

REVIEW

DERLEME

HEMORAJİK İNME TANISI:

TÜRK BEYİN DAMAR HASTALIKLARI DERNEĞİ İNME TANI VE TEDAVİ KILAVUZU – 2015

**İsmet MELEK¹, Nazire AFŞAR², Levent GÜNGÖR³, Mustafa GÖKÇE⁴, Ufuk UTKU⁵,
Kürşad KUTLUK⁶, Nevzat UZUNER⁷**

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, HATAY

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İSTANBUL

³Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, SAMSUN

⁴Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, KAHRAMANMARAŞ

⁵Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, EDİRNE

⁶Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İZMİR

⁷Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, ESKİŞEHİR

ÖZET

İnmelerin yaklaşık %10-15'ini oluşturan hemorajik inmenin tanısı ve tipleri konusunda özet ve güncel bilgi verilecektir.

Anahtar Sözcükler: Hemoraji, inme, kılavuz, beyin damar hastalıkları.

DIAGNOSIS OF HEMORRHAGIC STROKE:

GUIDELINES OF TURKISH SOCIETY OF CEREBROVASCULAR DISEASES – 2015

ABSTRACT

The brief and current information about the diagnosis and subtypes of hemorrhagic stroke which constitutes of about 10-15% of whole strokes will be offered.

Key Words: Hemorrhage, stroke, guideline, cerebrovascular diseases.

GİRİŞ

Hemorajik inme, iskemik inme ve geçici iskemik ataktan nadir olmakla birlikte, yüksek mortalite ve morbiteye neden olan bir durumdur. İntrakraniyal hemorajinin 1 ay içerisindeki mortalite oranı yaklaşık %40'tır. Yalnızca vasküler bir olay sonucunda meydana gelen, travmatik olmayan ve MSS'de hasara neden olan intrakraniyal kanamalar, hemorajik inme olarak adlandırılır.¹ İntrakraniyal kanamalar, her yıl oluşan yeni inme olgularının %10-15'ini oluşturmaktadır. Yaşam süresinin uzamasıyla bu oranların artması beklenmektedir.² Hemorajik inmeye neden olabilen durumlar intraserebral kanamalar, subaraknoid kanamalar ve intraventriküler kanamalardır.¹

Hemorajik inmenin en sık görülen nedeni hipertansiyondur. İkinci en sık görülen nedeni serebral amiloid anjiyopatidir. Antikoagülan tedavi kullanımı da hemorajik inmeye yol açabilir.²

Hemorajik Transformasyon

Serebral infarktten sonra spontan veya antitrombotik ya da trombolitik tedaviye bağlı olarak hemoraji oluşabilir.¹ İnfarktten sonra oluşan hemoraji minör peteşiyal kanamalardan büyük kanamalara kadar değişebilir; bu duruma hemorajik infarkt, hemorajik transformasyon ve parenkimal hemoraji adları verilmektedir. Hemorajik transformasyon tip 1 infarkt kenarlarında peteşilerin olduğu; tip 2 ise peteşilerin infarkt alanı içerisinde, ek bir alan kapsamaksızın dağıldığı durumdur. Bu durumlar iskemik inme gibi değerlendirildikleri ve tedavi edildikleri için iskemik inme grubuna dahil edilebilirler. Parenkimal hemorajide ise fokal kan toplanmasıyla bir kitle etkisi oluşur. Parenkimal hemoraji tip 1, infarktlı alanın en fazla %30'unu kaplayan ve hafif yer kaplayıcı özellikte olan; tip 2 ise infarktlı alanın %30'dan fazlasını kaplayan ve/veya belirgin yer kaplama etkisi yaratan kanamalara verilen adlardır. Bu durumların intraserebral hemoraji gibi tedavi edilmesi gerekir ve intraserebral kanama grubunda değerlendirilirler. Tanının klinik bulgular ışığında konması mümkün değildir; tanıların BT (Bilgisayarlı tomografi) ve MRG (Manyetik rezonans görüntüleme) ile yapılması gereklidir.

