

Case Report / Olgu Sunusu**Postspinal Intrakraniyal Subdural Hematom ve Serebral Sinüs Trombozu : Olgu Sunumu****Postspinal Intracranial Subdural Hematoma and Cerebral Sinus Thrombosis: Report Of A Case**¹Tokat Devlet Hastanesi

Anesteziyoloji ve

Reanimasyon Kliniği

²Gaziosmanpaşa Üniversitesi

Tıp Fakültesi Anesteziyoloji

ve Reanimasyon AD

Ali İhsan Uysal¹, Tuğba Karaman², Aynur Şahin¹, Ferda Yılmaz İnal¹

Corresponding Author:

Yrd. Doç. Tuğba Karaman

Gaziosmanpaşa Üniversitesi

Tıp Üniversitesi

Anesteziyoloji ve Tıp

Fakültesi Tokat/Türkiye

Email:

drtugbaguler@hotmail.com

Başvuru Tarihi/Received :

02-01-2013

Düzeltilme Tarihi/Reviewed :

12-02-2013

Kabul Tarihi/Accepted:

20-02-2013

ÖZET

Serebral ven trombozu, spinal anestezinin nadir ancak ciddi bir komplikasyonudur. Çoğunlukla gebelik, lohusalık, oral kontraseptif kullanımı, maligniteler ve trombositopeni gibi predispozan faktörlerin varlığında ortaya çıkmaktadır ve en sık semptom baş ağrısıdır. Yirmiiki yaşında gebe hastanın, spinal anestezi altında sezeryan operasyonu sonrası baş ağrısı yakınması oldu ve dura delinmesi sonrası baş ağrısı tanısı ile tedaviye başlandı. Tedaviye yanıt alınamaması üzerine radyolojik görüntüleme tetkikleri uygulandı ve sonuç olarak subdural hematom ve transvers sinus trombozu saptandı. Bu olgu sunumunda, anesteziistlerin spinal anestezi sonrası dura delinmesi sonrası baş ağrısı tanısı koyarken ciddi bir durum olan subdural hematom ve serebral ven trombozunu da akılda tutmaları gerektiği güncel literatürler eşliğinde incelenerek bildirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Subdural hematom, Anestezi, Spinal, Venöz sinüs trombozu, Gebelik

ABSTRACT

Cerebral venous thrombosis is a rare but a serious complication of spinal anesthesia. It usually occurs in the presence of predisposing factors such as pregnancy, puerperium, use of oral contraceptive drugs, malignancies, thrombocytopenia and the most frequent symptom is headache. Twenty-two years of age, pregnant woman had a complaint of headache after spinal anesthesia for caesarean section and diagnosed as post-dural puncture headache, the treatment was begun. After detecting responsiveness to treatment, radiological imaging procedures were performed and subdural hematoma and transverse sinus thrombosis were detected. In this case report, it was concluded under current literatures that the subdural hematoma and transverse sinus thrombosis should be kept in mind during the diagnosis of post-dural puncture headache.

Key words: Subdural hematoma, Anesthesia, Spinal, Venous Sinus Thrombosis, Pregnancy

GİRİŞ

Spinal anestezi sonrası en sık görülen komplikasyon dura delinmesi sonrası baş ağrısıdır (DPSB) (1). Baş ağrısı nedeninin, ponksiyon yerinden beyin omurilik sıvısı (BOS) kaybına bağlı olarak ortaya çıkan kafa içi basınç azalması, bunun sonucunda intrakraniyal yapıların gerilmesi ve refleks vazodilatasyon oluşmasına bağlı olduğu düşünülmektedir (2). Baş ağrısı %90 oranında girişimden sonraki ilk 3 gün içinde görülür, %66 oranında ilk 48 saatte başlar (3,4). Yatak istirahati, sıvı alımı, analjezikler ve oral kafein ile sıklıkla 7 gün içinde tedavi edilmektedir. Girişimden hemen sonra başlaması ya da 7 günden daha uzun süre şiddetli devam etmesi durumunda intrakraniyal hemoraji, menenjit, serebral infarkt, unkal herniasyon, migren gibi diğer nedenler gözden geçirilmelidir (5).

