

Akut Epidural Hematomların Non-Operatif Tedavisi

Nonoperative Treatment of Acute Epidural Hematomas

SAVAŞ CEYLAN, KAYHAN KUZEYLİ, KONURALP İLBAY, FADIL AKTÜRK

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı, Trabzon

Özet : Non-operatif olarak tedavi edilen akut epidural hematumlu (EDH) 20 vakalık seri sunuldu. Bu EDH'lara travmadan sonraki ilk 6 saat içinde tanı konuldu ve kontrol Bilgisayarlı Tomografi (BT) lerle takip edildi. Tüm hastaların BT'lerinde hematomların 2 ila 6 haftalık bir periyotta rezolüsyona uğradığı gösterildi. Tıbbi tedavinin sonucunu etkileyen faktörler tartışıldı.

Anahtar Kelimeler : Epidural hematoma, Kafa Travması non-operatif tedavisi

Summary : The authors report a series of 20 patients with acute epidural hematomas (EDH) that were not evacuated surgically. These EDH, were diagnosed within first 6 hours after injury and were followed by serial CT scanning. All patients showed resolution of the hematoma on CT scanning over a period of 2 to 6 weeks. Factors that influence outcome of medical treatment are discussed.

Key Words : Epidural hematoma, Head Trauma non-operative treatment.

GİRİŞ

EDH'lar hayatı tehdit eden lezyonların en yaygınlarından biridir. Erken tanı ve cerrahi boşaltım tedavinin belirleyici özellikleridir. BT kullanımıyla tedavinin planlanması büyük ölçüde kolaylaşmıştır. Son zamanlarda seri BT'lerle yakın gözlem altında tutulan küçük EDH'ların cerrahi olmayan tedavisine ilişkin yayınların sayısında belirgin artış olmuştur (1,5,7,9,10,11,12,14,17). Başlangıçta non-operatif tedavi esas olarak subakut (travma sonrası 3. ve 14. gün arasında) ve kronik (travma sonrası 2 hafta ve üzeri) EDH'ları bulunan hastalarda uygulanmıştır (3,4,7,9,16,17), daha sonraları ise akut EDH'ların spontan iyileşme ile ilgili yayınlar yapılmıştır (8,10,11,14,15).

Bu çalışmada, spontan olarak iyileşen akut EDH'lu 20 vakalık bir seri sunuldu.

KLİNİK MATERYAL

Ocak 1988 ve Mayıs 1992 tarihleri arasında toplam 68 EDH'lu hastadan konservatif olarak tedavi edilen 20 hasta seçildi.

Tablo 1'de 20 hastanın klinik ve BT bulguları gösterilmiştir. Bu EDH'ların 5'i temporoparietalde, 4'ü frontalde, 5'i parietalde, 1'i temporalde, 3'ü frontotemporalde, 2'si de posterior fossada lokalize edildi. Hastaların yaşları 1 ila 17 arasındadır (ort. 7,4) Hastaların hiçbirinde, tanı esnasında fokal kortikal kompresyon bulgusu yoktu. Beş hastada 4 dakikadan daha az süreli geçici bilinç kaybı olmuştu.

Tüm hastalara travmadan sonraki ilk 6 saat içinde BT çekildi.

Hastaneye başvurularından sonra tüm hastaların nörolojik durumları ve vital bulgularındaki değişiklikler açısından yakından izlendiler.

