

Intraserebral Hematoma Eşlik Edip Komputerize Tomografi ile Tesbit Edilemeyen Subdural Hematomlar

Kaya AKSOY*
Ender KORFALI**
Atif MUTLU***
Noyan COŞKUN***

ÖZET

1985-1986 yılları arasında kliniğimizde 34 intraserebral hematoma olgusu komputerize tomografi ile teşhis edilip ameliyat edildi. İntraserebral hemorajinin altında yatan vasküler patolojiyi araştırmak için travmatik olgular haricinde bütün olgulara anjiyografi yapıldı. İki olguda anjiyografide subdural hematoma görüldü. Diğer bir vakada ise ameliyat sırasında subdural hematoma tesbit edildi. Her üç olguda KT subdural hematoma için negatif idi. Nadir olmasına rağmen intraserebral hematoma eşlik eden subdural hematoma görülmesi olasılığı unutulmamalı, KT negatif olduğunda bile diğer nöroradyolojik tetkikler yapılmalıdır.

SUMMARY

Subdural Hematomas Accompanying to Intracerebral Hematomas which are Not Determined with Computerised Tomography

Between January 1985 and June 1986 in our clinic, 34 cases of intracerebral hematomas were diagnosed with computerized tomography and operated on. Angiography was performed in all of the cases except traumatic cases for investi-

-
- * Yard. Doç. Dr.; Uludağ Univ. Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı.
** Doç. Dr.; Uludağ Univ. Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı.
*** Araş. Gör.; Uludağ Univ. Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı.

gation of the vascular pathology underlining the intracerebral heamatoma. In two of them, angiography showed subdural hematoma, and in one of the other case subdural heamatoma was diagnosed during the surgical intervantion. CT was false negative for subdural heamatoma in those three cases. Occurence of the subdural heamatomas accompanying the intracerebral heatomas, although very rare, should not be overlooked. When the CT is negative, other neuroradiological investigations should be performed.

(KT)'den önce intrakranial patolojilerin tanısında intraserebral hematomların tanısında da olduğu gibi anjiyografi yapılmakta idi. İlk kez PAXTON ve AMBROSE beyin ve komşu dokuların photon absorpsiyon farkından yararlanarak intraserebral hematomların KT ile tanısını koydular¹.

KT'nin diagnostik yöntemler içinde kullanıma girmesi ile birlikte birçok intrakranial lezyonun tanısında ve izlenmesinde olduğu gibi; spontan, postoperatif ve post-travmatik intraserebral ve ekstraserebral kitle, hematom, kontüzyon gibi lezyonların tanı ve izlenmesinde de kullanılmaya başlanıldı^{2,3,4}. Post travmatik lezyonlarda her ne kadar spesifik tanı bakımından KT de bazen yetersiz kalmaktaysa da çabukluğu, kolaylığı, invaziv bir yöntem olmayışı dolayısıyla hızlı bir gelişim göstererek tercih edilen ilk tanı yöntemi olmuş ve anjiyografinin yerini almıştır.