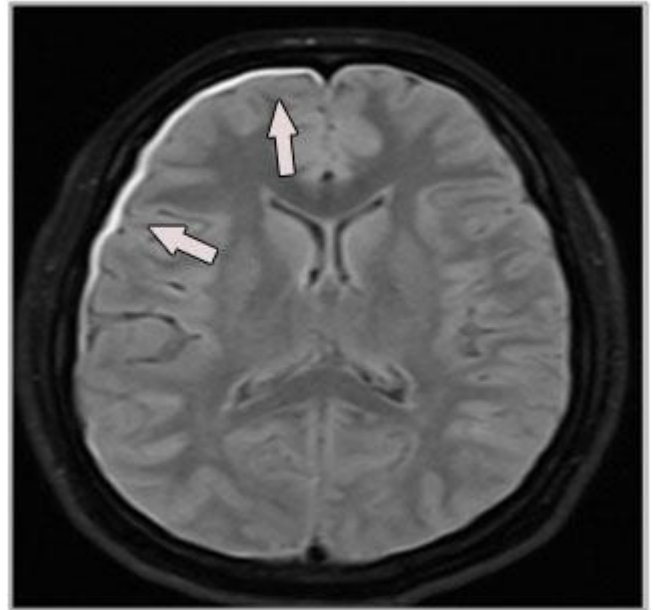
DPSB açısından ayırıcı tanılardan biri de; seyrek görülen ve farklı klinik tablolarla ortaya çıkması nedeniyle tanısı güç konulan, serebral venöz tromboz (SVT). Enfeksiyon, kafa travması, cerrahi girişimler, tümörler, oral kontraseptif kullanımı, bağ dokusu hastalıkları, gebelik ve lohusalık varlığında SVT sıklığı artmaktadır. Lomber ponksiyon serebral ven trombozu gelişiminde nadir risk faktörlerinden birisidir (6,7).

Bu olgu bildirisinde, spinal anestezi uygulaması sonrası subdural hematoma (SDH), süperior sagittal sinüs ve transvers sinüs trombozu saptanan gebe hasta sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

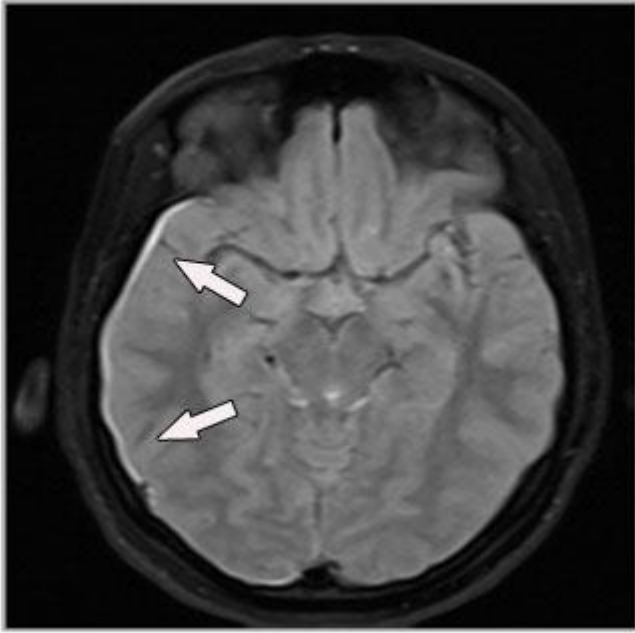
Yirmi iki yaşında 39 haftalık gebe kadın, fetal distres tanısıyla acil sezaryen operasyonuna alındı. Anestezi öncesi fizik muayene bulguları doğal ve laboratuvar sonuçları normal olarak değerlendirildi. Hastaya 18G venöz kanül ile damaryolu açılarak 500 ml kristaloid verildi. Hastanın isteği nedeniyle üçüncü ve dördüncü lomber (L3 - L4) seviyesinden, oturur pozisyonda, 25G Quincke uçlu spinal iğne ile tek girişte, berrak BOS gelişi gözlemlendikten sonra, hiperbarik bupivakain (12,5 mg) intratekal