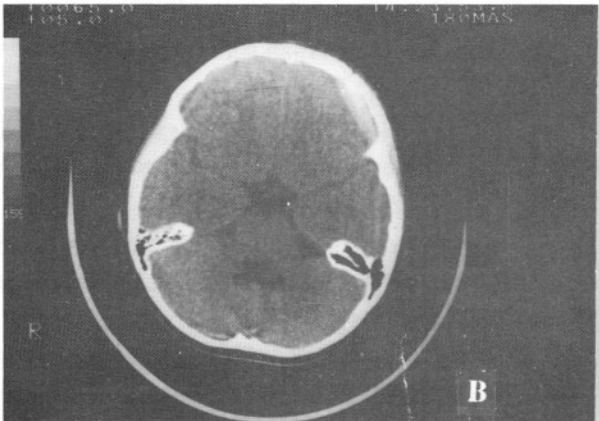
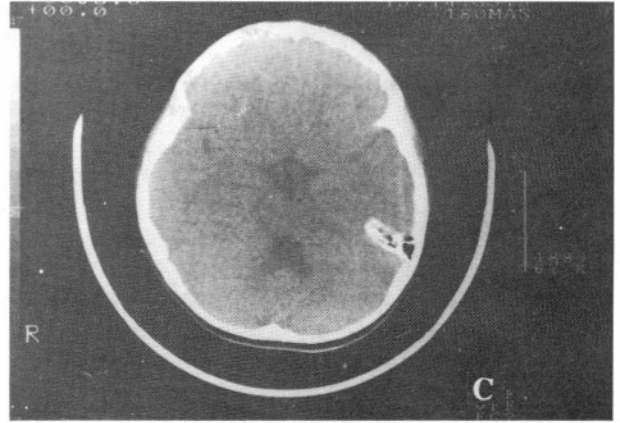
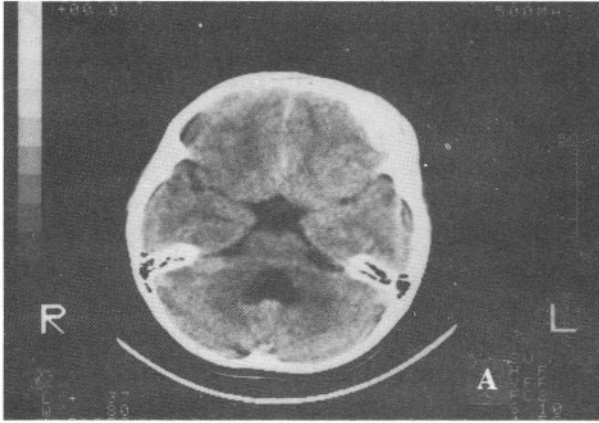
EDH'ların rezolüsyonu, kontrol BT'lerle takip edildi (Şekil 1). BT'de hematomların ortalama rezolüsyon süreleri 21.8 gün idi.

2 hastada travma sonrası 5. ve 6. günde EDH genişleme gösterdi, bunlardan birinde nörolojik defisit gelişmesi üzerinde cerrahi olarak hematoma boşaltıldı. Nörolojik tablosunda herhangi bir değişiklik göstermeyen diğer hastanın (vaka 15)

Tablo I : Konservatif Olarak Tedavi Edilen Akut EDH'lu 20 Hastanın Klinik ve Radyolojik Özeti

Vaka	Yaş	Cinsiyet	Travma ile BT Arasındaki Süre (st)	EDH'un Yeri	Fraktür Yeri	Eşlik Eden Lezyonlar	BT de Rezolüsyon (Gün)
1	13	E	3	TP	P	—	30 g
2	5	E	6	TP	—	—	32 g
3	9	E	4	F	F	—	21 g
4	7	E	1	P	P	—	18 g
5	8	E	1	T	—	P kontüzyon	17 g
6	14	E	3	P	TP	T kontüzyon	29 g
7	3	E	2.5	FT	FT	—	18 g
8	1	E	3.5	P	P	—	28 g
9	4	K	6	TP	TP	—	14 g
10	15	E	3.5	TP	—	—	22 g
11	17	E	3	PoFo	PO	O kontüzyon	29 g
12	9	K	3.5	FT	—	—	8 g
13	1	E	3	PoFo	PO	O kontüzyon	8 g
14	5	K	2	F	F	—	18 g
15	8	E	2	F	F	—	43 g
16	10	E	3	FT	T	—	24 g
17	2	E	6	P	P	—	8 g
18	6	E	4	P	TP	—	14 g
19	7	K	6	TP	TP	—	17
20	4	K	2	F	F	—	28 g

K kısaltmalar : F, frontal; P, parietal; FT, frontotemporal; TP, temporoparietal; PO, parietookspital; T, temporal; PoFo, posterior fossa; st, saat.



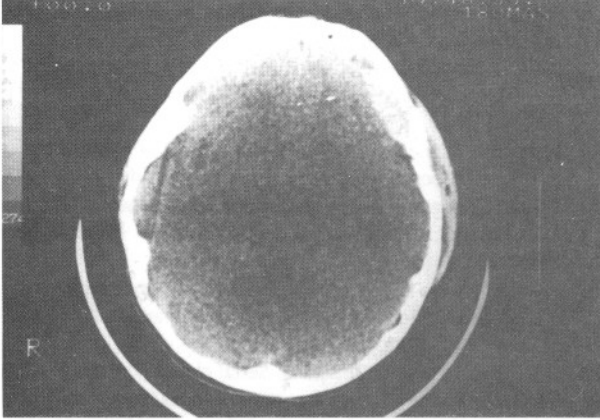
Şekil 1 A,B,C : Vaka 14'ün BT de sol frontal EDH'un volüm ve dansitesinde azalma görülmekte.

BT takiplerinde dansitesi giderek azalan hematoma 43. günde total rezolüsyon gösterildi (Şekil 2).

