

Anevrizma Rüptürüne Bağlı Intraserebral Hematom: Olgu Sunumu

Intracerebral Hematoma Due to Aneurysm: Case Report

ÖZ

Anevrizmal rüptüre bağlı intraserebral hematom varlığı kötü prognozun habercisidir. Böyle olgularda anevrizmaya cerrahi girişimde bulunmadan yalnızca hematomun boşaltılması, yeniden kanama nedeni ile yüksek oranda mortaliteye neden olur. Bu yazıda intraserebral hematoma bağlı herniasyon tablosu gelişen ve acil cerrahi uygulanarak hematom boşaltıldıktan sonra takiben silviyan diseksiyon ile orta serebral arter bifurkasyonunda anevrizma saptanarak kliplenen ve klinik olarak iyi sonuç elde edilen 81 yaşında bir olgu sunulmaktadır. Bunun için yerleşimi anevrizmal kanamayı düşündüren hematomlarda, hematomla birlikte anevrizmaya da girişimde bulunulması bizim olgumuzda olduğu gibi yaşam kurtarıcı olabilir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: İntraserebral hematom, Anevrizma, Erken cerrahi.

ABSTRACT

Presence of intracerebral hematoma due to aneurysmal rupture points out a poor prognosis. In such cases, a hematoma drainage without a surgical approach to the aneurysm carries high mortality because of rebleeding. In this article, we report an eighty-one year old patient with herniation secondary to intracerebral hematoma. An urgent surgery by clipping of the established aneurysm in the bifurcation of middle cerebral artery with sylvian dissection was performed following the hematoma drainage. The procedure was successful. Thus, in cases of hematomas which points out an aneurysm because of its location, a surgical interference to the aneurysm along with the hematoma might be a life-saving procedure as in our case

KEY WORDS: Intracerebral hematoma, Aneurysm, Early operation.

Ender KÖKTEKİR

Yavuz ERDEM

M. Akif BAYAR

S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Nöroşirürji Kliniği, Ankara

Geliş Tarihi: 13.02.2007

Kabul Tarihi: 17.02.2007

Bu makale, 2006 Türk Nöroşirürji Derneği
20. Bilimsel Kongresinde poster bildiri
olarak sunulmuştur.

Yazışma adresi:

