

Serebellar Kanamalar*

(Klinik, Radyolojik Özellikleri, Tedavi ve Prognoz Yönünden İncelenmesi)

Ö. Faruk TURAN**
İbrahim BORA***
Mehmet ZARİFOĞLU***
Nihat BALKIR****
Erhan OĞUL****
Sadık SADIKOĞLU****
Mustafa ERİM*****

ÖZET

Bu çalışmamızda 1985-1990 yılları arasında CT ile tanı konulan yaşları 23-75 arasında 5'i kadın, 5'i erkek toplam 10 serebellar kanamalı hasta incelendi. Hipertansiyon % 90 hastada risk faktörü olarak bulundu. 1 hastada hematoma boşaltıldı. 9 hasta medikal tedavi aldı. 2 hasta eksitüs oldu. 7 hastanın 1 yıllık takiplerde çeşitli derecelerde iyileşme izlendi. Serebellar kanamaların cerrahi tedavi endikasyonları literatür bilgileri ışığı altında tartışıldı.

-
- * 4. Nöroloji Kongresinde (28 Ekim - 2 Kasım 1991 - Kuşadası) tebliğ edilmiştir.
** Yard. Doç. Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Nöroloji Anabilim Dalı.
*** Doç. Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Nöroloji Anabilim Dalı.
**** Prof. Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Nöroloji Anabilim Dalı.
***** Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Nöroloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

SUMMARY

Cerebellar Hemorrhage (Analysis of Clinical, Radiological Features in Regard of Treatment and Prognosis)

In this study 10 patients (5 women and 5 men) who were diagnosed to have cerebellar hematoma in terms of CT between the years 1985-1990 were analysed. Hypertension was found to be the risk factor in 90 % of the cases. One patients has undergone hematoma evacuation. Nine patients were treated medically. Two patients died. In seven patients improvement of different degrees were observed during a follow-up about one year. The indications of surgical treatment were discussed on the light of the literature.

GİRİŞ

Komputerize Tomografi (CT), hızlı tanı koyabilen non invazif bir yöntemdir. Kanamanın ölçülerini ve lokalizasyonu çok iyi göstermektedir¹.

CT öncesi dönemde serebellar kanamaların çoğuna cerrahi tedavi uygulanmıştır. Ancak yakın tarihte cerrahi uygulanmaksızın, konservatif tedavi ile iyileşen olgular bildirilmiştir^{1,2}.

Serebellar kanamanın çapı 3 cm'den büyükse, hidrosefali ve beyin sapına bası bulguları varsa, quadrigenital sisterna silinmiş ise, cerrahi tedavi önerilmektedir^{1,5,6,7}.

Ancak seyrek olarak çok geniş serebellar kanamalar bile beyin sapına bası yapmayabilir ve cerrahi tedavi almadan iyileşebilir⁸.

Bu çalışmada serebellar kanamalı 10 hastamızın klinik, radyolojik özellikleri, tedavisi ve prognozu gözden geçirildi.

GEREÇ VE YÖNTEM

1985-1990 yılları arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'na yatırılarak tedavi edilen yaşları 23-75 arasında değişen 5'i erkek, 5'i kadın toplam 10 serebellar kanamalı hasta sunuldu. Her hastaya rutin kan, idrar ve biokimyasal tetkikler yanında, EEG, CT'leri çekildi. Gerekli olanlara anjiyografi yapıldı. Hastaların dökümü Tablo I'de sunulmuştur. CT bulguları Tablo II'de, hastaların şuur durumu Tablo III'de, nörolojik bulguların dökümü Tablo IV'de sunulmuştur.

