

ÇOCUKLUK ÇAĞI SUBDURAL KOLLEKSİYONU VE SUBDURAL PERİTONEAL ŞANT

Dr. Cumhuri DİNÇER, Dr. Ahmet ZORLUTUNA.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı
Türk Nöroşirürji Dergisi 1 : 75-77, 1989

ÖZET : Bu makalemizde subdural peritoneal şant uygulamasına çok iyi cevap veren bir olgu sunulmuştur. Bu konuda klasik olarak literatürde uygulanan metodlar gözden geçirilmiş ve membran rezeksiyonlarının postoperatif takipte şant operasyonuna üstünlük göstermediği neticesi alınmıştır.

Posttravmatik veya postenfeksiyöz dirençli subdural kolleksiyonlarda alternatif olarak subdural peritoneal şant operasyonlarının daha uygun olduğu literatürdeki veriler de desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler : Subdural effüzyon, subdural hematoma, subdural kolleksiyon, subdural peritoneal şant.

SUMMARY : In this article, a case of subdural collection which was treated successfully by subdural peritoneal shunt application is presented.

A review of literature is done in this subject and the classic methods are reviewed.

In the postoperative follow-up studies it has been detected that the results of membrane resections are not better than the results of shunt operations.

According to the literature, it has been shown that better results are obtained by the subdural-peritoneal shunt operation in persistent subdural collections due to trauma or infections.

Key Words : Subdural Collection, Subdural effusion, Subdural Hematoma, Subdural peritoneal shunt.

GİRİŞ

Çocukluk çağı subdural kolleksiyonlarının tedavisi senelerce Ingraham ve Matson'un (4), tarif ettikleri şekilde devam etmiştir.

Burada izlenen yol sırası ile subdural tapler, burr-hole ve kraniotomi ile membran rezeksiyonlarıdır. Bu yol genelde başarılı olmuşsa da, sonraları bazı raporlarda membranın beyin gelişmesine sanıldığı kadar zararı olmadığı ortaya konmuştur (3). Böylece subdural kolleksiyonlarda likit komponentin ortadan kaldırılmasına daha çok önem vermeye başlamıştır (5). Likit kısmın aspirasyonu ile mevcut membranların gerilediği ve ortadan kalktığı da gösterilmiştir (1,5).

Bu araştırmalara yol açan bir sebep de burr-hole veya kraniotomilerle yapılan drenaj ve rezeksiyonlar sonrasında da subdural mesafeye tekrar sıvı toplanması ile intrakranial basınç artımını ortaya çıkaran dirençli subdural kolleksiyonların varlığıdır.

Bu tür subdural kolleksiyonların, sebebi ne olursa olsun, subdural peritoneal ve subdural pleval şant ile drenajı önceleri de denenmiş ve iyi sonuçlar alınmıştır (1,6). Ancak membran varlığının ve bunların kolleksiyon fizyopatolojisindeki yerinin fazla önemsenmesi şant operasyonlarının yaygın kullanım alanı bulmalarını engellemiştir.

Son zamanlarda şant operasyonları tekrar gündemdedir (9).

Bu yazımızda subdural peritoneal şant ile tedavi edilen bir olgu takdim edilmiştir.

OLGU SUNUMU

M.İ. 7 aylık erkek çocuk. Pnömokoksik menenjit geçirerek medikal tedavisi yapılmış olan hasta, bilateral subdural kolleksiyon tanısı ile kliniğimize yatırılmıştır.

