

Hipertansif spinal epidural hematoma neden olduğu akut parapleji

Acute Paraplegia Caused by Hypertensive Spinal Epidural Haematoma

Bülent Fahri KILINÇOĞLU¹, Amir Mansur MUKADDEM¹, Nur ALTINÖRS²

Hipertansiyon akut spinal epidural hematoma sık görülmeyen bir nedendir. Ağır motor yeti kaybı ve kalıcı nörolojik hasardan kaçınmak amacıyla acil tedavi gerekliliğinin önemi vurgular. Dört saatten beri akut parapleji, alt ekstremitelerde his kaybı ve idrar inkontinansı olan yetmiş beş yaşındaki hasta hastaneye kabul edildi. Nörolojik muayene komplet parapleji, 9. torakal dermatomlardan aşağı segmentlere doğru his kaybı ve anal refleksler dahil tüm duysal motor reflekslerde kayıp saptandı. Hastaneye kabulde kan basıncı 120/210 mm Hg idi. Torakolomber manyetik rezonans görüntüleme kordu baskılayan bir akut epidural hematoma tesbit etti. Hastaya T9-L2'yi ilgilendiren laminektomi uygulandı ve mikrocerrahi teknikle pıhtılar boşaltıldı. Hasta postoperatif 3. gün hastaneden taburcu edildi. Postoperatif 7. günde nörolojik sekel kalmamıştı.

Spontan spinal epidural hematomlar tanınan bir idiyopatik rahatsızlık olmasına rağmen etyolojik faktör olarak hipertansiyona tahmin edilenden çok daha fazla rastlanmaktadır. Erken tanı, spinal kordun cerrahi yolla dekompresyonu ve yüksek dozda kortikosteroidler tam bir düzelmeye sonuçlanabilir.

Anahtar Sözcükler: Spinal epidural hematoma, akut parapleji, hipertansiyon, mikrocerrahi yöntemle pıhtı boşaltımı

The hypertension is an uncommon cause in acute spinal epidural haematomas. The severe motor disability and need to emergency treatment to avoid the permanent neurological impairments underline its importance. Seventy-five year old male, admitted with acute paraplegia, numbness in the lower extremities and urinary incontinence for 4 hours. The neurological examination showed complete paraplegia, numbness from the below of thoracic 9 dermatomes, and loss of all sensory motor reflexes including anal reflexes. The blood pressure was 210/120 mm Hg on his admission. Thoracolumbar magnetic resonance examinations detected an acute epidural haematoma, which was compressing to the cord. The patient underwent emergent laminectomy involving T 9 to L 2 and clots were removed with microsurgical technique. The patient was mobilized on the 3. and discharged from the hospital on the 7. postoperative day without neurological impairment.

Although majority of the spontaneous spinal epidural haematomas is a recognized idiopathic condition, hypertension is much more commonly seen etiological factor than estimated. Early diagnosis, surgical decompression of the spinal cord and high dose corticosteroids might result in complete recovery.

Key Words: Spinal epidural haematoma, acute paraplegia, hypertension, microsurgical clot removal

GİRİŞ

Akut spinal hematomlar nöroşirürjinin acillerinden olup, etyolojisinde travma, antikoagülan tedavi, koagülopatiler, damarsal anomaliler, neoplaziler, epidural anestezi, spinal cerrahi girişimler, hipertansiyon gibi nedenler olabileceği gibi, kendiliğinden

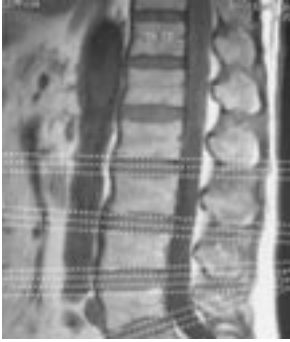
de gelişebilir. En sık görülen nedenler travmalar ve antikoagülan tedavilerdir. Daha çok thorakolomber bölgede izlenirler.^[1,2,3] Oluşan hematoma, omurilik basısı semptomları, alt ekstremitelerde güçsüzlük, parapleji, servikal yerleşimli olanlarda kuadriplejiye neden olabilir. Bu makalede, hipertansiyon atağı sonrası gelişen akut spinal epidural hematoma olgu-

¹ Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Alanya Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nöroşirürji A.B.D. ² Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroşirürji A.B.D.