Yavuz ERDEM

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Nöroşirürji Kliniği, Ankara

Tel : 0 312 595 36 00

Faks : 0 312 286 17 33

E-posta: dryerdem@gmail.com

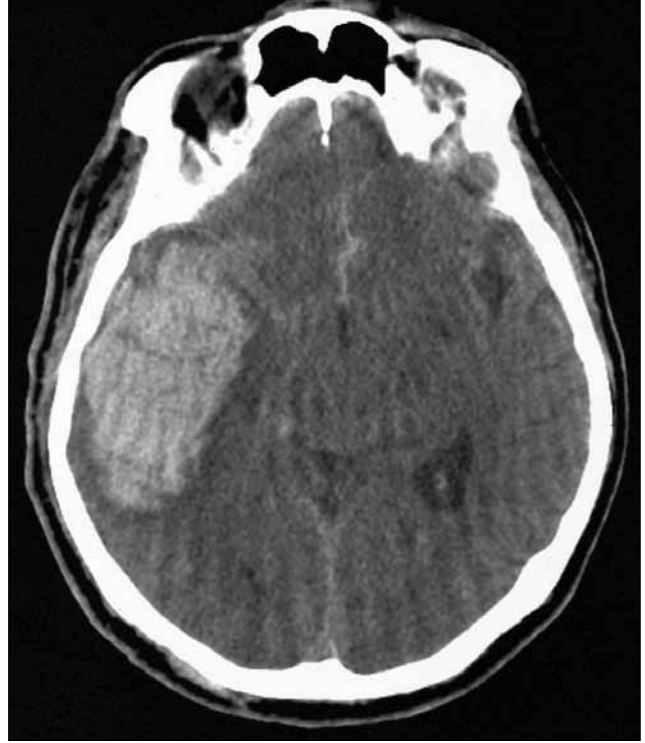
GİRİŞ

Anevrizmal rüptüre bağlı intraserebral hematom, subaraknoid kanamaya göre daha az görülür. Anevrizmal rüptüre bağlı hematom görülme oranı %4-35 arasında bildirilmiştir. (3,9,10). Orta serebral arter (OSA) yerleşimli anevrizmalarda intraserebral hematom (İSH) görülme oranı daha fazladır. İSH varlığı klinik sonucu kötüleştirir ve mortalite oranı %50 lere kadar çıkar (1,9). Böyle hastalarda ilk başvuru anındaki nörolojik tablo çok kötü olsa bile zamanında yapılacak cerrahi girişimle iyi sonuçlar elde edilebilir.

OLGU SUNUMU

81 yaşında erkek hasta başağrısı ve kusma sonrası gelişen bilinç kaybı nedeniyle acil servise getirildi. Özgeçmişinde hipertansiyon dışında başka bir hastalığı yoktu. Nörolojik muayenesinde bilinci letarjikti ve kooperasyon kurulamıyordu. Sağ pupili sola göre dilate idi ve solda hemiplejisi vardı. Hastanın kontrastsız Bilgisayarlı Beyin Tomografisinde (BBT) sağ temporal lobdan parietal loba uzanan yaklaşık 6.5x4x4 cm boyutlarında hematom saptandı (Şekil 1). Sonrasında bilinci tamamen kapanan ve sağ pupili fiks dilate olan hasta kanamanın 4. saatinde acil operasyona alındı. Kanamanın yerleşimine göre OSA anevrizma rüptürüne bağlı olabileceği düşünülerek sağ pterional kraniotomi yapıldı. Dura açıldığında frontal ve temporal lobların herniye olduğu gözlemlendi. Bunun üzerine transkortikal insizyon yapılarak temporal lobdaki hematom boşaltıldı ve beyinde rahatlatma sağlandı. Frontal loba ekartör yerleştirilerek sylvian disseksiyon yapıldı ve M1 bifurkasyonunda yaklaşık 6-7 mm büyüklüğünde lobule anevrizma ile karşılaşıldı. Bu sırada anevrizma tekrar kanadı. M1 segmentine geçici klip konulduktan sonra anevrizma kliplenerek kanama kontrol altına alındı. Kliplerin pozisyonu kontrol edildikten sonra operasyon sonlandırıldı. Postoperatif dönemde hastanın bilinci açıldı ve herniasyon tablosu düzeldi. Postoperatif BBT'de intraserebral hematomun boşaltıldığı görüldü (Şekil 2). Erken postoperatif dönemde solda %20 hemiparezisi olan hastanın kuvvet kaybı 3. günde tamamen düzeldi. Postoperatif 4. günde yapılan serebral anjiyografide artık anevrizma saptanmazken, sol M1 bifurkasyonunda 4 mm büyüklüğünde diğer bir anevrizma saptandı (Şekil 3,4). Anevrizmanın büyüklüğü, kanamamış olması asemptomatik olması ve hastanın yaşı nedeniyle takibe alındı.

Hasta postoperatif 12. günde zaman zaman olan oryantasyon bozukluğu dışında nörolojik defisiti olmayarak taburcu edildi.



Şekil 1: Ameliyat öncesi BBT'de sağ temporal lobdan parietal loba uzanan yaklaşık 6.5-4-4 cm boyutlarında hematom.



Şekil 2: Postoperatif BBT de intraserebral hematomun boşaltıldığı görülüyor.



Şekil 3: Postoperatif sağ serebral anjiyografi.



Şekil 4: Sol serebral anjiyografide M1 bifurkasyonunda 4 mm büyüklüğünde diğer bir anevrizma.

TARTIŞMA

Anevrizmal rüptüre bağlı intraserebral hematom varlığı kötü prognozun habercisidir ve %80' den fazla oranlarda mortaliteye neden olur. (4,5,7-9) Böyle olgular da anevrizmaya müdahale edilmeden yalnızca hematomun boşaltılması, yeniden kanama nedeni ile yüksek oranda mortaliteye neden olur.

