

POSTERİOR FOSSA EPİDURAL HEMATOMLARI

N. Egemen*

H. Uluğ**

N. Avman***

Posterior fossa ekstradural hematomları (PFEDH) oldukça az görülür. Literatürde bildirilen olgu serileri genellikle sayı olarak küçüktür. Brambilla 1901 - 1986 arasında literatürde 157 olgunun varolduğunu bildirmiştir (1).

Epidural hematoma orijinal tanımlanması 1885 de Jacobson tarafından yapılmıştır (2). İlk olarak 1937 de Mc Kenzie travma sonrası 14. saatte ölen bir hastanın otopsisinde PFEDH u bulduğunu bildirmiştir. Bunu 1941 de Coleman ve Thomson'un ilk başarılı PFEH u ameliyatı ve ardından 1942 de Kessel in PFEDH u ameliyatı izlemiştir (1,3,4,5).

PFEDH'ları tüm kranioserebral travmaların % 0.3 ünü ve tüm ekstradural hematomların da (EDH) değişik serilere göre % 4-12.9 unu oluşturur (1,3,4,6).

PFEDH'ları ilk bildirilmesinden başlayarak tanı ve tedavi açısından daha dikkat çeken bir lezyon haline gelmiştir. Reigh ve O'Connell 1901 - 1962 yılları arasında literatürde 80 PFEDH'u olgusu saptamışlar bunların 1/3 ünden çoğunun 1955 yılından sonra bildirilmiş olmasının tanı ve tedavideki gelişmeyi vurguladığını belirtmişlerdir.

OLGU SUNUSU

14 yaşında erkek hasta başağrısı, yürürken sola sendeleme ve dilinde peltekleşme yakınmalarıyla 8/VII/1986 tarihinde kliniğimize başvurdu. Öyküsünden yakınmalarının 4 gün önce başlayıp giderek ilerlediği ve 14 gün önce trafik kazası geçirdiği öğrenildi. Hasta kaza sırasında başının arka bölümüne darbe geldiğini belirtti.

* A.Ü. Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Nöroşirürji Anabilim Dalı Y. Doçenti

** A.Ü. Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Nöroşirürji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

*** A.Ü. Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Nöroşirürji Anabilim Dalı Profesörü

Yapılan fizik muayenesi normal bulundu. Nörolojik muayenesinde bilateral kanamalı papil ödemi, solda serebellar testlerde bozukluk, serebellar dizartri, Romberg sola (+) liği ve (+) ense sertliği saptandı. İki yönlü kafa grafisi normal olarak değerlendirildi (Resim 1).

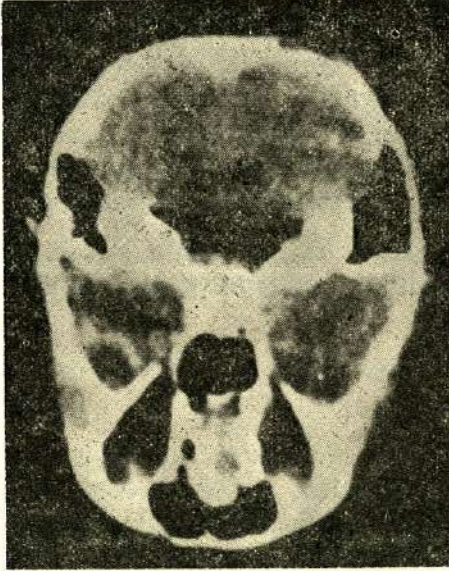


Resim 1 : Preoperatif normal kranium grafisi.

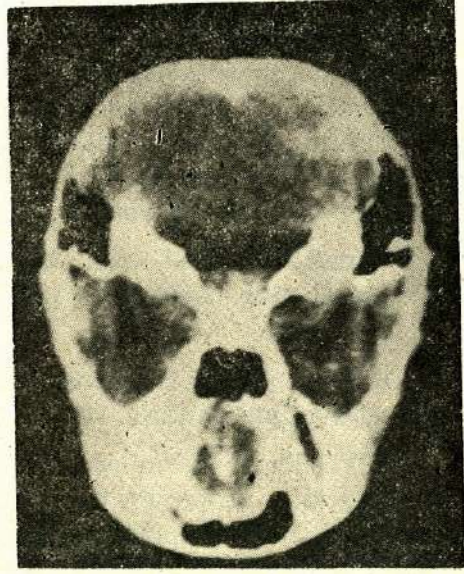
Hastaya acil BBT yaptırıldı. BBT sinde solda posterior fossada lentiküler biçimli, hiperdens lezyon saptandı ve PFEDH'u olabileceği düşünüldü (Resim 2).

