

Spontan Servikal Epidural Hematom: Olgu Sunumu

Deniz KONYA *, Selin TURAL **, Arzu GERÇEK ***, Serdar ÖZGEN *,
M. Necmettin PAMİR *

* Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirurji Anabilim Dalı, ** Academic Hospital,
*** Marmara Üniversitesi Nörolojik Bilimler Enstitüsü, İstanbul

✓ Servikal epidural hematoma, boyun ağrısına neden olan patolojiler arasında en seyrek görülenlerindedir. Servikal epidural hematoma, genellikle travma sonrası gelişir, nadiren spontan olarak ortaya çıkarlar. Ayrıntılı nörolojik muayene ve manyetik rezonans görüntüleme ile olguların çoğuna tanı konulabilir. İleri derecede nörolojik defisiti olan olgularda en uygun tedavi acil cerrahi seçeneğiyken, hafif derecede nörolojik defisiti olan olgularda ise konservatif tedavi tercih edilmektedir. Bu olgu sunumunda ani gelişen boyun ağrısı ve vücudun sağ tarafında güçsüzlük yakınmasıyla acil servise başvuran ve yapılan tetkiklerinde spontan servikal epidural hematoma saptanan 65 yaşında kadın olgu tartışılmıştır. Olgunun ileri derecede nörolojik defisitinin olması ve klinik tablonun 1 gün önce başlayıp hızla ilerleme göstermesi üzerine acil cerrahi tedavi uygulanmış; postoperatif dönemde yakınmaları kısmen düzelmiştir. Olgunun, 6. haftadaki kontrolünde hiçbir yakınması olmadığı ve nörolojik defisitinin tamamen düzeldiği tespit edilmiştir.

Manyetik rezonans görüntülemeye spinal kord basısı görülen ve nörolojik defisiti tespit edilen olgularda erken dönemde uygulanan cerrahi tedaviyle alınan sonuçlar memnuniyet vericidir.

Anahtar kelimeler: Boyun ağrısı, hemiparezi, spinal epidural hematoma, cerrahi

Spontaneous Cervical Epidural Hematoma: Case Report

✓ Cervical epidural hematoma is one of the very rare conditions that cause severe cervical pain. Generally cervical spinal epidural hematomas occur after traumas, but it rarely occurs spontaneously. Many cases can be diagnosed after a detailed neurological examination and magnetic resonance imaging. Urgent surgical treatment is the most appropriate treatment in patients with severe neurological deficit while conservative treatment should be the treatment of choice for patients with mild neurological deficit. In this case report we discussed a 65-year-old woman who presented with for sudden-onset right hemiparesis and cervical pain. Physical examination and magnetic resonance imaging revealed a cervical epidural hematoma. This case was operated immediately due to severe neurological deficit and rapid worsening in clinical symptoms in the same day. The patient's complaints partly improved in postoperative early period. After 6 weeks neurological deficit of patient resolved completely. This report suggests that surgical treatment in the early period may have to good results in patients with signs of spinal cord compression on MR imaging and neurological deficit.

Key words: Neck pain, hemiparesis, spinal epidural hematoma, surgery

Genellikle servikal ve torakal bölgede görülen spinal epidural hematoma, spinal kord kompresyonuna sebep olan patolojiler içerisinde en seyrek görülenlerindedir (1,9,20). Dural kesenin ön yüzünde duran pos-

terior longitudinal ligamanla olan sıkı komşuluğundan dolayı epidural hematoma, çoğunlukla arka yüzde yerleşimlidirler (1,9,17). Servikal bölgede görülen epidural hematoma'da klinik yakınmalar akut veya kronik olarak karşımıza çık-

makla birlikte en sık görülen şikayet boyun ağrısı veya kök ağrısıdır. Spinal kord üzerindeki basıyla orantılı olarak da motor ve/veya duyuşal defisitler klinik tabloya eşlik ederler (1,4,16). Servikal epidural hematolmar büyük çoğunlukla travma sonrası görölüp, nadiren spontan olarak da gelişebilirler. Spontan servikal epidural hematolmar (SSEH); hipertansiyon, vasküler malformasyonlar, kan hastalıkları, tümörler, gebelik, vaskülitler, vertebral kırıklar, cerrahi ve epidural anestezi sonrası görölabilirler (8,9,13,17,20).

