (epileptisch insult). Verder kunnen zijn geestelijke vermogens achteruit gaan (verwardheid, gedragsveranderingen) en kunnen er problemen ontstaan met het ophouden van de urine (incontinentie) waardoor ten onrechte aan het intreden van een dementie kan worden gedacht. Tenslotte kan de patiënt toenemend slaperig en suf worden en zelfs bewusteloos raken.

Er zijn chronische subdurale hematomen, die niet zo groot zijn geworden dat ze klachten geven en alleen bij toeval op een scan worden gevonden. Zulke chronische subdurale hematomen die geen klachten veroorzaken, hoeven niet geopereerd te worden. Wel dient geregeld te worden gecontroleerd, of ze niet groter worden omdat het dan nodig kan zijn dat ze alsnog verwijderd moeten worden.

Behandeling

Er zijn twee opties voor de behandeling van een chronisch subduraal hematoom, te weten conservatief (zonder operatie) en operatief. Welk beleid het meest geschikt is, is afhankelijk van de ernst van de symptomen, de grootte van de bloeduitstorting en bijkomende factoren, zoals het gebruik van bloed verdunnende medicijnen.

Conservatief: de verschijnselen en klachten worden geobserveerd en indien nodig wordt de CT scan herhaald. Er kan een behandeling met het medicijn dexamethason worden gestart. Door de dexamethason kan de omvang van het chronisch subduraal en daarmee de klachten afnemen. Bij het gebruik van dexamethason moet de bloedsuikerspiegel goed in de gaten worden gehouden. Indien dexamethason onvoldoende resultaat biedt kan in overleg met de neurochirurg een operatie worden besproken.

Operatief: er kan voor een operatie worden gekozen als de klachten van het chronisch subduraal hematoom teveel hinder geven. Daarbij moet er op een CT-scan een chronisch subduraal hematoom zichtbaar zijn die past bij de klachten. De neurochirurg informeert u over de voor- en nadelen van een operatie. In sommige specifieke situaties is een spoedoperatie noodzakelijk, bijvoorbeeld bij toenemend bewustzijnsverlies.

Operatie

De operatie kan zowel onder plaatselijke verdoving als onder algehele narcose worden uitgevoerd. Via een klein sneetje in de hoofdhuid worden één of enkele boorgaten gemaakt precies boven de plaats waar het hematoom zich volgens de CT-scan bevindt. Via het boorgat wordt een gaatje in de dura gemaakt, waardoorheen de chirurg al direct het donkere hematoom naar buiten ziet vloeien. Door het gaatje in de dura wordt een slangetje (drain) in het hematoom gebracht en via het slangetje wordt het hematoom weggespoeld. Tenslotte kan het slangetje aangesloten op een opvangzakje en wordt de wond gehecht. In het opvangzakje kunnen eventuele hematoomresten worden opgevangen. Het slangetje wordt na één of twee dagen door de neurochirurg of physician assistant verwijderd, waarna de insteekopening met één hechting wordt overhecht.

Mogelijke complicaties

Zoals bij iedere ingreep, kunnen ook tijdens en na de operatie van een chronisch subduraal hematoom complicaties optreden. Mogelijke complicaties zijn:

1. Bloeding / nabloeding met uitval van hersenfuncties (spraakstoornis, verlamming, bewustzijnsverlies, epilepsie, slik- ademstoornis, persoonlijkheidsverandering). Dit kan tijdelijk of blijvend zijn en in bijzondere gevallen kan een druk verlagende spoedoperatie noodzakelijk zijn. In zeer zeldzame gevallen kan een nabloeding levensbedreigend zijn.
2. Er kunnen oppervlakkige of diepe infecties optreden. Oppervlakkige infecties die het genezingsproces van de wond verstoren, genezen meestal na lokale behandeling van de wond, zij het vertraagt. Slechts zelden is een vervolgooperatie noodzakelijk. Diepere infecties kunnen te maken hebben met de tussenruimte tussen hersenen en schedel of de hersenen zelf. Zeer zeldzaam kan een hersenvliesontsteking optreden. In de meeste gevallen kan een infectie antibiotisch behandeld worden. Uiterst zeldzaam is een vervolgooperatie noodzakelijk. Slechts uiterst sporadisch dringt een infectie in de bloedbaan door (met als gevolg bloedvergiftiging, sepsis).
3. Er kunnen zich bloedstolsels vormen (trombose), die in de longen (longembolie) of, bij een defect in het boezemtussenschot van het hart, ook in de hersenen terecht kunnen komen, waardoor levensbedreigende ademnood en problemen met de bloedsomloop c.q. een hartinfarct kunnen worden veroorzaakt.