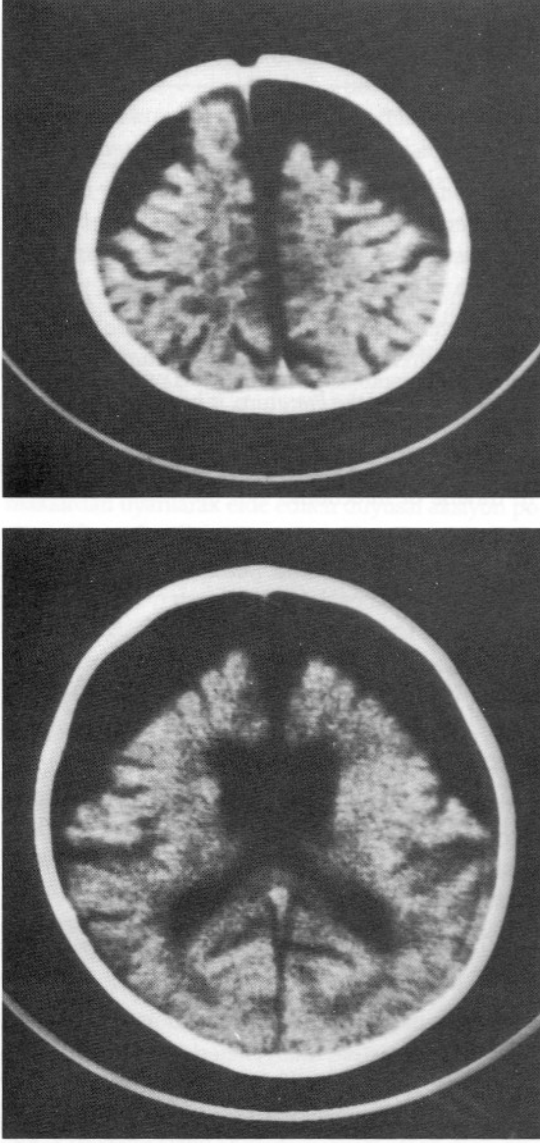
Öz ve soy geçmişinde bir ay önce geçirilen menenjit dışında patoloji saptanmamıştır.

Fizik muayenede : K.Ç. 45 cm., fontaneli gergin bulundu. Diğer sistem muayeneleri ve vital fonksiyonları subfebril ateş dışında normaldi. Direkt kraniyum ve akciğer grafisinde patoloji görülmeyen hastanın Bilgisayarlı Beyin Tomografisinde (BBT) bilateral subdural kolleksiyon tesbit edilmiştir.

Bilateral subdural taplerle alınan ksantokromik sıvının yapılan kültüründe bakteri ürememiştir.

Antibiyotik tedavisine alınarak iki hafta taplerine devam edildi. Bu süre sonunda yenilenen BBT'de kolleksiyonun aynen devam ettiği görülerek hastaya 13-5-1988 tarihinde bilateral frontal burr-hole açılarak kolleksiyon drene edildi. Operasyonda bilateral ince membran saptandı. Postoperatif iyi seyreden hastanın bir ay sonraki muayenesinde kafa çevresi stabil, fontanel gergin olarak sebat ediyordu.

Bu arada yapılan subdural taplerin yetersiz olduğu düşünülerek çekilen BBT'de bilateral kolleksiyonun devam ettiği görüldü. (Şekil : 1-2).