Öneri

1. Tanı amacıyla seri MRG/BT yapılması önerilir.

Intraserebral Kanama (İSK)

Beyin parenkim ve ventriküler sisteminde travma sonucunda oluşmayan kanama şeklinde tanımlanan intraserebral kanama, farklı klinik tablolarla seyredabilen ve ağır morbidite ile mortaliteye neden olabilen bir durumdur. İntraserebral kanamaya bağlı inme ise beyin parenkim ve ventriküler sisteminde travma sonucunda oluşmayan kanamaya bağlı nörolojik fonksiyon bozukluğu sonucunda hızla gelişen klinik belirtilerdir. İntraserebral kanama belirtisi olarak hastalarının yaklaşık %30'unda yalnızca baş ağrısı bulunur.¹

Özellikle düşen hastalarda travmatik ve travmatik olmayan lezyonların ayırt edilmesi güç olabilir. Ancak travmatik durumlarda genellikle subdural ve epidural hematomlar oluşur; kontrkup lezyon ve eksternal travma belirtileriyle çok sayıda kanama bölgesi görülür. Subdural ve epidural hematomlar, genelde travmayla ilişkili oldukları ve beyin dışına kanama olarak tanımlandıkları için inme kapsamına dahil edilmezler.

Intraventriküler kanamalar da intraserebral kanama grubunda yer alır; bu tip kanamalar özellikle prematüre bebeklerde gözlenmektedir. Saf intraventriküler kanama genelde hipertansiyon ve vasküler malformasyona bağlı olarak ortaya çıkar; nadiren moyamoya hastalığı ve dural arteriyovenöz fistüllere bağlı olabilir.¹

Altta yatan vasküler malformasyonlara bağlı kanamalar intraserebral kanama olarak kabul edilirler; bu hastalar genellikle altta vasküler lezyon bulunmayan hastalardan daha genç yaşta olma eğilimindedirler ve prognozları daha iyidir.¹

Intraserebral kanama tanısının yalnızca klinik belirtilere dayanarak yapılması mümkün değildir, beyin görüntülemesi gereklidir. Acil ortamında BT ve MRG'nin yüksek duyarlılık ve spesifikliğe sahip olduğu gösterilmiştir; erken evrede MRG'nin hemoraji patogenezinin tanınmasında biraz daha yararlı olduğu bilinmektedir. Hemoraji patogenezinin saptanması için kateter anjiyografi de kullanılabilir.¹

Öneriler

1. Tanı amacıyla seri BT/MRG yapılması önerilir.
2. Altta yatan neden saptanamazsa BTA (Bilgisayarlı tomografi anjiyografi), /MRA (Manyetik rezonans anjiyografi) ve DSA (Dijital substraksiyon anjiyografi) uygulanabilir.

Sessiz Serebral Kanama

Sessiz serebral kanama beyin parenkiminde, subaraknoid aralıkta veya ventriküler sistemde, nörolojik görüntüleme veya nöropatolojik inceleme sırasında saptanan fokal kronik kanama odakları-kalıntıları (mikro-kanamalar) olarak tanımlanır; bu tanıma uyması için lezyonların travmayla ilişkili olmaması ve akut nörolojik bir soruna yol açmaması gereklidir. Sağlıklı yaşlı kişilerin %6'ya kadar çıkan bir oranında, daha önce inme geçirenlerde ise daha yüksek oranlarda kronik, ufak parenkimal hemorajiler bulunduğu bilinmektedir. Bu mikro-kanamalar genellikle klinik bir olaya neden olmaz; mikro-kanama miktarı arttığında kognitif gerilemeye, intraserebral kanamaya ve iskemik inmeye neden olabilecekleri ileri sürülmektedir.¹ Bu lezyonlar sessiz intraserebral kanama olarak tanımlanabilir.

Subaraknoid Kanama (SAK)

Subaraknoid kanama, subaraknoid aralığa kanama; subaraknoid kanamaya bağlı inme ise bir travma olmaksızın subaraknoid aralığa kanama olması sonucunda hızla gelişen nörolojik fonksiyon bozukluğu belirtileri ve/veya baş ağrısı olarak tanımlanır. Subaraknoid kanama %45'e kadar çıkan mortalite; yaklaşık %10 oranında ağır işgörmezlik ve çok daha yüksek oranlarda kognitif, sosyal ve sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Travmatik olmayan subaraknoid kanama nedenleri arasında serebral anevrizma rüptürü, arteriyovenöz malformasyonlar, intrakraniyal arter disseksiyonları, mikotik anevrizmalar, kanama bozuklukları, madde kötüye kullanımı, reversibl serebral vazokonstriksiyon sendromu, vaskülit, moyamoya ve serebral amiloid anjiyopati yer alır. Altta yatan bu nedenler olmaksızın subaraknoid kanama oluşması nadirdir.¹

