

Bilateral Kalsifiye Kronik Subdural Hematom: Olgu Sunumu

Bilateral Calcified Chronic Subdural Hematoma: Case Report

ÖZ

Kalsifiye kronik subdural hematom nadir karşılaşılan bir hastalıktır. Bu durum, postmenenjitik subdural efüzyonun bir sonucu olarak ve daha az sıklıkla ventriküloperitoneal şant operasyonlarının bir uzun dönem komplikasyonu olarak ortaya çıkabilir. Bu yazıda, biz bilateral kronik subdural hematom nedeni ile 6 yıl önce opere edilen bilateral kalsifiye kronik subdural hematoma bir olgu sunuyoruz.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Bilateral, Kalsifikasyon, Kronik subdural hematom

ABSTRACT

Calcified chronic subdural hematoma is a rarely seen disorder. This condition, can occur as a result of postmeningitic subdural effusion and less frequently as a long-term complication of ventriculoperitoneal shunt operations. In this report, we present a case with bilateral calcified chronic subdural hematoma who was operated due to bilateral chronic subdural hematoma 6 years ago.

KEY WORDS: Bilateral, Calcified, Chronic subdural hematoma

Cem DİNÇ¹

A. Celal IPLIKÇIOĞLU²

İsmail LATİFACI³

Azmi TUFAN⁴

Yüksel NAVRUZ⁵

1,2,3,4,5 S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroşirürji Kliniği Şişli/İstanbul

Geliş Tarihi: 19.10.2005

Kabul Tarihi: 08.03.2006

Yazışma adresi:

Cem DİNÇ

İçerenköy Emniyet Çık. Sk.

Aydın Kardeşler Apt. No:4/16

34752 Kadıköy/İstanbul

Ev Tel. : 0216 4692809

İş Tel. : 0212 2217777/1280

GSM. : 0532 3874027

E-posta: drcemdinc@yahoo.com

GİRİŞ

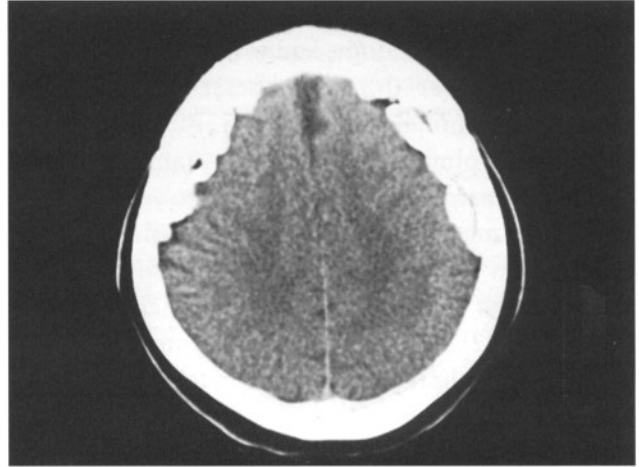
Kalsifiye Kronik Subdural Hematom (KSH), gelişme mekanizması halen tam olarak ortaya konulamamış olan ve bu nedenle tedavi yaklaşımları hakkında net olarak bir görüş birliği sağlanamamış olan bir hastalıktır (10,12,13). Hastaların bir bölümü asemptomatik seyrederken diğer bir bölümünde kronik baş ağrısı, hemiparezi, mental retardasyon, epileptik nöbetler ve benzeri belirtiler görülebilir (10,11,14). Cerrahi tedavi kararı verilmeden önce hastalar çok dikkatli değerlendirilmeli ve gerekli olmayan bir cerrahi girişimin bir fayda sağlamayacağı, aksine hastanın klinik olarak daha da gerilemesine sebep olabileceği unutulmamalıdır. Biz bu yazıda baş ağrısı dışında herhangi bir nörolojik bulgu ve belirti göstermeyen ve opere edilmeyerek klinik izleme alınan bir kalsifiye KSH olgusu sunuyoruz.

