

Nöroşirürjide Konsültasyonlar

Bülent ÇELİK, Gökhan KURT, Soner ÇIVI,
Bahadır YILMAZ, Necdet ÇEVİKER

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı
Beşevler/Ankara

24 yaşında kadın hasta jeneralize nöbetle acil servise kabul edildi. Hastanın baş ağrısı şikayeti nedeniyle düzenli olarak aspirin kullanım hikayesi mevcuttu. Acil servise kabul edildikten 3 saat sonraki nörolojik muayenesinde uykuya meyil ve ense sertliği (++) dışında defisit saptanmadı.

Kan Tetkikleri :

Hemogram, biyokimya ve kanama parametreleri normal sınırlarda saptandı.

Elektrokardiyografi (EKG) :

QRS genişlemeleri mevcuttu.

Radyolojik tetkikler :

Hastaya yapılan bilgisayarlı beyin tomografide (BBT) bazal sistern, quadrigeminal sistern, anterior interhemisferik fissür ve bilateral temporofrontoparietal bölgede subaraknoid kanama saptandı. Diffüz ödeme sekonder kortikal sulkuslar silikti (Şekil 1).

Bunun üzerine hastaya acil 4 damar serebral anjiyografi yapıldı. Sağ karotid sistemde internal

karotid arter servikal segmentinde büküntü ve fuziform dilatasyon (Şekil 2A), sol karotid sistemde internal karotid arter proksimalinde yaklaşık %50 darlık ve 2 cm. segmentte diseksiyon saptandı. Ayrıca petröz segment öncesinde 2 cm. çapa ulaşan dissekan anevrizma izlenmekteydi (Şekil 2B). İntrakranial vasküler yapılar normal anjiyografik sınırlardaydı.



Şekil 1:



Şekil 2A:

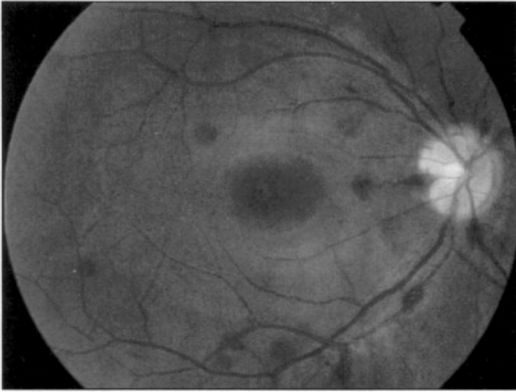


Şekil 2B:

EKG deki QRS genişliği nedeniyle hastaya ekokardiyografi yapıldı. Normal olarak değerlendirildi.

Konsültasyonlar:

Göz dibi muayenesinde hastanın sağ göz retinasında venöz damarlarda multipl anevrizmatik dilatasyonlar saptandı (Şekil 3). Multipl vasküler lezyonlar nedeniyle bağ dokusu hastalığından şüphelenilen hastanın romatoloji konsültasyonu sonucu yapılan abdominal ultrasonografi (USG), renal renkli doppler USG, vaskülit parametreleri, hormonal değerleri ve temporal arter biyopsisi normal sınırlardaydı.



Şekil 3:

Hastanın geliş ve kontrol BBT si, serebral anjiyografisi ve sağ göz dibi görüntüleri sunulmuştur. Tanı, cerrahi plan ve takip önerileriniz nelerdir?

Tedavi:

Hasta, kabulünden itibaren antiepileptik ve antiödem tedavisi aldı. Takibinin 9. gününde hastada ani sol hemiparezi ve sol santral fasial paralizi gelişti. Çekilen BBT de sağ frontoparietal hemisferik enfarkt alanı izlendi (Şekil 4). Genel durumu daha da kötüleşen hastanın prodüktif öksürüğü olması üzerine çekilen akciğer grafisinde plevral sıvı saptandı. Hastaya USG eşliğinde torasentez yapıldı. Alınan örnek hemorajik vasıftaydı. Arteriyel kan gazı değerleri kötüleşen, spontan solunumu zayıflayan hasta entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlandı. Takipleri



Şekil 4:

sırasında batında distansiyon ve kasıklarda morluk saptanan hastanın hemoglobin değerleri 12.6 mg/dl den 7.3 mg/dl ye düştü. Hastaya acil abdominal USG yapıldı ve batın içi yaygın sıvı saptandı. Acil abdominal tomografide yaygın intraabdominal hemoraji saptandı. Diagnostik peritoneal lavaj yapılan hastanın batınından 1200 cc hemorajik vasıfta mayı boşaltıldı. Yoğun kan transfüzyonu ve volüm genişletici tedaviye rağmen hasta kaybedildi.