(13) Bunun için intraserebral hematomun anevrizma rüptürüne bağlı olabileceğinin düşünülmesi ve hematomla birlikte anevrizmaya da girişimde bulunulması bizim olgumuzda olduğu gibi yaşam kurtarıcı olabilir.

Rüptüre anevrizma ve oluşan intraserebral hematomun yerleşimi birbiri ile ilişkilidir. İntraserebral hematomlar, OSA anevrizmalarında bizim olgumuzda olduğu gibi en sık temporal lobda görülürken, internal karotid arter anevrizmalarında temporal lob da veya subdural alanda, anterior komünikan arter anevrizmalarında frontal lobda veya frontobazal alanda, anterior serebral arter anevrizmalarında interhemisferik alanda görülürler (9).

İntraserebral hematoma bağlı unkal herniasyon gelişen hastalar, Hunt Hess Grade 5 olsalar bile zamanında opere edildiğinde iyi sonuçlar alınabileceği bilinmektedir (6,9,11). Bu hastalar dekortike ve desrebre postürde olsalar bile özellikle ilk 4-6 saat içinde opere edilmişlerse sonuçta hayatta kalabilmişlerdir. Bizim olgumuz ilk 4 saat içinde ve herniasyon tablosu geliştikten hemen sonra opere edilmiş ve iyi sonuç sağlanmıştı.

Anevrizmal rüptüre bağlı intraserebral hematomlu olgularda sadece hematomun boşaltılarak anevrizmaya cerrahi girişimde bulunulmaması yeniden kanamaya yol açarak mortalite ve morbidite oranını artırır. Subaraknoid kanamalarda yeniden kanamanın ilk 24 saatte en yüksek olduğu iyi bilinen bir durumdur (6,12). Subaraknoid kanamalı 179 olguyu içeren bir çalışmada olguların 31'inde (% 17,3) ilk 24 saatte yeniden kanama gözlenmiş ve bu 31 olgunun 27'sinde (% 87,1) yeniden kanama ilk 6 saatte meydana gelmiştir (2). Bu oran ultra erken cerrahinin önemini ortaya koymaktadır. Anevrizma cerrahisinde erken cerrahiye savunanlar bile nörolojik durumu kötü olan hastalarda beklemeyi tercih etmektedir. Oysa böyle hastalarda uygulanacak acil cerrahi ile iyi sonuçlar alınabilmektedir (6,7,12). Heiskanen ve ark. (5) anevrizmal rüptüre bağlı İŞH ları içeren serisinde, konservatif tedavi uygulanan olgularda mortalite oranını % 80 iken cerrahi tedavide bu oran % 22 olarak saptamışlardır. Nowak ve ark. (8) cerrahi yapılmayan grupta mortalite oranını % 84, cerrahi yapılan grupta ise mortalite oranını % 19 olarak bulmuştur. Shimoda ve ark. (12) OSA anevrizması rüptürüne bağlı İŞH 'u olan ve WFNS grade 4 ve 5 olan olgularda cerrahi tedavi ile % 38 mortalite oranı

ve % 44 iyi sonuç elde etmişlerdir. Bu çalışmadan çıkan sonuç, cerrahi tedaviye karar verilirken hastaların nörolojik durumunun kötü olmasının önemli olmadığını ortaya koymaktadır.

Anevrizmalı olgularda ultra erken cerrahi, bazı intraoperatif teknik zorluklar da içerir. Bunlar beyin ödemeine bağlı olarak anevrizmaya ulaşmakta güçlük, intraoperatif anevrizma rüptürü, 5 dakikadan fazla geçici klip uygulanması, retraksiyona bağlı beyin ödemi veya hemorajik kontüzyon ve postoperatif gelişen enfarkt sayılabilir (6). Olgumuzda hematomun boşaltılması sonucu kazanılan alan nedeni ile çok az frontal lob retraksiyonu uyguladık ve postoperatif dönemde buna bağlı bir komplikasyon gözlemedik. Disseksiyon sırasında erken rüptür meydana geldi ve yaklaşık beş dakika süre ile geçici klip uygulayarak anevrizma kliplenebildi. Operasyon sırasında önce hematomun boşaltılması yeniden kanama riskini artırmaktadır. Bununla birlikte çoğu zaman anevrizmanın bulunup kliplenmesi hematomu boşaltmadan mümkün olmayabilir. Bazı yazarlar ultra erken cerrahideki bu teknik zorlukları ileri sürerek hematom boşaltılmasından sonra takiben endovasküler tedaviyi önermektedir (7). Bununla birlikte intraoperatif teknik zorluk terimi subjektif bir değerlendirme olup cerrahi ekibin deneyimine göre değişiklik göstermektedir. Laidlaw ve ark. (6) ultra erken cerrahi yaptıkları hastaların çok azında bu kriterlerle karşılaştıklarını belirtmiş ve morbidite üzerinde bir etkisi olmadığını belirtmişlerdir.

