

ATİPİK ŞİKAYETLERLE PREZENTE OLAN AKUT TRAVMATİK İNTERHEMİSFERİK SUBDURAL HEMATOM

Acute Interhemispheric Subdural Hematoma Presenting with Atypical Complaints

Hakan AK¹, Levent ALBAYRAK², İskender Samet DALTABAN¹, İbrahim ÇALTEKİN²

ÖZET

Akut interhemisferik subdural hematoma akut subdural hematoma'nın nadir görülen bir tipi olup genellikle kafa travmasından sonra ortaya çıkmaktadır. Bu hematomda görülen klinik belirti ve bulgular arasında baş ağrısı, bulantı kusma, nöbet, demans, görme bozukluğu, monoparezi, ve hemiparezi bildirilmiştir. Bu yazıda anksiyete ve terleme hissi gibi atipik şikayetlerle başvuran 54 yaşındaki bir erkek hastada saptanan interhemisferik subdural hematoma olgusunu sunulmaktadır. Hasta klinik gözlem ile takip edilmiş olup 10 gün sonra hematomun tamamıyla rezorbe olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, interhemisferik subdural hematomda vital bulguların ve nörolojik durumun stabil seyretmesi durumunda sadece izlem yeterli olabilmektedir.

Anahtar Sözcükler: *Kafa travması; İnterhemisferik subdural hematoma; Terleme*

ABSTRACT

Acute interhemispheric subdural hematoma is a rare type of acute subdural hematoma and it usually develops after head trauma. Headache, nausea, vomiting, seizures, dementia, visual impairment, monoparesis and hemiparesis have been reported among clinical signs and symptoms for this hematoma. In this report, we present a case of interhemispheric subdural hematoma in a 54-year-old male patient with atypical complaints as anxiety and sweating. The patient was followed by clinical observation and the hematoma was completely resorbed after 10 days. In conclusion, if the vital signs and neurological status of the patient are stable in interhemispheric subdural hematoma, only follow-up is sufficient.

Keywords: *Head trauma; İnterhemisferik subdural hematoma; Sweating*

¹Bozok Üniversitesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Yozgat

²Bozok Üniversitesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Yozgat

Hakan AK, Dr. Öğr. Üyesi
Levent ALBAYRAK, Dr. Öğr. Üyesi
İ. Samet DALTABAN, Dr. Öğr. Üyesi
İbrahim ÇALTEKİN, Dr. Öğr. Üyesi

İletişim:

Dr. Öğr. Üyesi Levent ALBAYRAK
Bozok Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı Yozgat

Tel: 05324246450

e-mail:

drleventalbayrak@yahoo.com

Geliş tarihi/Received: : 24.12.2017

Kabul tarihi/Accepted: 24.04.2018

DOI: 10.16919/bozoktip.370443

Bozok Tıp Derg 2018;8(2):100-3
Bozok Med J 2018;8(2):100-3

Giriş

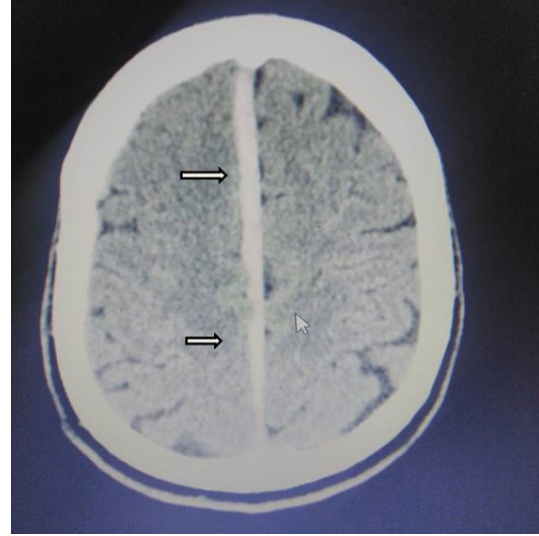
Travmatik akut subdural hematoma (ASDH) tüm majör kafa travmalarının %10-20'sinde görülmekte olup morbidite ve mortalite oranı %60-80 arasındadır (1,2). Subdural hematoma genellikle serebral hemisferin medial yüzü, falks serebri, superior sagittal sinüs ve parieto-okspital korteks arasındaki köprü venlerinde oluşur (3,4). Bununla birlikte izole interhemisferik subdural hematoma (İSH) posttravmatik intrakraniyal kanamanın en nadir formunu oluşturmaktadır. İlk kez 1940'da otopside ve 1955'de de yaşayan bir kişide saptanmıştır (5).

