

OPERE EDİLMEYEN DEV SEREBELLAR HEMATOM: OLGU SUNUMU

Unoperated giant cerebellar hematoma: Case report

Ferruh GEZEN¹, Merih İŞ², K. Hakan YILDIZ³, Murat DÖŞOĞLU², Cengiz TUNCER³

Özet: Spontan intraserebellar hematoma (SIH) hastaların tedavisi halen tartışmalıdır. Bilgisayarlı tomografi (BT) SIH'un erken ve doğru tanısını sağlar, SIH'un boyut ve lokalizasyonu kesin bir şekilde tanımlanabilir. Sonucu etkileyen temel prognostik faktörler hastanın başvuru sırasındaki klinik durumu, hematomun boyut ve lokalizasyonu, beyin sapı basısı, intraventriküler kanama ve hidrosefali varlığıdır. Bu çalışmada altmış iki yaşında tıbbi tedavi yapılan dev serebellar hematoma hasta sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Bilgisayarlı tomografi; Hidrosefali; Hipertansiyon; Serebellar hemoraji

Serebellar hematomlar tüm intrakraniyal hematomların %10'unu oluştururlar (6-9). Bilgisayarlı tomografi (BT) öncesi dönemde %60-90 mortalite bildirilmişken günümüzde BT ile hızlı tanı sağlanması ile mortalite % 40'lara gerilemekle beraber mortalitedeki yükseklik devam etmektedir (1,3,6,7,9). Mortalite yüksekliği cerrahları prognozu belirleyici faktörleri araştırmaya yöneltmiştir. Serebellar hematomlarda bilinç düzeyi, klinik bulgular, BT bulguları ve tedavi yöntemleriyle prognoz arasındaki ilişki araştırılmıştır (1,2,5,6,8,9) Bu yazıda kliniğimize dev serebellar hematoma nedeniyle başvuran, ancak opere edilmeyip tıbbi tedaviyle izlenen iyi prognozlu bir hasta sunulmuştur.

OLGU

62 yaşında bayan hasta, acil servise baş dönmesi, baş ağrısı, göz kararması ve kusma yakınmasıyla başvurdu. Hikayesinde 12 gün önce başlayan

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi DÜZCE Nöroşirürji. Prof.Dr.¹, Doç.Dr.², Araş.Gör.Dr.³.

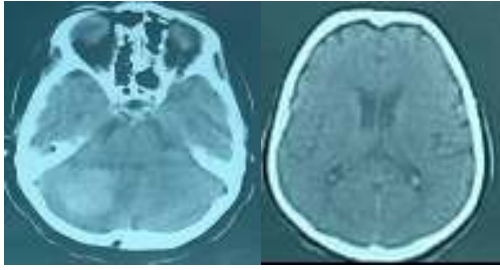
Geliş tarihi:28 Nisan 2004

Abstract: The treatment of patients with spontaneous intracerebellar hematoma (SIH) still remains controversial. Computerized tomography (CT) offers early and accurate diagnosis of SIH, the size and location of SIH can be precisely defined. The main prognostic factors affecting the outcome are the clinical state of the patient on admission, the size and localization of the hematoma, compression of brain-stem, and the presence of intraventricular hematoma and hydrocephalus. In this report, a 62 year old female patient with a giant cerebellar hematoma who was treated medically was presented.

Key Words: Cerebellar hemorrhage; Computed tomography; Hydrocephalus; Hypertension

yakınmalarının zaman içinde kötüleştiği öğrenildi. Yapılan nörolojik muayenede bilinç açık, koopere, oryante, konuşma, kraniyal sinirlerin muayenesi, motor, duyu ve reflekslerin muayenesi normal bulundu. Denge-koordinasyon muayenesinde dismetri ve disdiadokinezi; adımlama şeklindeki yürümede sağa düşme eğilimi mevcuttu. Spontan yeterli solunumlu hastanın anamnezinden antihipertansif kullandığı öğrenildi. BT incelemesinde sağ serebellar hemisferde 4,5 X 4 cm çapında 4. ventriküle ve beyin sapına kısmi bası oluşturan (Taneda Evre 2) dev (>3 cm) kanama saptandı (Resim 1a). İntraventriküler kanama ve hidrosefali saptanmadı (Resim 1b). Manyetik Rezonans (MR) incelemesinde sağ serebellar hemisferde T1 ve T2 ağırlıklı kesitlerde hiperintens subakut dönemde kanama gözlemlendi. (Resim 2a-b). Konservatif tedavi uygulanan hastanın klinik bulgularında zamanla iyileşme gözlemlendi. Onbeş gün sonraki kontrol BT incelemesinde hematomun boyutlarının küçüldüğü (2X2 cm) ve 4. ventrikül ve beyin sapı basısının kaybolduğu gözlemlendi (Resim 3). Üçüncü ay kontrol MR incelemesinde sağ serebellar hemisferde 1.5x1.5 cm boyutlarında, 4.

