

Intraserebral Hematomlar

Intracerebral Hematomas

ÖZ

AMAÇ: İntraserebral hematomların cerrahi endikasyonları ve sonuçlarını araştırmak.

METOD ve BULGULAR: 1999-2004 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Kliniğinde intraserebral hematom tanısıyla yatırılarak tedavi edilen 50 hasta çalışmamızın konusunu oluşturdu. Bu hastaların 38'inde cerrahi tedavi, 12'sinde medikal tedavi uygulandı.

SONUÇ: Uygulanan tedavilerin seçimleri ve sonuçları literatür bilgileri ile tartışıldı.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Parankimal hematom, Cerrahi tedavi, Medikal tedavi, Prognoz

ABSTRACT

OBJECTIVE: To investigate the surgical indications and results of surgery for intracerebral hematomas.

METHOD and RESULTS: We reviewed 50 patients who were treated with a diagnosis of intracerebral hematoma at the Department of Neurosurgery, University of Ankara between 1999 and 2004. Thirty-eight patients underwent surgical treatment and 12 patients had conservative treatment.

CONCLUSION: The selection of the appropriate treatment method and the results of treatment are discussed with references.

KEY WORDS: Parenchymal haematoma, Surgical treatment, Medical treatment, Prognosis

Abdurrahman BAKIR¹

Erdal Reşit YILMAZ²

Caner SARILAR³

Hakan TUNA⁴

Şükrü ÇAĞLAR⁵

¹ Mevki Asker Hastanesi,
Nöroşirürji Servisi, Ankara
^{2,3,4,5} Ankara Üniversitesi,
Tıp Fakültesi, Nöroşirürji
Anabilim Dalı, Ankara

Geliş Tarihi: 26.07.2005

Kabul Tarihi: 21.10.2005

Yazışma adresi:

Abdurrahman BAKIR

Mevki Asker Hastanesi

Nöroşirürji Servisi

Dışkapı-ANKARA

Telefon: 0532 326 23 10

E-posta: abdbak@hotmail.com

GİRİŞ

Spontan intraserebral hemoraji tanımı ile öncesinde travma öyküsü olmayan hemorajiler anlatılmaktadır. Spontan intraserebral kanamalar strokun 3. en sık nedenidir. Çoğunlukla yüksek tansiyon değerlerinde oluşurlar. Bu hemorajilerde mortalite yüksektir. BBT (Bilgisayarlı Beyin Tomografisi) ve MRG (Manyetik Rezonans Görüntüleme) kullanımı ile erken ve kolay teşhis imkanı vardır. Erken teşhis sayesinde tedavi yaklaşımında ve prognozda da önemli değişiklikler olmuştur (2).

Cerrahi sonrası prognozda en önemli olan faktör, cerrahi uygulanacak hastaların iyi seçilmesidir. Bu konuda birçok prospektif çalışma yapılmışsa da aynı merkezin yayınladığı cerrahi ve medikal tedavi uygulanan olguların karşılaştırılmasına ait yeterli verinin olmaması, hastaların yeterli olarak takip edilmemeleri ve hematomlarda yazarlar tarafından kabul edilen bir sınıflamanın olmaması nedeni ile cerrahi tedavi endikasyonları halen tartışmalıdır (2,7).

Bu çalışmada 1999-2004 yılları arasında tedavi edilen 50 intraserebral hematom olgusu etyolojileri, klinik bulguları ve cerrahi tedavi endikasyonları, tedavi yaklaşımı ve prognoz arasındaki ilişkiler yönünden literatür gözden geçirilerek incelendi.

MATERYAL VE METOD

1999- 2004 yılları arasında kliniğimizde 50 nontravmatik hematom olgusu yatırılarak tedavi edilmiştir. Yaşları 30-79 arasında değişmekte olan bu hastaların 36'sı erkek,14'ü kadın ve ortalama yaşları 55,4 idi. Kliniğimize başvuran hastaların hepsinde sistemik muayene uygulandıktan sonra nörolojik durumları Glaskow Koma Skalası (GKS) ile değerlendirildi. Tanı bütün hastalarda kranial BBT, kranial MRI konuldu. İnfratentorial hemorajiler ve travmatik intraserebral hematomlar çalışma kapsamına alınmadı.

Hematomlar lokalizasyonuna göre lobar, putaminal, talamik olarak ve ayrıca intraventriküler yayılım bulunup bulunmaması ile sınıflandırıldılar. Hastaların nörolojik bulguları kitle etkisi ve fokal nörolojik hasarlar olarak sınıflandırıldı. Kitle etkisi semptom ve bulguları; hemiparezi/ pleji, şuur bozukluğu, beyin sapı sekonder bası bulguları olan III.sinir paralizisi, solunum bozukluğu, derin koma, fokal nörolojik defisitler ise; afazi, hemiparezi/ pleji, 7. ve 6. sinir paralizisi, ve epileptik ataklar, olarak değerlendirildi.