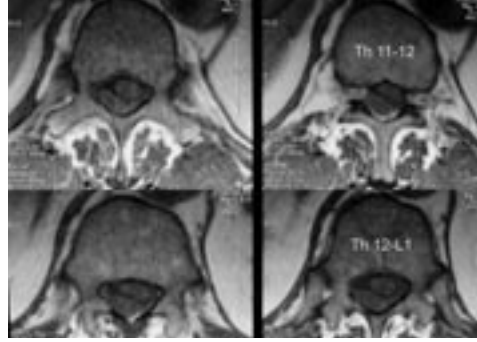
Bülent Fahri Kılınçoğlu, Amir Mansur Mukaddem, Nur Altınörs, Başkent University Faculty of Medicine, Alanya Research Hospital, Department of Neurosurgery, Antalya-TURKEY

Correspondance (İletişim): Dr. Bülent Fahri KILINÇOĞLU, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Alanya Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nöroşirürji A.B.D. Öğr. Gör. Alanya, ANTALYA

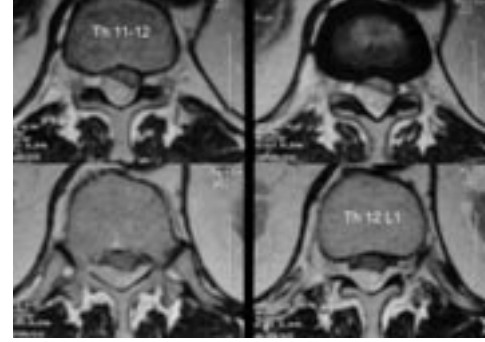
Tel İş: 0 242 511 25 11 - 3414, 3987 Tel Ev: 0 242 513 26 44 Faks: 0 242 511 23 50 GSM: 0 542 412 05 51 e-posta: bfilincoglu@hotmail.com



Resim 1: Olgunun T1-W sagittal MRG' sinde Th.11-12 seviyesinde başlayarak L2 de sonlanan, nöral doku ile izointens spinal kanalın arka kısmında kitle izlenmekte.



Resim 2: Olgunun T1-W aksiyal MRG' sinde Th 11-12 hizasında omurilik ile izointens ve omuriliği vertebra cisminine doğru sıkıştıran hematom izlenmekte.



Resim 3: Olgunun T2-W aksiyal MRG' sinde korda göre daha parlak olarak izlenen ve kanalın üçte ikisini kapatan hematom izlenmekte.

sunda, etyolojik faktör olarak çok az vurgulanan hipertansiyonun önemine dikkat çekilmek istenmiştir.

OLGU

Yetmiş beş yaşında erkek hasta 4 saat önce dinlenme esnasında ortaya çıkan yürüyememe, bacaklarında uyuşukluk ve idrar kaçırma yakınmaları ile acil servise başvurdu. Daha önceden bilinen hipertansiyon öyküsü nedeniyle ilaç kullanan hastanın, başvuru sırasında sistemik kan basıncı 210/120 mmHg. olarak ölçüldü. Yapılan nörolojik muayenesinde alt ekstremitelerde tam motor kayıp, Th 9 altında hipoestezi ve Th 11 altında anestesi, bu seviyenin altında tüm derin tendon reflekslerinin alınmadığı, sfinkter kontrolü ve anal refleksin olmadığı görüldü. Her hangi travma, ıkınma ve zorlanma öyküsü olmayan hastaya torakolomber spinal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesi yapıldı. MRG de T 9-L.2 seviyelerinde T1-W görüntülerde omurilik ile eş yoğunlukta, T2-W. görüntülerde heterojen ve kontrastlı görüntülerde kontrast tutmayan, omuriliğe arkadan bası yapan, kanalın üçte ikilik kısmını kaplayan, hiperakut dönemde spinal epidural hematom (SEH) görüldü (Resim 1, 2, 3). Hastaya metilprednizolon (30mgr/kg bolus ve daha sonra 5.4 mgr/kg/saat/gün) başlanarak hızla ameliyata alındı. T9 - L.2 total laminektomi ile mikrocerrahiyile hematom boşaltıldı. Erken dönemde fizik tedavi programına alınan hasta, operasyonun 3. günü yürür hale geldi. Ameliyatın 7. gününde herhangi bir nörolojik kayıp olmaksızın evine gönderildi.