Tablo: I - Serebellar Kanamalı 10 Hastanın Dökümü

No	Yaş	Cins	Etyolojik Faktör	Klinik Bulgular
1- N.Ç.	75	K	Hipertansiyon	Şuuru açık, sol hemiparezi, solda DTR artmış, S. dizartri, nistagmus, patolojik refleks (+) 1 ay sonra tama yakın iyileşme.
2- S.A.	63	K	Hipertansiyon + 7 yıl önce geçirilmiş B.D.H. + D.M.	Şuuru açık, früst tetraparezi, hipertoni, nistagmus, DTR artmış, babinski lakayt. Hematom boşaltıldı.
3- R.A.	23	K	5 yıl önce geçirilmiş SAK (Ant. kominikan arter anevrizması)	Şuuru kapalı, deserebre kasılma, pupiller myotik IR (-). Hastanın solunumu kayboldu, cihaza bağlandı. 1 ay sonra sol kolda minimal hareket, gözleri ile takip hareketi var.
4- M.K.	75	E	Hipertansiyon 5 yıl önce geçirilmiş B.D.H.	Şuuru kapalı, pinpoint pupiller, ağırlı uyarılara cevap yok. 1. ayda exitus.
5- G.E.	50	K	Hipertansiyon	Şuuru açık, sağda serebellar testlerde bozulma, 1 ay sonra tama yakın düzelme
6- K.K.	60	K	Hipertansiyon	Sağ kolda parezi, sol papilla hudutlarında silinme, sol serebellar testlerde bozulma. Orta derecede iyileşme.
7- C.U.	64	E	Hipertansiyon + 1 yıl önce geçirilmiş B.D.H.	Şuuru açık, sol spastik hemiparezi sekeli, sol serebellar testlerde bozulma. 1 ay sonra ileri derecede düzelme.
8- N.E.	53	E	Hipertansiyon + D.M.	Koma, spontan solunum, beyin sapı refleksleri yok. 3 gün sonra exitus.
9- N.T.	60	E	Hipertansiyon + B.D.H. sekeli + (sağ putaminal kanama) + D.M.	Somnolans hali, sağda hemiparezi, singultus, pseudobulber paralizisi mixt afazi, sol spastik hemiparezi sekeli. Orta derecede düzelme.
10- A.K.	51	E	Hipertansiyon	Somnolans hali, gözler sağa deviye, sol früst hemiparezi, solda DTR artmış. Sol babinski lakayt. İleri derecede düzelme.

B.D.H.: Beyin Damar Hastalığı

Tablo: II - Serebellar Kanamalı Olguların CT Bulguları

No	CT	Hidrocefali	4. V. Açılma	Q.C. Silinme
1-	Sol serebellar (2.5x3 cm)	+	-	-
2-	Sağ serebellar (2x1)	+	-	-
3-	Sağ serebellar (2x3)	-	+	+
4-	Sağ serebellar (2x1)	+	-	-
5-	Sağ serebellar (2x1.75)	+	-	-
6-	Sol serebellar (2x1.5)	+	-	-
7-	Sağ serebellar (4x2.5)	+	-	-
8-	Sağ ve orta serebellar (7x3)	+	+	+
9-	Sağ ve orta serebellar (2x1.5)	-	+	-
10-	Sol ve orta serebellar (2.75x1)	-	+	-

V.: Ventrikül, Q.C.: Quadrigeminal Sisterna

Tablo: III - Hastaların Şuur Durumu

- Şuur açık	5 hasta	(% 50)
- Somnolans	2 hasta	(% 20)
- Koma	3 hasta	(% 30)

Tablo: IV - Serebellar Kanamalı Hastaların Nöroloji Bulguları

- Hemiparezi / tetraparezi	8	(% 80)
- Serebellar testlerde bozulma	4	(% 40)
- Nistagmus	2	(% 20)
- Patolojik refleks	6	(% 60)
- Sekel bulgular	3	(% 30)
- Solunum bozukluğu	3	(% 30)
- Papilla ödemi	1	(% 10)

SONUÇLAR

Serebellar kanamalı 10 hastanın 5'i erkek, 5'i kadın, yaş 23-75 ortalama 57.4 idi. Risk faktörleri hipertansiyon 9 bulguda (% 90), hipertansiyon + D.M. birlikte 3 olgu, daha önce geçirilmiş B.D.H.'sı olan 4 olgu mevcuttur. Bu olguların 2'si daha önce putaminal kanama geçirmiş, 1 olguda daha önceden geçiril-

miş anterior kominikan arter anevrizma kanaması mevcuttur. 1 aylık takipte tama yakın düzelme 2 olguda, ileri derecede düzelme 2 olguda, orta derecede düzelme 2 olguda, minimal düzelme 1 olguda olduğu gözlemlendi. 2 olgu exitus oldu. 1 olguda cerrahi olarak hematoma boşaltıldı.