Parankimal hematomlardan GKS 5'den az olanlar, hematomu küçük kitle etkisi yapmayan ve nörolojik tablosu stabil olanlar, hematomu çok derin yerleşimli olanlar ve küçük hematomlu ve radyolojik tetkiklerinde arteriovenöz malformasyon (AVM) yönünden şüphe olmayan toplam 12 hastaya medikal tedavi uygulandı. Medikal tedavide mevcut beyin ödeminin seviyesine göre uygun kombinasyonlarda %20'lik mannitol , dexametasone, furosemide ile antiödem tedavi, difenilhidantoin ile antiepileptik tedavi ve eğer hipertansiyon mevcutsa antihipertansif tedavi uygulandı. Acil medikal tedavi esnasında arteryel tansiyonun çok düşürülmemesine dikkat edildi.

Diğer 38 hastada cerrahi tedavi uygulandı. Cerrahi tedavide kraniotomi açılarak hematomun boşaltılması, drenaj kateteri yerleştirilmesi ve kanama kontrolü uygulandı.

SONUÇ

Hastalar tedavi sonrası dönemde nörolojik muayene ve kontrol kranial BBT'ler ile değerlendirildiler. Takip edilen 50 hastadan 12 tanesi exitus oldu. Ex olan12 hastanın 5'ine cerrahi tedavi, 7'sine medikal tedavi uygulanmıştı. Diğer hastalar tedavi sonrasında nörolojik muayene ve kontrol BBT'ler ile 2-44 ay takip edildiler (ortalama 8 ay). Sonuçlar geliş durumlarına göre değerlendirildiğinde hemen hemen tüm hastaların medikal veya cerrahi tedaviden fayda gördükleri izlenmiştir. Ex olan hastaların ise 12 'sinde GKS'nın 5'in altında olduğunu, yine 10 hastanın 75 yaş üzerinde ve BBT'de hesaplanan hematom volümünün 90 cc üzerinde olduğu görülmüştür.

TARTIŞMA

Spontan intrakranial hemorajilerin %80'i serebral hemisferler içerisinde olur. Büyük çoğunluğunun etyolojisinde hipertansiyon bulunur. Bunun dışında AVM'ler , tümörler, anevrizmalar, koagülasyon bozuklukları, ve amiloid angiopatininde intrakranial hemorajiye neden olabileceği bildirilmiştir (2,7,9). Bizim serimizde 23 hastada hipertansiyon, 4 hastada koagülasyon bozukluğu, 3 hastada tümör içine kanama ve 2 hastada da anevrizma rüptürü etyolojik neden olarak tespit edilirken 18 hastada spontan intraserebral hematomu açıklayacak neden bulunamadı. Serimizde amiloid angiopatiye rastlanılmadı.

Hipertansiyon sonucu oluşan kanamaların sebebi halen tartışmalıdır (8). Charcot ve Bouchart 1868'de bu kanamaların hipertansiyon sonucu intraserebral

arteryel mikroanervizmaların rüptürüne bağlı olduğunu ileri sürmüşlerdir ve bu görüş bir asır boyu desteklenmiştir. Mikroanervizmaların kronik arteryel hipertansiyonla birlikte buldukları Cole ve Yates tarafından gösterilmiştir. Buda sıklıkla hipertansif kanamaların nispeten ince duvarlı lentikülostriat ve paramedian arterlerde görülmesini açıklar. Hipertansif kanamaların %65'i putamen ve talamusta, %11 ponsa, %8 serebellumda, %18 subkortikal beyaz cevherde izlenmektedir (3).

Serebral hemisferlerde oluşan hemoraji beyaz cevherde lif fasiküllerini diske ederek yayılmaya meyillidir. Genellikle ilk 15-20 dakika içerisinde nihai büyüklüğüne ulaşır. Bu kanama beyinin elastik direnci ve beyin perfüzyon basıncı ile kontrol edilir. Fujitsu ve ark., ilk 3 saat içinde görülen ve seri BBT'ler ile takip edilen, cerrahi ve medikal tedavi uygulanan putaminal kanamalı 180 hastanın çoğunda hematomun ilk 6 saat içerisinde maksimum büyüklüğe ulaştığını göstermişlerdir (4).

Benes ve ark., intrakranial hematumlu hastalarda yaptıkları postmortem çalışmalarda iki tip spontan hemoraji tarif etmişlerdir. Birincisi, çevre beyin dokusunu hasarlayan, ventriküler sisteme giren ve obstrükte eden masif akut kanamalardır. Bu kanamalar fatal ICP artışına neden olurlar, medikal ve cerrahi tedaviye iyi cevap vermezler. İkincisi ise, büyük başlayan ve yavaş ilerleyen, periferik kitle lezyonu gibi hareket eden hematomlardır. Bunlarda cerrahi olarak hematomun boşaltılması iyi sonuç verir, genellikle kanayanlar perforan arterlerdir (1).

