

Kronik Subdural Hematomda Olağandışı Bilgisayarlı Tomografi Görünümü

Anusual Computed Tomographic Apperance of Chronic Subdural Haematoma

M.AKİF BAYAR, A.CELAL İPLİKÇİOĞLU, FATİH KÖKEŞ, O.SAFFET DOĞANAY, CEVDET GÖKÇEK

Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği, Ankara

Özet : Bu yazıda bilgisayarlı tomografide; üst bölümü hipodens, alt bölümü hiperdens olan ve sedimentasyon seviyesi gösteren bilateral kronik subdural hematomlu iki olgu sunuldu. Kronik subdural hematoma halen tartışmalı olan patofizyolojik ve diagnostik yönleri bir kez daha vurgulandı.

Anahtar Kelimeler : Bilateral kronik subdural hematoma, Bilgisayarlı Tomografi

Summary : In this report, two cases of bilateral chronic subdural hematoma with two distinct segment of hypodense and hyperdense areas representing sedimentation levels on computed tomography, is presented. Hithero ambiguous pathophysiological and diagnostic aspects of chronic subdural hematoma are reviewed as well.

Key Words : Bilateral chronic subdural hematoma, Computed tomography

GİRİŞ

Kronik subdural hematoma (KSDH) uzun yıllardır klinik bir antite olarak bilinmesine karşın: patofizyolojisi, ultrastruktürü, tanı ve tedavisi oldukça ilgi çekmiş ve halen tartışmalıdır.

Uzun süre bekleyen subdural hematoma (SDH) kendine özgü bir kapsül ile sınırlı hale gelir. Subdural kanamanın nedeni genellikle travmadır. Bunun yanında non-travmatik olarak; konveksite AVM'leri, anevrizmalar, hemorajik diatez, enfeksiyonlar ve beyin tümörü kanamalarından da (özellikle konveksite meninjiomaları ve meningial karsinomatozis) kaynaklanır. (3,12,14). Bu travmatik ve non-travmatik faktörler dışında bazı mekanik faktörler de KSDH oluşumuna veya hacmin artmasına neden olabilir. Bunlar arasında; düşük kafa içi basıncı, serebral atrofi, uygun olmayan beyin omurilik sıvısı şanti uygulanması, lomber ponksiyon sonrası iatrojenik olarak oluşan KSDH'lar sayılabilir (6,8). KSDH oluşmasına neden olan hematojenik

faktörler arasında; hemofili, trombopatiler, hepatojenik koagulopatiler ve antikoagulan tedavi uygulaması sayılabilir (5).

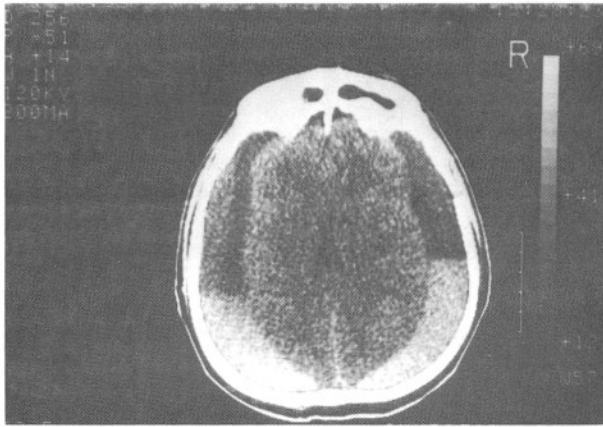
Bilgisayarlı tomografinin (BT) bir tanı yöntemi olarak uygulamaya girmesinden bu yana KSDH'nin tanısı oldukça kolaylaşmıştır. SDH BT deki yoğunluk değerlerine göre hiperdens, izodens, hipodens olarak üç gruba ayrılır (2,17). Yine bu yoğunluk değerlerine bakılarak hematoma yaşı hakkında fikir edinilebilir. Bu iki farklı yoğunluk birbirlerinden keskin bir sınırla ayrılırlar. BT'de bu görüntünün oluşması birkaç faktöre bağlanabilir (11,13).

Bu yazıda; BT de birbirinden keskin bir sınırla ayrılmış alt bölümü hiperdens, üst bölümü hipodens, bilateral, simetrik KSDH'si olan iki olgu sunuldu.