Hasta aynı gün intratrakeal genel anestezi altında ameliyata alındı. Pre operatif genel durumu iyi olan hastaya oturur konumda sol paramedian suboksipital kraniektomi yapıldı. 2.5 - 3 cm. kalınlığında solid epidural hematoma olduğu görüldü ve hematoma dura üzerinden kürete edilip boşaltıldı. Ekspozite edilen dura, transvers sinus ve torcular Herophili de herhangi bir kanama odağına rastlanmadı. Dren konmaksızın kapatıldı. Post operatif genel durumu iyi seyreden hasta 7. gün gerilemeye başlayan papil ödemi dışında nörolojik defisit

olmaksızın taburcu edildi. Taburcu edilirken çekilen BBT'si kraniektomi alanı dışında normaldi (Resim 3). Post operatif 3., 6. ve 12. aylarda yapılan kontrol muayenelerinde nörolojik defisit olmadığı görüldü.



Resim 2 : Posterior fossa solunda lentiküler biçimli hematoma uyan hiperdens lezyon.



Resim 3 : Post operatif kontrol BBT.

TARTIŞMA

PFEDH'ları travma ile operasyon arasında geçen süreye göre akut (24 saatten az), subakut ve kronik (10 günden fazla) olarak sınıflandırılırlar (3,6). Çoğunlukla subakut gidiş gösterirler. Akut olgular 1/2 ile 1/3 arasında değişen oranlarda yer kaplarlar.

PFEDH'larında salt klinik bulgularla tanıya varmak güç olabilir. Besson ve Donizzi serebellar semptomatoloji ve bir veya daha çok alt grup kranial sinir tutulumu halinde tanının kolaylaşabileceğini ancak olguların çoğunluğunda non-spesifik semptomatoloji bulunduğunu belirtmişlerdir (1).

Akut olgularda hastalar travma sonrası hemen bilinç kaybı ve meduller bası bulgularıyla başvurabildikleri gibi, bir açık arayı (lucid interval) izleyerek hızla nörolojik tabloda bozulma görülebilir (7). Par-

kinson ve ark. çift açık arayla seyreden ve travma sonrası 16. günde ameliyat edilen bir PFEDH'u olgusu sunmuşlardır. Travma sonrası bilinci açık olan hastada 40. saatte bilinç kaybı ve ardından açılma gözlenmiş, 7. gün lateral rektus rezisi ve diplopi, 10. gün ise yeni kanamalı papil ödemi ve ense sertliği saptanmış, 16. gün uykuya eğiliminin giderek artması üzerine yapılan ventrikülografi sonrası ameliyat edilmiştir. Parkinson ameliyatında üniform kıvamda PFEDH'u görüldüğünü, durumun separe iki kanamayla açıklanamayacağını ve açıklayabilmek için ancak kompensasyon ve bunu izleyen dekompenzasyon biçiminde bir spekülasyona başvurulabileceğini belirtmiştir.

Subakut olgular artmış intrakranial basınçla ilgili bulgular ve/veya serebellar, beyin sapı, uzun trakt, kranial sinir bulguları sunabilirler (3,6,8,9).

Kronik olgular ise yavaş gelişen yer kaplayıcı posterior fossa lezyonu bulguları sunarlar (1,3).

PFEDH'larında unilateral mydriazis de görece sık ortaya çıkan bir bulgudur. Jamieson bu bulguyu incisura içinden serebellar herniasyonla 3. sinir kompresyonuna bağlamıştır (6). Garza-Mercado 7 hastanın 3 ünde bu bulguyu gözlemiştir (6).

PFEDH'u ile birarada bulunabilecek supratentorial hematomlar (5,8,9) klinik tabloyu maskeleyebilir (1). Reigh ve O'Connel 1901-1961 yılları arasında bildirilmiş 80 PFEDH'u olgusunun 17 sinde (% 21.2) supratentorial bir hematomun da birarada bulunduğunu belirtmişlerdir (4).

Lemmen ve Schneider travma sonrası PFEDH'u ile birlikte otore oluştuğunda otorenin artmış intrakranial basınç bulgularını en aza indirerek PFEDH'unu maskeleyebileceğine dikkati çekmişlerdir (11).

