



¹ Mürteza ÇAKIR

Hipertansiyona Bağlı Olarak Gelişen Akut Spinal Epidural Hematom

¹ Mustafa Kemal ÇOBAN

Acute Spinal Epidural Hematoma Developed In Conjunction With Hypertension

¹ Gök in ENGÜL

² Atif BAYRAMO LU

¹ Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöro irurji Anabilim Dalı, Erzurum

² Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Erzurum

Submitted/Ba vuru tarihi:
23.05.2011
Accepted/Kabul tarihi:
27.09.2011
Registration/Kayıt no:
11 05 198

Corresponding Address
/Yazı ma Adresi:

Dr. Mürteza ÇAKIR
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöro irurji Anabilim Dalı, Erzurum

Faks: 0 (442) 3166340
E-mail: m.ckr28@hotmail.com

© 2012 Düzce Medical Journal
e-ISSN 1307- 671X
www.tipdergi.duzce.edu.tr
duzcetipdergisi@duzce.edu.tr

ÖZET

Giri : Akut spinal epidural hematomlar nöro irurjinin acil tanı ve tedavi gerektiren patolojilerinden biri olup, hipertansiyon nadir görülen bir nedenidir. Akut nörodefisit ve kalıcı nörolojik sekillere sebep olmamak için erken tanı ve en etkin cerrahi tedavi yöntemi olan spinal kordun en kısa sürede dekompresyonu gerekmektedir.

Olgu: 63 ya nda erkek hasta, 12 saat önce bacaklarında kuvvetsizlik, idrar kaçırma şikayeti ile acil servise müracaat etti. Hastanın nörolojik muayenesinde bilateral alt ekstremitelerde 3/5 kuvvet kaybı, Th12 altında seviyesi altında hipoestezi, derin tendon refleksi alınamadı, sfinkter kontrolü ve anal refleksin olmadığı görüldü. Gelişen sistemik kan basıncı 190/100 mmHg idi. Travma öyküsü olmayan hastanın torakolomber MRG'sinde Th12-L1 seviyesinde spinal kord posteriorundan komprese eden akut spinal epidural hematoma belirlendi. Hastaya metilprednizolon başlanarak ameliyata alındı. İlgili seviyeye laminektomi yapılarak epidural hematoma boşaltıldı. Postoperatif erken dönemde nörodefisitlerinde düzelme olmayan hasta taburcu sonrası rehabilitasyon programına alındı. Hastanın nörodefisitleri 6 ay sonra tamamen düzeldi.

Sonuç: Hipertansiyon öyküsü olan hastalarda gelişen akut paraparezilerde spinal epidural hematoma ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Bu hastalarda erken cerrahi girişime ilave olarak steroid tedavisi ve rehabilitasyon nörodefisitlerde tam düzelme sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Spinal epidural hematoma, akut paraparezi, hipertansiyon

ABSTRACT

Introduction: Acute spinal epidural hematoma is one of the pathologies of neurosurgery that require immediate diagnosis and treatment, is a rarely caused by hypertension. Early diagnosis and decompression of spinal cord is needed as soon as possible, not to cause severe neurological deficit and permanent neurological sequelae which the most effective surgical treatment method.

Case: Male patient who is 63 year old, applied to the emergency department 12 hours before, with complaints of urinary incontinence and weakness on his legs. After patient's neurological examination it was discovered that there was 3/5 strength loss at bilateral lower extremities, hypoesthesia below the level of Th12, deep-tendon reflexes could not be taken, sphincter control and anal reflex was absent. Systemic blood pressure at inlet side was 190/100 mmHg. It was determined that patient had acute spinal epidural hematoma compressing spinal cord from posterior at the level of Th12-L1, on MRI thoracolumbar of the patient who had no history of trauma. The patient was operated by starting methylprednisolone. Epidural hematoma was evacuated by applying laminectomy to related level. The patient was included in the rehabilitation program who did not have any improvement in neurological deficits at the early postoperative period after discharge. The patient's neurological deficit completely improved after 6 months.

