

Spontan Spinal Epidural Hematom: Olgu Sunumu

Spontaneous Spinal Epidural Hematoma: Case Report

H. MURAT GÖKSEL, ÖZEN KARADAĞ, MUSTAFA GÜRELİK, ÜNAL ÖZÜM

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroşirürji A.B.D., Sivas

Geliş Tarihi: 3.6.2000 ⇔ Kabul Tarihi: 14.9.2000

Özet: Spinal epidural hematoma, seyrek görülen bir durumdur. Hastaların çoğunda hematoma oluşturan bir faktör varken; küçük bir olgu grubu ise "spontan" olarak tanımlanır. Bu yazıda, cerrahi tedavi ile iyi bir prognoz sağlanmış olan, spontan servikotorasik spinal epidural hematoma olgusu sunulmuş ve ilgili literatür gözden geçirilmiştir.

Abstrac: Spinal epidural hematomas are infrequent entities. Besides the presence of several different causative factors in the majority of the patients, a small group of cases is defined as "spontaneous". We present a patient, who had a spontaneously developed cervicothoracic spinal epidural hematoma with a good prognosis after surgical treatment. Relevant reports are reviewed following the case presentation.

Anahtar Sözcükler: Epidural hematoma, omurilik kompresyonu, cerrahi dekompresyon

Key Words: Epidural hematoma, spinal cord compression, surgical decompression

GİRİŞ

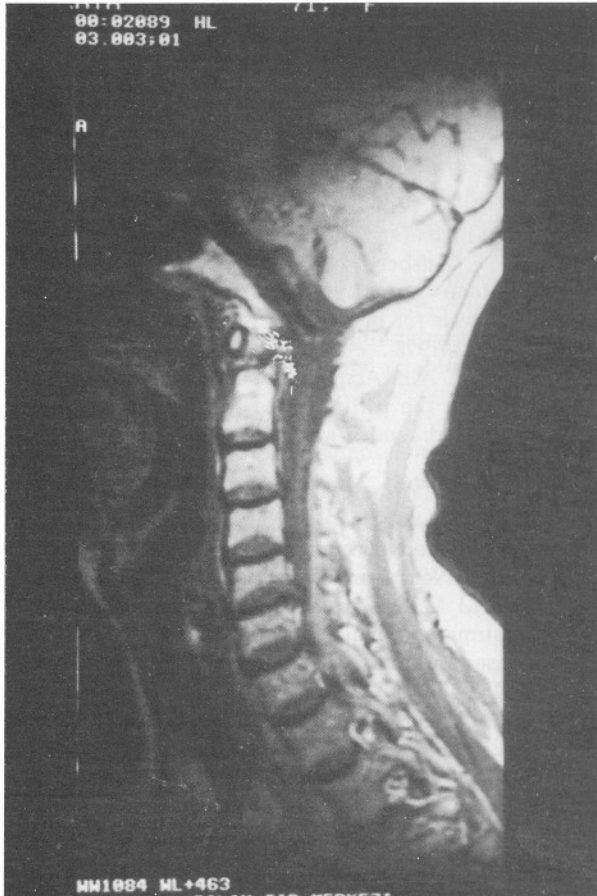
Spontan spinal epidural hematoma (SSEH) seyrek görülen bir durumdur. Literatürde SSEH için çeşitli tanımlar yapılmıştır; en sık lomber ponksiyon, cerrahi girişim gibi iyatrojenik bir prosedür ve dislokasyon ya da kırığa neden olan bir travma olmaksızın ortaya çıkan hematoma olarak tanımlanmıştır. Bu tanım primer hematolojik bozukluklara bağlı kanama, antikoagülan tedavi, vasküler malformasyonlar, ateroskleroz, hipertansiyon veya epidural mesafeye invaze olan neoplazmlar gibi bir çok nedene bağlı hematomları da içerir. Birçok yazar ise belirli bir neden saptanamayan, idyopatik gelişen hematomları

spontan olarak tanımlamıştır (2,4,5,6). Bu yazıda, bu tür bir SSEH olgusu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Ani boyun ağrısı ve sol kolda güç kaybı yakınması ile başvuran 72 yaşındaki bayan hastanın travma öyküsü yoktu. Sistemik muayenesinde hafif hipertansiyon dışında bir patoloji saptanmadı. Nörolojik muayenesinde ise sol kolda multiradiküler duysal ve motor kayıp vardı. Rutin laboratuvar tetkikleri; tam kan sayımı, kanama zamanı, pıhtılaşma zamanı ve biyokimya değerleri normal sınırlar içindeydi. Direkt grafilerinde servikal vertebralarda herhangi bir kırık ya da dislokasyona

