

SUBDURAL AMPİYEMLER

SUBDURAL EMPYEMAS

Turan KUTLU, Muammer DOYGUN, Tülin ÖZMEN, Sait UYSAL, Kaya AKSOY, Ender KORFALI

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı

Türk Nöroşirürji Dergisi 2 : 35-36, 1991

ÖZET : İntrakranial enfeksiyonlar içinde nadir görülen subdural ampiyemlerin tanı ve tedavisi gözden geçirilerek, kliniğimizde bu tanıyla tedavi edilen 10 olgu incelendi ve konu literatür ile karşılaştırıldı.

Anahtar Kelimeler : Cerrahi tedavi, Kraniotomi, Subdural Ampiyem.

SUMMARY : Subdural empyemas are the rare type of intracranial infections. Ten cases which diagnosed and treated in our clinic were discussed and the relevant literature reviewed.

Key Words : Craniotomy, Subdural empyemas, Surgical treatment.

GİRİŞ

Subdural ampiyem (SDA) nadir görülen intrakranial enfeksiyon şeklidir. Tüm intrakranial enfeksiyonlar içinde %12-22 oranında görüldüğü bildirilmektedir (3,4,5,6,7,9,11). SDA'lerde predispozan faktör olarak, orta kulak ve paranasal sinüs enfeksiyonları başta gelmektedir (1,3,4,6,7,8,10,11). Son yıllarda ise özellikle frontal sinüs başta olmak üzere paranasal sinüs enfeksiyonlarının olguların %50-75'inde predispozan faktör olduğu saptanmıştır (4,7,9). Ayrıca serebral ven trombozu ve beyin abselerinin komplikasyonu olarak karşımıza çıkabileceği gibi, travma sonucu veya beyin operasyonlarından sonrada görülmektedir (1,2,3,4,7,9,11).

Bu çalışmada kliniğimizde tetkik ve tedavi edilen 10 SDA olgusu takdim edilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

1984-1989 yılları arasında, kliniğimizde tetkik ve tedavileri yapılan ve subdural ampiyem tanısı konan 10 vakanın yaşları 4-60 yaş arasında değişmekte ve sıklıkla ilk iki dekada altı hastada (%60) görülmektedir. Olgularımızın tamamı baş ağrısı ve ateş şikayeti ile, 9 olgu ise (%90) bulantı kusma, şuur bozukluğu şikayeti ile müracaat etmişlerdir. Klinik muayenelelerinde 7 olguda (%70) da meninks irritasyon bulguları 8 olguda (%80) da motor nörolojik nöbet saptanmıştır. Etyolojik faktör olarak 4 olguda (%40) menenjit sonrası, 1 olguda (%10) travma, 1 olguda (%10) kranial operasyon, 1 olguda (%10) frontal sinüzit, ventriküloseptal defektli bir hastada ise (%10) üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası subdural ampiyem görülmüştür. Olguların %60'ında yerleşim yeri serebral konveksite, %40'ında ise interhemisferik mesafe olarak görülmüştür.

Olguların tamamı operasyona alınmış, bir olgu-

Tablo I : 10 Olgunun Muayene Bulguları

	Olgu Sayısı	%
Baş ağrısı	10	100
Bulantı-kusma	9	90
Papil ödemi	4	40
Uyanıklık kusuru	9	90
Fokal motor bozukluk	8	80
Meninks irritasyon bulguları	7	70

Tablo II : Olgunun Etyolojik Nedenleri

	Olgu Sayısı	%
Menenjit sonrası	4	40
Travma	1	10
Kranial operasyon	1	10
Diş çekim sonrası	1	10
Frontal sinüzit	1	10
Üst. Sol. Yolu Enf. Otit.	1	10

ya burr-hole ile diğerleri (%90) kraniotomi ile müdahale edilmiş, ampiyemden alınan kültürlerde üremesi olan iki (%20) olguya spesifik antibiotik başlanmıştır. Kültürde üremesi olmayan diğer olgulara geniş spektrumlu antibiotikler kombine olarak uygulanmıştır.

Olguların tanısında bir hastaya anjiyografik tetkik yapılmış, diğer olguların tanı ve takiplerinde kompütize tomografik tetkik kullanılmıştır.

TARTIŞMA

Subdural ampiyemde önemli olan erken teşhis ve acil cerrahi girişimdir. Nadir görülmesi nedeniyle subdural ampiyemler uzun süre şüpheli olgular olarak kalmaktadırlar.

Bilinç düzeyindeki değişiklik, epileptik nöbet ve

fokal nörolojik defisit ortaya çıktığında bahsedilen predispozan faktörlerde göz önüne alınarak subdural ampiyem lehine şüpheler artar. Kranial CT tanıda en önemli araçtır. Bizim 9 olgumuzda CT tetkiki mevcut olup, hepsinde tipik subdural ampiyeme ait görünüm saptanmıştır. Olgularımızın 6'sında (%60) subdural ampiyem serebral konveksitede, 4'ünde (%40) interhemisferik mesafede bulunmuştur.

Literatürde, subdural ampiyem etyolojisinde paranasal sinüs enfeksiyonları birinci sırada görülürken çocuklarda menenjit komplikasyonu olarak sık rastlanabileceği bildirilmektedir (1,2).