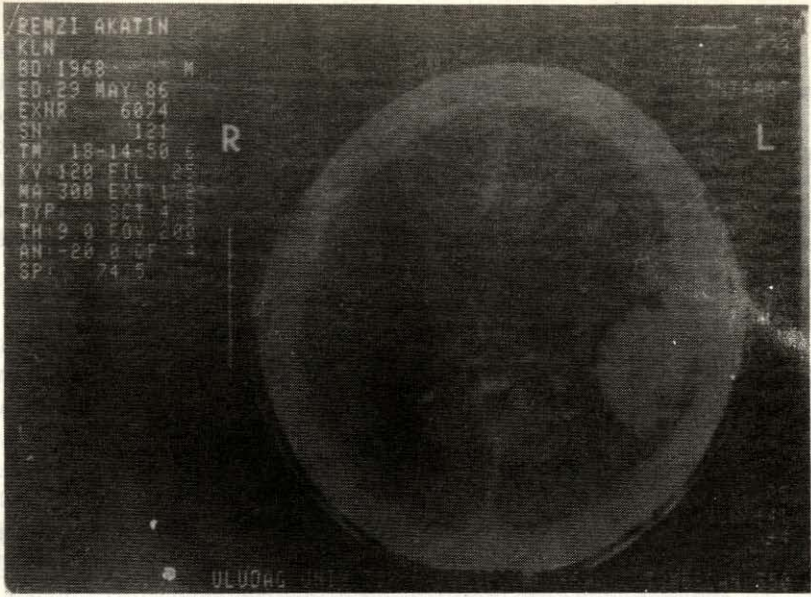
OLGULAR

Ocak 1985 - Haziran 1986 yılları arasında kliniğimize müracaat eden ve intraserebral hematom tanısı konularak cerrahi olarak tedavisi yapılan 34 olgu değerlendirildi. Olgularımızın tanısında rutin olarak kraniyografi, KT ve anjiyografi kullanıldı. Olgularımızdaki kadın/erkek oranı 7/11, en küçük olgu 1 yaşında kız çocuğu, en yaşlı olgu 73 yaşında erkek hasta idi, ortalama yaş 32,5 olarak bulundu. KT ile intraserebral hematom tanısı konulan ve cerrahi olarak tedavisi yapılan 34 olgumuzda intraserebral hematomların dağılımı ise 9 olgu frontal (% 26.4), 8 olgu pariyatal (% 23.5), 7 olgu pariyetooksipital (% 20.5), 5 olgu oksipital (% 14.7), 3 olgu frontopariyatal (% 8.8), 3 olgu temporal (% 8.8), 1 olgu frontotemporal (% 2.9) yerleşim göstermekteydi. Olgularımızın 13'ünde (% 38.2) intraserebral hematoma aynı tarafta veya başka bölgede ekstraserebral kolleksiyon, intraserebral kanama ve/veya ödem, kontüzyon gibi bulgularda eşlik etmekteydi.

İntraserebral hematom tanısı konulup altında yatan vasküler patolojiyi aydınlatmak amacı ile KT'ye ilave olarak yapılan anjiyografik çalışmalarımızda 2 olgumuzda KT'de tesbit edilememesine karşın periferde avasküler alan saptandı. Bu durum cerrahi girişim sonunda da tesbit edildi. İntraserebral hematom tanısı konulan ve cerrahi olarak tedavi edilen 34 olgumuza burr-hole veya kraniyotomi yapılarak hematomları drene edildi. Mortalite % 38.2 (13 olgu) olarak bulundu. Hastalarımızın klinik değerlendirilmesinde Glaskow koma skalası kullanıldı.

I. OLGU: 18 yaşında, erkek hasta, R.A.

Ani gelişen şuur kaybı ile müracaat etti, yapılan nörolojik muayenesinde; şuur kapalı, ağırlı uyarınları sol eli ile lokalize edebiliyor, kolda hakim sağ hemiparezi mevcut. Glaskow koma skoru 7, rutin kan ve idrar tetkikleri normal, direkt graflerinde patoloji yoktu.



