



Subdural Hematoma Bağlı Koreiform Hareket Bozukluğu: Bir Olgu Sunumu

Choreiform Movement Disorder Associated with Subdural Hematoma: A Case Report

Ahmet Özşimşek

Uşak Medikal Park Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Uşak, Türkiye

Anahtar Kelimeler: Kore, kraniyoserebral travma, subdural hematoma
Keywords: Chorea, craniocerebral trauma, subdural hematoma

Sayın Editör,

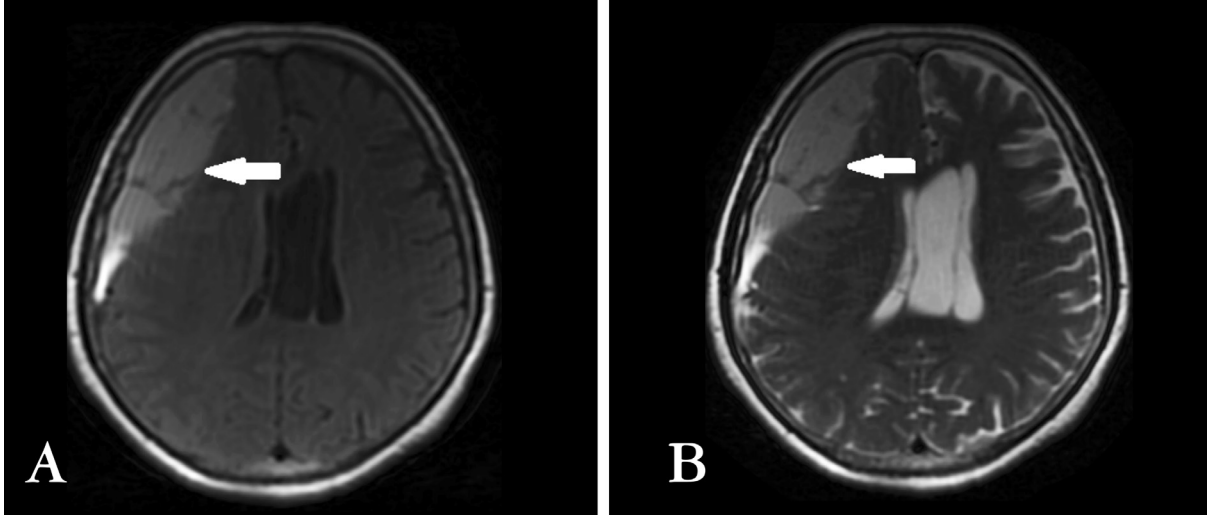
Altmış sekiz yaşında kadın hasta, 4 gün önce aniden başlayan, zamanla artan, sağ kol, bacak ve vücutta kıvrılır tarzda olan, 3-4 saniye süren, 4 saniyede bir tekrar eden istemsiz hareketler ve baş ağrısı ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde, travma öyküsüne veya herhangi bir özelliğe rastlanmadı. Nörolojik muayenesinde, hastanın bilincinin açık olduğu, oryante ve koopere olduğu, ense sertliğinin olmadığı, kraniyal sinirlerin intakt olduğu değerlendirildi. Serebellar muayenesinin normal olduğu, kas gücünün tüm ekstremitelerde 5/5 olduğu, Babinski refleksinin negatif olduğu ve derin tendon reflekslerinin normoaktif olduğu saptandı. Bununla birlikte, sağ kol ve bacakta koreiform hareket bozukluğu olduğu saptandı. Biyokimyasal tahlillerde, açlık kan şekeri, serum elektrolitleri, karaciğer fonksiyon testleri, tiroid fonksiyon testleri, hemogram, tam idrar tetkiki ve idrar mikroskopisi değerleri normal sınırlardaydı. Kreatinin 0,56 mg/dL, protrombin zamanı 18,8 sn, INR 1,42 ve sedimentasyon 30 mm/saat olarak saptandı. Kraniyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG), sagittal T2 'fast spin eko' (FSE), aksiyel T2 FSE, aksiyel T1 FLAIR, koronal T2 FLAIR ağırlıklı sekanslar kullanıldı. Görüntüleme, serebral kortikal atrofi ile uyumlu, bilateral silvian fissür ve hemisferik kortikal sulkuslar geniş ve derin olarak izlendi. Üçüncü ventrikül superior komşuluğunda en geniş yerinde yaklaşık 18 mm boyutlarında T1A serilerde hipointens, T2A serilerde hiperintens düzgün konturlu septum pellucidum kisti saptandı. Sağ fronto-parietal subdural alanda en geniş yerinde yaklaşık 32 mm çapında tüm serilerde hiperintens subdural hematoma (SDH) ile uyumlu görünüm saptandı (Şekil

1). Kraniyal MRG sonrası hastayla tekrar görüşmede, ısrarlı olarak travma hikayesi sorgulanmış, hasta ilk öyküsünden farklı olarak 4 gün önce kafa travması yaşadığını bildirmiştir. Hikaye, nörolojik muayene, laboratuvar testleri ve kraniyal MRG bulguları çerçevesinde, travmaya bağlı subakut SDH tanısı alan olguya, beyin cerrahisi kliniğinin önerisiyle operasyon planlandı.