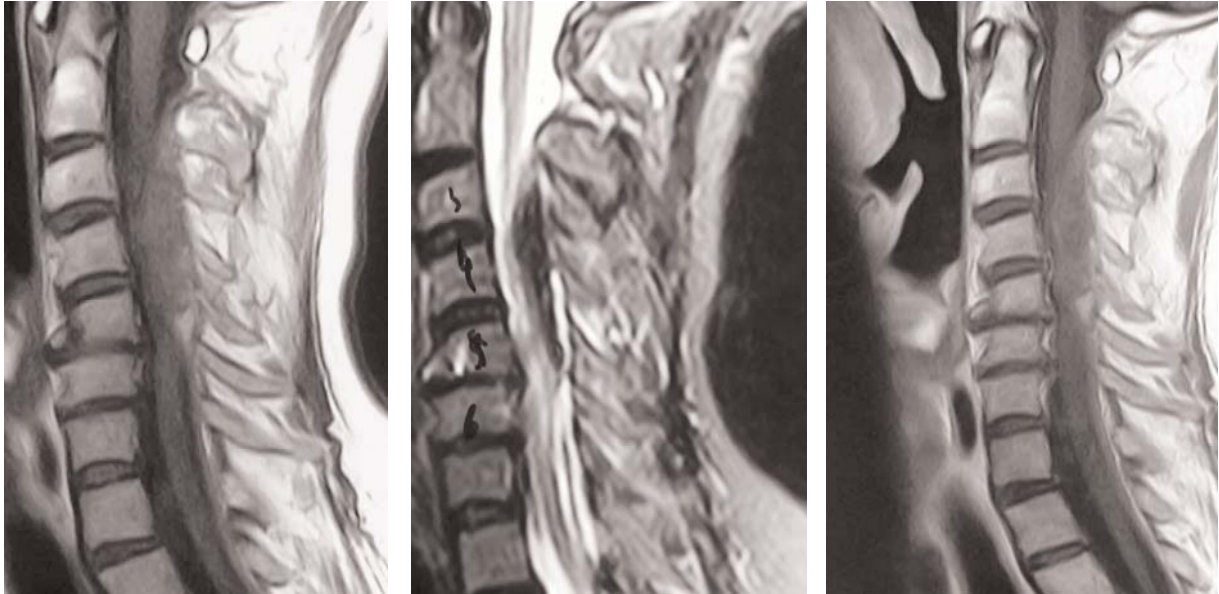
Bu çalışmada cerrahi olarak tedavi edilen ve tedavi sonrası nörolojik defisiti düzelen bir SSEH olgusu, literatürdeki tanı ve tedavi yöntemleriyle karşılaştırılarak sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