OLGU SUNUMU

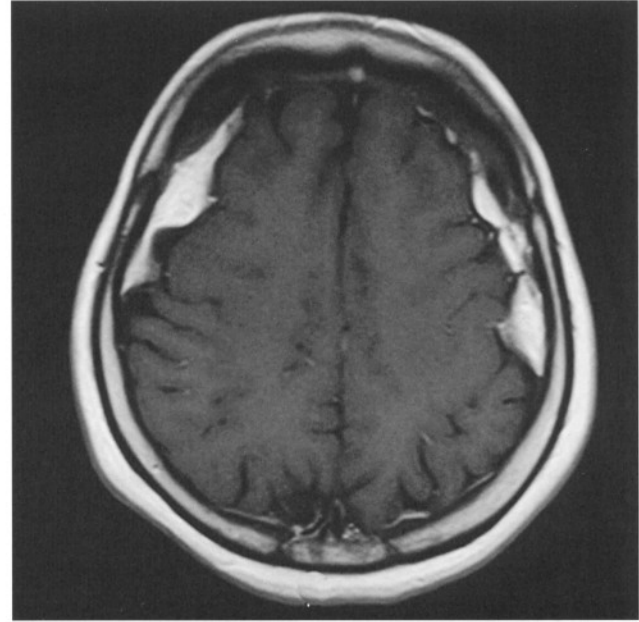
29 yaşında bayan hasta kliniğimize son birkaç aydır ortaya çıkan ve ara ara şiddetlenen baş ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın yapılan sistemik ve nörolojik muayenesinde herhangi bir bulgu saptanmazken, özgeçmişinde başvurudan 6 yıl önce bilateral KSH sebebiyle Burr-hole kraniyotomi+kapalı drenaj operasyonu hikayesi tespit edildi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde sistemik hastalık hikayesi yoktu. Çekilen kranyal Bilgisayarlı Tomografide (BT) bilateral kalsifiye yapılar içeren ve merkezinde kistik komponenti bulunan KSH saptandı (Şekil 1). Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) T1 ağırlıklı kesitlerde hipo-hiperintens, T2 ağırlıklı kesitlerde heterojen hiperintens karakterde bilateral frontoparietal alanda subdural koleksiyon saptandı (Şekil 2). Hasta, herhangi bir yakınması olmadığı için son birkaç yıldır düzenli takiplerine devam etmediğini ifade etmekte idi. Geçirdiği operasyondan sonraki ilk bir yıl içinde çekilen kontrol kranyal BT'lerde herhangi bir rezidü, nöks ya da kalsifikasyon tespit edilmedi. Sonuç olarak, hastanın opere edilmeyerek, yakın klinik izleme alınmasına karar verildi. Baş ağrısı dışında yakınması olmayan ve nörolojik defisiti bulunmayan hastanın 3. ve 6. ayda çekilen kontrol kranyal BT'lerinde anlamlı bir fark izlenmedi.

TARTIŞMA

Kalsifiye KSH ilk kez von Rokitansky (16) tarafından bir otopsi vakasında tarif edilmiş, cerrahi olarak çıkartılan ilk kalsifiye KSH olgusu ise Goldhahn (7) tarafından bildirilmiştir.



Şekil 1: Aksiyel opaksız BT kesitlerinde bilateral frontoparietal alanda kalsifikasyon gösteren KSH izlenmekte.



Şekil 2: MRG'de T1 ağırlıklı kesitlerde hipo-hiperintens, heterojen karakterde bilateral frontoparietal subdural koleksiyon izlenmekte.

KSH'ların %0.3-2.7'sinde kalsifikasyon ya da osifikasyon bulunabilmesine karşı, büyük ve adezyon gösteren osifikasyon ile çok daha nadir karşılaşılır (11,13,15,17). Yayınlanan birçok olguda kalsifiye KSH'un şant operasyonlarına ve menenjitte sekonder olarak geliştiği bildirilmiştir (8,11,15). Biz hastamızın özgeçmişinde, başvurudan altı yıl önce bilateral KSH sebebi ile operasyon geçirmesinin dışında herhangi bir özellik tespit etmedik. Asemptomatik olarak saptanan olgular çok daha nadirdir.