rastlanmadı. Çekilen spinal MRI'da T1 ağırlıklı görüntülerde C₄'den C₇'ye uzanan spinal kanalın sol posterolateralinde yerleşik ve hafif hiperintens epidural kitle saptandı (Şekil 1,2). Sagittal ve aksiyel T2 ağırlıklı görüntüler lezyonun histopatolojisi hakkında herhangi bir bilgi vermiyordu. Nöroradyolojik tanı metastatik bir epidural neoplastik lezyon olasılığı olarak bildirilmişti. Cerrahi girişimde lezyonun genişliğine uygun olarak C_{5/6,7} ve T₁ sol hemilaminektomi yapıldı ve 6 cm. uzunlukta, 1,5 cm. kalınlıkta organize olmaya başlamış bir epidural hematoma çıkarıldı. Hematomun çıkarılmasını takiben herhangi bir anormal damarsal yapı ya da kanama görülmedi. Postoperatif dönemde herhangi bir sorunla karşılaşmadı, sol deltoid ve biceps kaslarında hafif güç kaybı olan hasta 10. günde taburcu edildi. 6 ay sonra yapılan kontrol muayenesinde sol koldaki nörolojik kaybın tam olarak düzeldiği gözlemlendi.

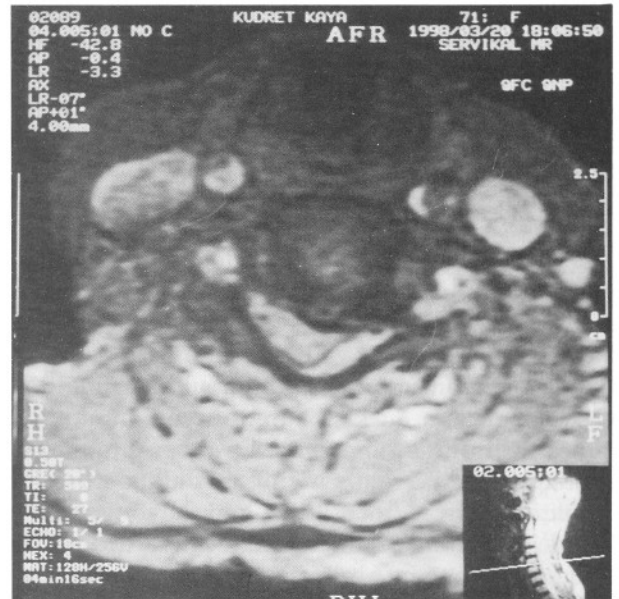


Şekil 1: Sagittal T1 ağırlıklı görüntü. Hematom spinal kordun arkasında hiperintens kitle olarak görülmektedir.

TARTIŞMA

İster travmatik, ister nontravmatik olsun, spinal epidural hematoma seyrek görülen bir durumdur. Literatürde yaklaşık olarak 330 nontravmatik spinal epidural hematoma olgusu yayınlanmıştır, bunların 250'den fazlası MRI kullanılan döneme aittir (3,5). Akut spinal kord kompresyonu olgularında, MRI ile SSEH tanısındaki önemli artış, MRI kullanımı öncesi dönemde, önemli sayıda SSEH olgusuna yanlış tanı konulduğunu ya da tanı konulmadığını düşündürmektedir.

SSEH terimi birçok yazar tarafından kullanılmasına karşın, literatürde bu terimin farklı anlamları vardır (3,5,6,7). Bazı yazılarda nontravmatik spinal epidural hematomların tümü SSEH olarak kabul edilmiştir (5,6). Nontravmatik spinal epidural hematomların nedenleri arasında, hematolojik bozukluklara bağlı kanama, antikoagülan tedavi, vasküler malformasyonlar, ateroskleroz, hipertansiyon, vaskülit, Paget hastalığı, ankilozan spondilit ve epidural mesafeye yayılan neoplazmlar bildirilmiştir (5,6). Bununla birlikte olguların %40'ında belirli bir neden ya da önceden var olan bir faktör saptanmamış ve bazı yazarlar bu olguları SSEH olarak kabul etmiştir (3,7). Burada sunulan olguda hafif hipertansiyon dışında etiyolojik bir faktör saptanmadı. Literatürde bildirilen olguların %3'ünde hipertansiyon olmasına rağmen,



Şekil 2: Aksiyel T1 ağırlıklı görüntü. C₅ seviyesinde sol posterolateral kitle (hematom) görünümü.

hipertansiyon ile spinal epidural kanama arasındaki ilişki açık değildir.

