

Serebellopontin köşe tümörü cerrahisi sonrası subdural higrom: Olgu sunumu

Subdural hygroma after cerebellopontine angle tumor surgery: a case report

Dr. Ahmet URAL,¹ Dr. Nebil GÖKSU,¹ Dr. Metin YILMAZ,¹ Dr. Memduh KAYMAZ,² Dr. Gökhan KURT²

Serebellopontin köşe (SPK) tümörlerinin seçkin tedavisi cerrahidir. Ameliyat sonrası dönemde subdural higromu (SDH) ender görülen bir komplikasyondur. Bu makalede 58 yaşındaki bir erkek hastada sağ akustik tümöre yönelik ameliyat sonrası gelişen SDH olgusu sunuldu. Serebellopontin köşe tümörü cerrahisinin seyrek görülen ancak mortalite ve morbidite bakımından önemli bir komplikasyonu olarak SDH tanımı, teşhisi, klinik özellikleri ve tedavisi tartışıldı.

Anahtar Sözcükler: Akustik nöroma; effüzyon, subdural; higroma, subdural; komplikasyon/etyoloji; subdural boşluk.

The primary treatment modality for cerebellopontine angle (CPA) tumors is surgery. In the postoperative period, collection of subdural hygroma (SDH), is a rarely encountered complication. This paper presents a 58-year-old male patient who underwent surgery for right acoustic neuroma and developed a SDH postoperatively. SDH, even though rarely seen, is a serious CPA tumor surgery complication calling for early diagnosis and treatment. Definition, diagnosis, clinical aspects and treatment of SDH are discussed.

Key Words: Acoustic neuroma; effusion, subdural; hygroma, subdural; postoperative complications/etiology; subdural space.

Serebellopontin köşe (SPK) tümörleri, tüm intrakranyal tümörlerin %10'unu oluşturur ve tedavi edilmemeleri halinde fatal seyredebilir. Akustik nöromalar (AN), 8. kranyal sinirin vestibüler dalından köken alır ve SPK tümörlerinin %78'ini oluşturur.^[1]

Akustik nöromaların görülme sıklığı, yapılan epidemiyolojik çalışmalarda 0.7-1/100.000 olarak saptanmıştır. En seçkin görüntüleme yöntemi olarak

gadolinyumlu manyetik rezonans görüntüleme (MRG) kullanılır.^[2]

Akustik nöromaların tedavi seçenekleri gözlem, takip, cerrahi girişim ve stereotaktik gamma irradyasyondan ibarettir. Cerrahi tedavi, sağaltımın temelini oluşturur.^[2]

Translabirentin yaklaşımla akustik tümör cerrahisinde otorinore formunda beyin omurilik sıvısı

* Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi 'Kulak Burun Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı, ²Nöroşirürji Anabilim Dalı (Departments of 'Otolaryngology and ²Neurosurgery, Medicine Faculty of Gazi University), Ankara, Turkey.

* Dergiye geliş tarihi - 30 Ekim 2003 (Received - October 30, 2003). Yayın için kabul tarihi - 29 Mayıs 2004 (Accepted for publication - May 29, 2004).

* İletişim adresi (Correspondence): Dr. Ahmet Ural. Mamak Cad., No: 43/1, 06340 Demirlibahçe, Ankara, Turkey.
Tel: +90 312 - 214 10 00 / 6473 Faks (Fax): +90 312 - 284 78 07 e-posta (e-mail): ahmetural2001@yahoo.com

* 27. Türk Ulusal Otorinolaringoloji ve Baş-Boyun Cerrahisi Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur (4-9 Ekim 2003, Antalya) (Presented at the 27th National Congress of Turkish Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery (October 4-9, 2003, Antalya, Turkey)).

(BOS) kaçağı ve bakteriyel menenjit sıklıkla görülebilmesine karşın, subdural higrom (SDH) seyrek görülen komplikasyonlardandır.^[3]

OLGU SUNUMU

Elli sekiz yaşında erkek hasta, bir yıldır sağ kulakta progresif olarak artan işitme azlığı ve tinnitus yakınmalarıyla kliniğimize başvurdu. Hastanın dengesizlik, yüzde his kaybı, ve yutma güçlüğü gibi şikayetleri yoktu. Fasiyal sinir fonksiyonları, iki taraflı normal olarak değerlendirildi. Otoskopik muayenesi iki taraflı doğal olan hastanın, pure ton od-yometrik icelemesinde sağ kulağında 4000 ve 8000 Hz'de daha belirginleşen ileri derecede sensörinöral işitme kaybı saptandı. Sağ kulak için konuşmayı ayırt etme skoru %56 olarak saptanırken, yine aynı kulakta stapes refleksi alınamamaktaydı. Sol kulak için yapılan odyolojik inceleme sonuçları normaldi. Hastanın nörolojik muayenesi doğaldı ve serebellar testlerinde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Sağ SPK patolojisi şüphesiyle çekilen Gadolinyumlu Temporal MRG'de sağ SPK'de internal akustik kanal içine uzanım yapan düzgün konturlu 1.5x1.5 cm'lik kitle lezyonu izlendi, lezyonun akustik nörinomla uyumlu olabileceği öne sürüldü.

