

Ekstradural Hematomla Komplike Olan Bir Araknoid Kist Olgusu

Dr. Hakan Hadi KADIOĞLU(*)
Dr. Mustafa ÖZTÜRK (**)
Dr. Necdet ERGİN (***)
Dr. İsmail Hakkı AYDIN (****)

ÖZET :

Bu bildiriye, posttravmatik ekstradural hematomla komplike olarak ortaya çıkan orta kraniyal fossada yerleşik araknoid kisti olan 37 yaşındaki bir erkek olgu sunuldu. Araknoid kistin subdural ve intrakistik kanamalarla birlikte görülüşü iyi bilinen komplikasyonlar olmasına karşın ekstradural hematom ile birlikte olan olgu literatürde sadece üç tanedir. Biz kafa travmasından sonra belirlenen bir olguyu tanımlayarak etyoloji ve sağaltımını tartıştık.

Anahtar Kelimeler: Araknoid kist, Ekstradural hematom, Kafa travması.

GİRİŞ

Araknoid kistler araknoid tabakaları içinde veya araknoid ile piamater arasındaki sıvı dolu kavitelere (1,2-7). Araknoid kistler, non-travmatik intrakraniyal kitlesel lezyonların yaklaşık olarak % 0.4-5'ini oluştururlar (1-3,6,8,9). Araknoidal kistlerin kökenine ilişkin birkaç mekanizma ileri sürülmüştür. Gelişimsel köken lehine olan kanıtlar gerçekten çok güçlüdür ve bu teori kesin mekanizmaları açıklanmaya muhtaç kalmakla beraber en olası teori olarak geniş kabul görmektedir (10). Bu kistler hastalarda en sık kafa içi basıncından artma belirtileri, epilepsi, fokal nörolojik belirtiler ortaya çıkarırlar (2,4,5,7,8,11,12). Araknoidal kistli hastalarda meydana gelen komplikasyon olarak literatürde subdural hematom, intrakistik hemoraji, intradiploik kitlesel lezyon ve subdural mesafeye rüptüre olmuş araknoidal kist olguları bildirilmiştir (5,8,9,13,14). Araknoidal kistle birlikte olan ekstradural hematom olgusu, ikisi trafik kazası, birisi darp sonucu olmak üzere sadece üç tane bildirilmiştir (4,15). Biz darp sonucu gelişen bir olguyu sunarak etyoloji ve sağaltımını tartıştık.

(*) Atatürk Üni. Tıp Fak. Nöroşirurji A.B.D. Öğr. Üyesi

(**) Atatürk Üni. Tıp Fak. Nöroşirurji A.B.D. Araş. Görevlisi

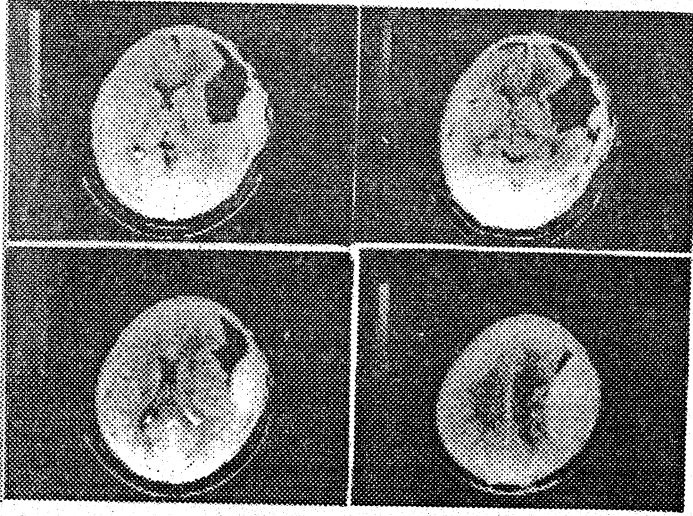
(***) Osman Gazi Üni. Tıp Fak. Nöroşirurji A.B.D. Araş. Gör.

(****) Atatürk Üni. Tıp Fak. Nöroşirurji A.B.D. Öğr. Üyesi ve Başkanı

OLGU SUNUSU

Olgumuz 37 yaşında bir erkek olup, darp sonucu başından yaralanmıştı ve bilinç kaybı olmamıştı. Yaralanmasından iki gün sonra hastada sağ tarafında kuvvet kaybı geliştiği ifade edilen hastanın yapılan muayenesinde bilinç açık ve oriyente idi. Alt düzeyde sağ hemiparezi ve sağ temporal bölgede subgaleal hematoma olduğu belirlenmişti. Başka nörolojik defisiti bulunmuyordu.