Direkt grafilerde posterior fossada kırık hattı çok sık rastlanan bir bulgudur (1,3,5,6,7,8,9). Kırık hattı lambdoid sütüre koşu ve transvers sinüsü çaprazlayabildiği gibi iniondan foramen magnuma ya da aynı taraf petroz kemiğe uzanabilir (6). Oksipital travma olgularında posterior fossada kırık hattı korkutucu bir bulgudur. Fisher in olgularında kırığı olanların % 33 ünde ciddi komplikasyonlar gelişirken kırığı olmayanların % 7 sinde ciddi komplikasyonlar gelişmiştir (4). PFEDH'u için kırık hattının varlığı şart değilken olmayışı da PFEDH'u tanısını ekarte ettirmez.

Bir diğer inceleme yöntemi anjiografidir. Karotid anjiografi arteriel fazla ventriküler genişlemeyi ve venöz fazla transvers sinüs ya da torcular Herophili'nin oksipital kemikten seperasyonunu gösterek tanıda yardımcı olabilir (1,5,7,8). Vertebral anjiografide arteriel fazla; oksipital arterin kemikten seperasyonu, kontrast maddenin ekstravasküler alana kaçışı, venöz fazla; transvers sinüs ya da torcular Herophili'nin kemikten seperasyonu kesin tanıyı koydurabilir (1,7,10). Kosary hematoma bilateral olmadıkça vertebral anjiografinin lateral grafilerde bile PFEDH'ünü verifiye edemeyeceğini öne sürmüş ancak Perot'un bildirdiği olgu bunun aksini kanıtlamıştır (7).

PFEDH'lerinde gelişimin genellikle hızlı ve travmayla ameliyat arasındaki sürenin kısa oluşu anjiografik çalışmalara zaman bırakmayabilir ya da anjiografik çalışmalar gereksiz yere hasta için tehlikeli olabilecek biçimde çok zaman kaybettirebilir (11).

Tüm bunları gözönüne alarak McKenzie oksipital alanda bir hematoma sözkonusu olduğunda ya da posterior fossada kırık hattı varsa posterior fossaya eksploratris burr-hole konmasını önermiş ve bunun tersi olarak Lemmen ve Schneider da PFEDH'u boşaltılan olgularda eksploratris supratentorial burr-hole konması gerekliliğini belirtmişlerdir (9).

Ancak PFEDH'larının erken tanı ve sonuç olarak erken tedavisinde devrim yaratan BBT'nin ortaya çıkışı bu tartışmaları sonlandırmıştır (1).

PFEDH'lerinde BBT'de karakteristik olarak serebellar hemisfer üzerinde yerleşmiş, lentiküler biçimli, komşu beyin dokusuna oranla yüksek dansite gösteren lezyon görülür. Aynı zamanda 4. ventrikül veya aqueduct obstrüksiyonu sonucu 3. ventrikül ve lateral ventriküllerin dilatasyonu da görülebilir (11,8).

Cervantes 1983 de travmadan bir saat sonrasında BBT'si normal olup tekrar edilen BBT'ler sonrası supra ve infratentorial epidural hematomaın birarada görüldüğü olgusunu sunmuş ve kuşku durumlarda BBT'nin tekrar edilmesinin önemini belirtmiştir (2).

PFEDH'lerinde kanama transvers sinüs veya sinüslerin birleşim alanındaki (torcular Herophili) bir yırtıktan kaynaklanabilir (2,3,7). Ancak operasyonda belirgin bir kanama odağı bulunamayabileceği gibi duradaki küçük arterlerden de kanama olabilir (10).

PFEDH'u tanı konduğunda acil girişimi gerektiren bir patolojidir. Operasyon göreceli olarak kolaydır. Yüzükoyun ya da oturur konumunda suboksipital kraniektomi ile hematomun boşaltılıp bulunabilirse kanama odağının giderilmesinden ibarettir.

BBT nin tanıyı çok erkenden koydurmasına, lezyon lokalizasyon ve tipini kesinlikle ayırdetmesine karşın değişik serilerde mortalite oranı % 30-50 arasında değişmektedir (1). Yüksek mortalite oranı hematomun kendisinden çok, hematomun boşaltılmasına karşın nörolojik tabloyu kötüleştiren beyin sapı veya bazal ganglionların eşzamanlı yaralanmasına bağlıdır. Brabilla 8 olguluk serisinde % 38 mortalite oranı bildirmiştir (1).