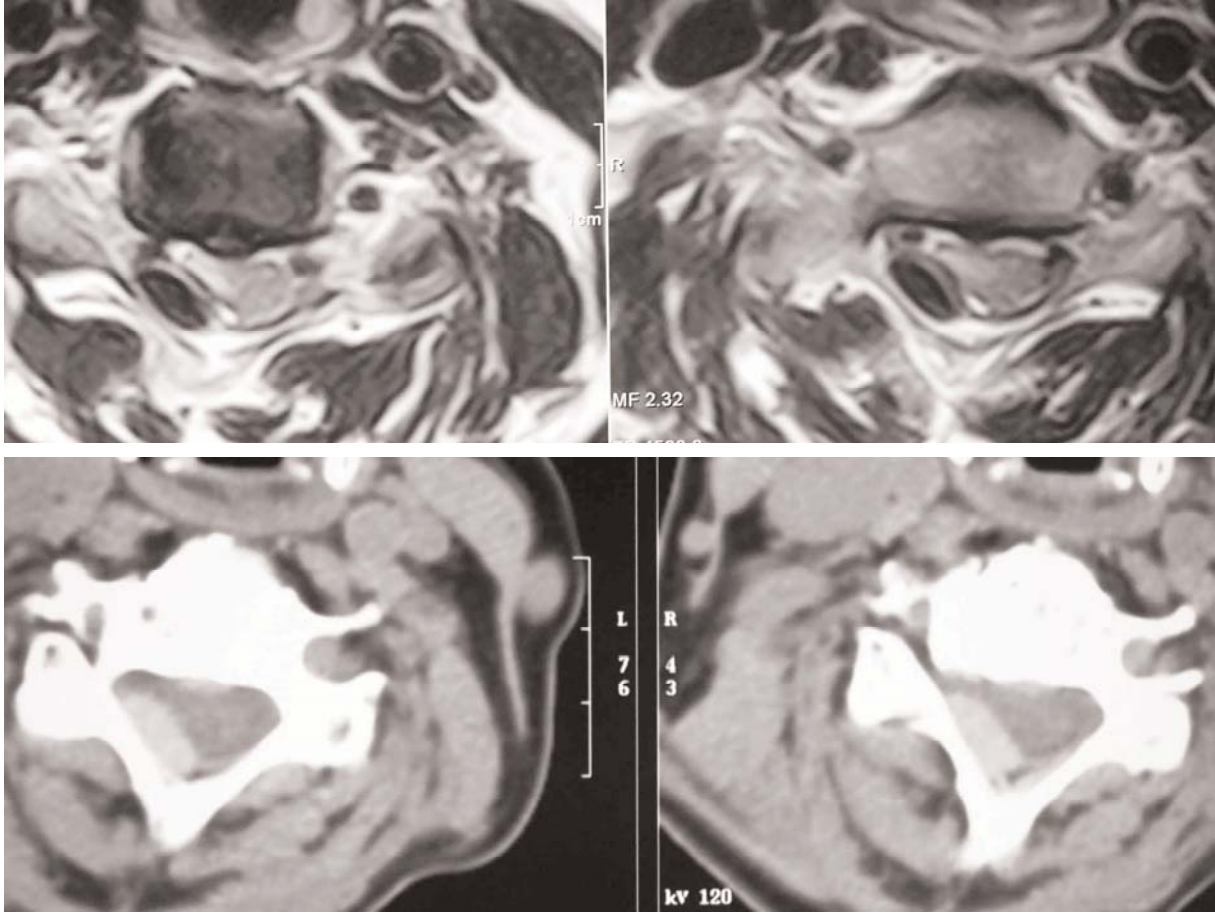
Altmışbeş yaşında kadın olgunun öyküsünden; 1 gün önce ani gelişen boyun ağrısı, sağ kol ve bacakta güçsüzlük yakınması olduğu ve şikayetlerinin ilerleme göstermesi üzerine acil servise başvurduğu öğrenildi. Olgunun fizik muayenesinde patolojik bulgu tespit edilmedi. Hipertansiyon hikayesi olmayan olgunun acil servise ka-

bülünde tansiyon arteriyeli 140/90 mmHg olarak bulundu. Laboratuvar tetkiklerinde, kanda beyaz küre: 7400/mm³, trombosit: 180.000/mm³, sedimantasyon: 12 mm/saat, CRP (-) olarak bulundu. Nörolojik muayenede sağda hemiparezi (3/5 Kuvvet kaybı) dışında bir patoloji saptanmadı.

Olgunun servikal manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) servikal 3-5 vertebraları seviyesinde arka-epidural bölgede spinal korda bası yapan, T1 ağırlıklı incelemelerde spinal kordla isointens (Şekil 1a), T2 ağırlıklı incelemelerde heterojen hipointens (Şekil 1b) ve kontrast madde enjeksiyonu sonrası kontrast tutulumu gözlenmeyen solid lezyon saptandı (Şekil 1c). T1 ağırlıklı aksiyel incelemelerde spinal kord üzerindeki basının sağda daha belirgin olduğu görüldü (Şekil 2a). Olgunun servikal bilgisayarlı tomografisinde (BT) solid lezyonun spinal korda göre hiperdens, akut evrede hematomla uyumlu, olduğu saptandı (Şekil 2b). Bu bulgularla SSEH ön tanısıyla operasyona alınan olguya servikal 3-4-5 laminektomi yapıldı. Laminektomi sonrasında epidural mesafenin tamamen hematomla kaplandığı, spinal kordun he-



Resim 1a (sol): T1 ağırlıklı sağital MRG: Servikal 3-5 vertebra seviyelerinde isointens epidural hematolm. 1b (orta): T2 ağırlıklı sağital MRG: Servikal 3-5 vertebra seviyelerinde heterojen hipointens epidural hematolm. 1c (sağ): T1 ağırlıklı kontrastlı sağital MRG: Servikal 3-5 vertebra seviyelerindeki lezyonda belirgin contrast tutulumu gözlenmedi.