1 yıl sonraki kontrollerinde 1 hastanın ikinci bir stroke geçirerek eksitus olduğu, 4 hastanın günlük işlerini yardımsız olarak sekel bulgularla sürdürdüleri, 1 hastanın tamamen sağlıklı olduğu, 1 hastanın yatağa bağlı olduğu öğrenildi. CT bulgularında ise 2'si sol serebellar hemisfere, 5'i sağ hemisfere lokalize, 2'si orta hat ve sağda, 1'i orta hat ve sol hemisfere lokalize idi. Hidrosefali bulgusu 7 olguda, 4. ventriküler açılma 4 olguda, quadrigeminal sisternada silinme 2 olguda mevcuttu. Exitus olan 4 nolu hastada klinik tablo çok ağır olmasına rağmen CT'de 2x1 cm boyutlarında kanama vardı. CT'de 4x2.5 cm kanaması olan 7 nolu hasta ileri derecede düzelme gösterdi.

TARTIŞMA

CT'nin nöroloji pratiğine girmesi ile serebellar kanamalar çok kolaylıkla tanımlanmaktadır¹⁷.

Genelde santral sinir sistemi kanamalarının % 10'unu kapsar. Çoğunlukla kanamalar dentat nükleusa yakın olmakta ve 4. ventriküle açılma eğilimi göstermektedirler⁴.

Serebellar kanamalı hastalarda baş ağrısı, bulantı, kusma, baş dönmesi takiben progresif şuur kaybı, pupiller anormallikleri oküler bozukluklar, piramidal iritasyon bulguları, solunum bozuklukları, tek taraflı veya iki taraflı serebellar testlerde bozulma gözlenir⁴.

Bizim hastalarımızın % 50'sinin şuru açık, % 50'sinin şuur bulanıklığı ve koma tablosu mevcuttur. Piramidal bulgular (% 80), serebellar testlerde bozulma, en sık görülen bulgulardır.

Ott ve arkadaşları serebellar kanamada etyolojik faktörler arasında 56 olgunun % 62'si hipertansiyon, % 14'ü antikoagülasyon, % 4 AVM, % 4 kan diskrazileri, % 2 tümör, % 2 travma, % 12 bilinmeyen nedenler olduğunu belirtmişlerdir. Bizim olgularımızda hipertansiyon 9 hastada (% 90), 3 hastada hipertansiyonla birlikte diabetes mellitus, daha önce geçirilmiş B.D.H. olan 4 olgu vardı.

Serebellar kanamalar beyin sapına bası yaparsa seçilecek tedavi hematomun evokasyonudur^{7,8}. Ancak cerrahisiz veya sadece ventriküler drenaj yapılarak iyileşen olgular bildirilmiştir^{1,2,6,8,10}. Shenkin ve arkadaşları serebellar kanamalarda ventriküler drenajın etkili olduğunu, hematoma evokasyonunun gereksiz olduğunu bildirmişlerdir⁶.

Kanamının ölçüsü, hematoma evokasyonu için iyi bir ölçü olabilir^{1,11,12}. Little ve arkadaşları klinik olarak progresif bozulma, erken beyin sapı kompresyonu, serebellar bulgusu yaygın olmayan, CT'de kanamanın çapı 3 cm'den büyük, 3. ve yan ventriküle geniş miktarda açılan, 4. ventrikül veya aquadukt düzeyinde obstrüksiyon yapan birinci grup hastalara cerrahi uygulanmış, şuuru açık fokal serebellar bulgusu olan CT'de kanamanın çapı 3 cm'den küçük, kitle etkisi minimal veya olmayan, 4. ventrikülde dilatasyon olmayan 2. grup hastalarına cerrahi tedavi uygulamadan tıbbi tedavi ile takip etmişlerdir¹.

