

Travma Sonrası Araknoid Kist'in Spontan Rezolüsyonu

Spontaneous Resolution of Arachnoid Cyst after Trauma

Ahmet Murat MÜSLÜMAN, İsmail YÜCE, Adem YILMAZ, Yunus AYDIN

S.B. Şişli Etfal Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Bölümü, İstanbul, Türkiye

Yazışma Adresi: Ahmet Murat MÜSLÜMAN / E-posta: mmusluman@yahoo.com

ÖZ

Araknoid kistler konjenital anomalilerdir ve tüm kafa içi lezyonlarının % 1 ini oluşturmaktadır. En sık olarak orta fossa, serebellopontin köşe, suprasellar bölge ve posterior fassa da görülürler. Araknoid kistler genellikle rastlantısal olarak saptanırlar. Araknoid kistlerin travma sonrası kanama olmaksızın yırtılarak subdural alana açılmaları oldukça nadir görülen bir durumdur ve literatürde 23 olgu bildirilmiştir. Bu bildiriye travma sonrası subdural mesafeye açılan dört yaşındaki asemptomatik frontal araknoid kistli hastanın klinik ve radyolojik bulguları sunuldu. Bu hastalar kanama ve kitle etkisi olmadığında klinik ve radyolojik olarak takip edilebilmektedir. Bu olguda yapılan takip ile araknoid kistin spontan rezolüsyonla kaybolmaya başladığı, klinik olarak sorun çıkarmadığı görüldü.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Araknoid kist, Travma, Spontan rezolüsyon

ABSTRACT

Arachnoid cysts are a congenital abnormality and constitute 1 % of all intracranial pathology. It is seen most frequently in the middle fossa, cerebellopontin angle, suprasellar region and posterior fossa. It is usually determined as an incidental finding. The traumatic rupture of an arachnoid cyst to the subdural space without an evidence of a hemorrhage is seen rarely and only 23 cases were reported in the literature so far. The clinical and radiological finding of a 4 years old patient with an asymptomatic frontal arachnoid cyst with traumatic rupture to the subdural space was reported. If these lesions do not cause any mass effect or bleeding they can be observed clinically and radiologically. After the observation of this patient spontaneous resolution of the arachnoid cyst without any clinical finding was seen.

KEYWORDS: Aracnoid cyst, Trauma, Spontaneous resolution

GİRİŞ

Araknoid kistler, araknoid membran içerisinde kollajen ve hücre içeren, içi BOS benzeri sıvı dolu kistik kavitelerdir. Konjenital, travmatik ya da inflamatuvar nedenlere bağlı olarak nadir olarak görülen lezyonlardır. Tüm intrakranial yer kaplayan lezyonların %1'ini oluştururlar (3).

Araknoid kistler genellikle asemptomatiktir ve radyolojik incelemeler sırasında rastlantısal olarak tanı konmaktadır (6). Bazen sinsi semptomlarla karşımıza çıkabilirler. Bu semptomlar kendiliğinden kaybolacak şekilde farklılık gösterebilir ve önceden tahmin edilemez (4). Klinik belirtiler kistin büyüklüğü ve komşu nöral yapılarla etkileşimine göre değişmektedir. Bu olgularda hidrosefali, epilepsi nöbetleri ve baş ağrısı sık karşımıza çıkmaktadır (2). Araknoid kistin spontan rüptürü nadir görülen, genellikle orta fossa da subdural alana oluşan rüptür şeklindedir (6,14,17,5,9,10,11,12). Sunacağımız olguda travma sonrasında asemptomatik, rastlantısal olarak belirlenen sağ frontal araknoid kistin travmadan hemen sonra sağ parietal subdural alana açılması ve subdural higroma, koleksiyon sonrasında reabzorbe edilmesini tartışacağız.

OLGU SUNUMU

Dört yaşında erkek çocuk, düşme sonrasında acil polikliniğe getirildi. Hastanın öyküsünde özellik yoktu. Daha önce oluşan baş ağrısı, konvülsyon, mental gerilik v.b hikayesi yoktu. Fizik ve nörolojik muayenede klinik olarak travmaya bağımlı tariflenen baş ağrısı ve kusma dışında fokal nörolojik semptomlara, şikâyet ve belirtilere rastlanmadı.

Bilgisayarlı beyin BT görüntülemesinde rastlantısal olarak görüntülenen, orta hat yapılarına shift oluşturmamış, belirgin ventrikül basısı olmayan sağ frontal araknoid kist saptandı (Şekil 1).