Subaraknoid kanaması olan hastaların %11-60'ı kanamadan birkaç gün-hafta önce ani ve şiddetli baş ağrısı çektiklerini belirtmektedir. Ancak sentinel baş ağrısı olarak tanımlanan bu durumun klinik önemi bilinmemektedir.¹

Subaraknoid kanama tanısı yalnızca semptomlara dayanarak konamaz, BT veya MRG ile nörolojik görüntüleme yapılması veya BOS örneği alınması gereklidir. Modern cihazlarla BT'nin duyarlılığı ilk 5 gün içerisinde %95'in üzerinde, toplam olarak %99,7 olarak

saptanmıştır. MRG ile gerçekleştirilen FLAIR serisinin BT'den daha duyarlı olduğu iddia edilmektedir. BOS örneği alınması, genellikle lomber ponksiyonla gerçekleştirilir ve nörolojik görüntülemenin normal olduğu ancak klinik belirtilerin subaraknoid kanamayı düşündürdüğü olgularda yapılır. Çeşitli çalışmalarda BOS'un sarı renk aldığının görülmesinin duyarlılığının %47,3 ile %93 arasında değiştiği bildirilmiştir.¹

Öneriler

1. Tanı için ilk 24 saatte seri BT/MRG yapılması önerilir.
2. BT/BTA ve seri MRG/MRA altta yatan nedeni açığa çıkarabilir.
3. Klinik şüphe varlığında, BT ve MRG tanıyı doğrulamıyorsa lomber ponksiyon yapılması önerilir, ancak ilk 6-12 saatte tanı koydurucu olmayabilir.
4. BTA'da kanama kaynağı saptanmaksızın, BT'de tipik bazal SAK paterni görülürse tüm serebral arterler DSA ile incelenmelidir.
5. Anevrizma saptanmazsa, BTA veya DSA tekrarlanmalıdır.

Serebral Venöz Tromboz

Serebral venöz tromboza bağlı inme; beyin, omurilik veya retinada serebral venlerde oluşan trombüse bağlı olarak infarkt veya kanama oluşmasıyla ortaya çıkar. Serebral venöz tromboz; intrakraniyal venöz sinüslerde, derin venöz sistemde ve majör intrakraniyal sinüslere boşalan kortikal venlerde oluşabilir.¹ Venlerin tıkanması; venöz stazla doku iskemisi ve infarkta, sekonder parenkimal veya subaraknoid kanamalara, ödeme ve kafa içi basınç artışına neden olarak hasar oluşturabilir.¹ Klinik belirtiler oluşan patolojilere ve lokalizasyona bağlı olarak değişir.¹ Oluşan klinik tablolardan bazıları, akut başlayan ve vasküler nedenli parenkimal beyin hasarını işaret eden fokal nörolojik defisitlerle inme özelliğindedir; geçici fokal vazojenik ödem, izole intrakraniyal hipertansiyon sendromu gibi diğerleri kalıcı fokal MSS hasarı oluşturmadığı için bu kapsama alınmaz.¹

Öneriler

1. Tanı amacıyla seri BT/MRG yapılması önerilir.
2. İlgili venin saptanması amacıyla MR venografi yapılabilir.

KAYNAKLAR

1. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplan LR, Connors JJ, Culebras A, et al. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013; 44(7): 2064-2089.
2. Manno EM. Update on intracerebral hemorrhage. *Continuum Lifelong Learning Neurol* 2012; 18(3): 598-610.
3. Linn J, Brückmann H. Differential diagnosis of nontraumatic intracerebral hemorrhage. *Clin Neuroradiol* 2009; 19: 45-61.
4. Steiner T, Juvela S, Unterberg A, Jung C, Forsting M, Rinkel G. European Stroke Organization Guidelines for the management of intracranial aneurysms and subarachnoid haemorrhage. *Cerebrovasc Dis*. 2013; 35: 93-112.
5. Simpson VM, Deshaies EM. Diagnosis and initial management of subarachnoid haemorrhage. *OA Emergency Medicine*. 2013: 1-11.