Bu bulgularla ameliyata alınan hastanın, translabirentin yaklaşımla sağ SPK tümörü eksize edildi. Fasiyal sinir fonksiyonları ameliyat sırasında korun-du. Ameliyat sonrası erken dönemde dizziness ve hafif baş ağrısı şikayetleri dışında sorunsuz olarak takip edilen hastada, ameliyat sonrası altıncı günde uyku hali ve bilinç bulanıklığı belirdi. Nöroşirurji bölümünce yapılan nörolojik muayenede hastanın bilincinin konfü, kooperasyon ve oriyantasyonunun kısıtlı ve ense sertliği olduğu saptandı. Kranyal bilgisayarlı tomografide (BT) sağ fronto-temporo-parietal bölgede subdural mesafede kontrast tutmayan effüzyon gözlemlendi (Şekil 1). Acil koşullarda ameliyata alınan hastaya sağ parietal bölgeden girilerek subdural mesafeden BOS boşaltıldı ve bu bölgeye silikon dren yerleştirildi. Takip döneminde genel durumu ve patolojik bulguları tamamen düzelen hastanın, girişim sonrası ikinci günde çekilen kontrol kranyal BT'sinde effüzyonun tama yakın gerilediği görüldü. Ameliyat sonrası beşinci günde sekel olmaksızın hasta taburcu edildi.

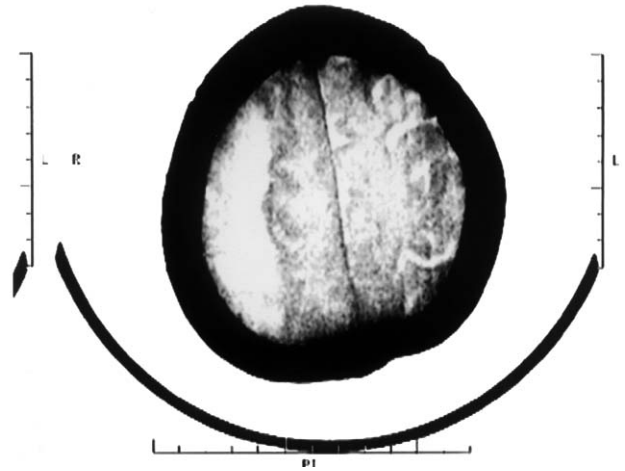
TARTIŞMA

Subdural higroma ile ilgili otopsi bulguları 200 yıldan daha uzun bir süre önce Thomas Schwenke

tarafından rapor edilmiştir. İlk kez Dandy, bu lezyonu önce "subdural hidroma" ardından da "subdural higroma (SDH)" olarak adlandırmıştır.^[4] Son yıllarda yazarlar higroma terimini tercih etmektedir. Bunun yanında "subdural sıvı birikimi" veya "subdural effüzyon" terimleri de kullanılmaktadır.^[5,6]

Subdural higroma, enfeksiyonlar veya herhangi bir kranyal ameliyat sonrası oluşabileceği halde en sık neden travmadır.^[4] Koizumi ve ark.^[5] ameliyat sonrası subdural sıvı birikimi oranını nontravmatik nedenli 1013 kranyal ameliyat sonrası %17 olarak bildirmişlerdir.

Sıvı toplanması için ana mekanizma travmatize olan damarlardan köken alan effüzyondur.^[7] "Payr bunun enflamatuvar orijinli bir effüzyon olduğu yönünde görüş bildirirse de, diğer yazarlar sıvı toplanmasının travmatize olan damarlardan köken aldığını öne sürmüşlerdir.^[4,7] Araknoidde meydana gelen bir yırtığın ardından "flap-valve" mekanizması, SDH oluşumunu açıklayan hipotezlerden en çok kabul görenidir, ancak sadece birkaç olguda araknoid yırtığı net olarak gösterilebilmiştir.^[4,8] Ayrıca kafa travmasına sıklıkla uğrayan genç yetişkinlerde SDH'ye anlamlı biçimde daha seyrek rastlanması bir çelişki oluşturmaktadır.^[4] Subdural higromunun oluşumunda en temel nokta dura-araknoid hattında bir ayrılmanın olması ve yeterli bir subdural mesafenin bulunmasıdır.^[4] Araknoid, pia'ya trabeküler bir yapıyla bağlandığı için, beyin hacminin dehidratasyon anestezisiyle küçültülmesiyle dural sınırı oluşturan hücreler kolayca duradan ayrılır.^[9] Kafa travmalarının yanı sıra cerrahi müdahaleler de SDG gelişine neden olabilir. Bunun yanında beyin