İSH genellikle kafa travmasından sonra görülmekte olup spontan veya nontravmatik gelişimi ise çok nadirdir (5,6). İSH klinik tablosunu sıklıkla alt ekstremitte monoparezisi veya bacaklarda belirgin olan hemiparezisi ile karakterize olan falks sendromu oluşturmaktadır (5, 7). Diğer semptomlar arasında baş ağrısı, kusma, nöbet, demans, dil bozuklukları, okülomotor sinir parrezisi veya bilinç kaybı sayılabilir (5, 8). Bu yazıda anksiyete ve terleme gibi atipik şikayetlerle başvuran 54 yaşındaki bir erkek hastada saptanan ve sadece klinik gözlemlerle spontan rezorbsiyonun görüldüğü İSH olgusu tartışılacaktır.

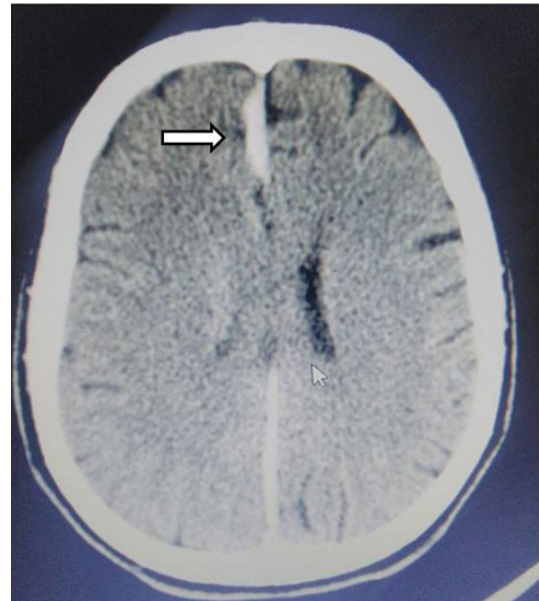
OLGU

54 yaşında erkek hasta anksiyete ve terleme hissi nedeniyle değerlendirildiği dış merkezden interhemisferik hiperdens lezyon saptanması üzerine kliniğimize gönderildi. Hastada anksiyete ve terleme hissi dışında baş ağrısı, başdönmesi, bulantı, kusma gibi herhangi bir şikayet yoktu. Öyküsünde dört gün önce düz zeminde düşme hikayesi mevcuttu. Özgeçmişinde özellik bulunmuyordu. Kronik ilaç kullanım öyküsü yoktu. Hasta acil serviste değerlendirildiğinde bilinci açık oryante ve koopere idi. Nörolojik muayenesi olağan kraniyal sinir muayeneleri intaktı. Hastanın beyin tomografisinde interhemisferik alanda hiperdens lezyon görüldü (Resim 1). Akut interhemisferik subdural hematoma saptanan hasta Beyin ve Sinir Cerrahi servisine yatırıldı. Kafa içi basınç artışına ait şikayet olmaması ve nörolojik muayenenin olağan olması nedeniyle hastaya cerrahi girişim düşünülmedi. Hastaya iki kez gün aşırı bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT) çekildi. Çekilen BBT'lerinde hematoma boyutlarında artış olmaması,

hatta gerilemenin başlamış olması nedeniyle hasta Beyin ve Sinir Cerrahisi poliklinik kontrolüne gelmek üzere taburcu edildi. Hastanın hastaneye yatış sürecinde herhangi bir antiödem tedavi verilmedi. Hastanın 10 gün sonraki kontrol BBT'sinde hematomun tamamıyla rezorbe olduğu görüldü (Resim 2).



Resim 1: Aksiyel kesitli beyin tomografisinde interhemisferik mesafede akut subdural hematoma düşündürücü görünüm mevcuttur



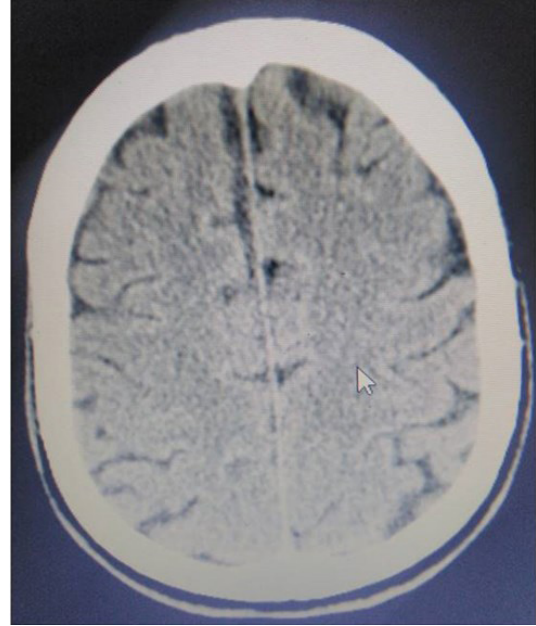
Resim 2: Aksiyel kesitli beyin tomografisinde hematomun frontal loba bası yaptığı görülmektedir