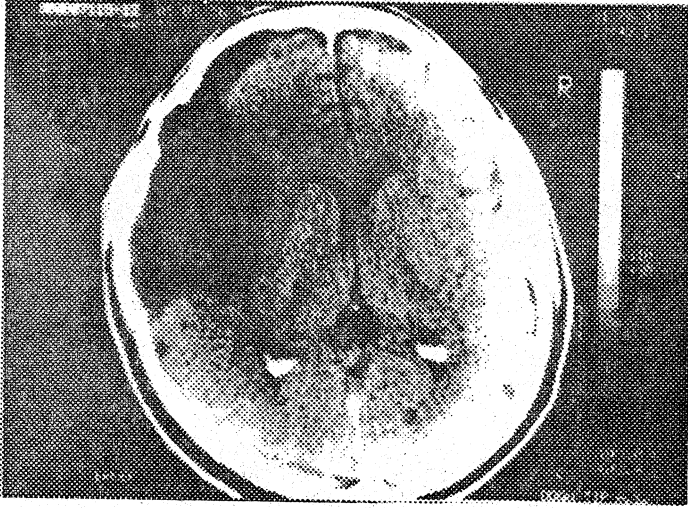
Kraniyografilerinde sol temporal kranial fossada genişleme olduğu saptandı, fraktür görülemedi. Bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde; sol fronto-temporal bölgede geniş, düşük dansiteli bir lezyon ile buna ilaveten aynı bölgede yerleşik düzenli kenarlı hiperdens ikinci bir lezyon olduğu, orta hat yapılarının sağa doğru itildiği saptandı (Şekil -1).



Şekil-1: Bilgisayarlı tomografi incelemesinde, sol frontotemporal bölgede geniş, düşük dansiteli bir lezyon ile aynı bölgede yerleşik düzenli kenarlı hiperdens ikinci bir lezyon olduğu, orta hat yapılarının sağa doğru itildiği saptandı.

Hastaya sol fronto-temporal kraniotomi yapıldı. Temporal kemiğin incelendiği görüldü. Fronto-temporal bölgede yaklaşık 4 cm. kalınlığında ekstradural hematoma olduğu belirlenerek hematoma boşaltıldı. Aktif kanama yeri görülemedi. Dura açıldığında beyin omurilik sıvısına (BOS) benzeyen berrak, renksiz bir sıvı içeren bütünlüğü bozulmamış araknoid kist ile karşılaşıldı. Kist membranları eksize edildikten sonra kistin medial duvarı yırtılıp ve genişletilerek bazal sisternalar ile ilişkilendirildi.

Post-operatif dönemde hastadaki sağ hemiparezi tamamen düzeldi ve hasta 7. günde hastahaneden çıkarıldı. İzlemeye alınan hastada hastahaneden çıkarılışının 7. haftasında yapılan muayenede hastada herhangi bir nörolojik defisit olmamasına karşın bilgisayarlı beyin tomografisi (BT) ile incelemede kistin genişlediği ve hafif kitle etkisi oluşturduğu saptandı (Şekil-2). Bundan ötürü hastaya kisto-peritoneal şant yerleştirildi.



Şekil-2: Hastanın hastaneden çıkarılışının 7. haftasında çekilen bilgisayarlı tomografide, kistin genişlediği ve hafif kitle etkisi oluşturduğunu saptandı.

TARTIŞMA

Orta kranial fossa araknoid kisti olan hastalarda subdural hematom ve kist içine kanamaların gelişimi için daha fazla bir duyarlılığın olduğu görüşü giderek artan bir şekilde kabul görmektedir (4,5). Cullis ve Gilroy subdural mesafeye rüptüre olan araknoid kistli bir olgu bildirmişlerdir (11). Bu komplikasyonların minör kafa travmalarını takiben kistin üzerini örten kan damarlarının yırtılmasından yada kist rüptüründen kaynaklandığına inanılmaktadır. Galassi ve ark. 1986'da orta kranial fossa araknoid kisti ile birlikte olan posttravmatik ekstradural hematomu olan iki olgu tanımladılar (15). Bu ilk tanımlamadan sonra 1991'de Molloy ve ark. minor kafa travmasını takiben ekstradural hematom gelişen 18 yaşında bir erkek olgu bildirdiler (4). Molloy ve ark. hematom ve kist birlikteliğinin ekstradural hematomu kapsayacak yaygınlıkta olması gerektiğini ileri sürmüşlerdir (4). Bu bildiri ile biz literatürdeki dördüncü olguyu sunuyoruz.

