

OLGU SUNUMU**CASE REPORT****AKUT İNTERHEMİSFERİK SUBDURAL HEMATOM****Kemal HAMAMCIOĞLU, Erdal EROĞLU, Semai BEK, Zeki ODABAŞI****Gülhane Askeri Tıp Akademisi Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara****ÖZET**

Akut interhemisferik subdural hematomlar kafa travmalarının nadir komplikasyonlarından biridir. Etiyolojik nedenler arasında, en sık görülen kafa travmalarından başka intrakranyal anevrizma yırtılması, koagülopatiler, antikoagülan tedavi, alkol bağımlılığı, "bebek sarsma sendromu" sayılabilir. Hastalar karşı tarafta hemiparezi, bilinç seviyesinde değişiklik, fokal veya jeneralize nöbetler, lisan bozuklukları, ataksik yürüyüş, okülomotor fonksiyon bozukluğu ile başvururlar. Tedavide hem konservatif, hem de cerrahi yaklaşım eşit olarak önerilmektedir. Ancak nörolojik bulgularla kötüleşme varsa hematomun cerrahi olarak boşaltılması gerekir.

Anahtar Sözcükler: interhemisferik, subdural, hematoma,

ACUTE INTERHEMISPHERIC SUBDURAL HEMATOMA

Acute interhemispheric subdural hematomas are an uncommon complication of head trauma. The aetiology is consist of intracranial aneurismal ruptures, coagulopathies, anticoagulant therapies, alcohol abuse, "shaken baby syndrome" other than trauma, the most common cause of the interhemispheric subdural hematomas. Patients present with contralateral hemiparesis, changing levels of consciousness, focal or generalized seizures, language disorders, gait ataxia and oculomotor dysfunction. Both conservative and surgical management have been equally advocated. However, in the presence of a worsening neurological condition prompt surgical evacuation of hematoma is mandatory.

Key Words: interhemispheric, subdural, hematoma

GİRİŞ

Akut interhemisferik subdural hematomlar (İSH) intrakranyal hemorajilerin nadir formlarından birini oluşturmaktadır. İlk defa Aring ve Evans tarafından ortaya konan hastalıkla ilgili 2005 yılına kadar yaklaşık 150 olgu bildirilmiştir.(1-4). Ancak bu vaka bildirimlerinin önemli bir bölümü kazalara ve çocuklarda aşırı sarsıntıya (shaken baby) bağlı ortaya çıkan travmatik İSH'dur. Beklenmedik bir lokalizasyonda ortaya çıkması ve müdahale gerektirip gerektirmediği halen belirsiz olan bu durumla nadir olarak karşılaşılmaktadır. Bizim sunacağımız iki olguda ise literatürde sık görülen etyolojiden farklı olarak travma öyküsü bulunmamaktadır.

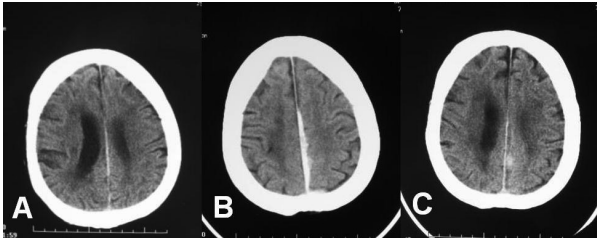
Olgu 1

Yetmişbeş yaşında bayan hasta. Akşam televizyon seyredirken aniden başlayan konuşmama yakınması ve arkasından uyku hali gelişmiş. İdrar inkontinansı ile birlikte vücudun sol yarısında kuvvetsizlik ortaya çıktığı fark edilmiş. Soy geçmişinde özellik olmayan hastanın öz geçmişinde 20 yıllık hipertansiyon, 1 yıl önce ortaya

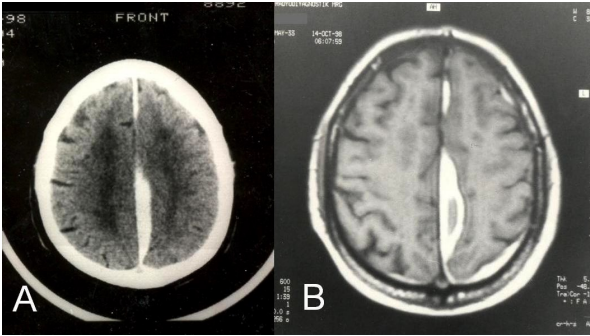
çıkan diyabet hastalığı, 10 yıl önce dengesizlik ve bulantı ile ortaya çıktığını tarif ettikleri serebellar iskemik atak öyküsü mevcut.

İlk bulguların başlamasından yaklaşık iki saat sonra yapılan nörolojik muayenede hasta letarjik, gözler açık, takip var ancak koperasyon kurulamıyor. Sol üst ve alt ekstremitede hareketler azalmış, ağırlı uyarana çekme tarzında yanıt var. Sol Babinski belirtisi mevcut. Ense sertliği bulunmayan hastada idrar inkontinansı izlendi.