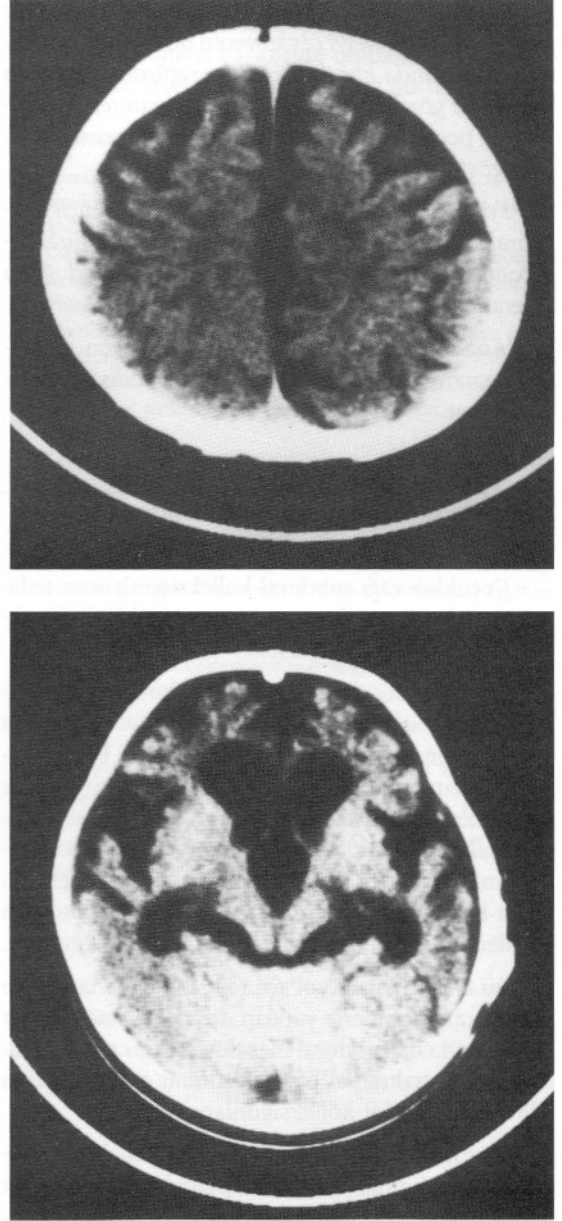
Şekil 1-2 : BBT'de eksternal drenaj sonrası bilateral subdural kolleksiyon.

Tap ile soldan daha fazla alınan sıvıda protein miktarı % 776 mg. idi. Hastaya 26.6.1988 tarihinde sol subdural peritoneal şant ameliyatı yapıldı. Operasyonda sol frontal burr-hole den proksimal kateter subdural mesafeye yerleştirildi ve rezervuara kesik uçlu distal kateter ile beraber bağlandı.

Postoperatif dönemde problemi olmayan ve fontaneli yumuşayan hasta 5.7.1988 tarihinde taburcu edildi. Postoperatif ikinci ayda Jaksonien nöbet se-

bebi ile antiepileptik verilen hastanın yapılan kontrol muayenesinde şantın çalıştığı ve nörolojik defekt olmadığı görüldü.

Kontrol BBT'de ventriküllerde hafif genişleme ve subdural mesafenin oldukça kapalı olduğu izlenmekte idi. (Şekil 3-4).



Şekil 3-4 : BBT'de S-P şant sonrası, ventriküller hafif geniş, subdural kolleksiyon minimal olarak görülüyor.

Hasta bir ay sonra kontrole gelmek üzere gönderildi.

TARTIŞMA

Matson (4) serisinde bildirdiği 98 hastaya klasik günlük tapler, burr-hole ve kraniotomi ile membran rezeksionu uygulamıştır. 9 eksitus dışında altı aylık takipleri sonunda % 23 mental retardasyon ve % 77 normal hasta oranı bildirmiştir. Daha sonra yayınlanan seriler de Matson'un rakamlarına uygunluk göstermektedir (3, 7). Ancak kraniotomi ile membran rezeksionu yapılmayan serilerde de benzer oranlar görülmektedir (3, 5, 8). Rabe ve arkadaşları (7) 62 vakalık subdural kolleksiyon serilerinde travmatik ve enfeksiyöz kökenli vakaları beraberce değerlendirmişlerdir. Bu yazarlara göre şant hariç standart uygulanan cerrahi yöntemler ile taplerle tedavi görmüş hasta grupları arasında nörolojik defektler açısından fark bulunmamaktadır.

Subdural kolleksiyonlu vakalarda beyin ciddi hasar görmemişse ki bu hasar travmaya veya bir başka nedene bağlı olabilir, reekspansiyon beklenebilir ve taplerle yeterli tedavi sağlanabilir.

Bu gelişmenin olmadığı, taplerin yetersiz kaldığı vakalarda diğer cerrahi uygulamalar düşünülmelidir. Membran rezeksionları başlıca iki düşünceye dayanarak uygulanmaktadır.