aralığa verildi. Pin-prick testi ile T6 dermatomal seviyede duyu blok olduğu gözlemlendi. Operasyon süresi boyunca herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Postoperatif derlenme odasında, blok seviyesinin L1 'in altına indiği görülünce hasta, yatak istirahati ve günde en az 3000 ml sıvı alması önerileriyle servisine gönderildi. Hastanın postoperatif 4. saatte fronto-okspital bölgede, oturmakla artan baş ağrısı şikayeti başladı ve dura delinmesi sonrası baş ağrısı olarak değerlendirildi. Hastaya, sırt üstü pozisyonda yatması önerildi. Oral kafeinli parasetamol ve intravenöz hidrasyon başlandı. Baş ağrısı şikayetinin azalması üzerine, hasta postoperatif üçüncü gün taburcu edildi. Postoperatif 5. günde baş ağrısı şikayetinin artması nedeniyle hastanemize başvuran hastaya, ayırıcı tanı için bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT) çekildi ve BBT sonucunda sağ kortekste ödem saptandı. Beyin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) sağ fronto-temporoparietal bölgede 3 mm çapında subakut subdural hematoma olduğu görüldü.

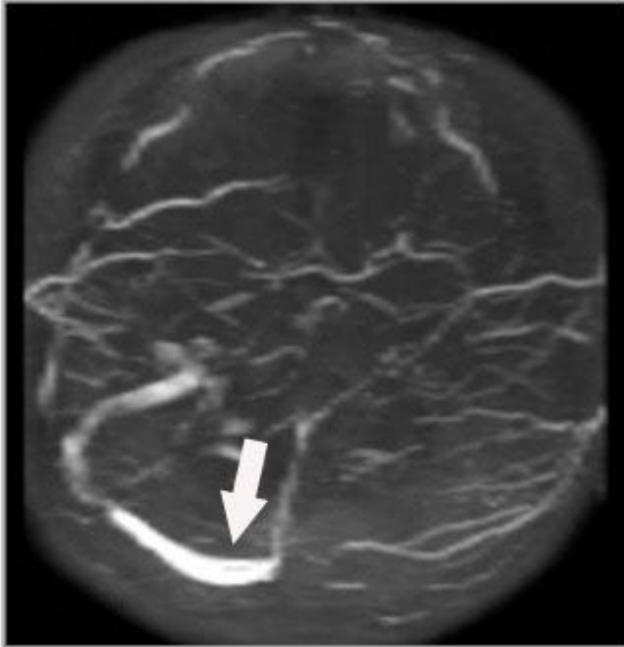


Resim 1: Subdural hematoma (MRG)

Hasta beyin cerrahisi servisine yatırıldı. Beyin cerrahisi tarafından, baş elevasyonu ve intravenöz 4x4 mg deksametazon tedavisi başlandı. Postoperatif 11. gün çekilen kontrol MRG 'sinde subdural hematoma rezorbe olması ve klinik olarak da iyileşme üzerine hasta taburcu edildi.



Resim 2:Subdural hematom (MRG)



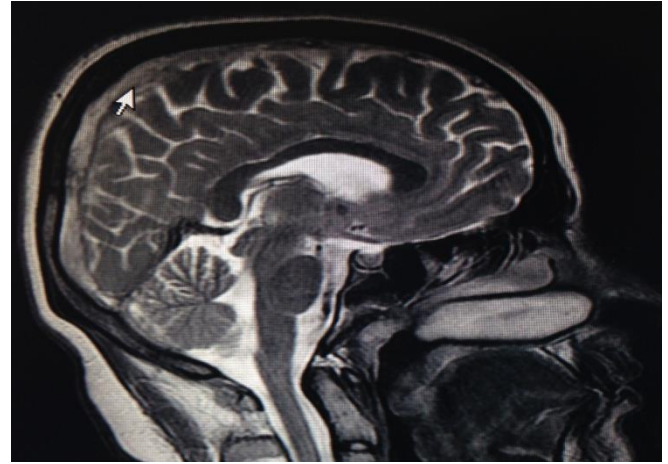
Resim 3: MRG Venografi (transvers sinüs)