Şimdiye kadar literatürde intraserebral hematomların cerrahi endikasyonları ve tedavi sonuçları konusunda birçok çalışma yapılmıştır. İntraserebral hematomlarda mortalite diğer stroke tiplerine göre çok yüksektir. Cerrahi tedavinin ilk amacı mortaliteyi önlemek, ikinci amacı ise kalacak sekelleri azaltmaktır. Yüzeysel lobar intraserebral kanamalar dışındaki primer spontan intraserebral kanamalarda cerrahinin üstünlüğü gösterilemiştir. 1935'de Aring, 1938'de Rose, 1949'da Zimmerman, 1975'de Gomensoro %90'lara yaklaşan mortalite yayınlamışlardır. Fazio 1950-1960 yılları arasında opere ettiği hematomların cerrahiden fayda gördüğünü yayınlamıştır. Mc Kisson ve ark., ilk defa 180 hastada cerrahi ve medikal tedavi uygulanan olgularda mortalite %64'ü bulurken, medikal tedavi uygulananlarda bu oran %51'lerde kalmıştır. Kanaya ve ark., yayınladığı ve şimdiye kadar yayınlanmış en geniş seri olan 5255 olguluk çalışmada %22 postoperatif mortalite bildirilmiştir (5).

Kaneko ve ark., acil opere ettikleri 100 hastada 7 mortalite yayınlamışlardır (6).

BBT ve MRI kullanarak iyi endikasyon konularak seçilmiş olgularda cerrahi tedavi sonrası morbidite ve mortalite oranları 90'li yıllarda belirgin olarak düşmüştür.

Bu çalışmada ; belirgin kitle etkisi yapan, hematom volümü 80 cc üzerinde olan ve GKS 'nin 5'in üzerinde olan, medikal tedavi ile intrakranial basınç artışını kontrol altına alamadığımız olgularda cerrahi tedavi uygulandı.

Çalışma sonucunda, cerrahi uygulanan vakalarda mortalite %33 iken medikal tedavi uygulanan vakalarda bu oran %60'lara ulaşmıştır. İntraserebral hematomların rezorbsiyonu makrofaj aktivitesi ile birkaç ay içinde olur, yine kontrol BBT'lerde cerrahi tedavi uygulanmayan vakalarda orta hat şiftlerinin düzelmesinin birkaç haftayı bulduğu gösterilmiştir.

Bizim intraserebral hematomlarda cerrahi tedavi uygulamamızdaki amaç hematomun kitle etkisini ortadan kaldırmak, sekonder beyin sapı basısına engel olmak, İCP'yi düşürmek ve iyileşme zamanını kısaltmaktır. Seçilmiş olgularda cerrahi tedavinin üstünlüğü olduğunu söyleyebiliriz.

KAYNAKLAR

1. Benes V Jr, Maly Z: Intracerebral hematoma following superficial temporal-middle cerebral artery anastomosis. Case report. Zentralbl Neurochir. 46(2):133-136, 1985
2. Broderick JP: Advances in the treatment of hemorrhagic stroke: a possible new treatment. Cleve Clin J Med. Apr, 72(4):341-4, 2005
3. Cole FM, Yates PO. Intracerebral microaneurysms and small cerebrovascular lesions. Brain. Dec, 90(4):759-768, 1967
4. Silvera S, Oppenheim C, Touze E, Ducreux D, Page P, Domingo V, Mas JL, Roux FX, Fredy D, Meder JF: Spontaneous intracerebral hematoma on diffusion-weighted images: influence of T2-shine-through and T2-blackout effects. AJNR Am J Neuroradiol. Feb, 26(2):236-241, 2005
5. Kanaya H: Current status of surgical therapy of hypertensive cerebral hemorrhage in Japan. Nippon Rinsho. 40(12):2775-2782, 1982
6. Kaneko M, Koba T, Yokoyama T. Early surgical treatment for hypertensive intracerebral hemorrhage. J Neurosurg. May, 46(5):579-583, 1977
7. Shaya M, Dubey A, Berk C, Gonzalez-Toledo E, Zhang J, Caldito G, Nanda A: Factors influencing outcome in intracerebral hematoma: a simple, reliable, and accurate method to grade intracerebral hemorrhage. Surg Neurol. Apr; 63(4):343-348, 2005
8. Fujitsu K, Kuwabara T, Kim I, Kim F: On the phenomena of multiple extravasations of contrast medium in cerebral angiogram of the cases of hypertensive intracerebral hematoma. No To Shinkei. Jun, 3 1(6):613-620, 1979
9. Zurasky JA, Aiyagari V, Zazulia AR, Shackelford A, Diringner MN: Early mortality following spontaneous intracerebral hemorrhage. Neurology, Feb 22;64(4):725-727, 2005