Kalsifiye yapılar hematomun parietal ve visseral tabakalarında bulunduğu kadar hematomun içinde de bulunabilirler (6). Buna karşı, kalsifikasyon gelişme mekanizması ve neden tüm KSH'ların kalsifiye olmadığı halen tam olarak aydınlatılmamış bir konudur. Afra'ya (1) göre subdural mesafedeki azalmış sirkülasyon ve absorpsiyon ve vasküler trombozlar kalsifikasyon gelişiminden sorumlu olabilirler. McLaurin ve McLaurin (12) tek taraflı kalsifikasyon gelişen bir bilateral KSH olgusu bildirmişler ve lokal faktörlerin kalsifikasyon gelişmesinde rol oynayabileceğini öne sürmüşlerdir. Bazı yazarlar da metabolik yatkınlığın sorumlu olabileceğini bildirmiştir (4,12).

Boyd ve ark. (4) kalsifikasyon gelişebilmesi için hematomun en az son 3 yıldır devam etmesi gerektiğini bildirmiş, buna karşı Bahadır ve Marx (2) 3 aylık bir sürenin kalsifikasyon gelişimi için yeterli olduğunu bildirmiştir. Osifikasyon için genellikle daha uzun süre gerekir. Kalsifiye duvar beyin yüzeyini kaplarsa, bu durum "Zırlı Beyin" olarak tanımlanır (3,5,11). Kalsifiye bölüm çok ince dahi olsa, bazen dura ve beyin yüzeyine çok sıkı yapışıklık gösterebilir (1). Bizim olgumuzda kalsifikasyonun gelişme mekanizması ve ilk uygulanan operasyondan ne kadar süre sonra kalsifikasyon geliştiği belirsizdi.

Çocuk çağda KSH'larda en sık görülen semptomlar mental retardasyon, epileptik ataklar ve davranış bozukluklarıdır (12,18). Bazı hastalarda ilerleyen nörolojik hasar görülmesine karşı genellikle artmış intrakranyal basınca bağlı semptomlar yoktur. Bu olgularda başlangıçtaki travma ya da inflamatuvar değişikliklere sekonder olarak gelişen atrofi ya da beyin hasarı semptomların gelişmesinden sorumlu olabilir (11). Buna karşı bazı vakalar ise, rastlantısal olarak saptanır. Biz olgumuzda, başvuru ve klinik takipler sırasında başağrısı dışında herhangi bir yakınma ve nörolojik özellik tespit etmedik.

Direkt kranyografilerde kalsifikasyon görülebilir ve BT ve MRG ile de preoperatif dönemde hematomun boyutu, kalsifikasyonun boyutu, kalınlığı ve beyin parankimi ile ilgili çok detaylı bilgiler elde edilebilir (9).

McLaurin ve McLaurin (12) 6 olgunun cerrahi olarak tedavi edildiği serilerinden elde ettikleri postoperatif sonuçlara göre, kalsifiye KSH'un

çıkartılmasının gerekli olmadığını ve bir yararı bulunmadığını bildirmişlerdir. Buna karşı Watts (18) ilerleyen nörolojik hasar ve artmış intrakranyal basınç belirtileri gösteren olgularda cerrahi tedaviyi önermektedir. İplikçioğlu ve ark (10) da cerrahi tedavi uyguladıkları, osifiye KSH'u bulunan 13 yaş erkek olguda, postoperatif dönemde nörolojik hasarda iyileşme olmamasına karşı epileptik atakların kontrol altına alındığını bildirmiştir. Bizim olgumuzda da nörolojik defisit ve epileptik atak hikayesi mevcut olmaması, başağrısı dışında bir yakınması bulunmaması sebepleri ile, hastaya uygulanacak herhangi bir cerrahi girişimin klinik kötüleşmeye neden olabileceği kanısı ile yakın klinik izleme almaya kara verdik.