ventriküle bası oluşturmayan T1 ve T2 sekanslarında ortası hiperintens, çevresi hipointens ve kontrast tutmayan subakut dönemdeki kanamayla uyumlu lezyon izlendi (Resim 4 a-b-c). Hastanın nörolojik muayenesi normaldi.



Resim 1a

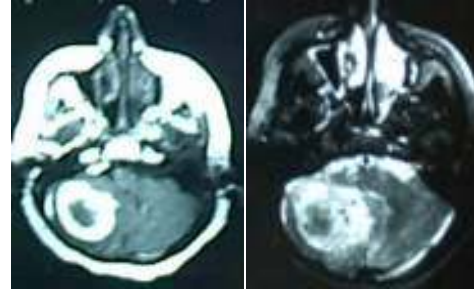
Resim 1b

Resim 1 a, b. aksiyal BT incelemesinde sağ serebellar hemisferde 4x4.5 cm boyutlarında 4. ventrikül ve beyin sapına bası yapan, intraventriküler kanama ve hidrosefaliye neden olmayan intraserebellar hematoma



Resim 3

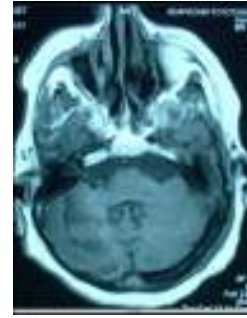
Resim 3. 15 gün sonraki aksiyal BT incelemesinde hematoma boyutlarında küçülme görülmektedir.



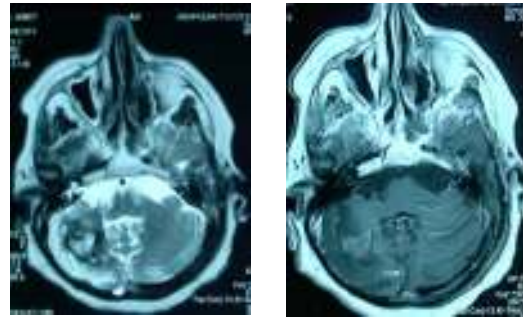
Resim 2a

Resim 2b

Resim 2 a, b. Aksiyel MR incelemesinde T1 ve T2 ağırlıklı kesitlerde hiperintens subakut dönemdeki kanama



Resim 4a



Resim 4b

Resim 4c

Resim 4 a, b, c. Üç ay sonraki kontrol MR incelemesinde sağ serebellar hemisferde boyutları küçülen, 4.ventrikül ve beyin sapı bası oluşturmayan ortası hiper, çevresi hipointens; kontrast tutmayan subakut dönemdeki kanama

Tablo I. Serebellar hematolarda cerrahi ve tıbbi tedavi endikasyonları

Operasyon endikasyonları	Tıbbi tedavi endikasyonları
1. GKS \leq 13	1. GKS 14-15
2. Hematom \geq 4 cm	2. Hematom $<$ 4 cm
3. Beyin sapı bası bulgularının varlığı	3. Beyin sapı bası bulgularının olmaması
4. Tıkayıcı hidrosefali varlığı	4. Tıkayıcı hidrosefali olmaması
5. Ventriküle açılmış kanama varlığı	5. Ventriküle açılmış kanama olmaması

TARTIŞMA

Serebellar hematolara en sık altı ile sekizinci dekadlar arasında ve erkeklerde görülür (4,5). Olguların 2/3'ü hipertansiyonla ilişkilidir. Hipertansiyonun yanı sıra kalp ritm bozuklukları, diabetes mellitus, alkolizm, karaciğer yetmezliği gibi kronik hastalıklar serebellar hematoma oluşumunda kolaylaştırıcı rol oynar (2). Posterior fossa tümörleri, anevrizmaları, vasküler malformasyonlar, vaskülit, kanama diatezleri ve antikoagülan kullanımı diğer intraserebellar hematoma nedenleridir (2,4). Serebellar hematolara % 40 oranında mortalitesi mevcuttur. Bilinç düzeyi, beyin sapı bulgularının varlığı, hematoma boyutları ve lokalizasyonu, ventrikül içine kanama, hidrosefali, beyin sapı, ambient ve kuadrigeminal sisternlere bası tedavi seçeneklerini ve prognozu belirleyen faktörlerdir (1,2,5,6,8,9).