Tedavide, cerrahinin püyün yayılmasını önlediği düşünülmektedir (4). Kraniotomi, subdural ampiyemlerin tedavisi için püyün tamamen boşaltılması ve enfekte sahada vizüalizasyonu sağlamada burr-hole ile yapılan müdahaleye göre daha avantajlı görülmektedir. İnfantlarda frontalden iğne aspirasyonu yeterli drenajı sağlayabilir (4,7,10,11). Bizim vakalarımızın 9'una (%90) kraniotomi, 1'ine (%10) burr-hole uygulanmıştır. Post operatif takiplerde subdural ampiyemden alınan kültürde Staf. koag (-) üremesi olan 2 olguya (%20) spesifik antibiyotik, 8 olguya (%80) geniş spektrumlu kombine antibiyotikler uygulanmıştır. Olgularımıza operasyon sırasında lokal antibiyotik uygulanmamıştır.

Kombine medikal ve cerrahi tedavi ile subdural ampiyemde başarılı sonuçlar alınmaktadır (2,4,7,9,10,11). Bannister ve ark. tedavi ettikleri 375 olguda kraniotomi ile tedavi edilenlerde burr-hole'e oranla, başarının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Bununla beraber hastalığın şiddetine göre sadece burr-hole ile tedavi edilen vakalarda da başarılı sonuçlar alındığı bildirilmiştir (4,7,11).

Yayınlarda cerrahi sırasında subdural mesafenin antibiyotik ile irrigasyonundan fayda sağlanabileceğinden bahsedilmiyorsa da, pratikte yaygın kullanılan yöntemdir. Betalaktam antibiyotiklerden, özellikle penisilinlerden bilinen epileptojenik etkisi nedeniyle kaçınmak gerekir. Diğer antibiyotiklerinde etkisi tartışmalı olup otopsi çalışmalarında fokal nekrotizan serebral vaskülitler görülmüştür (2,4,7,11).

Medikal tedavide seçilecek yol, uygun yüksek doz

antibiyotik verilmesidir. Kültürlerde üreme olmadığı takdirde, başlangıçta seçilecek ilaç penisilinler olmaktadır. Kan beyin bariyerini geçebilen sefalosporinler ilave olarak kullanılabilirler. Olguların %50'sinde başlangıç şikayeti epileptik ataklar olması nedeniyle antikonvülsanlar başlanmaktadır (7,11).

Literatürde post-operatif sekel görünme oranı, früst fokal nörolojik defisit %6.5, epileptik nöbet %28.5, fokal nörolojik defisit ve epilepsi %4.5, ağır nörolojik defisit %13, sekelsiz iyileşme %32.5, ölüm %17.5 olarak bulunmuştur. Olgularımızın post operatif dönemde ikisinde früst fokal nörolojik defisit bulunmuş, epileptik nöbet ise sadece birinde görülmüş olup, antiepileptik tedaviye devam edilmiştir. Bir olgu rekolleksiyon nedeniyle tekrar operasyona alınarak kolleksiyon boşaltılmıştır. Kliniğimizde takip ve tedavi altına alınan olgularımızdan mortalite görülmemiştir.

Sonuç olarak erken tanı, acil cerrahi girişim, püyün total olarak boşaltılması ve uygun antibiyotik verilmesi mortalite açısından önemli olmaktadır.

Yazışma Adresi : Dr. Turan KUTLUK,
U.Ü. Tıp Fakültesi Nöroşirürji A.B.D.
BURSA

KAYNAKLAR

1. Ariza J, Casanova A, Viladrich P, et al: Etiological agent and primary source of infection in 42 cases of focal intracranial suppuration. *Journal of Clinical Microbiology* 24:899-902, 1986
2. Elisabeth M, Modesti L, Subacute postoperative subdural empyema *J Neurosurg* 55:761-765, 1981
3. Farkas G, Andrew Marks C: Subdural empyema: An important diagnosis not to miss. *British Medical Journal* 293:118-119, 1986
4. Gordon B, Bernard W, Smith S: Treatment of subdural empyema *J Neurosurg* 55:82-88, 1991
5. Hodes J, Anslow P, Gillet G: Subdural empyema-Continuing Diagnostic Problems in the CT scan Era. *Quarterly J of Med New Series* 58:387-393, 1986
6. Luken GM, Whelan A: Recent diagnostic experience with subdural empyema *J Neurosurg* 52:764-771, 1980
7. Mauser HW, Tulleken CAF: Subdural empyema. *Clin Neurol Neurosurg* 86:225-263, 1984
8. Mauser HW, Huffelen AC, Tulleken CAF: The EEG in the diagnosis of subdural empyema. *Electroencephalography and clinical Neurophysiology* 64:511-516, 1986
9. Moseley IF, Kendal BE: Radiology of intracranial empyemas with special reference to computed tomography. *Neuroradiology* 26:333-345, 1984
10. Morgan WD, Williams B: Posterior fossa subdural empyema. *Brain* 108:983-992, 1985
11. Silverberg AL, Dinubile MJ: Subdural empyema and cranial epidural abscess. *Medical Clinics of North America* 69:361-373, 1985