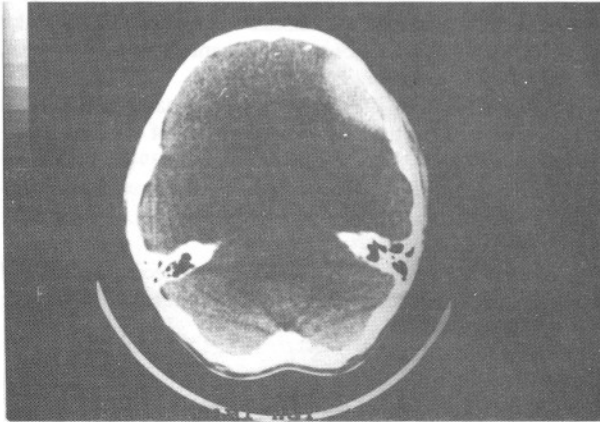
EDH'unun kalınlığı 1 cm'den daha fazla olan hastalar rezolüsyondan sonraki bir yıl boyunca izlendiler.

TARTIŞMA

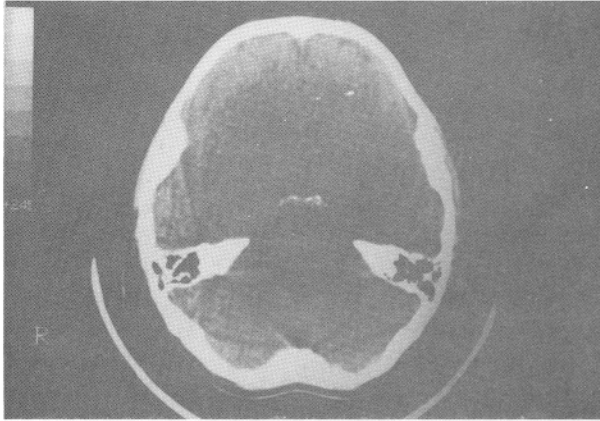
Tüm EDH'ların cerrahi olarak boşaltılmak suretiyle tedavisine ilişkin geleneksel düşünce son zamanlarda tartışılmaya başlanmıştır. İlk kez Weaver ve arkadaşları, konservatif tedavinin başarıyla sonuçlandığı temporal EDH'lu ve minimal semptomlu 2 hastayı yayınlamışlardır (17). Daha sonra, çeşitli yazarlar küçük ve orta hacimli EDH'ların konservatif tedaviye iyi sonuçlar verdiğini belirtmişlerdir.



Şekil 2 A : Vaka 15'in BT de sol frontal EDH görülmekte.



Şekil 2 B : Travma sonrası 5. günde genişleme ve fazı izlenmekte.



Şekil 2 C : EDH dansitesinde progresif azalma ile birlikte 43. günde koplet rezolüsyon görülmekte.

Bu yazarlarca bildirilen konservatif tedavi kriterleri; hastanın uyanık ve oriente olması, fokal nörolojik defisitlerin olmaması ve hematoma eşlik eden intradural lezyonların bulunmamasıdır. BT parametreleri ise;

1. Hematom volümünün 40 ml.nin altında olması,

2. Ortahat yapılarındaki şifrin 1.5 cm. in altında olmasıdır (4,7,9,16).

İlk yayınlanan serilerde, küçük EDH'lu hastaların çoğuna travmadan 1 ila 17 gün sonra tanı konulmuştur (4,7,16).

Pozzati, Sakai ve Knuckey ise travmadan sonraki 24 saat içinde tanı konan hastalarını yayınlamışlardır (8,10,13). Knuckey'in orijinal gözlemlerine göre, travmadan sonraki 6 saat içinde tanı konulan EDH'lar, daha geç tanı konulan EDH'lara göre konservatif tedavi için daha riskli grubu oluştururlar. Knuckey'in serilerinde 6 saat içinde tanı konulan hastaların %43'ünde operasyon gerekli olmuştur (8).

Bunun aksine Pozzati ve arkadaşları, akut EDH'lu 22 vakalık serilerinde, hiçbir hastada cerrahi gerekmediğini bildirmişlerdir (11).

Bizim çalışmamızda, tüm hastaların tanısı travmadan sonraki ilk 6 saatte konuldu ve yalnızca bir hasta cerrahi tedavi gerektirdi.

Knuckey tarafından yapılan gözlemlerin aksine, bizim bulgularımıza göre, erken BT hastalarda tedavinin sonuçlarını etkilemedi.

Bizim serimizdeki bulgulara göre, a. meninges media'yı çaprazlayan fraktür hattının varlığı yine Knuckey'in belirttiğinin aksine, risk faktörü olarak düşünülmedi.