OLGU

70 Yaşında erkek hasta, genel durumu ileri derecede bozuk olarak kliniğimize yatırıldı. Öyküsünde travma olup olmadığı bilinmiyor. Onbeş gün kadar

önce ani bilinç bozukluğu ortaya çıkmış ve giderek ilerlemiş. Son bir haftadır yürüme bozukluğu başlamış ve yatağa bağımlı hale gelmiş. Hasta kliniğimize kabul edildiğinde; sağlıklı sözel ilişki kurulamıyordu. Kuadriparetikti. Üriner sfinkter kontrolü yoktu. İleri derecede solunum bozukluğu mevcut idi. Kranial BT de; keskin bir sınırla birbirinden ayrılmış, alt bölümü hiperdens, üst bölümü hipodens, bilateral, simetrik KSDH görünümü mevcut idi (Şekil 1). Hasta lokal enestezi ile ameliyat edildi. Her iki frontal ve parietal bölgelere açılan birer adet burr hole ile hematoma boşaltıldı. Sağda ve solda subdural mesafeye dren yerleştirildi. Ameliyat sonrası dönemde hastada anlamlı bir düzelme olmadı. Hasta ameliyat sonrası 10. gün kaybedildi.



Şekil 1 : BT de: Bilateral, simetrik, sedimentasyon seviyesi gösteren KSDH

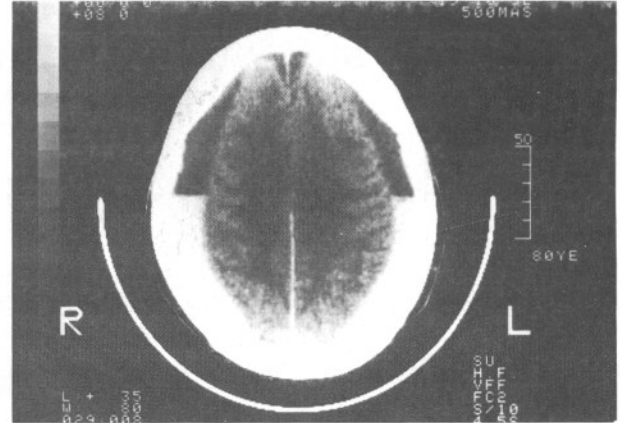
OLGU II.

80 Yaşında erkek hasta ani bilinç bozukluğu yakınması ile kliniğimize yatırıldı. Öyküsünde iki ay önce geçirilmiş minor bir kafa travması dışında özellik yoktu. Muayenede; konfüzyone hasta ile sağlıklı sözel ilişki kurulamıyordu. Ağrılı uyarılarla ağrıyı lokalize edebiliyordu. Kranial BT de; keskin bir sınırla birbirinden ayrılmış, alt bölümü hiperdens üst bölümü hipodens, bilateral, simetrik KSDH görünümü mevcut idi (Şekil 2). Hasta lokal anestezi ile ameliyat edildi. Her iki frontal ve parietal bölgelere açılan birer adet burr hole ile hematoma boşaltıldı. Sağ ve solda subdural mesafeye dren yerleştirildi. Bilinç düzeyi ve genel durumu giderek düzelen hasta ameliyat sonrası 10. günde sağlıklı olarak çıkartıldı.

TARTIŞMA

KSDH uzun yıllardır klinik bir antite olarak iyi bilinmesine karşın; patofizyolojisi, ultrasitruktürü, ta-

nı ve tedavisi oldukça ilgi çekmiş ve halen tartışmalıdır (10, 11, 19 20).



Şekil 2 : BT de: Bilateral, simetrik, sedimentasyon seviyesi gösteren KSDH

İto KSDH gelişiminde lokal hiperfibrinolizisin önemi vurguladı (10). Hiperfibrinolizis subdural kan pıhtısının likefaksiyonuna ve neomembrandaki sinuzoidal damarlardan sürekli kanamaya neden olmakta ve SDH giderek büyümektedir (9,10). KSDH gelişiminde hematoma kapsülünde yeni kanamaların olduğu görüşü 1932 de Putnam ve Cushing ve daha sonrada Dandy tarafından ileri sürüldü (4, 16). Bu hipotez daha sonra Apfelbaum'un deneysel çalışmaları ile desteklenmiştir (1). Yine bu hipotez karşısında 1932 de Gardner osmotik gradient teorisini ileri sürdü (12). Bu teori Zollinger ve Gross, Munro ve Merritt tarafından da desteklendi (18, 19). Günümüzde KSDH nin patofizyoloji, ultrasitruktür, tanı ve tedavisi ile ilgili tartışma halen sürmektedir.

BT nin bir tanı yöntemi olarak uygulamaya girilmeden bu yana KSDH tanısı oldukça kolaylaşmıştır. KSDH, BT deki yoğun değerlerine göre hipodens, izodens ve hiperdens olmak üzere üç gruba ayrılır (2, 17). BT de oluşan bu farklı görüntüler hematomun yaşı hakkında fikir edinmemizi sağlar (17).