Taburcu edildikten 2 gün (Postoperatif 13. gün) sonra kontrol için çekilen MRG anjiyografisinde herhangi bir patolojiye saptanmadı. Ancak hasta, postoperatif 14. gün konvulziyon ve bilinç bulanıklığı şikayetiyle acil servise başvurdu. Hastanın çekilen kranial MRG 'de sol frontal bölgede akut infarkt tesbit edildi ve sonrasında yapılan kranial MRG venografisinde superior sagittal sinüs ve sol transvers sinüste tromboz tespit edildi. Hasta, ileri takip ve tedavi amacıyla bir üst merkeze sevk edildi. Gönderildiği merkezde, hastanın anti-koagülan ve anti-epileptik tedavisine

devam edildi. Yapılan ek laboratuvar tetkiklerinden anti nükleer antikor (ANA), antikardiyolipin, lupus antikoagülanı, aktive protein C rezistansı, metilen tetrahidrofolat redüktaz ve plazminojen aktivatör inhibitörü (PAI) negatif bulundu. Protein C, protein S, antitrombin III eksikliği, faktör II ve faktör V Leiden mutasyonları saptanmadı. Hasta normal fizik muayene bulguları ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Baş ağrısı spinal anestezi sonrası en sık görülen komplikasyondur. Günümüzde, kullanılan spinal iğneye bağlı olmakla birlikte lomber ponksiyon sonrası olguların yaklaşık % 20-25'nde DPSB oluşmaktadır (8,9).



Resim 4: MRG (sagittal sinüs)

DPSB gelişimi iki temel teorik mekanizma ile açıklanmaktadır. Birincisi; düşük serebrospinal basınca karşı meningeal damarlarda gelişen refleks vazodilatasyon, diğeri ise; BOS 'un kaybıyla kan damarları gibi ağrıya duyarlı intrakraniyal yapıların vertikal pozisyonda traksiyonudur (2). BOS 'un ani kaybı beynin kaudale yer değiştirmesine yol açabilir, bu da serebral köprü venlerin gerilmesi veya kopması sonucunda intrakraniyal subdural hematoma neden olabilir. Spinal anestezi sonrası intrakraniyal subdural hematoma, nadir görülen ve tedavi edilmediğinde çok ciddi sonuçlara neden olabilen bir komplikasyondur (10). Subdural hematomun DPSB ile ayırıcı tanısı, benzer oluşum mekanizması ve kliniği nedeniyle zordur. Spinal anestezi sonrası, dural

ponksiyondan hemen sonra başağrısının başlaması; aynı zamanda 7 günden uzun ve şiddetli devam etmesi durumunda subdural hematoma akla getirilmelidir (11).

Spinal anestezi sonrası devam eden başağrısı durumunda ayırıcı tanıda akla getirilmesi gereken bir diğer durum da SVT'dir. SVT spinal anestezi sonrası nadirdir ve çoğunlukla altta yatan gebelik, lohusalık, oral kontraseptif kullanımı, maligniteler, trombositopeni, ciddi dehidratasyon, bağ dokusu hastalıkları, protein C, S ve antitrombin III eksikliği gibi predispozan faktörlerin varlığıyla ilişkili olarak ortaya çıkar (12). Dural ponksiyon sırasında serebral venlerdeki gerilme sonrası oluşan endotel hasarı ve venöz dilatasyona bağlı oluşan venöz staz, sinüs ven trombozu gelişimine neden olabilir (13). Serebral ven trombozlu hastaların %70 - 90'unda baş ağrısı görülür ve sıklıkla papil ödemi, bulantı ve kusma gibi kafa içi basınç artışı semptomları da eşlik etmektedir. Konvulziyon, parezi, duyu kayıpları ve komaya kadar uzanan bilinç durumu değişiklikleri, görülebilen diğer bulgulardır (7,14).