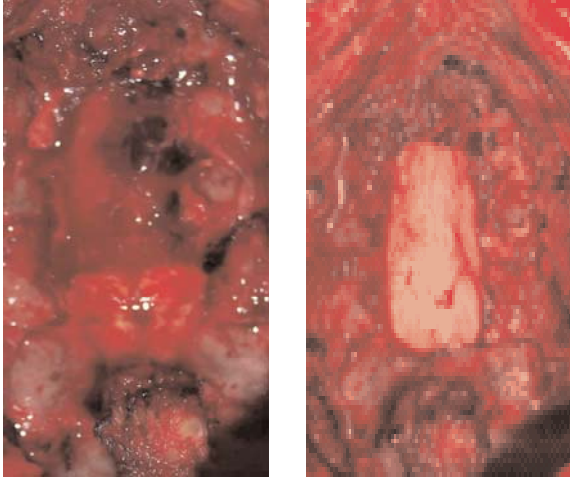
Resim 2a (üst): T1 ağırlıklı aksiyel MRG: hipointens, spinal korda sağda belirgin bası yapan hematoma. 2b (alt): Aksiyel BT: spinal korda sağda belirgin bası yapan hiperdens akut evrede hematoma.

matoma tarafından bası altında olduğu ve pulsasyonunun olmadığı görüldü (Şekil 3a). Hematoma dokusu total olarak eksize edildikten sonra spinal kord pulsasyonunun geri geldiği gözlemlendi (Şekil 3b). Hemostazi takiben epidural mesafeye 1 adet hemovak dren bırakıldı ve katlar anatomiye uygun olarak kapatıldı. Postoperatif 1. günde olgunun boyun ağrısı ve hemiparezisinde belirgin düzelme saptandı. Servisteki izleminde belirgin sorunu olmayan ve yapılan tetkiklerde SSEH'ye neden olan herhangi bir patoloji saptanmayan olgu; fizik tedavisi düzenlenerek hafif hemipareziyle (1/5 Kuvvet Kaybı) postoperatif 4. günde taburcu edildi.

Olgunun postoperatif 6. haftada yapılan kontrol muayenesinde, boyun ağrısının olmadığı ve nörolojik defisitinin de tamamen düzeldiği saptandı.

TARTIŞMA

Spontan servikal epidural hematomlar, boyun ağrısına neden olan patolojiler içerisinde en seyrek görülenlerinden birisidir (12). Genellikle yaşlı, kontrol altına alınamayan hipertansiyonu olan veya antikoagülan tedavi alan olgular, SSEH açısından normal popülasyona oranla daha fazla risk altındadırlar (2,20,22). Literatürde, gebelikte SSEH tespit edilen olgular bulunmakla birlikte gebelik ve SSEH arasında anlamlı bir ilişki kurulamamıştır (13). Epidural bölge lokalizasyonlu vasküler malformasyonlar ya da tümörlerin kanamasına bağlı da SSEH görülmektedir (14). Bizim olgumuzda olduğu gibi bazı olgularda da SSEH'ye neden olabilecek bir patoloji saptanamamaktadır (1).



Resim 3a (sol): Epidural hematoma peroperatuar görüntüsü. 3b (sağ): Epidural hematoma boşaltıldıktan sonra duranın görüntüsü.

Olguların çoğu akut myelopati ya da radikülopati bulgularıyla ortaya çıkarken, kronik dönemdeki SSEH olgularına rastlanılmaktadır (4,15). Klinik prezentasyon genellikle aniden ortaya çıkan boyun ağrısı, ona eşlik eden motor veya duyuşal defisit şeklindedir (5,21). Olguların bazılarında sfinker disfonksiyonu veya Brown-Sequard sendromu bulgularına da rastlanılabilmektedir (16). Bu klinik bulgular, birçok farklı patolojiden dolayı karşımıza çıktığı için SSEH'ye spesifik değildir; dolayısıyla SSEH olgularına sadece klinik bulgularla tanı konulamamaktadır (18).