Hemen hemen tüm SSEH olgularında, etkilenen spinal segmentler ve ekstremiteleri tutan ani başlayan şiddetli ağrı ile birlikte, hızla ilerleyen nörolojik kayıp görülür (5). SSEH 14 ay ile 90 yaş arasındaki tüm yaş gruplarında görülmesine karşın, olguların yarısından fazlası 50-80 yaş arasındadır. Servikotorasik ve torakolomber bölgeler en sık tutulan alanlardır. Olguların 1/3'ünde hematoma alt servikal bölgede yerleşmiştir. Hematom genellikle birkaç segmentte sınırlıdır ve olguların %99'unda posterolateral yerleşimlidir (1,2,4,5,6). Bu verilerin de gösterdiği gibi, burada sunulan tipik bir SSEH olgusu örneğidir. Bu olguda ameliyat öncesi metastatik lezyon tanısı konulmuş olması, tartışma yaratabilir. Jamjoom'un da bildirdiği gibi tipik klinik tabloya rağmen SSEH tanısı çoğu zaman ameliyat sırasında konulmaktadır (3). Bu nedenle etyolojisi kuşkulu spinal kord basısı olgularında SSEH olasılığını akılda tutmanın önemini vurgulamak istiyoruz. Günümüzde MRI, SSEH tanısında tercih edilen tanı yöntemidir; fakat MRI sinyal karakteristiklerinin hematomun yaşına bağlı olarak değişiklikler gösterdiği unutulmamalıdır.

SSEH'un kaynağı halen tartışmalıdır. En yaygın varsayıma göre bu tip hematomun kaynağı spinal epidural venöz plexus iken, Beatty ve Winston epidural servikal venler içindeki basıncın intratekal basınçtan daha düşük olduğunu ve bu nedenle venöz kanamanın spinal kord basısı yapamayacağını ve SSEH nedeninin küçük epidural arter ya da dural tüpün eksternal yüzeyindeki kriptik vasküler malformasyon rüptürü olabileceğini öne sürmüşlerdir (1). Bu tür lezyonların gösterilmesindeki yetersizlik, kanama sırasında bunların yokolmasına bağlanabilir (1,3,6).

SSEH'un tedavisi cerrahi dekompresyondur. Olası bir pıhtılaşma bozukluğu düzeltildikten hemen sonra cerrahi dekompresyon için laminektomi yapılır. Servikal SSEH olguları cerrahi dekompresyon yapılmadığında sıklıkla fataldir. Cerrahi girişim en kısa sürede uygulanmalıdır; çünkü, klinik sonucun niteliğini semptomların başlangıcı ile cerrahi girişim arasındaki süre ile birlikte ameliyat öncesi nörolojik kaybın şiddeti belirler (4,5,6). Bununla birlikte literatürde MRI kullanılan döneme ait, birkaç spontan rezolüsyon

gösteren olgu bildirilmiştir. Yakın nörolojik gözlem altında konservatif yaklaşım herhangi bir nörolojik kaybı olmayan ya da hareket kısıtlamasına neden olmayan hafif nörolojik kaybı olan hastalar ya da MRI tanısından önce belirgin progresif iyileşme gösteren hastalar için önerilebilir (3,4,5,6).

Sonuç olarak, SSEH'un seyrek görülen fakat tehlikeli bir antite olduğu söylenebilir. Son yıllarda, SSEH olgularına MRI ile daha kolay tanı koyma şansı elde edilmiş olmasına karşın, nöroradyolojik ayırıcı tanı sırasında bu hastalığın adı aklında tutulmalıdır.

**Bu olgu 17-19 Mayıs 1999 tarihinde Türk Nöroşirürji Derneği XIII. Bilimsel Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi: H. Murat Göksel
C.Ü. Hastanesi
Beyin-Sinir Cerrahi Bölümü
58140 Sivas
Tel: 0346 2191010/2152
Fax: 0346 2191284
E-mail: mgoksel@ada.net.tr
Mgoksel@medscape.com

KAYNAKLAR

1. Beatty R M, Winston K R: Spontaneous cervical epidural hematoma, J Neurosurg 61: 143-148, 1984.
2. Cohen J E, Ginsberg H J, Emery D, Schwartz M L: Fatal spontaneous spinal epidural hematoma following thrombolysis for myocardial infarction, Surg Neurol 49: 520-523, 1998.
3. Jamjoom Z A B: Acute spontaneous spinal epidural hematoma: the influence of Magnetic Resonance Imaging on diagnosis and treatment, Surg Neurol 46: 345-349, 1996.
4. Lawton M T, Porter R W R, Heiserman J E, Jacobowitz R: Surgical management of spinal epidural hematoma: relationship between surgical timing and neurological outcome, J Neurosurg 83: 1-7, 1995.
5. Lonjon M M C, Paquis P, Chanlet S, Grellier P: Nontraumatic spinal epidural hematoma: report of four cases and review of the literature, Neurosurgery 41(2): 483-487, 1997.
6. Wisoff H S: Spontaneous intraspinal hemorrhage, in Wilkins R H, Rengachary SS (eds.): Neurosurgery Vol II, Second edition, McGraw-Hill Companies, USA, 1996: 2559-2561 s.
7. Wu C T, Lee S T: Spinal epidural hematoma and ankylosing spondylitis: case report and review of literature, J Trauma 44(3): 558-561, 1998.