TARTIŞMA

Posttravmatik İSH gelişiminin en olası mekanizması frontal veya oksipital etkiden sonra ortaya çıkan tanjansiyel kuvvetlerle gerilen sıklıkla parasagittal köprü venleri içeren travmatik venöz yırtılma ile bağlantılıdır (5, 6, 9). Köprü venlerin laserasyonundan esas sorumlu mekanizma, çoğu vakada frontal veya oksipital etki sonucu ortaya çıkan lineer akselerasyondur. Posttravmatik İSH direk etki ile ortaya çıkan fraktür veya serberal kontüzyondan ziyade "ivmelenme" mekanizması ile oluşmaktadır. Bu teori literatürdeki çoğu vaka ve bizim olgumuz tarafından da desteklenmektedir (5,10). Olgumuzda İSH'a eşlik eden serebral kontüzyon veya fraktür tespit edilmemiştir.

İSH klinik tablosunu sıklıkla alt ekstremitte monoparezi veya bacaklarda hakim olan hemiparezi ile karakterize falks sendromu oluşturmaktadır (5, 7). Diğer semptomlar arasında baş ağrısı, kusma, nöbet, demans, dil bozuklukları, okülomotor sinir parezi, görme bozuklukları veya bilinç kaybı sayılabilir (5, 8, 11). Arık ve arkadaşları sağ hemiparezi ile başvuran bir olgu bildirmişlerdir (13). Bununla birlikte olgumuz anksiyete ve terleme hissi gibi atipik şikayetlerle başvurmuştur. Bu şikayetlerin İSH'le ilişkilendirilebilirliği hususunda şüphemiz mevcuttur. Hastamızda bu şikayetlere açıklık getirilmesi bakımından nöroloji ve psikiyatri konsültasyonları istenmiş, tam kan sayımı, börek fonksiyon testleri, kan glukoz düzeyi, karaciğer fonksiyon testleri, kan kolesterol düzeyleri ve tiroid fonksiyon testleri yaptırılmıştır. Ancak, bunlarda herhangi bir anormallik saptanmamıştır. Frontal lob düzeyinde de kanama olması muhtemel açıklayıcı sebep olarak düşünülebilir (Resim 3).

Akut subdural hematomda spontan rezorbsiyon vakaları hastaların BBT ve/veya manyetik rezonans görüntülemeye ulaşım kolaylığının artmış olması ve hastanelerde genellikle bir nöroşirurjiyenin acil durumlarda hazır bulunabilmesi gibi nedenlere bağlı olarak daha sık bildirilmektedir. Klinik ve nörolojik durumu stabil olan hastalarda yukarıda bahsedilen sebeplerden dolayı kanama varlığına rağmen daha rahat izlem kararı verebilmekteyiz. Literatürde akut subdural hematomlarda spontan rezorbsiyon süresinin 2 saat ile bir hafta arasında değiştiği bildirilmiştir (2).



Resim 3: Aksiyel kesitli beyin tomografisinde interhemisferik hematomun tamamen rezorbe olduğu görülmektedir.

Bizim olgumuzda da gerek klinik, gerekse nörolojik durumun stabil seyretmesi nedeniyle izlem tercih edilmiş, seri BBT tetkiki ile takip yapılmıştır. 10 gün sonraki kontrol BBT'sinde hematomun tamamıyla rezorbe olduğu izlenmiştir. Spontan rezorbsiyon mekanizması ile ilgili çeşitli teoriler ileri sürülmüş olmasına rağmen, henüz hiçbir kesinlik kazanmamıştır (2). Spontan rezorbsiyonun olası mekanizmaları yedi başlık altında toplanmıştır. Bunlar, hematomun beyin omurilik sıvısı tarafından araknoid membranın yırtılmasına bağlı olarak seyreltilmesi ve ardından yıkanması, redistrübüsyonun takip ettiği akut beyin şişmesi ile hematomun sıkışması, dura mater yırtıkları veya kafatası kırıklarından pıhtının kafatasının diploik mesafesine veya yumuşak dokuya itilmesi, serebral atrofi nedeniyle ASDH'un akomodasyonunun ve redistrübüsyonunun hızlanması, kırık aracılığıyla intrakraniyal ve epikraniyal hematomlar arasında potansiyel bir iletişim sağlanması, ASDH rezorbsiyonunun hematomun intrakraniyal redistrübüsyonuna bağlanması ve bilinmeyen nedenlerdir (2). Olgumuzda kafatası kırığı mevcut değildi. Bu nedenle, yukarıda

bahsedilen bazı mekanizmalar spontan rezolüsyonu açıklayamamaktadır. Hastamızda rezorbsiyonun 10 gün sonra gelişmiş olması hematomun intrakraniyal redistrübüsyonuna ek olarak serebral atrofininde buna katkıda bulunduğunu düşündürmektedir. Spontan rezorbsiyonu sadece tek bir mekanizma ile açıklamak şu andaki bilgimize uygun görünmemektedir.