Bazı EDH'lar 5-16. günler arasında başlayan bir genişleme fazı gösterirler. Bizim de 2 vakamızda genişleme fazı gözlemlendi. Bu genişleme fazında hastanın klinik tablosunda değişme gözlemlenebilir. Bu dönem genellikle 2. hafta sonunda pik yaptıktan sonra, BT takiplerinde giderek dansite azalması ile birlikte total resorbsiyon gösterir (9).

Bu çalışma, travmadan sonraki 6 saat içinde tanı koyulan küçük EDH'lu hastalara tekrarlanan ve dikkatle yapılan nörolojik gözlemlerle ve seri BT'lerle, konservatif olarak yaklaşılabileceğini göstermiştir.

Sonuç olarak, EDH'ların konservatif tedavisi için kriterler henüz tam olarak tanımlanmamıştır. Mevcut yayınların sonuçları bazen çelişkili olmaktadır. Öte yandan, EDH'ların boşaltılması için yapılan operasyon teknik olarak basit ve güvenilirdir, ayrıca mortalite oranı çok düşüktür. Lezyonun hacmini ölçmek için çekilen multiple BT'ler ve non-operatif tedavi için gereken uzun süreli hospitalizasyon ile karşılaştırıldığında, erken cerrahi tedavi öne sürülebilir (2,12).

Bu nedenle, operasyon gerekip gerekmediği ve gerekiyorsa ne zaman endike olduğunu ayırdedecek kriterlerin saptanması için ilave klinik çalışmalar yapılmalıdır.

Yazışma Adresi : Dr. Savaş Ceylan
K.T.Ü. Tıp Fakültesi
Nöroşirürji Anabilim Dalı
61080 Trabzon

KAYNAKLAR

1. Aoki N: Rapid resolution of acute epidural hematoma. J Neurosurg 68:149-151, 1988.
2. Bricool AP, Pasut LM: Extradural hematoma: toward zero mortality. Neurosurgery 14:8-12, 1984.
3. Bullock R, Smith RM, van Dellen JR: Nonoperative management of extradural hematoma. Neurosurgery 16:602-606, 1985.
4. Ericson K, Hakanson S: Computed tomography of epidural hematomas: Association with intracranial lesions and clinical correlation. Acta Radiol (Diagn) 22:513-519, 1981.
5. Giordano C, Morello G, Rossano A, Chiloiro C, Boccuzzi F: The benign acute epidural haematoma. J. Neurosurg. Sci. 29:313-316, 1985.
6. Haselsberger K, Pucher R, Auer LM: Prognosis after acute subdural or epidural haemorrhage. Acta Neurochir (Wien) 90:111-116, 1988.
7. Illingworth R, Shawdon H: Conservervative management of intracranial extradural haematoma presenting late. J Neurol Neurosurg Pyschiatry 46:558-560, 1983.
8. Knuckey NW, Gelbard S, Epstein M: The management of "asymptomatic" epidural hematomas: A prospective study. J Neurosurg 70:392-396, 1989.
9. Pang D, Horton JA, Herron JM: Nonsurgical management of extradural hematomas in children. J Neurosurg 59:958-971, 1983.
10. Pozzati E, Tognetti F: Spontaneous healing of extradural hematoma: Report of four cases. Neurosurgery 14:724-727, 1984.
11. Pozzati E, Tognetti F: Spontaneous healing of acute extradural hematomas: Study of twenty-Two cases. Neurosurgery 18:696-700, 1986.
12. Rivas JJ, Lobato DR, Sarabia R: Extradural hematoma: Analysis of factors influencing the courses of 161 patients. Neurosurgery 23:44-51, 1988.
13. Sakai HS, Takagi H, Ohtaka H: Serial changes in acute extradural hematoma size and associate changes in level of consciousness and intracranial pressure. J Neurosurg 68:566-570, 1988.
14. Servadei F, Staffa G, Morichetti A: Asymptomatic acute bilateral epidural hematoma: Results of broader indications for computed tomographic scanning of patients with minor head injuries. Neurosurgery 23:41-43, 1988.
15. Servadei F, Faccani G, Rocella P: Aysmptomatik extradural hematomas: Results of a multicenter study of 158 cases in minor head injury Acta Neurochir (Wien) 96:39-45, 1989.
16. Tochio H, Waga S, Tashiro H: Spontaneous resolution of chronic epidural hematomas: Report of three cases. Neurosurgery 15:96-100, 1984.
17. Weaver D, Pobereskin L, Jane JA: Spontaneous resolution of epidural hematomas: Report of two cases. J Neurosurg 54:248-251, 1981.