Tam kan sayımında beyaz küre yüksekliği ve rutin kan analizinde dehidratasyona bağlı üre kreatinin yüksekliği dışında patoloji saptanmadı. Başvuru sırasında çekilen bilgisayarlı beyin tomografisinde (BBT) kronik iskemik bulgular ile birlikte akut-subakut fazda oksipital ve pariyetal interhemisferik subdural hematoma ve özellikle sol pariyetal lobu etkileyen ödem izlendi. Kontrol BBT'sinde interhemisferik subdural hematoma belirginleşti (Resim-1). Hastanın metabolik durumunun bozulması ve şuurunun kapanması nedeni ile cerrahi girişim düşünülmeydi. Beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG) de BBT ile uyumlu olarak sol pariyetal loba uzanım gösteren İSH izlendi.



Resim 1: Olgu 1'in (A) başvuru tarihinde çekilen BBT'sinde sağ serebral hemisferde hafif derecede ödem etkisi izlenen interhemisferik subdural hematoma, (B) iki gün sonra alınan BBT de interhemisferik subdural hematoma belirginleşmiş, (C) 12. günde BBT'de hematoma azalma ve komşu serebral dokuda ödem.



Resim 2: Olgu 2'nin (A) başvuru tarihinde çekilen BBT'sinde sağa hafif uzanım gösteren interhemisferik subdural hematoma, (B) bir hafta sonra çekilen beyin MRG'de T1 ağırlıklı çekimde sağa hafif uzanım gösteren ve komşu beyin dokusunda hafif ödem görülen hematoma.

Şuuru giderek kötüleşen hasta antiödem ve destek tedavisine rağmen progresyon gösterdi ve yatışının 36. gününde kaybedildi.

Olgu 2

Altmışbeş yaşında erkek hasta. Başvurusundan iki gün önce başlayan bulantı kusma ve her iki bacakta kuvvet kaybı yakınması var. Soy geçmişinde özellik yok. Öz geçmişinde 5 yıl önce geçirilmiş minör stroke dışında patoloji yok.

İlk nörolojik muayenesinde şuuru açık koopere oryante. Früst paraparezi ve bilateral Babinski bulgusu mevcut. Kranyal sinir muayenesi normal. Fundoskopi normal sınırlarda.

Rutin hematolojik incelemesi normal olarak değerlendirildi. BBT'de parietal interhemisferik fissürde daha az miktarda, frontal interhemisferik fissürde sağ parietal loba hafif bası yapan interhemisferik subdural hematoma tespit edildi. Beyin manyetik rezonans incelemede (MR) aynı bulgular tespit edildi (Resim-2). Beyin cerrahisi kliniğince interhemisferik alandan "burr hole" ile hematoma boşaltıldı. Post-operatif muayene

bulguları normal olarak değerlendirildi, kontrol BBT de hafif düzeyde sekel bulguları izlendi.

TARTIŞMA

Görüntüleme teknikleri gelişmeden önce İSH çok nadir bir durum olarak kabul edilirdi. Etiyolojik faktörler arasında travma (çoğunlukla penetran), koagülopatiler, bebek sarsma sendromu, doğumda forseps kullanımı, hemodiyaliz, anevrizmal kanama ve antikoagülasyon tedavisi sayılabilir (5-8). İntrakranyal anevrizmal kanamalarla beraber çoğunlukla travma sonrası ortaya çıkar ve travmatik subdural hematomlar arasında yaklaşık %6 hastada İSH tanısı konmaktadır (3). Otopsi ile tanı konulabilen 1974 yılından önce yalnızca 10 olgu bildirilmişken, BBT geliştirildikten sonra olgu sayısı giderek artmıştır (1-4). Çocukluk döneminde ise en çok çocuk bakımı sırasında kötü davranma ve sarsma ile ortaya çıkmaktadır (3). Yukarıda sunduğumuz her iki olguda (olgu 1 deki hipertansiyon dışında) daha önceki literatürlerde belirtilen başta travma olmak üzere herhangi bir etyolojik faktör tespit edilememiştir.

Oluşum mekanizmaları ile ilgili çeşitli görüşler vardır. Doğrusal hızlanma sırasında interhemisferik fissür çevresindeki köprü venlerin yırtılması ile ortaya çıktığı teorisi akla yatkın görülmektedir (9). Bazı çalışmalarda oksipital lobda travmatik lezyonlar gösterilmesi bu bölgeye yapılan sert bir darbe ile ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir (7, 10). Beraberinde konveksiteye yayılan subdural hematoma da izlenebilir (8, 11, 12).

İSH da klasik belirtiler arasında, ilk kez List tarafından 1955 de tanımlanan "falks sendromu" vardır (13). Genellikle karşı vücut yarısında bacakta monoparezi veya bacakta hakim hemiparezi şeklinde ortaya çıkar. Bilinç bulanıklığı, fokal (karşı vücut yarısı bacakta hakim) veya jeneralize epileptik nöbetler, lisan bozuklukları, ataksik yürüyüş, okülomotor fonksiyon bozukluğu ve demans belirti ve bulgularından bir yada birkaçı da bulunabilir. Belirtiler ilk saatlerde ortaya çıkabileceği gibi, 10 gün sonra bu şikayetle hastaneye başvuran hastalar da vardır (15).

