

POST TRAVMATİK SUPRASELLER ARACHNOİD KİST VAK'ASI VE
LİTERATÜRE BAKIŞ

Dr. Hızır Alp^(x)

ÖZET

Nadir görülen bir supraseller arachnoid kist vak'ası takdim edildi. Bu nedenle, supraseller arachnoid kistlerin tanımları için gerekli laboratuvar yöntemleri üzerinde duruldu. Hastalığın etio-patogenezine ait hipotezler incelendi. En çok ayrılması lazım gelen hastalıklarla mukayeseleri yapıldı. Özetle, direkt radyolojik bulgu vermiyen, fakat muntazam olmıyan bitemporal hemianopsi gösteren, sisternografide supraseller hava birikmesi olan durumlarda arachnoid kist'i de hatırlanmalı ve araştırmalar buna göre düzenlenmelidir.

SUMMARY

A rarely seen SAC case has been presented. For this purpose the diagnostic tests of SAC has been reweived. The Etio-pathogenetic aspects of the disease has been discussed. The dif.diagnosis of SAC with the most confused other cases has been made. Summary, In the cases with negatif direct Rad.findings but have bilateral temporal hemianopsie, with supraseller air accumuliation in the cysternographie one should always keep SAC in his mind and investigate in this way also.

(x) 800 Yt.Hv.Hst.Nöroşirurji Kliniği ESKİŞEHİR

Cranio-serebral travmalardan sonra ortaya çıkan erken ve geç komplikasyonlar çeşitli yönleri ile bilinmektedir. Erken komplikasyonların en başta gelenleri ağır beyin ödemi, çeşitli tipteki kanamalar ve bunlara bağlı herniasyonlar, derinliğine incelenmiştir. Geç komplikasyonlardan epidural, subdural ve intraserebral hematomlar ve higroma tarzındaki kolleksionlar da yine bu günkü bilgilerimizle sık sık ortaya çıkarılabilmektedir. Bunların dışında konveksite de ve fissürlerde yerleşebilen, oldukça sık olarak görülen post travmatik arachnoid kistleri de bilinmektedir.

Bizim bildirmek istediğimiz çok ender olarak görülen ve hikayesinde de kafa travması ve post travmatik geçici körlük bulunan, supraseller lokalizasyon gösteren arachnoid kist vak'asıdır.

Supraseller bölgede en fazla görülen ve vizüel belirtilere yol açan oluşumlar hipofiz adenomlarıdır. CUSHİNG'e göre bütün beyin tümörlerinin % 18 i, OLİVECRONA'ya göre de % 9 u supraseller lokalizasyon gösteren hipofiz adenomlarıdır. Fakat adenomların intraseller dönemlerinde sahneye daha çok hormonal ve metabolik tipteki belirtiler hakim olmaktadır. Adenomların supraseller bölgeye taşmalarından itibaren vizüel belirtiler ön plana geçmektedir. Ancak direkt olarak supraseller yerleşim gösteren adenom tipleri de nadir olarak vardır (1,2,3,4).

Adenomları, craniofaringioma'lar takip etmektedir. Yine CUSHİNG'e göre bütün beyin tümörlerinin % 4.5 ini oluştururlar. Bunlarda vizüel belirtiler yanında çeşitli hormonal metabolik bozukluklar ve gelişme kusurları ön

plandadır. -Her iki hastalık grubunda da bitemporal hemianopsi ve optik sinir atrofileri büyük özellik gösterirler.

Daha az olarak tuberculom ve dorsum sella meningiomalari da bu tip belirtilerle görülebilirler. EISENHARD bu bölge menengiomalariinin bütün beyin tümörlerinin ancak % 1 i oranında olduğunu ifade eder. Bu grupta görülen görme alanı bozukluklari da tipik değildir (1,2,3,4).

Bu arada supraseller epidermoid tümörler ve anevrizmalar opto-kiazmotik glial tümörler ve araknoiditlerde de bunlara benzer klinik bulgular verebilirler. Fakat bu grupta da görme alanı tipik bitemporal hemianopsi olmaktan çok muntazam olmayan defektler halindedir.

Bütün bunlariin dışında ve literatürde de oldukça az görülen supraseller arachnoid kist vak'alari da görülmektedir.

Bu hastalık gruplariinin tanı ve ayırıcı tanilariinin yapılmasında klinik bulgularla birlikte nöro-radiolojik ve endokrinolojik yöntemler büyük değer taşımaktadır.

Adenom ve Craniofaringiomalarda sella Turcica'nın şeklinin bozulduğu, genişliğinin arttığı ve ossöz destrüksionlariin bulunduğu bilinmektedir. Supraseller ve intraseller kalsifikasyonlariin da bu bulgulara eşlik ettiği veya yalnız olarak bulunduğu durumlarda da daha ilk anda craniofaringiomalar akla gelmektedir. Çoğunlukla carotis anjiografisi ve hava çalışmalarında bu bölgede yer tutan oluşumlara ait bulgular bulmak mümkündür. Özellikle damardan zengin olan meningiomalarda bu bulgulara ilave olarak sin-tografinin de değeri olabilir. Yer tutan oluşumlar için sisternografide, sisternlariin dolmadığı da görülmektedir (4,7).