Şekil 1 - Subdural higromunun tomografik görüntüsü.

atrofisi ya da kitle lezyonunun oluşturacağı potansiyel subdural boşluk da SDH oluşumuna katkıda bulunur. Beyin atrofisi, aşırı dehidratasyon, uzamış spinal drenaj, veya azalmış intrakranyal basınç gerekli koşulları hazırlayabilir.^[10] İntrakranyal basıncın azaltılması potansiyel bir boşluk yaratarak SDH oluşumuna zemin hazırlamaktadır.^[4]

Subdural higrom, genelde iki taraflı olarak ve daha çok frontotemporal bölgede görülür.^[11] Hastalar sırtüstü yatma eğiliminde olduklarından, çökmüş olan beyin dokusu oksipital kısma doğru hareket eder ve bu durum, frontal ve kısmen de temporal bölgelerde potansiyel bir boşluk oluşturur. Subdural higromlar, geç dönemde görülen lezyonlardır, emilim ve genişleme dinamikleri arasındaki dengeye göre tamamen rezorbe olur veya kronik subdural higrom (KSDH) oluştururlar.^[4]

Tanıda ilk tercih edilen yöntem kranyal BT görüntülemidir.^[4]

Hastalar çoğunlukla asemptomatik veya klinik olarak sessizdir.^[8] Nadir olarak kitle etkisi mevcuttur. Beyin hasarının fokal belirtileri olmaksızın gözlenen mental durum değişikliği, baş ağrısı ve bulanıklı en sık karşılaşılan durumdur. Hastaların çoğu asemptomatik olduğundan ve kranyal BT'de kitle etkisi görülmediğinden dolayı cerrahi girişim nadir olarak gereklidir.

Pediyatrik yaş grubunda ve klinik tablonun hafif ve gerileme eğiliminde olduğu olgular için takip ön plana çıkarken, olguda sunulan hasta gibi ileri yaştaki ve semptomatolojide hızlı kötüleşme ile gelen olgularda beyin parankiminin üzerindeki basıyı kaldırmak için öncelikli olarak seçilecek yöntem cerrahi müdahale olmalıdır. Cerrahi girişim olarak öncelikle drenaj ve subdural dren konulması, rekürren olgulara da subduro-peritoneal şant uygulaması önerilir.^[4]

Serebellopontin köşe tümörlerinin tedavisi esas olarak cerrahidir, ve ameliyat sonrası dönemde komplikasyonlar açısından dikkatli olmak gerekir. Bu bağlamda ameliyat sonrasında meningeal iritasyon bulguları, bilinç bulanıklığı ve fokal nörolojik bulgularla karşılaşırsa, subdural higrom olasılığı akılda tutulmalı ve bu durumun acil cerrahi girişim gerektirebileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Brackmann DE, Green Jr JD. Cerebellopontine angle tumors. In: Bailey BJ, editor. Head and neck surgery-otolaryngology. Vol. 2, 2nd ed. Philadelphia: Lippincot-Raven; 1998. p. 2171-98.
2. Brackmann DE, Arriaga MA. Extra-axial neoplasms of the posterior fossa. In: Cummings CW, editor. Otolaryngology head and neck surgery. Vol. 4, 3rd ed. St. Louis: Mosby Year-Book; 1998. p. 3294-330.
3. Hoffman RA. Cerebrospinal fluid leak following acoustic neuroma removal. Laryngoscope 1994;104(1 Pt 1):40-58.
4. Lee KS, Bae WK, Park YT, Yun IG. The pathogenesis and fate of traumatic subdural hygroma. Br J Neurosurg 1994;8:551-8.
5. Koizumi H, Fukamachi A, Wakao T, Tasaki T, Nagaseki Y, Yanai Y. Traumatic subdural hygromas in adults: on the possibility of development of chronic subdural hematoma (author's transl). Neurol Med Chir (Tokyo) 1981;21:397-406. [Abstract]
6. Rabe EF, Flynn RE, Dodge PR. A study of subdural effusions in an infant. With particular reference to the mechanisms of their persistence. Neurology 1962;12:79-92.
7. Gutierrez FA, McLone DG, Raimondi AJ. Physiopathology and a new treatment of chronic subdural hematoma in children. Childs Brain 1979;5:216-32.
8. Bakay L, Glasauer FE, (editors). Head injury. Boston: Little Brown & Company; 1980.
9. Haines DE, Harkey HL, al-Mefty O. The "subdural" space: a new look at an outdated concept. Neurosurgery 1993;32:111-20.
10. Rosen HM, Simeone FA. Spontaneous subdural hygromas: a complication following craniofacial surgery. Ann Plast Surg 1987;18:245-7.
11. Stone JL, Lang RG, Sugar O, Moody RA. Traumatic subdural hygroma. Neurosurgery 1981;8:542-50.