TARTIŞMA

Spinal hematomlar hızlı ve etkin müdahale edilmesi gereken patolojilerdir. Travma, omuriliğin ve vertebraların cerrahi girişimleri, antikoagülan tedaviler, koagülopatiler, vasküler anomaliler, neoplaziler, epidural anestezi, hipertansiyon, venöz basıncın yükseldiği şiddetli Valsalva benzeri manevralar veya venöz sistemin genişlemiş olduğu eklampsi ve pre-eklampsi gibi durumlarda SEH geliştiği bildirilmiştir.^[2,3] Etiyolojik nedenler arasında sayılan hipertansiyon ise SEH pek fazla önemsenmemiş ve tartışılmamıştır.^[4,3] Buna karşın hipertansiyon, bir rahatsızlıktan çok damarlarda arteriyosklerozun neden olduğu, damar intima ve medyasında hasarlarla seyreden sistemik ve çok yaygın patolojidir. Bu açıdan bakılınca pek çok spontan spinal epidural hematom olgusunun aslında hipertansiyonun komplikasyonu olabileceğini düşünmek yanlış olmaz. Olgumuzda semptomların ortaya çıkışının dinlenme sırasında oluşu, risk faktörü olarak tespit edilen hipertansiyon ve bunun dışında hiçbir risk faktörünün bulunmaması bu görüşümüzü desteklemektedir. Zamanında müdahale ile sonuçlar %75-85 yüz güldürücüdür. Sekiz, on iki saat arasında yapılan cerrahi müdahalede başarı şansı belirgin derecede yüksektir. Buna karşın tam nörolojik geri dönüş, spontan SEH'lerde, non-spontan SEH'a göre daha kötüdür.^[5,6,7] Spinal epidural hematomlar sıklıkla, dura ile vertebra cismi arasındaki gevşek bağlantılar nedeni ile torakolomber bölgede ve kanalın arka kısmında, daha düşük sıklıkla lomber bölgede yerleşirler. Hematom boyu sık-

lıkla 4-5 vertebra mesafesini geçmez ve bikonkav görünümündedir.^[1] Omuriliğin torakolomber bileşekte kanlanması zayıf oluşu, bu bölge için ek risk faktörüdür. Bu nedenle bu bölge lezyonları kısa süre içinde omurilikte enfarkta neden olabilir. Bu açıdan, her türlü spinal hematoma hastaya etkin ve süratli müdahale gerekliliği vardır. Bunun yanında nörolojik bulguları hafif seyredip, ilerlemeyen ve cerrahi girişim yapılmaksızın düzelen az sayıda olgu da bildirilmiştir.^[8,9] Tanı için temel görüntüleme yöntemi MRG'dir. MRG lezyonların tespitinde son derece duyarlı bir inceleme olmasına karşın, taze kanamanın MRG ile tespitindeki zorlukları göz önünde bulundurmak gerekir. Bazı olgularda etyolojik faktör olarak spinal arteriovenöz malformasyonlar ve benzeri patolojileri ortaya koymak için yapılan arteriyografi, omuriliğin damar yapısı hakkında ayrıntılı bilgiler verir. Ayırıcı tanıda, disk herniasyonları, enfeksiyonlar, diskan aort anevrizmaları, tümörlerini göz önünde bulundurmak gerekir. Tedavi aşamasında, hematomaun omurilik basısını akut bir travma olarak değerlendirme ve her ne kadar bu konuda belirgin görüş birliği olmasa da, yüksek doz steroid başlamanın uygun olacağını düşünmekteyiz.^[10,11] Zamanında başvuru, hızlı tanı ve uygun tedavi ile son derece değerli zamanın iyi kullanılması, sekelsiz geri dönüş açısından mutlaka gereklidir. Ayrıca bu olguların erken dönemde fizik tedavi programları ile desteklenmesinin de uygun olacağını düşünmekteyiz.