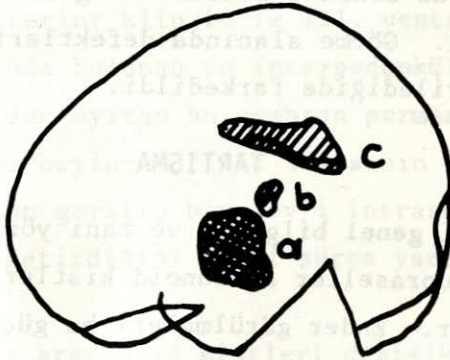
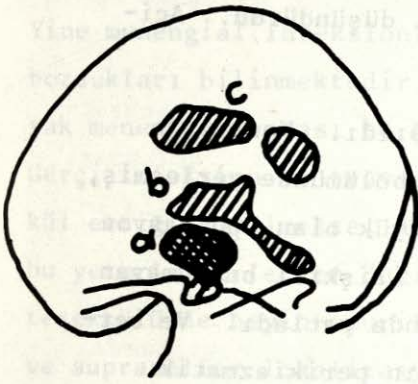
Halbuki vak'amızda da görüldüğü gibi supraseller arachnoid kistleri için bu yöntemler her zaman aydınlatıcı değildir. Fakat dikkatli şekilde sisternlerin incelenmesi yapıldığında yer kaplayan oluşumların aksine supraseller bölgede hava birikmesi görülebilir. Ancak çok sık rastlanmadığından değerlendirilmesi daima güç olmaktadır. İzotop sisternografisi yapılırsa tanı'da büyük kolaylık sağlanır. Bu arada hidrosolubl kontrast maddeler kullanarak positif kontrast ventrikülografi yapılırsa kistin III. ventrikülle ilişkisi olup olmadığı daha kolaylıkla anlaşılabilir.

Vak'a : 37 yaşında ev kadınıdır. Başağrısı, görme şikayetleri ile yatırıldı. Başağrıları uzun süreden beri devam ediyormuş. Son altı aydan beri de görmeleri yavaş yavaş bozulmuş, cisimleri tam olarak göremez olmuş. Öz geçmesinde üç yıl önce bir kafa travması ve hemen arkasından 2 gün süren ve kendiliğinden düzelen bir körlük mevcut.

Fizik muayene bulguları: Her iki göz dibinde papilla renklerinde solukluk ve sağda 6. sinir paralizisi, görme alanında muntazam olmıyan bitemporal hemianopsi dikkati çekti. Hormonal ve metabolik tipte bir bulgusu yok.

Radiolojik tetkikinde sella turcica'da şekil bozukluğu ve genişleme yok. Sağ carotid angiografisinde belli şekilde yer tutan bir kitle imajı yok. Pnömoensefalografide lateral ventriküller doldu. Bir deplasman veya şekil bozukluğu veya genişleme görülmedi. III. ventrikülde de hava tesbit edildi. Sisternografide supraseller bölgede bir hava birikmesi oldu. Fakat III. ventrikülle bu hava birikintisi arasında bir ilgi kurulamadı. Bu hava birikmesini iyi değerlendiremedik. Supraseller bir arachnoid

kistide düşünemedik. Radiolojik klişelere ait şematik resimlerde bu durum açıkça görülmektedir.



- a - Supraseller araknoid kist
b - III.cü ventrikül
c - Lateral ventrikül

Her üç şematik resimde de supraseller have birikmesi görülmektedir.

Hava çalışmasından hemen sonra hastanın görme şikayetleri, baş ağrıları arttı. Hasta huzursuz olmaya başladı. Adeta akut hipofizer apopleksiyi düşündürdü. Acilen ameliyata alındı.

Sağ fronto temporal girişim yapıldı. Kontrolde sağ optik sinir ve optik kiazmanın üst bölümünde yerleşmiş, saydam-grimsi rengi ve nohuttan daha büyük olan, pulsasyon vermeyen, bölgedeki vasküler yapılarla ilişkisi bulunmayan bir şişkinlik görüldü. Disseksiyon anında patladı. Ve berrak bir sıvı etrafa yayıldı. Cidarların perikiazmatik arachnoid zar ile devam ettiği görüldü. Berrak kist sıvısı içinde kraniofaringiomalarda olduğu gibi ksirtal parlaklığı veya kolesterin parçalarına da rastlanılmadı. Cidarlardan alınan biopsiden sonra kapatıldı. Biopsi sonucu normal arachnoid dokusu olarak bildirildi.

Ameliyattan sonraki dönemlerde görmeleri sür'atle düzelmeye başladı. Görme alanında defektlerinin devam etmekte beraber gerilediğide farkedildi.