SDH'li hastalar asemptomatik durumdan, ani kanamaya bağlı bilinç kaybı, hemiparezi ve komaya kadar farklı klinik gösterebilmektedir. Nöbet ve baş ağrısı diğer sık görülen belirtileridir (1,2). SDH'ye bağlı koreiform hareket bozukluğu ilk olarak 1977 yılında lösemili bir çocukta tanımlanmıştır (3). SDH'li hastalarda tanının konmasında görüntüleme yöntemlerinin önemi büyüktür. Bilgisayarlı tomografi, kraniyal MRG, difüzyon MRG tanıda kullanılan görüntüleme yöntemlerindedir (1). Klinik olarak stabil olan ve kanama çapı 5 mm'den küçük olan SDH'li hastalarda takip ile kendiliğinden rezolüsyon beklenebilir. Nörolojik olarak stabil olmayan, Glasgow Koma Skalası (GKS) 9 ve üzerinde olan veya hastaneye başvurusu sonrası GKS'de 2 puan artış olan, pıhtı kalınlığı 10 mm üzerinde olan ve orta hattan 5 mm üzerinde sapma görülen hastalarda cerrahi önerilmektedir (4). Cerrahi tedavi yöntemleri arasında kraniyotomi ile beraber membranektomi ve tek veya çift "Burr hole" drenajı yer almaktadır (1,5). Yöntemlerin birbirlerine üstünlükleri tartışmalıdır. Beyin Cerrahisi Kliniği'nin önerileri doğrultusunda sağ frontal "Burr hole" ile drenaj yapılan, postoperatif dönemde şikayetleri ortadan kalkan ve kontrollerinde herhangi bir bulguya rastlanmayan hasta, kliniğimizde takibe alınıp önerilerle taburcu edilmiştir. Sonuç olarak, nadir olmakla birlikte, SDH'nin koreiform hareket

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Ahmet Özşimşek, Uşak Medikal Park Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Uşak, Türkiye
Tel.: +90 506 888 47 18 E-posta: ahmet.ozsimsek@yahoo.com.tr ORCID ID: orcid.org/0000-0003-0696-6749
Geliş Tarihi/Received: 11.04.2017 **Kabul Tarihi/Accepted:** 24.07.2017

©Telif Hakkı 2018 Türk Nöroloji Derneği
Türk Nöroloji Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.



Şekil 1. A) T1 aksenel kesit manyetik rezonans görüntüsü, B) T1 aksenel kesit manyetik rezonans görüntüsü

bozukluğunun nedeni olabileceği ve tedavisi gerçekleştiğinde kür sağlanabileceği akılda tutulmalıdır.

Etik

Hasta Onayı: Çalışmaya dahil edilen hastadan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Finansal Destek: Çalışma için finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Tripathy SR, Swarnakar PK, Mishra S, Mishra SS, Dhir MK, Behera SK, Nath PC, Jena SP, Mohanta I, Das D, Satapathy MC, Rout SK, Behera BR,

Parida DK, Rath TS. A review of subacute subdural hematoma (SASDH) with our institutional experience and its management by double barrel technique (DbT): A novel technique. *Surg Neurol Int* 2016;7(Suppl 28):767-774.

2. Kpelao E, Beketi KA, Moumouni AK, Doleagbenou A, Ntimon B, Egbohohou P, Mouzou T, Tomta K, Sama DH, Abalo A, Walla A, Dossim A. Clinical profile of subdural hematomas: dangerousness of subdural subacute hematoma. *Neurosurg Rev* 2016;39:237-240.
3. Bean SC, Ladisch S. Chorea associated with a subdural hematoma in a child with leukemia. *J Pediatr* 1977;90:255-256.
4. Bullock MR, Chesnut R, Ghajar J, Gordon D, Hartl R, Newell DW, Servadei F, Walters BC, Wilberger JE; Surgical Management of Traumatic Brain Injury Author Group. Surgical management of acute subdural hematomas. *Neurosurgery* 2006;58(Suppl 3):16-24.
5. Kansal R, Nadkarni T, Goel A. Single versus double burr hole drainage of chronic subdural hematomas. A study of 267 cases. *J Clin Neurosci* 2010;17:428-429.