Kanamamanın zamanıyla ilgili olarak, MRG'de T₁ ve T₂ ağırlıklı incelemelerde, farklı intensitelerle karşılaşmaktadır. Akut dönemdeki hematoma T₁ ağırlıklı incelemelerde spinal korda göre izointens, T₂ ağırlıklı incelemelerde ise hiperintens görülmektedir. Subakut dönemde (>30 saat), T₁ ve T₂ ağırlıklı incelemelerde, heterojen hiperintensite görülebilir (1,7,10). Aksiyel kesitlerde epidural yağlı planların silen, duranın yer değiştirmesine neden olan ve T₂ ağırlıklı incelemelerde spinal korda göre heterojen hiperintens lezyonlar, epidural hematoma düşündürmelidir (7,19). Diffüzyon ağırlıklı MRG'de akut dönemdeki kanın hiperintens görüldüğü de göz önüne alındığında sadece MRG'yle olgula-

rın tamamına yakınında SSEH tanısı konulabilmektedir (6). Tanı koymada MRG'nin üstünlüğü her ne kadar tartışılmaz olsa da BT de, kanamayı göstermesi açısından, en az MRG kadar faydalıdır. Bizim de olgumuzda saptadığımız gibi akut dönemdeki kan BT'de spinal korda göre hiperdens görülür. Direkt grafi incelemesinin SSEH'de tanısız değeri yoktur.

Servikal bölgeye yönelik yapılan tetkiklerde, olguların nörolojik defisitini açıklayacak patoloji bulunmadığında bu klinik bulgulara intrakraniyal bir kitle, inme veya infeksiyonun sebep olabileceği hatırd tutulmalı; şüphelenilen olgularda mutlaka intrakraniyal bölgeye yönelik nöroradyolojik inceleme yapılmalıdır (1). Olgumuzda yapılan fizik ve nörolojik muayene sonrasında herhangi bir intrakraniyal patolojiden şüphelenilmemesi; servikal MRG-BT incelemelerinde epidural hematoma saptanması üzerine, ek olarak intrakraniyal bölgeye yönelik bir nöroradyolojik inceleme yapılmamıştır.

Servikal epidural hematoma olgularının tedavisiyle ilgili tartışmalar halen sürmekte birlikte, yazarların çoğu, akut gelişen nörolojik defisitli olgularda cerrahi tedavinin gerekli olduğunu belirtmişlerdir (1,4,9,10,15). Chang ve ark. (3), MRG'de kontrast tutulumunun olduğu olgularda lezyonun aktif olduğunu ve agresif cerrahi tedavinin uygulanması gerektiğini belirtmişlerdir. Olguların çoğunda hematoma arka epidural bölgede olduğu göz önünde tutulduğunda, bizim de olgumuzda uyguladığımız laminektomiyle hematoma boşaltılmasının en uygun cerrahi tedavi seçeneği olduğu sonucuna varılabilir (1,9,17). Ön epidural bölge yerleşimli olgularda, anterior yaklaşımla hematoma boşaltılarak spinal kord üzerindeki bası kaldırılmalıdır (11,15). Nörolojik defisit düzelme şansı, kanamanın olduğu zamanla, cerrahi dekompresyon arasında geçen süreyle direkt ilişkili olduğundan, cerrahi mümkün olan en erken zamanda yapılmalıdır (2,9). Belirgin nörolojik defisit olmadığı, klinik ve radyolojik olarak kötüleşme

göstermeyen olgularda; sadece metilprednizolon ve istirahatle iyi sonuç elde edilip, hematoma da kendiliğinden kaybolduğu gösterilmiştir (4,10,12). Olgumuzun acil servisteki muayenesinde nörolojik defisit saptanması ve klinik bulgularının 1 gün önce başlayıp hızla ilerleme göstermesi üzerine tanı konulduktan hemen sonra operasyona alınmış, hematoma boşaltılmış ve cerrahi tedavi sonrasında da nörolojik defisitinin tamamen düzeldiği saptanmıştır. Bu da erken dönemde cerrahi tedavi uygulanan olguların nörolojik iyileşme şansının çok yüksek olduğu görüşünü desteklemektedir.