Sonuç olarak, özellikle belirli yerleşimdeki intraserebral hematomlarda, hematomun anevrizma rüptürüne bağlı olabileceği düşünülmeli, yapılacak cerrahi buna göre planlanılmalı ve hastanın nörolojik durumunun kötü olması yapılacak cerrahi girişimi engellememelidir. Deserebre veya dekortike olgularda bile mükemmel yakın sonuç elde edilebileceği bilinerek en kısa sürede cerrahi girişim gerçekleştirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Bohm E, Hugosson R: Experiences of surgical treatment of 400 consecutive ruptured cerebral arterial aneurysms. *Acta Neurochir* 40: 33-43, 1978
2. Fujii Y, Takeuchi S, Sasaki O, Minakawa T, Koike T, Tanaka R: Ultra early bleeding in spontaneous subarachnoid hemorrhage. *J Neurosurg* 84: 35-42, 1996
3. Gruss P: Therapeutic procedurs in aneurysms with intracerebral hematoma. In: Schiefer W, Klinger M, Brock M, eds. Brain abscess and meningitis. Subarachnoid hemorrhage: timing problems. *Advances in neurosurgery*, cilt 9. New York: Springer-Verlag, 1981:271-280
4. Hauerberg J, Eskesen V, Rosenorn J: The prognostic significance of intracerebral hematoma as shown on CT scanning after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Br J Neurosurg* 8: 333-339,1994
5. Heiskanen O, Poranen A, Kuurne T, Valtonen S, Kaste M: Acute surgery for intracerebral hematomas caused by rupture of an intracranial arterial aneurysm. A prospective randomised study. *Acta Neurochir* 90:81-83, 1988
6. Laidlaw JD, Siu KH: Ultra early surgery for aneurysmal subarachnoid hemorrhage: outcomes for a consecutive series of 391 patients not selected by grade or age. *J Neurosurg* 97:250-259, 2002
7. Niemann DB, Wills AD, Maartens NE, Kerr RS, Byrne JV, Molyneux AJ: Treatment of intracerebral hematomas caused by aneurysm rupture: coil placement followed by clot evacuation. *J Neurosurg* 99:843-847, 2003
8. Nowak G, Schwachenwald D, Schwachenwald R, Kehler V, Muller H, Arnold H: Intracerebral hematomas caused by aneurysm rupture. Experience with 67 cases. *Neurosurg Rev* 21:5-9,1998
9. Pasqualin A, Bazzan A, Cavazzani P, Scienza R, Licata C, Da Pian R: Intracranial hematomas following aneurysmal rupture: experience with 309 cases. *Surg Neurol* 25: 6-17, 1986
10. Pia HW: The surgical treatment of intracerebral and intraventricular haematomas. *Acta Neurochir* 27:149-164, 1972
11. Ryan EP: Rupture of intracranial aneurysm causing acute subdural hematoma, intratemporal hematoma, and decerebration, with survival: case report. *Neurosurgery* 5: 698-700, 1979
12. Shimoda M, Oda S, Mamata Y, Tsugane R, Sato O: Surgical indications in patients with an intracerebral hemorrhage due to ruptured middle cerebral artery aneurysm. *J Neurosurg* 87:170-175,1997
13. Wheelock B, Weir B, Watts R, Mohr G, Khan M, Hunter M, Fewer D, Ferguson G, Durity F, Cochrane D, Benot: Timing of surgery for intracerebral hematomas due to aneurysm rupture. *J Neurosurg* 58:476-481, 1983