TARTIŞMA

Yukardaki genel bilgiler ve tanı yöntemlerinde de görüldüğü gibi supraseller arachnoid kistleri güçlükle tanınabilmektedir. Ender görülmeleri bu güçlüğün en başta gelen nedenidir. HARRİSON bu kistlerin kongenital yapılar olduğunu kabul eder⁽⁶⁾. Fakat yazara göre kongenital olan bu tip kistlerde membrana ependimal yahut nöroglial bir doku'da eşlik eder. Bazı yazarlar da beyinomurilik sıvısının akış yollarında ortaya çıkan bir engel sonucu bu tip kistlerin geliştiklerini iddia ederler. Bu iddia kabul

edilirse özellikle orta hatta yakın bütün serebral tümörlerin beyin-omurilik sıvısı dolaşımını etkilemeleri sonucu bu tip kistlerin daha sık olarak ortaya çıkması beklenirdi. Yine menengial infeksiyonların da bu dolaşımı önemli ölçüde bozdukları bilinmektedir. Fakat her vak'ada veya sık olarak menenjit sonrası bu tip kistler ortaya çıkmamaktadır. Gerçi infeksiyon ve travmalardan sonra arachnoid kist teşekkül ettiği görülmekte, ancak supraseller lokalizasyon için bu yeterli bir etken değildir. HARDY'ye göre bu tip kist teşekkülünde beyin-omurilik sıvısı dolaşımını etkileyen ve supraseller lokalizasyonda kongenital bir engel söz konusudur. Travma veya infeksiyonlar bu engelin semptom verebilecek kadar gelişmesinde etken olabilmektedirler. Özellikle LILIEQUIST'in transvers arachnoid membranında permeabiliteyi bozan patolojik durumlar kistlerin ortaya çıkmasında büyük rol oynarlar. Post travmatik dönemde bu membranda önemli permeabilite bozuklukları tesbit edilmiştir. Normalde posterior klinoid'le III. ventrikülün başlangıç kısmı arasında bulunan ve interpedonküler sistemini kiazmatik sistem'den ayıran bu membran permeabilitesinin bozulması sonucu ve beyin-omurilik sıvısının pülsasyonlarına bağlı olarak gerilip bir nev'i intraserebral arachnoidosel meydana getirdiğini ileri süren yazarlar vardır (5,8).

Supraseller arachnoid kistleri değişik klinik bulgular verebilirler. Bazen süratle gelişerek III. ventrikülü basıya uğratarak kafa içibasıncının artmasına yol açmaktadırlar. Çoğunluklada sessiz kalmaktadırlar. Bizim vak'amızda da belki mevcut olan kongenital bir defekt travma tarafından ağırlaştırılıp bulguların ortaya çıkmasına sebep olmuştur.

Gerçekte nöroşirurjien için önemli olan konu ameliyat öncesi bu tip kistlerin de mevcut olabileceği, araştırmanın bu konu içinde yapılması ve ameliyat planının buna göre düzenlenmesi bakımından önem taşır.

Görüldüğü gibi hastalığın belli bir düzeyde seyretmemesi, muntazam olmayan bitemporal hemianopsinin bulunması, direkt radiolojik araştırmalarda sella turcica'da değişikliğin olmaması, supraseller ve intraseller kalsifikasyonların görülmemesi, anjiogramlarda yer tutan kitle imajının açıkça olmaması, hikayesinde de travma bulunan hastalarda arachnoid kist'i de gözönüne almak yerinde olur.

KAYNAKLAR

1. Alvord and Marcuse: *Hydrocephalus congenital, obstructive type, due to congenital cyst of Tentorium*, *J. Neuro-path. Exp. Neurol.*, 1961, 20, 305-307.
2. Barlow, A.: *Supra sellar arachnoid cyst*. *Arch ophtalmol.*, 1935, 14, 53-60.
3. Baumann, *Kystes arachnoidiens intracraniens chez l'enfant*. *These, Paris*, 1970, 216 p.
4. Hamby, W.B. and Gardner, W.H.: *Visualisation of supra-sellar tumors by encephalography: report of nine cases*. *Amer. J. Rontgen.*, 1935, 33, 1-9.
5. Hardy, J. et Robert, F.: *Kystes arachnoidiens des citernes basales*. *Presente a la Societe de Neurochirurgie de langue française*, 1971.
6. Harrisson, M.J.G.: *Cerebral Arachnoid cysts in children*. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.*, 1971, 34, 316-323.

7. Sansregret,A., Ledoux,R., Duplantis,F., Lamoureux,C.,
Chapdelaine. A. et Leblanc,P.: Supra-sellar subarach-
noid cysts. Radioclinical features. *Amer.J.Roentgen.*
1969, 105, 291-296.
8. Starkman,S.P., Brown,T.C. and Linell,E.A.: Cerebral
arachnoid cysts. *J.Neuropath.Exp.Neurol.*, 1958,17,
484-500.