Spontan serebellar hematolara tedavisinde Kobayashi ve ark. (8); Glasgow koma skoru (GKS) 14-15 ve hematoma büyüklüğü dört cm.'den küçükse tedavide konservatif yaklaşımını, GKS 13 ve altında, hematoma çapı dört cm.'nin üstündeyse ve total arefleksi durumu yoksa cerrahi dekompresyon gerektiğini, GKS 12-13 ve hematoma çapının dört

cm. olduğu durumlarda ise cerrahi tedavinin konservatif tedaviye oranla daha iyi sonuç verdiğini bildirmişlerdir (Tablo 1).

Salvati ve ark. (10), SIH'lu 50 hastanın yer aldığı serilerinde BT'de hematoma çapının serebellar hemisferde 40x30mm, ya da serebellar vermiste 35x25mm, olarak ölçüldüğü olgularda, posterior fossada sıkışıklık varlığında ve GKS'u 13 altında olan hastalarda cerrahi tedavinin gerekliliğini; GKS'u 13'ün üzerinde olan olgularda hematoma çapı ne olursa olsun konservatif tedavinin uygun olduğunu bildirmişlerdir.

Olgumuzda ise hastanın GKS'u 15 ve radyolojik incelemelerde hematoma çapı 4,5 X 4 cm boyutlarında bulundu. Kanamadan 12 gün sonra kliniğimize başvuran, intraventriküler kanama, hidrosefali, beyin sapı basısı klinik bulguları gözlenmeyen hastaya bu nedenle tıbbi tedavi uygulandı.

SONUÇ

Serebellar hematolara tedavisinde hematoma boyutu tek kriter değildir. Subakut dönemdeki kanamalı olgular klinik ve radyolojik bulgular cerrahi tedavi endikasyonu gerektirmiyorsa intraserebellar hematoma çapı üç cm'den büyük bile olsa konservatif tedavi ile izlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Auer LM, Auer T, Sayama I. Indications for surgical treatment of cerebellar haemorrhage and infarction. *Acta Neurochir (Wien)* 1986; 79:74-79.
2. Dounauer E, Loew F, Faubert C, et al. Prognostic factors in the treatment of cerebellar hemorrhage *Acta Neurochir (Wien)* 1994; 131: 59-66.
3. Heros RC. Cerebellar hemorrhage and infarction. *Stroke* 1982; 13: 106-109.
4. Kaufman HH: Spontaneous intraparenchymal hemorrhage. In: Wilkins RH, Rengachary SS (eds), *Neurosurgery Volume 2* New York, McGraw-Hill Company, 1996, pp: 2567-2587
5. Kobayashi S, Sato A, Kageyama T, et al. Treatment of hypertensive cerebellar hemorrhage-surgical or conservative management? *Neurosurgery* 1994; 34: 246-251.
6. Mezzardi JJM, Otero JM, Ottino CA. Management of 50 spontaneous cerebellar haemorrhages: Importance of obstructive hydrocephalus. *Acta Neurochir (Wien)* 1993; 122:39-44,
7. Mohadjer M, Eggert R, May J, et al. CT-guided stereotactic fibrinolysis of spontaneous and hypertensive cerebellar hemorrhage: long-term results. *J Neurosurg* 1990; 73: 217-222.
8. Salazar J, Vaquero J, Martinez P, Santos H, Martinez R, Bravo G: Clinical and CT scan assessment of benign versus fatal spontaneous cerebellar haematomas. *Acta Neurochir (Wien)* 1986; 79: 80-86.
9. Van der Hoop RG, Vermeulen M, Van Gijn J: Cerebellar hemorrhage: Diagnosis and treatment. *Surg Neurol* 1988; 29: 6-10.
10. Salvati M, Cervoni L, Raco A, et al. Spontaneous cerebellar hemorrhage: clinical remarks on 50 cases. *Surg Neurol* 2001; 55:156-61.