Tartışma:

Yapılan BBT, serebral anjiyografi bulguları multipl damar anomalileri, karotid diseksiyonu ve disekan karotid anevrizması ile uyumludur. Karotid diseksiyonunda ve disekan anevrizmasında tedavide öngörülen, konservatif medikal tedavidir. Ayrıca, tekrarlayan serebral iskemik hadiselerde endovasküler yaklaşımla filtre yerleştirilmektedir. Hastamızın gelişinde subaraknoid kanaması olması ve çekilen serebral anjiyografisinde multipl damar anomalileri olması nedeniyle hastaya antikoagülan tedavi uygun görülmemiştir. Sosyal güvencesi olmadığı için endovasküler yaklaşım ile filtre takılamamıştır. Antiepileptik ve antiödem tedavi ile takibi yapılırken ani bilinç kaybı gelişmiştir. Çekilen kontrol BBT sinde sağ hemisferik enfarkt saptanan hasta solunum arresti olduğundan respiratöre bağlanmıştır ve takibi sırasında hasta kaybedilmiştir.

Yazışma Adresi:

Bülent ÇELİK

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Nöroşirürji Anabilim Dalı Ankara

E-posta: bulentceliknrs@yahoo.com

Konsültasyon notu:

Genç yaştaki bu hasta elemanter olarak bir SAK olgusudur. Baş etyoloji olarak anevrizma düşünerek planlanmış yaklaşım doğrudur. Ama eldeki veriler açıklanması zor çelişkiler gösteriyor:

1) Tanımlanan anjiyografik bulgular ekstrasisternal segmentlere ait, bunlarla bu BT ile sergilenen SAK açıklanamaz. Hastanın yaşaması mümkün olsaydı tekrar DSA yapılmalıydı.

2) Sol karotiste emboli kaynağı dissekan anevrizma olduğu halde sağ karotis alanında infarkt gelişiyor. Ayrıca sistematik bir vaskülopati kanıtlanamadığına göre gerek bu infarkt gerek retinal, pulmoner, abdominal komplikasyonlar SAK ile ilişkili olmalıdır.

3) Hastanın gösterdiği klinik değişikliklere göre alınan medikal önlemler elbette doğru ve yeterlidir. Buna karşın demonstre edilmiş tek somut patoloji karotiste diseksiyon olduğuna göre keşke bunun gerektirdiği endovasküler önlemler alınabilseydi.

4) Hastanın kaybında diseksiyondan kaynaklanan emboliler veya önlenemeyen SAK komplikasyonları mı etkili olmuştur diye tartışılırsa benim görüşüm SAK tan yanadır.

Dr. Nurcan ÖZDAMAR

Konsültasyon notu:

Subaraknoid kanama (SAK) ile başvuran 24 yaşında kadın hasta sunulmaktadır. Yaşanılan anjiyografide her iki ekstrakranial karotid arterde diseksiyon ve fuziform anevrizmalar tespit edilmiştir. Ayrıca Şekil 2A'da görülebildiği kadarı ile sağ karotid arterin intrakranial segmentinde de fuziform bir dilatasyon görülmektedir. SAK'ın sebebinin bu olması da muhtemeldir. Şekil 1A'da sunulan tomografide Aqueduct'ın nispeten geniş olduğu görülmekte ve bu durum bir hidrosefalinin varlığını telkin etmektedir. Eğer hidrosefali mevcut idi ise ventriküler drenaj yapılması (sonucu değiştirmeyecek olmakla birlikte) yararlı olabilirdi.

Sonuç olarak yaygın damar hastalığı olan bir hasta sunulmuştur. Hastanın tetkik ve tedavisinde yapılması gerekenler yapılmıştır. Böyle bir hastaya otopsi yapılması oldukça değerli bilgilerin elde edilmesini sağlayabilirdi.

Dr. Servet İNCİ
HÜTF Nöroşirürji AD.
11 Haziran 2005