Makalemizde sunduğumuz olgu Fisher ve Garza-Mercado ya göre kronik PFEDH u grubuna girmektedir (3,6). Brambilla ya göre literatürdeki tek kronik PFEDH u olgusu Cordobes e (1980) aittir. Ancak Turnbull un 10 aylık bir olgusu ve Parkinson un çift açık ara gösteren olgusu bu önermeyi desteklememektedir (6,12).

Bizi molgumuz travmadan 14 gün sonra başvurmuş ve aynı gün ameliyat edilmiştir. Direkt grafilerde herhangi bir kırık hattı gözlenmemiştir. BBT sinde karakteristik lentiküler biçimli hiperdens lezyon saptanmıştır. Ameliyatta kanama odağı bulunamamıştır.

SONUÇ

Çoğunlukla subakut gidişli FEDH larında acil tanı ve tedavide BBT nin yeri çok önemlidir.

Anjiografi gereksiz yere çok zaman tüketebildiği için BBT olanağı bulunan yerlerde kullanılmamalıdır.

Ameliyatı göreceli olarak kolay olan bu lezyonlarda % 30-50 arasında değişen mortalite oranı hematomun kendi etkisinden çok eşzamanlı beyin sapı ve bazal ganglion yaralanmasına bağlanmaktadır.

ÖZET

Başarıyla tedavi edilmiş, kanama odağı belirlenemeyen bir kronik epidural posterior fossa hematomu olgusu sunuldu ve literatür gözden geçirildi.

Anahtar kelimeler : Kronik posterior fossa epidural hematomu, tanı, tedavi.

SUMMARY

Epidural hematoma of posterior fossa

We have reported a successfully treated patient with chronic extradural posterior fossa hematoma of unknown origin and literature was reviewed.

Key words : Chronic epidural hematoma of posterior fossa, diagnosis, treatment.

KAYNAKÇA

1. G. Brambilla., F. Rainoldi., D. Gipponi., P. Paoletti. Extradural Haematoma of The Posterior Fossa : A Report of Eight Cases and a Review of the literature. *Acta Neurochir.* 80, 24-29 (1986).
2. L.A. Cervantes. Concurrent Delayed Temporal and Posterior Fossa Epidural Hematomas. *J. Neurosurg.* 59 : 351-353, 1983.
3. R.G. G. Fisher., J.K. Kim., E. Sachs. *J.A.M.A* May 10, 176-182, 1958
4. C.E.E. Reigh., C.T.J. O'Connell. Extradural hematoma of the Posterior Fossa
4. C.E.E. Reigh., C.T.J. O'Connell. Extradural hematoma of the Posterior Fossa with Concomitant Supratentorial Subdural Hematoma. *J. Neurosurg.* 19 : 359-364 1962.
5. R.L. Wright. Traumatic Hematomas of the Posterior Cranial Fossa. *J. Neurosurg.* 25 : 402-409, 1966.
6. R. Garza-Mercado. Extradural Hematoma of the Posterior Cranial Fossa. *J. Neurosurg.* 59 : 664-672, 1983.
7. P. Perot., R. Ethier., A. Wong. *J. Neurosurg.* 28 : 255-260 1967.
8. T.S. Keller., R.C. Schneider. Craniocerebral Trauma. In *Correlative Neurosurgery*, III. edition, Vol : II, pp. 1175-1301. Ed. by R.C. Schneider., E.A. Kahn., E.C. Crosby., J.A. Taren. Charles Thomas Publisher, 1982.
9. L.J. Lemmen., R.C. Schneider. Extradural Hematomas of the Posterior Fossa. *J. Neurosurg.* 9 : 245-253, 1952.

10. K.G. Jamieson. Angiographic Demonstration of the Bleeding Point in a Posterior Fossa Extradural Hematoma. *J. Neurosurg.* 36 :644-645, 1972.
11. A.B. Dublin., B.N. French., J.M. Rennick. Computed Tomography in Head Trauma. *Radiology.* 122 : 365-369, 1977.
12. D. Parkinson., B. Hunt., C. Shields. Double Lucid Interval in Patients with Extradural Hematoma of the Posterior Fossa. *J. Neurosurg.* 34 : 534-536, 1971.