4. Bij een craniotomie voor chronisch subduraal hematoom is het voornamelijk doel verlagen van druk in het hoofd. Afhankelijk ervan of de hersenen de vrijkomende ruimte weer innemen kan een chronisch subduraal hematoom opnieuw ontstaan. Soms zijn vervolgingrepen hiervoor noodzakelijk.
5. Bij de meeste patiënten die behandeld worden voor een chronisch subduraal hematoom treedt er goed herstel op van de klachten. Soms kunnen klachten echter blijven bestaan mogelijk doordat er een beschadiging van de hersenen is ontstaan.

Beloop na de operatie

Na de operatie herstelt het merendeel van de patiënten voorspoedig; de hoofdpijn, de verlammingen en de spraakstoornissen verdwijnen snel en na enkele dagen kunnen de patiënten weer grotendeels of geheel hersteld naar huis. Echter kunnen de voorheen bestaande klachten ook nog grotendeels ongewijzigd zijn. Een controle CT-scan zal moeten uitwijzen of de druk op de hersenen is verminderd of nog ongewijzigd is. Een tweede operatie kan in sommige gevallen noodzakelijk zijn.

Indien de operatie en het beloop erna zonder problemen verlopen, kunt u na vaak na twee tot drie nachten in ons ziekenhuis, naar huis worden ontslagen. Indien u nog niet in staat bent om u zelfstandig te verzorgen en/of bewegen binnen uw eigen woonomgeving kan aanvullende zorg worden aangevraagd.

Wondverzorging

Tijdens de operatie is uw wond gehecht. Hierover kunnen hechtstrips worden geplakt, indien aanwezig moeten deze na 10 dagen worden verwijderd. De wond hoeft niet bedekt te worden met een pleister, dit vermindert het risico op een infectie niet. De hechtingen moeten na 10 dagen worden verwijderd bij de huisarts. De wond geneest voor het grootste deel binnen twee weken. De volledige wondgenezing duurt echter zes weken.

Roken heeft een negatief effect op de wondgenezing, waardoor de kans op een complicatie zoals een infectie veel groter is. Ook het herstel na de operatie duurt langer als u rookt. Als u rookt, adviseren wij u om minimaal 8 weken te stoppen met roken: ten minste 4 weken vóór de operatie tot minstens 4 weken ná de operatie.

Wanneer contact opnemen?

Heeft u de eerste zes weken na ontslag uit het ziekenhuis één van onderstaande klachten, neem dan contact op met:

- het secretariaat van de polikliniek Neurocentrum, telefoon (053) 487 28 40 (tijdens kantooruren);
- verpleegunit Neurochirurgie (E5), route E51, telefoon (053) 487 28 70 (buiten kantooruren).

Mogelijke klachten zijn:

- koorts boven de 38,5°;
- een opengaan wond;
- een ontsteking; de wond wordt dan rood, hard, warm of gaat pijnlijk kloppen;
- een grote hoeveelheid vocht uit de wond;
- plotselinge benauwdheid;
- hevige pijn, die ondanks pijnstilling niet verbetert;
- toename van klachten (verlamingsverschijnselen, spraakstoornis, hoofdpijn, epilepsie).

Neem contact op in alle gevallen waarin u zich niet goed voelt en het niet vertrouwt. U kunt ons beter een keer te veel dan te weinig bellen. Na deze zes weken kunt u contact op nemen met uw huisarts. De huisarts wordt geïnformeerd over uw verblijf in het ziekenhuis.

Controleafspraak

Zes weken na de operatie heeft u een controleafspraak met de neurochirurg.

Aanvullende informatie

Algemene informatie over de opname kunt u vinden op de website van ons ziekenhuis:

<https://www.mst.nl/p/documenten/uw-opname-in-mst-goed-voorbereid-naar-het-ziekenhuis/>

Meer informatie over een chronisch subduraal hematoom en de operatie kunt u vinden op de website van

Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN): <https://www.nvvn.org/patienteninfo/schedel-en-hersenen/hersenbloedingen/>

Belangrijke contactgegevens

Medisch Spectrum Twente
Koningsplein 1, 7512 KZ Enschede
Poli neurocentrum, route C21, Telefoon (053) 4 87 28 40

Tenslotte

U heeft recht op juiste en volledige informatie. Pas als u voldoende inzicht heeft, kunt u weloverwogen toestemming geven voor een bepaalde behandeling of een bepaald onderzoek. Als iets u niet geheel duidelijk is, vraagt u de behandelend arts of verpleegkundige dan om nadere uitleg.