Conclusion: For the patients who had a history of hypertension, spinal epidural hematoma with acute paraparesis should be considered in the differential diagnosis. For these patients steroid therapy and rehabilitation in addition to early surgical intervention could cause full recovery of neurological deficit.

Key Words: Spinal epidural hematoma, acute paraparesis, hypertension

G R

Akut spinal epidural hematomalar nöro irurjinin acillerinden olup, nadir rastlanır (1). Etiyolojisinde travma, antitrombotik tedaviler, koagülopatiler, damarsal anomaliler, neoplaziler, epidural anestezi, spinal cerrahi girişimler,

gebelik ve hipertansiyon gibi nedenler vardır. En fazla görülen sebepler travmalar ve antitrombotik tedavilerdir. Torakolomber bölgede sık olarak izlenir (1-8). Hastalar sıklıkla aniden başlayan iddetli sırt ve bacak ağrısını takiben oluşan motor ve duysal defisit ile başvururlar (9). Tanıda en etkin görüntüleme yöntemi MRG'dir (10). Oluşan hematoma nedeniyle omurilik kompresyonu nedeniyle seviyeye göre nörolojik tablo gelişir. En etkin cerrahi tedavi yöntemi olan spinal kordun en kısa sürede dekompresyonu gerekmektedir (11). Bu olguda, hipertansiyon hikayesi olan hastalarda, akut gelişen paraparezilerde spinal epidural hematomları ayırıcı tanıda düğünmenin önemi vurgulanmak istenmiştir.

OLGU

63 yaşında erkek hasta, 12 saat önce bacaklarında kuvvetsizlik, idrar kaçırma şikayetiyle başlayan hasta acil servise başvurdu. Hastanın nörolojik muayenesinde bilateral alt ekstremitelerde 3/5 kuvvet kaybı, Th12 altında seviyesi altında hipoestezi, derin tendon refleksleri alınmadı, sfinkter kontrolü ve anal refleksin olmadığı görüldü. Gelişen sistemik kan basıncı 190/100 mmHg idi. Travma öyküsü olmayan hastanın torakolomber MRG'sinde Th12-L1 seviyesinde T1-W de izointens (Resim 1), T2-W de heterojen hiperintens (Resim 2) spinal kordu posteriorndan komprese eden akut spinal epidural hematoma belirlendi. Hastaya metilprednizolon (30mg/kg bolus ve 5.4mg/kg/gün idame) başlanarak ameliyata alındı. Th11-Th12 tam laminektomi, L1 hemilaminektomi yapılarak epidural hematoma boşaltıldı. Postoperatif erken dönemde nörodefisitlerinde düzelme olmayan hasta taburcu sonrası rehabilitasyon programına alındı. Hastanın nörodefisitleri 6 ay sonra tamamen düzeldi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Akut spinal epidural hematomlar çok sık karşılaşılsa da, nöroirirjinin acil tanı ve tedavi gerektiren patolojilerinden biri olup, travma, spinal operasyonlar, antitrombotik tedaviler, koagülopatiler, vasküler anomaliler, neoplaziler, lomber ponksiyon, epidural anestezi, hipertansiyon ve venöz basıncın yükseldiği gebelik gibi durumlarda geliştiği bilinmektedir (3-8, 12). Etiyolojik nedenler arasında sayılan hipertansiyondan pek bahsedilmemektedir. Damarlarda arterioskleroza neden olan hipertansiyonun, spinal vasküler yapıların frajilitesini artırarak spinal hematoma neden olabileceğini düşünmekteyiz. Bu bilgiler ışığında sunulan olguda spinal epidural hematoma, istirahat esnasında ve altta yatan başka herhangi bir patolojinin olmaması