Bizim olgularımızda 7 ve 8. hasta hariç kanamanın çapı 3 cm ve daha küçüktü. 7. hastanın şuuru açıktı, konservatif tedavi ile düzeldi. 8. hastanın genel durumu cerrahiye uygun değildi.

Serebellar kanamanın beyin sapı ve vermisi yukarı doğru yer değiştirmesi CT'de quadrigeminal sisterna obliterasyonu olarak görülebilir¹³. Taneda ve arkadaşları quadrigeminal sisterna obliterasyonunu, serebellar kanamada seçilecek tedavinin en iyi belirleyicisi olduğunu vurgulamışlardır⁵.

Bu yazıda serebellar kanamalı 10 hastanın klinik ve CT bulguları ve 1 yıllık takipleri sunuldu. Serebellar kanamanın cerrahi endikasyonları literatür bilgileri ışığında tartışıldı.

KAYNAKLAR

1. LITTLE, J.R., TUBMAN, D.E., ETHIER, R.: Cerebellar hemorrhage in adults. Diagnosis by computed tomography. J. Neurosurg 48: 575-579, 1978.
2. OTT, K.H., KASE, C., OJEMAN, R.G., MAHR, J.P.: Cerebellar hemorrhage diagnosis and treatment A review of 56 cases. Arch. Neurol. 31: 160-167, 1974.
3. NORRIS, J.W., EISEN, A.A., BRANGH, C.L.: Problems in cerebellar hemorrhage and infarction. Neurology 19: 1043-1050, 1969.
4. FREEMAN, R.E., ONOFRIO, B.M., OKAZAKI, H., DINAPDI, R.P.: Spontaneous intracerebellar hemorrhage. Diagnosis and surgical treatment. Neurology 23: 84-90, 1973.
5. TANEDA, M., HAYAKAWA, T., MOGAMI, H.: Primary cerebellar hemorrhage Quadrigeminal cistern obliteration on CT Scans as predictor of outcome. J. Neurosurg. 67: 545-552, 1987.
6. SHENKIN, H.A., ZAVALA, M.: Cerebellar strokes: Mortality, surgical indications, and results of ventricular drainage. The Lancet 21: 429-432, 1982.

7. POZZATI, E., GROSSI, C., PADOVANI, R.: Traumatic intracerebellar hematomas. J. Neurosurg. 56: 691-694, 1982.
8. MELAMED, N., SATYA-MURTI, S.: Cerebellar hemorrhage. A review and reappraisal of benign cases. Arch. Neurol. 91: 425-428, 1984.
9. SEELIG, J.M., SELHORST, J.B., YOUNG, H.F., LIPPER, M.: Ventriculostomy for hydrocephalus in cerebellar hemorrhage. Neurology 31: 1537-1540, 1981.
10. GREENBERG, J., SKUBICK, D., SHENKIN, H.: Acute hydrocephalus in cerebellar infarct and hemorrhage. Neurology 29: 409-413, 1979.
11. HEROS, R.C.: Cerebellar hemorrhage and infarction. Stroke 13: 106-109, 1982.
12. SALAZARJ, VAQUERD J., MARTIREZ, P.: Clinical and CT scan assesment of bening varsus fatal spantaneous cerebellar haematomas. Act. Neuro. Chir. 79: 80-86, 1986.
13. OSBORN, A.G., HEASTON, D.K., WING, S.D.: Diagnosis of ascending transtentorial herniation by cranial computed tomography. Am. J. Roentgenol. 130: 755-760, 1978.

Yard. Doç. Dr. Ö. Faruk TURAN

U.Ü. Tıp Fakültesi

Nöroloji Anabilim Dalı

BURSA