Mevcut kliniği ve beyin BT görüntülemesi ile cerrahi girişim düşünülmeyen hasta 24 saat müşahede altında tutuldu. Çekilen kontrol beyin BT görüntülemesinde araknoid kistin subdural alana rüptüre olduğu ve araknoid kistin travma sonrası subdural efüzyon haline dönüştüğü görüldü (Şekil 2).

Hastanın fizik ve nörolojik muayenesinde özellik yoktu ve şikâyet tariflemiyordu. Görüntülemesinde kitle etkisi oluşturmayan subdural koleksiyonu olan hastaya, mevcut klinik tablo ile poliklinik takibi önerildi.

Yaklaşık olarak bir ay sonra tekrar değerlendirilen hastanın beyin BT görüntülemesinde subdural koleksiyonunun absorbe olmaya başladığı görüldü (Şekil 3).

Üç ay sonra görüntülemesi yapılan hastanın subdural koleksiyonunun reabsorbsiyonunun devam ettiği görüldü (Şekil 4).

TARTIŞMA

Araknoid kist serebral yer kaplayan lezyonların yaklaşık % 1 ini oluşturmaktadır (3). İlk olarak 1831 yılında Bright tarafından tanımlanmıştır. Liataretürde araknoid kistin subdural alana açılması ile ilgili 23 olgu bildirilmiştir (6,14). Olgular incelendiğinde spontan rüptür olduğu görülmüştür.

İlk olgu 1971 de Demetriades ve Robinson tarafından bildirilmiş spontan araknoid kist rüptürüdür (14,5). Tartıştığımız olguda ise, düşme sonrasında oluşan kafa travması ile araknoid kist rüptüre olmuş, kontrollerinde subdural alanda kist sıvısı reabsorbe olmuştur.

Araknoid kistler genel olarak takip edilen, hidrosefali, fokal nörolojik defisit gibi semptomlar verdiğinde cerrahi planlanan lezyonlardandır. Araknoid kist spontan veya kafa travması sonrasında rüptüre olabilmektedir. Bizim olgumuzda oluşan mekanizma araknoid membranda travma esnasında oluşmuş olan yırtık sayesinde kist sıvısının subaraknoid alandaki beyin omurilik sıvısı (BOS) sirkülasyonuna dahil olarak zamanla rezorbe olmasıdır.

Bu olgularda oluşan rüptür sonrasında hastada hayati tehlike oluşturma riski vardır. Rüptür sonrasında oluşabilecek

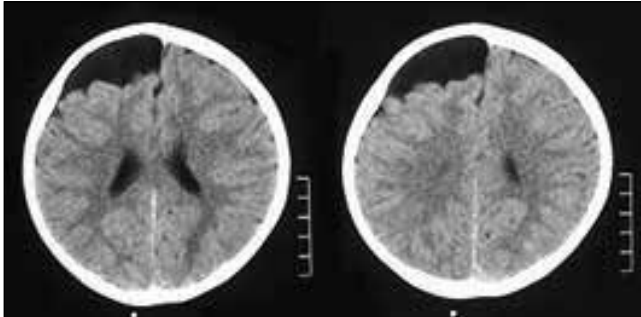
nörolojik defisit, hidrosefali gibi durumlarda cerrahi planlanmalıdır. Sık başvurulan cerrahi teknikler endoskopik veya açık kist fenestrasyonu ve kistoperitoneal şanttır. Olgumuzda nörolojik defisit ve klinik semptom olmaması, beyin BT görüntülemesinde kanama ve kitle etkisi ile uyumlu görünüm olmaması üzerine cerrahi girişim planlanmamış, konservatif tedavi uygulanarak, kontrolleri yapılmıştır.

SONUÇ

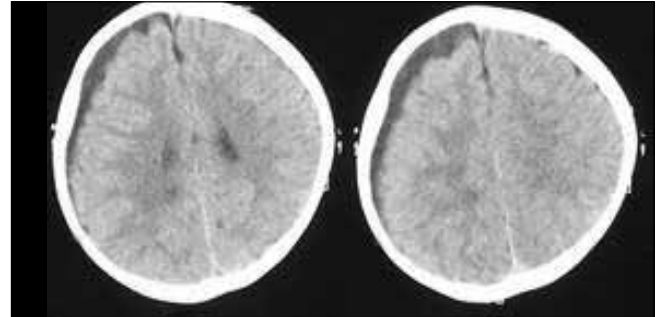
Araknoid kisti spontan ya da travma sonrasında subdural alana rüptüre olan olgularda; Klinik ve radyolojik olarak kanama, kitle etkisi gibi bulgular yoksa, araknoid kist sıvısının subdural alanda absorbe olabileceğine yönelik yaklaşımla, konservatif tedavi ve takip yapılmasını öneriyoruz.