Niwa ve ark (13) rastlantısal olarak saptanan asemptomatik bir olguda, kalsifiye KSH'un cerrahi olarak başarıyla çıkartıldığını, ancak postoperatif 3. ayda hematomun, 10. ayda da hematomun içinde kalsifikasyonun tekrar oluştuğunu bildirmiştir. Sonuç olarak, kalsifiye KSH nadir karşılaşılan bir hastalıktır ve cerrahi tedaviden yarar görecektir hastalar çok dikkatli seçilmelidir. Hastalığın başlangıcında oluşan beyin hasarı ve atrofının, cerrahi tedavi sonuçlarının başarısız olmasına neden olabilecek en önemli faktör olduğu akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Afra D: Ossification of subdural hematoma: Report of two cases. J Neurosurg. 18:393-7, 1961
2. Bahadır AR, Marx P: On a case report of calcified and ossified subdural hematomas. Neurochirurgia. 10(6):224-228, 1967
3. Birkner R, Lagemann K: Extensive calcification in pachymeningitis haemorrhagica interna and subdural hematoma: On a case of encased brain. Fortschr Geb Rontgenstr Nuklearmed. 105(3):367-81, 1966
4. Boyd DA, Merrel JP: Calcified subdural hematoma. J Nerv Ment Dis. 98:609-617, 1943
5. Debois V, Lombaert A: Calcified chronic subdural hematoma. Surg Neurol. 14(6):455-498, 1980
6. Dyke CG, Davidoff LM: Chronic subdural hematoma: A roentgenographic and pneumocephalographic study. Bull Neurol Inst NY. 7:112-147, 1938
7. Goldhahh R: Über ein grosso-es, operativ entferntes, verkalkktes, intra-kranielles Hamatom. Dtsch Z Chir. 224:323-331, 1930
8. He XS, Zhang X: Giant calcified chronic subdural haematoma: a long term complication of shunted hydrocephalus. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 76(3):367, 2005
9. Imaizumi S, Onuma T, Kameyama M, Naganuma H: Organized chronic subdural hematoma requiring craniotomy-five case reports. Neurol Med Chir. 41(1):19-24, 2001

10. Iplikcioglu AC, Akkas O, Sungur R: Ossified chronic subdural hematoma: case report. *J Trauma*. 31(2):272-275, 1991
11. Ludwig B, Nix W, Lanksch W: Computed tomography of the "armored brain". *Neuroradiology*. 25(1):39-43, 1983
12. McLaurin RL, McLaurin KS: Calcified subdural hematomas in childhood. *J Neurosurg*. 24(3):648-655, 1966
13. Niwa J, Nakamura T, Fujishige M, Hashi K: Removal of a large asymptomatic calcified chronic subdural hematoma. *Surg Neurol*. 30(2):135-139, 1988
14. Sgaramella E, Sotgiu S, Miragliotta G, Fotios Kalfas Crotti FM: "Matrioska head": Case report of calcified chronic subdural hematoma. *J Neurosurg Sci*. 46(1):28-31, 2002
15. Spadaro A, Rotondo M, Di Celmo D, Simpatico S, Parlato C, Zotta DC, Albanese V: Bilateral calcified chronic subdural hematoma: Further pathogenetic and clinical consideration on the so-called "armoredbrain". *J Neurosurg Sci*. 31(2):49-52, 1987
16. von Rokitsansky C: *Handbuch der pathologischen anatomie*. cilt. 2. Vienna: Braunmuller und Scidel, 1844: 717
17. Waga S, Sakakura M, Fujimoto K: Calcified subdural hematoma in the elderly. *Surg Neurol*. 11(1):51-52, 1979
18. Watts C: The management of intracranial calcified subdural hematomas. *Surg Neurol*. 6(4):247-250, 1976