Resim: 1a
1. olgunun preoperatif CT görünümü

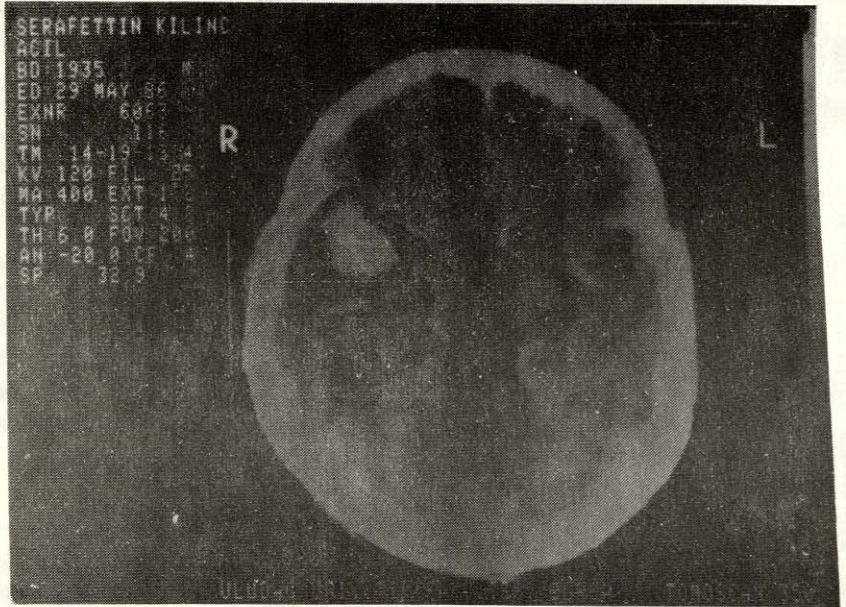


Resim: 1b
1. olgunun preoperatif
angiografisi

Kranial KT de sol temperobazale doğru uzanan 4 cm. çapında intraserebral hematom sol parietalde 2 cm. çapında intraserebral hematom mevcuttu. Perkütan sağ karotis anjiyografide A. serebri media grubunda elevasyon ve sol parietotemporal bölgede avasküler alan saptandı. Olgumuza 30.5.1986 günü kraniotomi yapıldı, dura açıldığında 0.5 cm. kalınlığında subdural hematomla karşılaşıldı. Cerrahi girişim esnasında olası beyin ödemi karşı kemik fleb yerine konulmayarak subgaleal olarak saklandı. 17.6.1986 tarihinde hastamıza kemik flebin yerine konulması amacıyla ikinci defa cerrahi girişim yapıldı ve hastamız şifa ile taburcu edildi.

II. OLGU: 50 yaşında, erkek (Ş. K.).

Fenalık hissinin takiben düşme, başının arka kısmını çarparak fenalaşma şikayeti ile Bursa Devlet Hastanesi'nde gözetim altında iken deserebrasyon rijiditesinin gelişmesi üzerine kliniğimize sevk edildi. Yapılan muayenesinde; şuuru kapalı, ağrılı uyarılara deserebre kasılmalarla yanıt veriyordu. Pupilleri anizokorik, solda midriatikti. Funduskopide patoloji saptanmadı, ışık reaksiyonları ise bilateral mevcuttu. Babinsky bilateral (+) idi. Hastanın Glaskow koma skoru 4 idi. Rutin kan ve idrar tetkikleri ve direkt grafipleri normal idi. KT'de sağ parietalde 3 cm. çapında intraserebral hematom, sol frontalde 1-2 cm. çapında değişen multipl intraserebral hematomlar, sağ yan ventrikülde kompresyon ve beyin ödemi bulguları saptandı. Perkütan sağ karotis anjiyografide A. serebri media grubunda elevasyon ve sağ parietal bölgede avasküler (KT'de tesbit edilemeyen) alan bulundu. 29.5.1986 tarihinde hastamıza sağ parietal kraniotomi yapıldı, dura açıldığında subdural mesafede hematomla karşılaşıldı. Beyin ileri derecede şiş ve ödemliydi, takiben yapılan kortikal insizyondan girilerek korteksin hemen altındaki intraserebral hematom boşaltıldı. 2.6.1986 tarihinde hasta exitus oldu.



