

SUBDURAL HEMATOMLAR

**BAKIRKÖY RUH VE SİNİR
HASTALIKLARI HASTANESİ
II.NÖROŞİRÜRJİ KLİNİĞİ**

**K. KEŞMER, H. ORTAESKİNAZİ,
Ü. KEPOĞLU, Z.ORAL**

Subdural mesafedeki hemorajik kolleksiyonlar akut subdural hematom (ASDH) ve kronik subdural hematom (KrSDH) olmak üzere 2 ayrı klinik antite olarak incelenir. Mc Kisson'un orijinal tanımında KrSDH tanısı ancak 30 günlük semptomatik bir dönemi takiben konuluyor iken (9) son yayınlarda travmadan 72 saat (12) ya da 1 hafta (5) sonra tespit edilen hematomlar KrSDH olarak kabul edilir. KrSDH lar subdural mesafede sıvılaştırmış hematom ve neomembran oluşumu ile karakterizedir. Hastalar genellikle minör kafa travmasını takip eden günler ya da haftalar sonrasında semptomatik hale gelirler. Persistan travmatik subdural kolleksiyonların yarısı KrSDH ile sonuçlanır (10). ASDH lar genellikle travmaya bağılı beyin kontüzyonu ya da subdural mesafedeki köprü venlerinin yırtılması ile oluşmaktadır (13). KrSDH ın patogeneğinde ise lokal hiperfibrinolize bağılı hematom likefaksiyonu dış neomembrandaki sinuzoidal damarlardan tekrarlayan mikrohemorajiler sorumlu tutulmuştur. Bu yüzden subdural fibrinojen yıkım ürünlerinin boşaltılması ile küratif tedavinin sağlanabileceğı öne sürülmüştür (8).

MATERYAL VE METOD

1984-1996 yılları arasında subdural hematoma tanısı ile opere edilmiş olan hastalar retrospektif olarak incelenmiştir. Bu dönemde 29 u akut, 125 i kronik, 154 SDH olgusuna 176 operasyon yapılmıştır. ASDH larda kliniğimizde kraniotomi ya da kraniektomi operasyonu uygulanırken, KrSDH lara rutin olarak burrhole ile kapalı drenaj operasyonu uygulanmıştır. Nüks ASDH lara rekraniotomi ve nüks KrSDH lara burrhole ile kapalı drenaj, kraniotomi ya da kraniektomi uygulanmıştır. 48 saat süreyle kapalı drenaja alınan hastalara kontrol kranial BT çekildikten sonra drenleri çekilmiştir. Hastalar yaş, cinsiyet, gelişmişlik, hikaye, muayene bulguları, ek patoloji varlığı, uygulanan cerrahi girişim, nüks, komplikasyonlar açısından değerlendirilmiştir. Prognoz Glasgow Sonuç Skalası ile değerlendirilmiştir (4).

SONUÇLAR

Ortalama yaş ASDH da 40 yaş (9 ay-80 yaş), KrSDH da 67 yaş (2 yaş-85 yaş) olarak hesaplanmıştır. 29 ASDH olgusunun 24 ü (%83) erkek, 5 i(%17) kadındır. 125 KrSDH olgusunun ise 102 si (%82) erkek, 23 ü (%18) kadındır. ASDH larda hastalar

kliniğe genellikle bilinç bozukluğu şikayeti ile getirilmişlerdir(%76). Bunu sırası ile bulantı, kusma, baş ağrısı, kuvvetsizlik, konuşma bozukluğu izlemektedir. KrSDH larda en sık başvuru şikayetleri baş ağrısı (%52), kuvvetsizlik (%48) ve bilinç bozukluğudur (%37) (Tablo-I).

ASDH ların 26 sı (%90) travma sonrası , 1 i kraniotomi sonrası gelişmiştir. 2 alkolik hastada spontan ASDH izlenmiştir. KrSDH ların 78 inde (%62) travma, 10 unda (%8) alkol anamnezi alınmıştır (Tablo II). Hastaların muayene bulguları tablo III de özetlenmiştir. ASDH ların 1 i (%3) , KrSDH ların 26 sı (%21) bilateraldir. ASDH vakalarının 22 sinde (%76) ek patolojiler tesbit edilmiştir (Tablo IV).