Ancak BT de nadir olarak KSDH içinde hipodens ve hiperdens bölümler birlikte bulunur ve sedimentasyon seviyesi göstererek, keskin bir sınırla birbirinden ayrılırlar. Literatürde KSDH ile ilgili pek çok yayın bulunmasına karşın bu tip BT görünümü ile ilgili pek fazla bilgi yoktur. Yalnızca Kao ve Markwalder bu görünümünden söz etmişler ve BT de unilateral sedimentasyon seviyesi gösteren KSDH olguları rapor etmişlerdir (11, 13). BT de KSDH içinde sedimentasyon seviyesinin oluşabilmesi için bazı koşulların bulunması gerektiğinden söz edilmiştir (11). Birincisi; ilk

kanamadan sonra yeterli uzunlukta latent bir periyodun geçmiş olması SDH nin gelişmesine izin verir ve hematom giderek likefiye olur. İkincisi; likefiye hematom içine olan yeni kanamanın belli bir hacme ulaşması gerekir. Üçüncüsü ise; hastanın yeterli bir süre yatakta sırt üstü pozisyonda kalmasıdır. Ancak çok kez KSDH olgularında yukarıda söz edilen süreç ve faktörler mevcut olduğu halde, BT de sedimentasyon seviyesinin oldukça az görülmesi ve literatürde bu kadar az söz edilmiş olması ilgi çekicidir. Sedimentasyon seviyesinin bizim olgularımızda olduğu gibi bilateral oluşu daha da ilginçtir. Kliniğimizde tedavi edilen KSDH li olgulardan yalnızca burada sunduğumuz iki olguda BT de bilateral sedimentasyon seviyeleri görülmüştür. Bu olgularda muhtemelen bilateral, es zamanlı yeniden kanama olmuştur. Burada sunulan ve BT de KSDH içinde, bilateral olarak sedimentasyon seviyesi gösteren iki olgu bizim bilgilerimize göre yayınlanmış ilk olgulardır.

Yazışma Adresi : Dr. M.Akif Bayar
Şehit Erdönmez Sokak No: 4/2
Maltepe/ANKARA

KAYNAKLAR

1. Apfalbaum RI., Guthkelch AN., Shulman K. : Experimental production of subdural hematomas. J Neurosurg 40:336-346, 1974
2. Bergstrom M., Erickson K., Levander B., et al. : Variation with time attenuation values of intracranial hematomas. J Comp Assist Tomogr 1:57-63, 1977
3. Cushick JF., Bailey OT. : Association of ossified subdural hematomas and meningioma. Case report. J Neurosurg 37:731-734, 1972.
4. Dandy WE : The Brain. New York : Hoeber Medical 1969: page 280-291
5. Edson JR., Branda RF., ea al. : Successful management of a subdural hematoma in a hemofiliac with an anti-factor 8 antibody. Blood 41:113-122, 1973
6. Forrest DM., Cooper DGW. : Complication of ventriculoatrial shunts A review of 455 cases. J Neurosurg 29:506-512, 1968
7. Gardner WJ. : Traumatic subdural hematoma with particular reference to the latent interval. Arc Neurol Psychiatry 25:843-858, 1932
8. Hirakawa k., Nakamura N. : Chronic subdural hematoma in infants and children. Psychiat Neurol Jap. 4:84-94, 1964
9. Ito H., Yamamoto s., Komai s. et al : Role of local hyperfibrinolysis in the etiology of chronic subdural hematoma. J Neurosurg 45:26-31, 1976
10. Ito h., Komai T., Yamamoto s. : Fibrinolytic enzyme in the lining walls of chronic subdural hematoma. J Neurosurg 58:246-251, 1983
12. Luken MG., Whelan MA. : Recent diagnostic experience with subdural empyema. J Neurosurg 52:764-771, 1980
13. Markwalder TM., Roulen HJ., : Influence of neomembranous organisation cortical expansion and subdural pressure on the postoperative course of chronic subdural hematoma. A analysis of 201 cases Acta Neurochir 79:100-106, 1986.
14. Mori K., Tekeuchi J., Handa H. : Subdural effusion and brain tumors. Case report and survey of literature. Surg Neurol 3:247-260, 1975.
15. Munro D., Merrit HH. : Surgical pathology of subdural hematoma based on a study of one hundred and five cases. Arch Neurol Psychiatry 35:64-79, 1936
16. Putnam TJ., Cushing H. : Chronic subdural hematoma; its pathology its relation to pachymeningitis hemorrhagica and its surgical treatment. Arch Surg 11:329-393, 1925.
17. Scotti G., Terbrugge K., Melancon D. et al. : Evaluation of the age of subdural hematomas by computerized tomography. J Neurosurg 47:311-315, 1977.
18. Weir B. : The osmolarity of subdural hematoma fluids. J Neurosurg 34:528-533, 1977.
19. Weir B. : Osmotic pressure of subdural fluids. J Neurosurg 53:512-515, 1980.
20. Weir B., Gordon P. : Factors affecting coagulation; fibrinolysis in chronic subdural fluid collections. J Neurosurg 58:242-245 1983.
21. Zollinger R., Gross Re. : Traumatic subdural hematoma, an explanation of the late onset of pressure symptoms. JAMA 103:245-249, 1934.