KAYNAKLAR

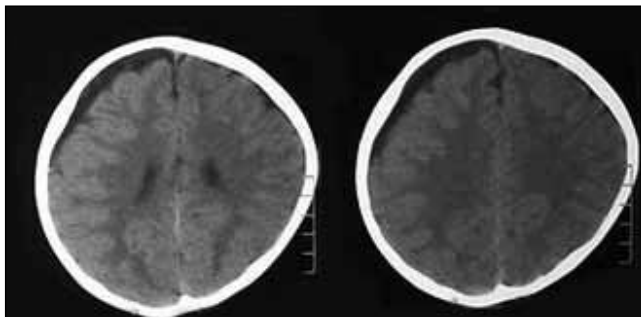
1. Albuquerque FC, Giannotta SL: Arachnoid cyst rupture producing subdural hygroma and intracranial hypertension: Case reports. Neurosurgery 1997;41:951-9155; discussion 955-956
2. Auer LM, Gallhofer B, Ladurner G, Sager WD, Heppner F, Lechner H: Diagnosis and treatment of middle fossa arachnoid cyst and subdural hematomas. J Neurosurg 54:323-326, 1981
3. Bahk WM, Pae CU, Chae JH, Jun TY, Kim KS: A case of brief psychosis associated with an arachnoid cyst. Psychiatry and Clin Neurosci 56:203-205, 2002
4. Beltramello A, Mazza C: Spontaneous disappearance of a large middle fossa arachnoid cyst. Surg Neurol 24:181-183, 1985



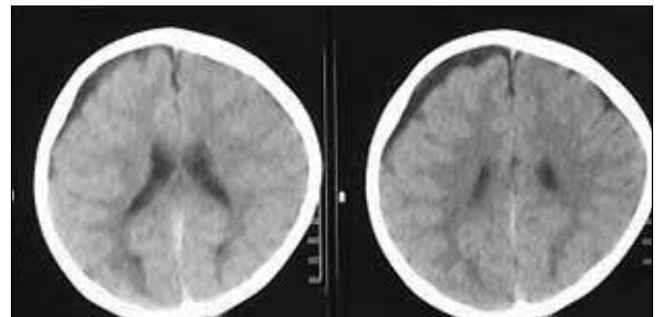
Şekil 1: Sağ fronral bölgede hipodens beyin parankimine hafif bası yapan araknoid kist görülmekte.



Şekil 2: Travmadan sonra çekilen kontrol BT de sağ fronto-parietal bölgede BOS ile aynı dansitede subdural efüzyon görülmekte.



Şekil 3: Travmadan bir ay sonra çekilen BT de Subdural efüzyonun kısmen rezorbe olduğu görülmekte.



Şekil 4: Travmadan 3 ay sonra tamamına yakın rezorbe olmuş subdural efüzyon görülmekte.

5. Cakir E, Kayhankuzeyli OC, Sayin B, Peksoylu G. Karaarslan: Arachnoid cyst rupture with subdural hygroma: Case report and literature review *Neurochirurgia* 2003;14:72-75
6. Choux M, Raybaud C, Pinsard N, Hassoun J, Gambarelli D: Intracranial supratentorial cysts in children excluding tumor and parasitic cysts. *Childs Brain* 4:15-32, 1978
7. Cilluffo JM, Onofrio BM, Miller RH: The diagnosis and surgical treatment of intracranial arachnoid cysts. *Acta Neurochir (Wien)* 67:215-229, 1983
8. Demetriades AK, McEvoy AW, Kitchen ND: Subdural haematoma associated with an arachnoid cyst after repetitive minor heading injury in ball games. *Br J Sports Med* 38:4-8, 2004
9. Galassi E, Gaist G, Giuliani G, Pozzati EU. Arachnoid cysts of the middle cranial fossa: Experience with 77 cases treated surgically. *Acta Neurochir Suppl (Wien)* 42:201-204, 1988
10. Harsh GR IV, Edwards MSB, Wilson CB: Intracranial arachnoid cysts in children. *J Neurosurg* 64:835-842, 1986
11. Hayashi T, Anegawa S, Honda E, et al: Clinical analysis of arachnoid cysts in the middle fossa. *Neurochirurgia (Stuttg)* 22:201-210, 1979
12. Raffel C, McComb JG: To shunt or to fenestrate: Which is the best surgical treatment for arachnoid cysts in pediatric patients? *Neurosurgery* 23:338-342, 1988
13. Robinson RG: Congenital cysts of the brain: Arachnoid malformations. *Progr Neurosurg* 4:133-174, 1971
14. Sommer IEC, Smith LME: Congenital supratentorial arachnoidal and giant cyst in children: A clinical study with arguments for a conservative approach. *Child's Nerv Syst* 13: 8-12, 1997