SVT genel popülasyona göre gebelerde daha sık görülmektedir. Kuzey Amerika ve Batı Avrupa'da yapılmış vaka serilerinde 100.000 doğumda ortalama 10-20 vaka rapor edilmiştir (15). Stolz ve ark. yaptıkları çalışmada, tüm SVT olguları içinde gebelik ile ilişkili olguların oranını % 21,3 olduğunu belirtmişken, Kamişlı ve ark. bu oranı postpartum dönemde % 31 olarak saptamışlardır (16,17). İntrakraniyal venöz konjesyon ile doğum ve ıkınma çabalarına sekonder oluşan damar endotel hasarı, postpartum dönemdeki hiperkoagülabilité ile birleşince doğum sonrası riskin daha fazla olmasına neden olabilir. Protein C ve S yokluğu veya direnci, MTHFR/C677T varyantları gibi trombofililer de diğer risk faktörleri arasında sayılabilir (7, 13). Gebelerde rejyonel anestezi sonrası SVT nadir olarak rapor edilmiştir ancak SVT ile DPSB benzer bulgulara sahip olabileceğinden, bu prevelans gerçeği göstermeyebilir. Bu düşük prevelansı, Lockhart ve ark. başağrısı varlığında eğer semptomlar ilerleyici değil ise, başağrısı nedeninin tedavisiye yanıt vermeyen DPSB

olarak kabul edildiği ve tedavi yanıtının zamana bırakıldığını, bu süre içerisinde de hastaların doğum sonrası hiperkoagülabilité durumunun da normale döndüğünü (2 hafta), asıl olarak SVT 'ye bağlı olan başağrısının da ortadan kalktığını bildirmişlerdir. SVT'nin gerçek insidansının, kliniğin çok değişken olması, kesin tanı için görüntüleme yöntemlerine ve postmortem çalışmalara ihtiyaç duyulması nedeniyle bilinmesinin güç olduğunu vurgulamışlardır (7).

Olgumuzda spinal anestezi sonrası fronto oksipital bölgede ve oturma veya ayağa kalkma ile artan başağrısı yakınması mevcuttu. Fizik muayenesinde de herhangi bir özellik olmayan hasta, başağrısının non-steroid antiinflamatuvar analjeziklere yanıt vermesi nedeniyle DPSB olarak değerlendirildi. Ancak 5. gün başağrısının şiddetlenmesi nedeniyle ayırıcı tanıda subdural hematoma, serebral trombus gibi nedenler düşünülerek BBT ve MRG yapıldı. Bu tetkiklerde intrakraniyal ödem ve subdural hematoma saptandı (Resim 1-2), ve buna yönelik tedaviye başlandı. Serebral sinüs ven trombozlu hastalarda BBT 'de ventriküllerde küçülme ya da dilatasyon, fokal intraserebral kanama ya da infarkt gibi spesifik olmayan anormallikler görülebilirken olguların %20 'sinde BBT normal de olabilmektedir (18) Kranial MR-Venografi, SVT tanısında standart yöntem olarak kabul edilmektedir. Bizim hastamızda da mevcut bulgular SDH ile uyumlu bulunarak hastaya konservatif (baş elevasyonu, deksametazon 4x4 mg) tedavi uygulandı. Ancak hastanın kliniğinde kötüleşme ve bilinç bozukluğu gelişmesi sonrası kraniyal MRG Venografisi istendi ve hastada sagittal ve transvers sinüs trombozu olduğu görüldü (Resim 3-4).