İSH ideal tedavisi konusunda henüz bir görüş birliği yoktur. Bazı yazarlar ani bilinç bozulması ihtimali ve ISH'a spesifik bulguların olmaması nedeniyle cerrahi girişimi savunmaktadır (7,13). Bununla beraber, bazı yazarlar akut fazda konservatif tedavi ile hematomun başarılı bir şekilde iyileşebildiğini ifade etmişlerdir (5,6,11). Konservatif tedavi olarak mannitol ve deksametazon uygulandığı literatürde belirtilmiştir (5). Olgumuzun gerek vital bulgularının gerekse nörolojik durumunun stabil olması, kliniğimizde 24 saat boyunca BBT çekilebilmesi ve 24 saat sürecinde nöroşirurjiye ulaşım imkanı olması nedenleriyle hasta izlendi. Deksametazon veya mannitol verilmedi. Sadece vital bulgu ve nörolojik muayene takibi yapıldı.

Sonuç olarak, interhemisferik subdural hematomda vital bulguların ve nörolojik durumun stabil seyretmesi durumunda sadece izlem yeterli olabilmektedir. Atipik şikayetlerle başvuran ve öyküsünde minör de olsa kafa travması öyküsü olan hastalarda kar/zarar oranı dikkate alınarak BBT çekilmesi uygundur.

KAYNAKLAR

1. Matsuyama T, Shimomura T, Okumura Y, Sasaki T: Rapid resolution of symptomatic acute subdural hematoma: case report. *Surg Neurol.*1997; 48: 193-6.
2. Gökduman CA, İplikcioğlu AC, Coşar M, Bek S, Aslan M, Güleroğlu A. Rapidly resolution of interhemisferic acute subdural hematoma: Case report & literatüre review. *Turkish Neurosurgery.* 2005; 15(3):150-65.
3. Yıldırım H, Öztürk T, Esen M. Akut Subdural Hematomun Spontan Rezolüsyon ve Redüstrübüsyonu: BT ve MR Bulguları *Fırat Tıp Dergisi* 2011;16(3): 137-40.
4. Tsui EYK, Ma KF, Cheung YK, Chan JH, Yuen MK. Rapid spontaneous resolution and redistribution of acute subdural hematoma in a patient with chronic alcoholism. *Eur J Radiol.* 2000; 36: 53-7.
5. Lee M, Kim MS, Yoon SW. Interhemispheric subdural hematoma presenting with falx syndrome after trauma. *J Kor Neurotraumatol Soc.* 2010;6:158-61.
6. Bartels RH, Verhagen WI, Prick MJ, Dalman JE. Interhemispheric subdural hematoma in adults:case reports and a review of the

literature. *Neurosurgery.* 1995; 36:1210-4.

7. Lamas L, Ramos-Zúñiga R, Sandoval L. Acute interhemispheric subdural hematoma:two case reports and analysis of the literature. *Minim Invasive Neurosurg.* 2002; 45:55-58.
8. Psaltis A, Lath R, McDonald M. Acute interhemispheric subdural haematoma. *J Clin Neurosci.* 2004; 11:546-8.
9. Romano VA, Toffol GJ. Confirmation of traumatic interhemispheric subdural hematoma by magnetic resonance imaging. *J Emerg Med.* 1994; 12:369-73.
10. Delfini R, Santoro A, Innocenzi G, Ciappetta P, Salvati M, Zamponi C. Interhemispheric subdural hematoma (ISH). Case report. *J Neurosurg Sci.* 1991;35:217-20.
11. Fruin AH, Juhl GL, Taylon C. Interhemispheric subdural hematoma. Case report. *J Neurosurg.*1984; 60:1300-2.
12. Arık M, Binler S, Kadioğlu HH, Aydın İH. Posttravmatik interhemisferik subdural hematom. *AUTD.*1999;31:41-3.
13. Rapanà A, Lamaida E, Pizza V, Lepore P, Caputi F, Graziussi G. Inter-hemispheric scissure, a rare location for a traumatic subdural hematoma, case report and review of the literature. *Clin Neurol Neurosurg.*1997; 99:124-9.