Literatürdeki olgu sayılarının henüz yeterli olmaması nedeniyle SSEH'nin tanı ve tedavisine yönelik tartışmalar sürmektedir. Günümüzde yaygınlaşan MRG ve BT incelemeleriyle olguların büyük bir çoğunluğuna tanı konulabilmektedir. SSEH tanısı konulan ve ani gelişen nörolojik defisitli olgularda, acil cerrahi tedavinin ilk seçenek olması gerektiği; belirgin nörolojik defisitinin olmadığı ve radyolojik takiplerinde ilerleme saptanmayan olgulardaysa, medikal tedavinin tercih edilebileceği sonucuna varılabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Adamson DC, Bulsara K, Bronec PR. Spontaneous cervical epidural hematoma: case report and literature review. *Surg Neurol* 2004; 62:156-60.
2. Aitken EM, Lock BA, Sharr MM. Spontaneous cervical epidural haematoma. *Int J Clin Pract* 1997; 51:478-9.
3. Chang FC, Lirng JF, Chen SS, Luo CB, Guo WY, Teng MM, Chang CY. Contrast Enhancement Patterns of Acute Spinal Epidural Hematomas: A Report of Two Cases. *AJNR Am J Neuroradiol* 2003; 24:366-9.
4. de Melo PM, Kadri PA, de Oliveira JG, Suriano IC, Cavalheiro S, Braga FM. Cervical epidural haematoma with clivus fracture: case report. *Arq Neuropsiquiatr* 2003; 61:499-502.
5. Dinsmore AJ, Leonard RB, Manthey D. Spontaneous spinal epidural hematoma: a case report. *J Emerg Med* 2005; 28:423-6.
6. Fujiwara H, Oki K, Momoshima S, Kuribayashi S. PROPELLER diffusion-weighted magnetic resonance imaging of acute spinal epidural hematoma. *Acta Radiol* 2005; 46:539-42.
7. Fukui MB, Swarnkar AS, Williams RL. Acute spontaneous spinal epidural hematomas. *AJNR Am J Neuroradiol* 1999; 20:1365-72.
8. Jankowski R, Zukiel R, Nowak S. Acute cervical epidural hematoma as a complication of anterior cervical C5-C6 discectomy. A case report. *Neurol Neurochir Pol* 2003; 37:955-62.
9. Kimiwada T, Takahashi T, Shimizu H, Tominaga T. Clinical feature and surgical treatment of spontaneous spinal epidural hematoma. *No Shinkei Geka* 2004; 32:333-8.
10. Lefranc F, David P, Brotchi J, De Witte O. Traumatic epidural hematoma of the cervical spine: magnetic resonance imaging diagnosis and spontaneous resolution: case report. *Neurosurgery* 1999; 44:408-11.
11. Mangione P, Moussellard H, Lesprit E, Rocha J, Senegas J. Anterior evacuation of a spontaneous cervical epidural hematoma. *Eur Spine J* 1995; 4:257-9.
12. Marinella MA, Barsan WG. Spontaneously resolving cervical epidural hematoma presenting with hemiparesis. *Ann Emerg Med* 1996; 27:514-7.
13. Masski G, Housni B, Ibahouin K, Miguil M. Spontaneous cervical epidural haematoma during pregnancy. *Int J Obstet Anesth* 2004; 13:103-6.
14. Miyagi Y, Miyazono M, Kamikaseda K. Spinal epidural vascular malformation presenting in association with a spontaneously resolved acute epidural hematoma. Case report. *J Neurosurg* 1998; 88:909-11.
15. Muthukumar N. Chronic spontaneous spinal epidural hematoma- a rare cause of cervical myelopathy. *Eur Spine J* 2003; 12:100-3.
16. Narberhaus B, Rivas I, Vilalta J, Abos J, Ugarte A. Transient Brown-Sequard syndrome due to spontaneous spinal epidural hematoma. *Neurologia* 2002; 17:384-7.
17. Saxler G, Barden B. Extensive spinal epidural hematoma-an uncommon entity following cervical chiropractic manipulation. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 2004; 142:79-82.
18. Shima H, Ohashi K, Hoshikawa Y, Ashida H. MR imaging of spontaneous spinal epidural hematoma. *Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi* 1997; 57:165-9.
19. Sklar EM, Post JM, Falcone S. MRI of acute spinal epidural hematomas. *J Comput Assist Tomogr* 23:238-243, 1999.
20. Spengos K, Sameli S, Tsivgoulis G, Vassilopoulou S, Vemmos K, Zakopoulos N. Spontaneous spinal epidural hematoma in an untreated hypertensive patient. *Eur J Intern Med* 2005; 16:451-3.
21. Tender GC, Awasthi D. Spontaneous cervical spinal epidural hematoma in a 12-year-old girl: case report and review of the literature. *J La State Med Soc* 2004; 156:196-8.
22. Vaya A, Resurreccion M, Ricart JM, Ortuno C, Ripoll F, Mira Y, Aznar J. Spontaneous cervical epidural hematoma associated with oral anticoagulant therapy. *Clin Appl Thromb Hemost* 2001; 7:166-8.