Resim 1: Hastaya ait T1-W torakolomber MR



Resim 2: Hastaya ait T2-W torakolomber MR

nedeniyle hipertansiyona bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir. Spinal epidural hematomlarda erken cerrahi tedavi ve preoperatif komplet yada inkomplet nörolojik kayıp prognozla ilgili kilitlidir. Komplet nörolojik kaybı olan hastalarda 48 saatten önce, inkomplet nörolojik kaybı olanlarda ise 36 saatten önce dekompresyon yapıldığında nörodefisitlerdeki geri dönüşün daha yüksek olduğu görülmüştür. Spinal epidural hematomlar, anatomik yapıya bağlı olarak en sık servikotorasik ve torakolomber bölgede görülmektedir (12). Hematomun boyu sıklıkla 4-5 vertebra mesafesini geçmez ve sajjittal MRG görüntülerde dural sakın arkasında, üst ve alt ucu sivri ile en mekik ekinde

görünür (2). Omurili in torakolomber bile kede kanlanmasının di er seviyelere göre daha az olması nedeniyle bu bölgenin lezyonları kısa sürede omurilikte geri dönülmez iskemik hasarlara yol açabilir. Akut spinal epidural hematoma geli en hastada iskemik hasarlanmayı önlemek için erken tanı konulması ve etkin cerrahi tedavi yöntemi olan spinal kordun en kısa sürede dekompresyonu gerekmektedir. Bu gibi olgularda ayırıcı tanıda, disk herniasyonları, enfeksiyonlar, vasküler malformasyonlar, tümörler de öncelikli olarak akılda tutulmalıdır. Bu hastalarda erken cerrahi girişime ilave olarak steroid tedavisi ve rehabilitasyon nörodefisitlerde tam düzelme sa layabilir.

KAYNAKLAR

1. Shin JJ, Kuh SU, Cho YE. Surgical management of spontaneous spinal epidural hematoma. *Eur Spine J.* 2006;15:998-1004.
2. Boukobza M, Guichard JP, Boissonet M, et al. Spinal epidural haematoma: report of 11 cases and review of the literature. *Neuroradiology.* 1994;36:456-9.
3. Kelly MEB, Beavis RC, Hattingh S. Spontaneous spinal epidural hematoma during pregnancy. *Canadian Journal of Neurological Sciences.* 2005;32:361-5.
4. Ravi D, Dwarakanath S, Satish R. Spontaneous spinal extradural hematomas. *Canadian Journal of Clinical Neuroscience.* 2006;13:269-72.
5. Caruso G, Galarza M, Borghesi I, Pozzati E, Vitale M. Acute presentation of spinal epidural cavernous angiomas: case report. *Neurosurgery.* 2007;60:E575-6.
6. Bisson EF, Dumont T, Tranmer B. Spontaneous spinal epidural hematoma in a child with hemophilia B. *Canadian Journal of Neurological Sciences.* 2007;34:488-90.
7. Kaneda T, Urimoto G, Suzuki T. Spinal epidural hematoma following epidural catheter removal during antiplatelet therapy with cilostazol. *J Anesth.* 2008;22:290-3.
8. Finsterer J, Seywald S, Stöllberger C, et al. Recovery from acute paraplegia due to spontaneous spinal, epidural hematoma under minimal- dose acetyl-salicylic acid. *Neurol Sci.* 2008;29:271-3.
9. Thiele RH, Hage ZA, Surdell DL, Ondra SL, Batjer HH, Bendok BR. Spontaneous Spinal Epidural Hematoma of Unknown Etiology: Case Report and Literature Review. *Neurocrit Care.* 2008;9:242-6.
10. Reddy JJM, Chandra NE, Kalva SP, Murthy S. MR imaging in spontaneous spinal epidural haematoma. *Rivista Di Neuroradiologia.* 1999;12:525-8.
11. Matsumura A, Namikawa T, Hashimoto R, et al. Clinical management for spontaneous spinal epidural hematoma: diagnosis and treatment. *Spine J.* 2008;8:534-7.
12. Tekkök H. Spontan intraspinal hematomalar. içinde Aksoy K (ed). *Temel Nöro irurji.* Ankara: Bulu Tasarım ve Matbaacılık; 2005:1242-8.