ASDH ların 17 sine (%59) kraniotomi, 12 sine (%41) kraniektomi uygulanmıştır. KrSDH ların 114 üne (%91) burrhole ile kapalı drenaj, peroperatuar akut hemoraji gelişen ya da hematomu boşaltılamayan 8 vakaya kraniotomi, 3 vakaya kraniektomi uygulanmıştır. Nüks eden 3 (%10) ASDH olgusuna rekraniotomi yapılmıştır. 19 (%15) nüks ya da rezidiv KrSDH hematom olgusundan 13 hastaya Burrhole ile kapalı drenaj; 4 hastaya kraniotomi ve membranektomi; 2 hastaya kraniektomi ve membranektomi uygulanmıştır (Tablo V).

125 KrSDH olgusundan 5 inde (%4) tansiyon pnömoşefalus komplikasyonu gelişmiştir (Tablo VI). Bunlardan 4 ünde bilateral KrSDH tespit edilmiştir. ASDH larda mortalite %31, KrSDH larda % 11 olarak bulunmuştur (Tablo VII).

TARTIŞMA

KrSDH lar sıklıkla yaşlı hastalarda ortaya çıkar. Ortalama yaş 62 olarak bildirilmiştir(2). Serimizde KrSDH ların ortalama yaş 67 olarak bulunmuştur. Gerek akut, gerekse kronik SDH vakalarında erkek dominansı belirgindir. Literatürdeki çeşitli serilerde de aynı eğilim saptanmıştır (2,6). ASDH larda en sık saptanan şikayet uyanıklık bozukluğu iken, KrSDH larda baş ağrısıdır. Diğer anamnez ve muayene bulguları da literatürle uyumlu bulunmuştur (5,6).

ASDH lar genellikle ağır kafa travmalarını takiben gelişirler. Ağır kafa travmalı hastaların % 5-10 unda ASDH ortaya çıkar (12). ASDH ların özellikle alkoliklerde spontan olarak gelişebileceği bildirilmiştir. Serimizdeki 2 spontan ASDH olgusu alkolik hastalarda ortaya çıkmıştır (15).

KrSDH ların % 62 sinde travma öyküsü alınmıştır. Literatürde de KrSDH ların % 40-50 sinde travma öyküsünün

alınmadığı bildirilmektedir. Bu hastalarda koagülopati, antikoagülan ilaçlar, araknoid kistler, vasküler malformasyonlar, metastatik kanserler, meningiomalar ve dural sarkomlar primer etyolojik faktör olabilir. Travmatik BOS fistülleri, lomber ponksiyonlar, iyatrojenik dehidratasyon, BOS şantları , spinal anestezi, hemodializ, açık kalp cerrahisi ve persistan postkraniotomi subdural sıvı koleksiyonları KrSDH a yol açabilir (7). Bizim serimizde de subdural hematomlarla ilişkili benzer ek patolojiler saptanmıştır (Tablo IV).

ASDH larda % 61 e varan yüksek nüks oranları bildirilmiştir (1). Serimizde nüks oranı ASDH da %10, KrSDH da % 15 olarak bulunmuştur. KrSDH da tansiyon pnömosefalus gelişim oranı çeşitli serilerde % 2.5-16 arasında bildirilmektedir (3). Kranial BT de Fuji Dağı manzarası görülmesi basınçlı pnömosefalusu düşündürür (3). Vakalarımızın % 4 ünde tansiyon pnömosefalus gelişmiş ve burrhole ile tedavi edilmişlerdir. ASDH ların mortalitesi % 65-90 arasında bildirilmektedir (6,14). Seeling, travma sonrası ilk 4 saatte opere edilen hastalarda mortalitenin % 30 olduğunu, buna karşılık daha geç operasyona alınanlarda % 90 olduğunu bildirmiştir (11). Bizim serimizde ASDH ların mortalitesi % 31

olarak bulunmuştur. ASDH ların yüksek mortalitesi kısmen hastalarda travma sonrası oluşan kortikal kontüzyon, laserasyon, diffüz aksonal yaralanma ve beyin sapı yaralanmaları gibi primer beyin hasarı ile ilişkilidir (14). İntraserebral hematom, ödem, hipoksi, iskemi ve intrakranial basınç artışından oluşan sekonder beyin hassarı da mortaliteyi artırır. ASDH vakalarımızın % 76 sında ek patolojiler saptanmıştır.

