

Wat is het beleid bij een commotio cerebri met bewusteloosheid, braken en retrograde amnesie?

E.J. Delwel

Inleiding

De commotio cerebri, in de volksmond de 'hersenschudding', is de lichtste vorm van traumatisch hersenletsel. Per definitie is sprake van een kortdurend bewustzijnsverlies (< 15 min) en een posttraumatische amnesie < 1 uur. De posttraumatische amnesie is de inprentingsstoornis direct aansluitend aan het ongeval. De patiënt is wakker en lijkt adequaat, maar kan zich deze periode later niet meer herinneren. De lengte van de posttraumatische amnesie is een maat voor de ernst van het hersenletsel. Dit in tegenstelling tot de retrograde amnesie. De retrograde amnesie betreft de periode voorafgaande aan het hersenletsel. Deze periode krimpt in het algemeen in de loop van enkele dagen zodat de patiënt zich steeds meer zal herinneren van de periode voorafgaande aan het ongeval. De commotio cerebri vormt 80% van alle schedel-hersenletsels.

De commotio cerebri wordt onderscheiden van de contusio cerebri, de ernstiger vorm van hersenletsel. Bij de contusio cerebri is per definitie sprake van aantoonbare structurele hersenbeschadiging, zoals een parese of afasie of een langdurig bewustzijnsverlies (> 15 min) en/of een posttraumatische amnesie langer dan 1 uur. Het onderscheid tussen commotio en contusio cerebri is overigens vrij arbitrair.

Beleid bij de patient met een commotio cerebri

Het merendeel van de patiënten met een commotio cerebri is weer bij bewustzijn als ze gezien worden door een arts. Veel patiënten klagen over hoofdpijn, braken en zijn nogal eens motorisch onrustig en soms opvallend

slaperig. In het algemeen kunnen deze patiënten naar huis worden gestuurd met een wekadvis à 1 uur mits het bewustzijn weer helder is en er geen neurologische afwijkingen zijn. Eventueel kunnen pijnstillers en antiemetica worden voorgeschreven, bij voorkeur suppositoria. Een dag later dient de patiënt zich ter controle te melden bij de huisarts. Op geleide van de klachten kan de patiënt zijn activiteiten dan weer gaan hervatten.

Complicaties

Een belangrijke complicatie van een schedel-hersenletsel is de ontwikkeling van een intracranieel hematoom. Dit kan zich ontwikkelen na een symptoomvrij interval (het lucide interval) van enkele uren tot soms enkele dagen na het ongeval. Meestal gaat het hierbij dan om een epiduraal hematoom, gelokaliseerd tussen de dura mater en de schedel en wordt veroorzaakt door een ruptuur van (een tak van) de arteria meningea media. Aangezien het een arteriële bloeding betreft, treedt er vaak een snelle neurologische achteruitgang op en kan zonder neurochirurgische interventie de dood tot gevolg hebben door hersenstamcompressie in het kader van cerebrale inklemming. Deze complicatie vormt de reden voor het wekadvis.

Een andere complicatie na een schedel-hersenletsel is meningitis. De kans hierop is aanwezig bij een open verbinding met de liquorruimten.

De kans op beide genoemde complicaties neemt sterk toe bij het bestaan van een fractuur van schedeldak respectievelijk schedelbasis. Een schedelbasisfractuur kenmerkt zich door bloed en/of liquorverlies uit neus of oor. Een aangetoonde schedel(basis)fractuur vormt een indicatie voor klinische observatie. Dit heeft geleid tot

E.J. Delwel (✉)
neurochirurg, Academisch Ziekenhuis Dijkzigt te Rotterdam

richtlijnen voor het vervaardigen van een X-schedel en/of een CT-scan.

Indicaties voor het vervaardigen van een schedelfoto:

- neurologische uitvalsverschijnselen;
- liquor uit neus of oor;
- verdenking op penetrerend schedelletsel;
- wond of zwelling op hoofdhuid;
- moeilijk te onderzoeken patiënt (alcohol, drugs).

Naast de schedelfractuur zijn er andere algemeen aanvaarde richtlijnen voor opname in een ziekenhuis (zie onder). Ook (zeer) jonge kinderen kunnen na een commotio cerebri in het algemeen beter kortdurend ter observatie worden opgenomen. Redenen hiervoor kunnen zijn: kans op ontwikkeling van de "kindercontusie" (massale hersenzwelling, vaak na een lucide interval), een verhoogde kans op insulten, meer kans op een hypovolemische shock bij een eventuele hoofdwond, verdenking battered child syndrome, angst en onzekerheid bij ouders. Tenslotte kan bij kinderen jonger dan een jaar een epiduraal hematoom ontstaan zonder aangetoonde schedelfractuur.

Indicaties voor opname bij schedel-hersenletsel:

- persisterende bewusteloosheid;
- posttraumatische amnesie > 1 uur;
- bewustzijnsverlies > 15 min;
- secundaire achteruitgang van het bewustzijn;
- schedelfractuur;
- bloed en/of liquor uit neus of oor;
- belangrijke letsels elders aan het lichaam;
- gebruik van anticoagulantia;
- coagulopathie;
- intoxicatie (alcohol, drugs);
- geen begeleidend persoon thuis aanwezig;
- jonge leeftijd;
- afwijkingen op een CT-scan schedel;

Het postcommotionele syndroom

Soms treden – ook na een relatief gering hersenletsel – restverschijnselen op als hoofdpijn, duizeligheid, moeheid, geheugen- en concentratiestoornissen en karakterveranderingen. Deze klachten zijn deels organisch, deels psychisch van origine en verdwijnen in het algemeen geleidelijk in de loop van weken tot maanden. Goede informatie, geruststelling en stimuleren tot het hervatten van het normale leven is belangrijk. Een kleine groep patiënten houdt na een commotio cerebri permanente klachten over die tot problemen kunnen leiden in de psychosociale sfeer. Begeleiding door een revalidatiearts is dan geïndiceerd.

Samenvatting

De commotio cerebri is de lichtste vorm van traumatisch hersenletsel en herstelt in het algemeen restloos. In enkele gevallen treden blijvende restverschijnselen op waarvoor verder onderzoek en adequate begeleiding is geïndiceerd. De aanwezigheid van een schedelfractuur verhoogt het risico op ernstige complicaties aanzienlijk en vormt de belangrijkste reden voor opname.

Literatuur:

- Braakman R. Ongevallen. In: Hijdra A, Koudstaal PJ, Roos RAC (red). Neurologie. Utrecht: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge 1994; 290-304.
- Mapstone TB. Evaluation & treatment of acute pediatric head injuries. Contemporary Neuro surgery 1996; Vol. 18 (No 1): 1-6.
- Mendelow AD, Teasdale G, Jennett B, Bryden J, Henssett C, Murray G. Risks of intracranial haematoma in head injured adults. Br Med J 1983; 287: 1173-76.