Tanıda görüntüleme tekniği olarak BBT standarttır. Kontrastsız BBT de karakteristik olarak orta hatta falks çevresinde genellikle orta hattı geçmeyip bir hemisfere doğru uzanım gösteren yarımay şeklinde hiperdens alan olarak görülür. Büyüklüğü ve şekli intraserebral hematomlardan ve subaraknoid hemorajilerden ayırt etmemizi

sağlarken dansitesi de interhemisferik ampiyem ayırımında yardımcı olur. BBT de verteks iyi görüntülenemezse genişlemiş sagittal sinüs olarak değerlendirilebilir (14).

Tedavide konservatif kalmak veya cerrahi girişim yapmak arasında belirgin fark izlenmemiştir (7, 15). Cerrahi olarak uygulanan teknikler arasında kraniotomi veya damar yapılarına zarar verme riski düşük olan, sagittal sinüse yakın bir bölgeden uygulanan "burr hole" sayılabilir. Her iki tekniğin birbirine üstünlüğü yoktur. Akut İSH ların %25 gibi yüksek bir oranda mortalite riski vardır (15). İleri yaş, parankim hasarı ve koma mortalitenin artmasına neden olur (16).

SONUÇ

Akut İSH nadir olmakla beraber yüksek mortalitesi nedeniyle dikkatli olunması gereken bir durumdur. İlk sunulan olguda yüksek risk faktörlerinin yanı sıra hematoma miktarının artmış olması hastada sağkalımı etkilemiştir. Falx sendromu bulguları ile gelen, kalp hastalığı nedeni ile antikoagulan tedavi alan ileri yaşta bir hastada interhemisferik subdural hematoma ön tanılar arasına girmelidir. Şimdiye kadar yayınlanmış olgu veya olgu serilerinde tedavi stratejisi açısından kesin bir sonuç çıkarmak güç olmakla beraber genel kanı hafif olgularda konservatif tedavi yönündedir.

KAYNAKLAR

1. Rapana A, Lamaida E, Pizza V ve ark. Interhemispheric scissure, a rare location for a traumatic subdural haematoma, case report and review of the literature. *Clin Neurol Neurosurg* 1997; 99(2): 124-129.

2. Houtteville JP, Toumi K, Theron J, ve ark. Interhemispheric subdural haematoma: seven cases and review of the literature. *Br J Neurosurg* 1988; 2: 357-67.
3. Zouros A, Bhargava R, Hoskinson M, ve ark. Further characterization of traumatic subdural collections of infancy. Report of five cases. *J Neurosurg*. 2004 May;100(5 Suppl Pediatrics):512-8.
4. Llamas L, Ramos-Zuniga R, Sandoval L. Acute interhemispheric subdural hematoma: two case reports and analysis of the literature. *Minim Invasive Neurosurg*. 2002 Mar;45(1):55-8.
5. Izawa M, Takahaahi K, Sentoh S. A case of interhemispheric subdural haematoma associated with thrombocytopenia. *Neurol Surg (Tokyo)* 1982; 10: 557-560.
6. Shigori M, Tomoyuki K, Shirahama M ve ark. Acute interhemispheric chronic subdural haematoma: report of 2 cases. *Neurol Surg (Tokyo)* 1982; 10: 647-652.
7. Psaltis A, Lath R, McDonald M. Acute interhemispheric subdural haematoma. *J Clin Neurosci*. 2004 Jun; 11(5): 546-8.
8. Pozzati E, Gaist G, Vinci A ve ark. Traumatic interhemispheric subdural haematoma. *J Trauma* 1982; 22: 241-243.
9. Zimmerman RD, Yurberg E, Russell EL ve ark. Falx and interhemispheric fissure on axial CT: I Normal Anatomy. *AJNR* 1982; 3: 635-642.
10. Fruin AH, Juhl GL, TAYLOR C. Interhemispheric subdural haematoma: case report. *J Neurosurg* 1984; 60: 1300-1302.
11. Russell Na, del Caprio-O'Donovan R, Mallya KB ve ark. Interhemispheric subdural haematoma: seven cases and review of the literature. *Br J Neurosurg* 1988; 2: 357-368.
12. Wollschlaeger PB, Wollschlaeger G. The interhemispheric haematoma or falx haematoma. *AJR* 1964; 92: 1252-1254.
13. List CF. Diagnosis and treatment of acute subdural empyema. *Neurology* 1955 Sep; 5(9): 663-70.
14. Lusins JO, McChesney ILL. Nonsurgical management of an isolated interhemispheric subdural haematoma sequentially followed by CT. *Mount Sinai J Med* 1989; 56(1): 68-70.
15. Shankar A, Joseph M, Chandy MJ. Interhemispheric subdural hematoma: An uncommon sequel of trauma. *Neurol India* 2003;51:63-64.
16. Wilberger ILL, harris M, Diamond DL. Acute subdural haematoma: morbidity, mortality, and operative timing. *J Neurosurg* 1991; 74: 212-218.