KAYNAKLAR:

1. Bullock R, Hannemann C.O.: Recurrent hematomas following craniotomy for traumatic intracranial mass. J Neurosurg 72: 9-14, 1990.
2. Grisoli F, Graziani N: Perioperative lumbar injection of Ringer's Lactate Solution in chronic subdural hematomas: A series of 100 cases. Neurosurgery, 23,5 616-621, 1988.
3. Ishiwata Y, Fujitsu K: Subdural tension pneumocephalus following surgery for chronic subdural hematoma. J Neurosurg 68: 58-61, 1988.
4. Jennet B, Bond M: Assesment of outcome after severe brain damage: A practical scale. Lancet I: 480-484, 1975.

5. Hamilton M, Frizzell J.B: Chronic subdural hematoma: The role for craniotomy reevaluated. *Neurosurg* 33,1 67-72, 1993.
6. Howard M.A, Gross A.S: Acute subdural hematomas: An age-depended clinical entity. *J Neurosurg* 71: 858-863, 1989.
7. Maggio W.W: Chronic subdural hematoma in adults. In Apuzzo M.L.J (Ed.) *Brain Surgery* New York Churcill Livingstone 1299-1314, 1993.
8. Markwalder M.T, Seiler R.W: Choronic Subdural Hematomas: To Drain or Not to Drain?*Neurosurg* 16,2: 185-188, 1985.
9. Mc Kisson W: Subdural hematoma: A review of 389 cases. *Lancet* 1: 1365-1369, 1960.
10. Ohno K, Suzuki R, Massaoka H: Chronic SDH preceeded by persistant traumatic subdural fluid collection. *J Neurol, Neurosurg, Psychiatry* 50, 1694, 1987.
11. Seeling J.M, Becker D.P, Miller J.D: Traumatic acute subdural hematoma, majority mortality reduction in comatose patients treated within four hours. *N.Eng.J.Med* 304: 1511-1518, 1981.

12. Stone J.L, Rifai M.H.S, Sugar O: ASDH: Progress in definition, clinical pathology and therapy. Surg. Neurol 19: 216, 1983.
13. Tokoro K, Nakajima F: Acute spontaneous subdural hematoma of arterial origin. Surg Neurol 29: 159-163, 1988.
14. Wilberger J.E, Harris M: Acute subdural hematoma: Morbidity, mortality and operative timing. J Neurosurg 74: 212-218, 1991.
15. Yasui T, Komiyama M: Angiographic extravasation of contrast medium in acute spontaneous subdural hematoma. Surg Neurol 43: 61-67, 1995.

Tablo-I: Başvuru Şikayetleri

	ASDH (29)	KrSDH (125)
Baş ağrısı	7	65
Bilinç bozukluğu	22	46
Güçsüzlük	7	59
Bulantı-kusma	8	25
Konuşma bozukluğu	5	23
İdrar kaçırma	-	20
Davranış değişikliği	-	11
Dengesizlik	1	10
Nöbet	2	4
Görme bozukluğu	-	6

Tablo-II: Anamnez

	ASDH (29)	KrSDH (125)
Travma	26	78
Alkol	7	10
Hipertansiyon	-	15
Diabet	1	3
CVA	1	2
Tbc	-	3
Epilepsi	-	2

Tablo-IV: Ek Patolojiler

	ASDH (29)	KrSDH (125)
Kontüzyon	11	1
Fraktür	10	1
Epidural Hematom	8	-
Travmatik SAK	6	-
İntraserebral Hematom	3	2
Menenjiom	1	3
V-P Şantlı	-	5
Demans	-	7
Psikoz	1	3
Koagülopati	-	2
Araknoid Kist	-	1
Açık Kalp Cerrahisi	-	1
Genel Durum Bozukluğu	2	3

Tablo-V: Yapılan Operasyon

	ASDH (29)		KrSDH (125)	
	1.Op.	2.Op.	1.Op.	2.Op.
Burr hole + Drenaj	-	-	114	13
Kraniotomi + Membranektomi	17	3	8	4
Kraniektomi+Membranektomi	12	-	3	2

Tablo - VII: Prognoz

	ASDH (29)	KrSDH (125)
İyi	13	87
Orta	5	17
Ciddi	1	7
Vegetatif	1	-
Exitus	9	14