Resim: 2a
2.olgunun preoperatif CT görünümü



Resim : 2b
2.olgunun preoperatif angiografisi

III. OLGU: 12 yaşında, erkek (C. A.).

3.10.1986 günü trafik kazası neticesi ani şuur kaybı ile kliniğimize müracaat etti. Yapılan muayenesinde; şuur kapalı, ajite, pupiller anizokorik, solda dilate, ışık reaksiyonu sağda tembel, solda alınamıyor, Glaskow koma skoru 8, rutin kan ve idrar tetkileri normal, direkt grafilerinde sol frontalde linear kırık, orbita tavanından bazise doğru ilerleyen lineer kırık mevcuttu. 3.10.1986 tarihinde çekilen KT'sinde beyin ödemi bulgusu saptandı. 4.10.1986 tarihinde çekilen kontrol KT'sinde sol frontal bölgede 5x4 cm. ebadında intraserebral hematoma ve beyin ödemi bulgusu saptandı. 4.10.1986 günü hastaya sol frontal kraniotomi yapıldı, dura gergindi. Dura açıldığında subdural hematoma karşılaşıldı, beyin ödemliydi. Yapılan kortikal insizyondan girilerek korteksin 2 cm. altındaki intraserebral hematoma boşaltıldı, daha sonra olası beyin ödemine karşın kemik fleb skalp altına saklandı. 20 gün sonra kraniotomi flebi tekrar yerine konulan hasta periferik fasiyel paralizi dışında nörolojik defisiti olmaksızın taburcu edildi.

TARTIŞMA

Subdural hematomlar KT'deki imajlarının dansite değişikliklerine göre düşük, yüksek, miks, izodens olmak üzere dört grupta sınıflanmaktadır⁵⁻⁸. KT subdural

hematomların tanısında en iyi ve ilk seçilecek yöntemlerden birisi haline gelmiştir^{4, 7, 9, 10, 11}. Ancak KT'de izodens görünüm veren olgularda hematoma beyinle aynı dansiteyi gösterdiğinden negatif neticeler alınabilmektedir^{7, 12}. Hematomun varlığı hakkında indirekt KT bulguları (ventriküler deformite, obliterasyon, kortikal sulkusların sistemlerin ve silvian fissürlerin yer değiştirmesi ve orta hat yapılarındaki şift) bizi uyarmalıdır⁵⁻⁸. Olaydan hemen sonra çekilen KT'lerde subdural hematoma bulunmayan olgularda 4-6 saat sonra kontrast madde verilerek çekilen KT'de % 40 olguda kontrast tutulumu ile subdural hematoma saptanabilmektedir¹³. Kranial KT'nin kullanım alanına girmesi ile birlikte intrakraniyal hematomların görülmesinde belirgin bir artış olmuştur. Bu durum birçok otör tarafından da belirtilmiştir^{9, 14, 15}. Geniş serilerde tüm intrakraniyal hematomların % 8-11'ini intraserebral hematomlar teşkil etmektedir⁴. İntraserebral hematomların oluşumunda çeşitli faktörler rol oynamaktadır ki bunlar; hipertansiyon, anevrizma, AVM, travma, hemorajik yetmezlikler, beyin tümörünün içine kanaması, septik emboli, mikotik anevrizma, arter ven hastalıkları, çeşitli ilaçlar gibi sebepler sayılabilir¹⁶⁻¹⁸. Serimizde spontan intraserebral hematoma 16 olguda görüldü. 18 olguda sebep travma idi. İntraserebral hematomların % 80'i unilateral, % 20'si bilateral olabilmektedir³.

Akut subdural hematomlara % 13-22 oranında intraserebral hematomlar da eşlik ederler⁴. Bizim serimizde 3 olguda bu durum gözlenmiş olup (% 8.8) literatürle uygunluk göstermektedir. Akut subdural hematomlar subdural mesafedeki kolleksiyonda bulunan hemoglobin değerinin düşük olmasından dolayı izodens olarak görülebilmektedirler⁷.

Olgularımızda yapılan anjiyografik incelemelerde iki olgumuzda KT ile tesbit edilemeyen ekstraserebral kolleksiyon avasküler alan şeklinde demonstre edilmiştir (% 5.8) aynı zamanda cerrahi girişim sonucunda da doğrulanmış olan bu durum literatürde % 4'ten daha az olarak bildirilmektedir³.