Sonuç olarak, spinal anestezi sonrası SVT nadir görülmesine rağmen gebelik gibi ek bir risk faktörünün bulunması durumunda DPSB ayırıcı tanısında mutlaka akla getirilmelidir. BBT ile hiçbir bulgunun saptanamayacağı gibi, subaraknoid kanama ve SDH gibi intraserebral kanamaların nadir de olsa SVT 'na eşlik edebileceği unutulmamalı, tanı için MRG Venografi yapılmalı ve hızlı bir şekilde tedavisine başlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Gaiser R. Postdural puncture headache. *Curr Opin Anaesthesiol* 2006; 19(3): 249-53.
2. Ghaleb A. Postural Puncture Headache. *Anesthesiol Res Pract* 2010; doi: 10.1155/2010/102967.
3. Reynolds F. Dural puncture and headache. *Br Med J* 1993; 306(6882): 874-6.
4. Leibold RA, Yealy DM, Coppola M, Cantees KK. Post-dural puncture headache: characteristics, management, and prevention. *Ann Emerg Med* 1993; 22(12): 1863-70.
5. Stocks GM, Wooller DJ, Young JM, Fernando R. Postpartum headache after epidural blood patch: investigation and diagnosis. *Br J Anaesth* 2000; 84(3): 407-10.
6. Milhaud D, Heroum C, Charif M, Saulnier P, Pages M, Blard JM. Dural puncture and corticotherapy as risks factors for cerebral venous sinus thrombosis. *Eur J Neurol* 2000; 7(1): 123-4.
7. Lockhart EM, Baysinger CL. Intracranial venous thrombosis in the parturient. *Anesthesiology* 2007; 107(4) :652-8.
8. D. K. Turnbull, D. B. Shepherd. Post-dural puncture headache: pathogenesis, prevention and treatment. *Br J Anesth* 2003; 91(5): 718-29.
9. Schmittner MD, Terboven T, Dluzak M et al. High incidence of post-dural puncture headache in patients with spinal saddle block induced with Quincke needles for anorectal surgery: a randomised clinical trial. *Int J Colorectal Dis* 2010; 25(6): 775–81.
10. Acharya R, Chhabra SS, Ratra M, Sehgal AD. Cranial subdural haematoma after spinal anesthesia. *Br J Anesth* 2001; 86(6): 893-5.
11. Bisinotto F, Dezena RA, Fabri DC, Abud TMV, Canno LH. Intracranial subdural hematoma: a rare complication following spinal anesthesia: Case report. *Rev Bras Anesthesiol* 2012; 62 (1): 88-95.
12. Kimber J. Cerebral venous thrombosis. *Q J Med* 2002; 95(3): 137- 42.
13. Wilder-Smith E, Kothbauer-Margreiter I, Lammler B, Sturzenegger M, Ozdoba C, Hauser SP. Dural puncture and activated protein C resistance: Risk factors for cerebral venous sinus thrombosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1997; 63(3): 351–6.
14. Ferro JM, Canhao P, Stam J. Prognosis of cerebral vein and dural sinus thrombosis: Result of the international study on cerebral vein and dural sinus thrombosis. *Stroke* 2004; 35(3): 664-70.
15. Lanska DJ, Kryscio RJ. Risk Factors for Peripartum and Postpartum Stroke and Intracranial Venous Thrombosis. *Stroke* 2000; 31(6): 1274-82.
16. Stolz E, Rahimi A, Gerriets T et al. Cerebral venous thrombosis: an all or nothing disease? Prognostic factors and long-term outcome. *Clin Neurol Neurosurg* 2005; 107(2): 99-107.
17. Kamyşlı E, Arslan D, Altınayar S et al. Serebral Venöz Sinüs Trombozu: Klinik Değerlendirme. *Türk Serebrovaskuler Hast. Derg* 2009; 15(2): 39-42.
18. Allroggen H, Abbott RJ. Cerebral venous sinus thrombosis. *Postgrad Med J* 2000; 76(891): 12-5.