Spinal epidural hematoma nadirliğine karşın, ağır motor kayıp ve kalıcı nörolojik hasarlardan kaçınmak için acil müdahaleyi gerektirdiklerinden önem taşırlar. Hipertansiyon, akut spinal epidural hematomaun oldukça nadir görülen nedenlerindedir.

Yetmiş beş yaşında erkek hasta 4 saattir devam eden ve ani gelişen ayaklarında tutmama, his kaybı ve idrar kaçırma şikayetleri ile başvurdu. Nörolojik muayenesinde alt ekstremiteelerde tam felç, thorakal 9 dermatomunun altında his kaybı ve bu seviye altında anal refleks dahil tüm reflekslerde kayıp tespit edildi. Başvuru anında sistemik kan basıncı 220/120 mmHg idi. Thorakolomber magnetik rezonans incelemesinde omuriliğe basan akut spinal epidural hematoma tespit edildi. Hastaya acil olarak T9 dan, L2'ye kadar laminektomi ve mikroskobik hematoma drenajı uygulandı. Ameliyattan 3 gün sonra ayağa

kalkan hasta, yedi gün sonra hiçbir nörolojik kaybı olmaksızın hastaneden çıkarıldı.

Spontan spinal epidural hematomaun çoğunun nedeni bilinmemesine rağmen, hipertansiyon, tahmin edilen daha fazladır. Erken tanı, omuriliğin cerrahi olarak rahatlatılması ve yüksek doz kortikosteroidler, nörolojik olarak tam geri dönüşü temin edebilir.

KAYNAKLAR

1. Boukobza M, Guichard JB, Boissonet M et al: Spinal epidural hematoma: Report 11 cases and review literature. *Neuroradiology* 1994; 36: 456-9.
2. David S, Salluzzo RF, Bartfield JM, et al. Spontaneous cervicothoracic epidural hematoma following prolonged valsalva secondary to trumpet playing. *Am J Emerg Med*.1997Jan;15(1): 73-5.
3. Boukobza M, Haddar D, Boissonet M. et al. Spinal Subdural Haematoma: A Study of Three Cases. *Clinical Radiology* 2001; 56: 475-80.
4. Wildforster U, Schregel W, Harders A. Delayed lumbar epidural hematoma. Discussion of the risk factors: hypertension, anticoagulation and spinal anesthesia. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 1998; Aug; 33: (8): 517
5. Foo D, Chang YC, Rossies AB. Spontaneous cervical epidural hemorrhage, anterior cord syndrome, and familiar vascular malformation: case report. *Neurology* 1980; 30: 308-11
6. Lawton MT, Porter RW, Heiserman JE, et al. Surgical management of spinal epidural hematoma: relationship between surgical timing and neurological outcome. *J Neurosurg*. 1995; 83: 1-7
7. Rohde V, Kuker W, Reinges MHT et al. Microsurgical Treatment of Spontaneous and non-Spontaneous Spinal Epidural Haematomas: Neurological Outcome in Relation to Aetiology. *Acta Neurochir (Wien)*. 2000; 142: 787-93
8. Narberhaus B, Rivas I, Vilalta J, et al. Transient Brown-Sequard syndrome due to spontaneous spinal epidural hematoma. *Neurologia*. 2002; Aug-Sep; 17(7):384-7
9. Costabile G, Husag L, Probst C. Spinal epidural hematoma. *Surg Neurol*; 1984 May; 21 (5): 489-92.
10. Langmayr JJ, Ortler M, Dessl A, et al. Management of spontaneous extramedullary spinal haematomas: results in eight patients after MRI diagnosis and surgical decompression *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1995; Oct 59(4): 442-7
11. Ghaly RF. Recovery after high-dose methylprednisolone and delayed evacuation: a case of spinal epidural hematoma. *J Neurosurg Anesthesiol*. 2001 Oct;13(4): 323-8