Intraserebral hematoma tesbit edilen ve cerrahi endikasyon konulmayan (çapı 5 cm.'den küçük, şift etkisi göstermeyen, derin bölgelerde yerleşmiş hematoma gibi) ve KT'de intraserebral hematoma dışında başka patoloji tesbit edilmeyen ve klinik takibe alınan hastaların durumlarının giderek bozulması ya hematomun büyüdüğünü veya KT'de tesbit edilmeyen ekstraserebral kolleksiyonu akla getirmeli, bilhassa kortikal yüzeye yakın hematomlarda bu ekstraserebral kolleksiyonun bası etkisinin kaldırılması için cerrahi girişim düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. VOLPIN, L., CERVELLINI, P., COLOMBO, F., ZANUSSO, M., BENEDETTI, A.: Spontaneous intra cerebral hematomas. Neurosurgery, 15: 663-666, 1984.
2. FORBES, G.S., SHEEDY, P.F., PIEGRAS, D.G.: Computed tomography in the evaluation of subdural hematomas. Radiology, 126: 143-148, 1978.
3. DUBLIN, A.B., FRENCH, B.N., RENNICK, J.M.: Computed tomography in head trauma. Radiology 122: 365-369, 1977.
4. BROWN, F.D., MULLAN, S., DUDA, E.E.: Delayed traumatic intracerebral hematomas, J. Neurosurg., 48: 1019-1022, 1978.
5. ASARI, S., KUNISHIO, K., SUGA, M., STOH, T., SUNAMI, N., YAMA-

- MOTO, Y., SADOMOTO, K.: Coronal computerized angiotomography for the diagnosis of isodense chronic subdural hematoma. *J. Neurosurg* 61: 729-732, 1984.
6. KIM, K.S., HEMMATI, M., WEINBERG, P.E.: Computed tomography in isodense subdural hematoma *Radiology*, 128: 71-74, 1978.
 7. MOLLER, A., ERICSON, K.: Computed tomography of isoattenuating subdural hematomas *Radiology* 130: 149-152, 1979.
 8. BERGSTROM, M., ERICSON, K., LEVANDER, B., SUENDSEN, P.: Computed tomography of cranial subdural and epidural hematomas: Variation of attenuation related to time and clinical events such as rebleeding. *Journal of Computer assisted tomography (Computed tomography)* 1: 449-455, 1977.
 9. YOUNG, H., GLEAVE, J., SCHMIDEK, H., GREGORY, S.: Delayed traumatic intracerebral hematoma: Report of 15 cases operatively treated. *Neurosurgery*, 14: 22-26, 1984.
 10. SCOTT, R.W., NEW, F.Y., DAVIS, R.K., SCHNUR, M.A.: Computerized axial tomography of intracerebral and intraventricular hemorrhage *Radiology*, 112: 73-80, 1974.
 11. HAYMAN, L.A., EVANS, R.A., HINCK, V.C.: Rapid high-dose contrast computed tomography of isodense subdural hematoma and cerebral swelling. *Radiology* 129: 693-697, 1979.
 12. AMENDOLA, M.A., OSTRUM, B.J.: Diagnosis of isodense subdural hematoma by computed tomography. *Am. J. Roentgenol* 129: 693-697, 1977.
 13. AMBROSE, J.: Computerized transverse axial scanning (Tomography): Part 2. Clinical application. *Br. J. Radiol* 46: 1023-1047, 1973.
 14. SUENDSEN, P.: Computer tomography of traumatic extracerebral lesions. *Br. J. Radiol.*, 49: 1004-1012, 1976.
 15. ADAMS, R.D., VICTOR, M.: *Neurology*, Mc Graw-Hill Book Company, New-York 1982, pp. 569-581.
 16. WILKINS, R.H., RENGACHARY, S.S.: *Neurosurgery*, Mc. Graw Hill Book Company. New-York, 1985, pp. 1531-1688.
 17. YOUMANS, J.R.: *Neurological Surgery* Saunders Philadelphia, 1973, pp. 960-968 ve 1025.

Yard. Doç. Dr. Kaya AKSOY
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nöroşirürji Anabilim Dalı
BURSA