Birincisi membranların beyin gelişmesini önleyeceği ki oldukça uzun zamandır bu görüş değerini yitirmiştir. İkincisi membranların reakümülyasyona sebep olduğudur.

Gitlin (2) posttravmatik ve postenfeksiyöz subdural kolleksiyonları incelemiş kolleksiyonun damar yırtılması ve kanamadan ziyade kapiller duvardaki lezyondan oluştuğunu bulmuştur. Collins ve Pucci (1) subdural peritoneal şant serilerinde membran kalınlığı ve vaskülaritesinin drenaj yeterli olduğu sürece giderek gerilediğini biyopsilerle kanıtlamışlardır. Rabe (7) ve arkadaşlarının da bildirdiği gibi membran rezeksionları subdural kolleksiyonu büyük oranda engellememektedir.

Bugün için membran mevcudiyeti ve subdural sıvı protein içeriğindeki yükseklik, membran rezeksionu için bir endikasyon kabul edilmemeli kanısındayız.

Takdim ettiğimiz olguda olduğu gibi uygun bir tekniikle takılan şantın normal çalışması ile subdural kolleksiyon ortadan kalkarak intrakranial basınç düşer ve beyin ekspansiyonunu sağlayabilir.

Ayrıca şant, uzun süre tap yapılmış kötü beslenme koşullarında olan ve diğer sistemik güçlükleri bulunan hastalar için kraniotomi risklerini de ortadan kaldıracak alternatif ameliyattır.

Şantın iyi çalışmadığı ve yeterli drenajı sağlayamadığı vakalarda ancak kolleksiyon dirençli ise membran rezeksionu düşünülebilirse de faydası tartışmalıdır.

Şantın hastada kalış süresi ortalama 8-10 hafta olmalıdır (1, 9). Subdural sıvı protein yüksekliğinin çıkarabileceği komplikasyonlar, tıkanma veya yetersiz drenaj ekstra düşük basınçlı pompa veya kesik uçlu distal kateter kullanılarak minimale indirilebilir. Literatürde subdural sıvı protein yüksekliğinin bir şant kontrendikasyonu teşkil edeceği hududu değeri bildiren rapora rastlanmamıştır.

Sonuç olarak dirençli subdural kolleksiyon vakalarında kraniotomi ile membran rezeksionlarının eski popülaritesini kaybettiğinde göz önüne alınarak subdural şant uygulaması alternatif bir cerrahi yöntem olarak düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Collins WF, Pucci GL: Peritoneal drainage of hematomas in infants. *The Journal of pediatrics*, pp. 482-485 Apr. 1961.
2. Gitlin D: Pathogenesis of subdural collections of fluid. *Pediatrics* 16:345-352, 1955.
3. Herzberger E, Rotem Y, Braham J: Remarks of thirty-three cases of subdural effusions in infancy. *Arch DisChild* 31:44-50, 1956.
4. Matson DD: *Neurosurgery of infancy and childhood*, pp.731-736 Charles C Thomas Springfield-Illinois 1969.
5. Mc Lavrin RL, Emily I, Lewis HP: Results of nonoperative treatment in 15 cases of infantile subdural hematoma. *J Neurosurg* 34:753-759 June 1971.
6. Ransohoff J: Chronic subdural hematoma treated by subdural-pleural shunt. *Pediatrics* 20:561, 1957.
7. Rabe EF, Flynn RE, Dodge PR: Subdural collections of fluid in infants and children. A study of 62 patients with special reference to factors influencing prognosis and the efficacy of various forms of therapy. *Neurology* 18:559-570, 1968.
8. Shulman K, Ransohoff J: Subdural hematoma in children: The gate of children with retained membranes. *J Neurosurg* 18:175-181, 1961.
9. Wilkins RH, Rengachary SS: *Neurosurgery* Vol. III, pp. 2211-2214, McGraw-Hill Book Company 1985.