Galassi ve arkadaşlarının bildirdiği iki olguda kraniyal fraktür olduğu ve ameliyata alındıklarında bilinçsiz oldukları ifade edilmiştir. Bu olgularda BT'de ve operasyonla bütünlüğü bozulmamış bir araknoid kist ile bunun üzerindeki bir ekstradural hematoma saptandığı bildirilmektedir (15). Bu bulgular Molloy ve arkadaşlarının tanımladığı olgudakinden farklıdır. Molloy ve arkadaşlarının bildirdiği olgunun maruz kaldığı travma, minör bir travmadır ve ekstradural hematoma gelişimi kistin kollapsı ile uyumlu olarak meydana gelmiştir (4). Bizim olgumuz darp sonucu yaralanmıştı, kraniyal kemik fraktürü yoktu ve ameliyata alındığında bilinci yerindeydi. Bu bulgular ile Galassi ve arkadaşları olgularındaki lezyonun oluşumunda, kraniumun içi tabulasından duranın kolayca ayrılmasının ve beyinin karşı koyma basıncının azalmasının olası patogenetik mekanizmalar olabileceğini ileri sürerken, Molloy ve arkadaşları minor kafa travmasının bir "şok dalga fenomeni" ne yol açarak kistin medialde yırtılmasına ve kist sıvısının genel BOS dolaşımına boşalmasına neden olduğunu, bunun ardından olan kafa içi basınç dinamiklerindeki değişikliğin ekstradural hematoma oluşumuna katkıda bulunduğunu iddia etmişlerdir (4,15). Bu konuda, biz Galassi ve arkadaşları ile aynı fikirdeyiz.

Semptomlara yol açan ve kitle etkisi oluşturan araknoidal kistler daima cerrahi olarak çıkarılmalıdır. Çünkü klinik bozulma sinsi bir şekilde gelişebileceği gibi kistin rüptüre olması yada kist içine ani kanama sonucunda süratli ve hayatı tehdit eder biçimde bozulabilmektedir (1,3,4,6). Orta kraniyal fossa araknoidal kistlerinin eksize edilip edilmemesi yada şant takılıp takılmaması konusu tartışmalıdır (6). James, sadece şant uygulanmanın hastalar için daha az invaziv olmasının yanı sıra aynı zamanda çevre beyin parankiminin ekspansiyonunu ve kist hacminde azalmayı da sağlayan bir girişim olduğunu söylemektedir (3). Auer ve arkadaşları serilerindeki olguların tümünde rekürrensiz düzelmenin olmasından ötürü kistin eksizyonunun şant uygulamasına göre daha tercih edilir bir tedavi yöntemi olduğuna inanmaktadırlar (8). Kistin rezeksiyonu frontotemporal bir kraniotomi yaparak kistin bütünü ile ortaya çıkarılması ve dış membranların mümkün olduğu kadar total olarak çıkarılması suretiyle yapılmalıdır (7,9). Ya dış yada iç ve dış membranları ile kist hattının doğrudan eksizyonu ve kistin medial duvarında açılacak bir yırtıkla bazal sistemalar ile ilişkilendirilmesinden bir süre sonra ekseriya sıvının yeniden toplandığı izlenmektedir (1). Bazı yazarlar, kistin dış membranının eksizyonu ile kombine olarak şant yerleştirilmesinin sadece şant yerleştirildiğinde görülen dış membranın duramaterden kolayca ayrılarak şant tüpünde oluşturduğu tıkanmaları önlediğini iddia etmektedirler (1,3,6).

Sonuç olarak yöntemlerin birbirine üstünlükler ifade edilmekte birlikte her bir yöntemin potansiyel avantajları değerlendirilmiştir (6). BT incelemeleri ile tesadüfen belirlenen sylvian fissurde yerleşik asemptomatik araknoid kistlerinin sağaltımı hala çok tartışmalı bir konudur ve özellikle küçük lezyonlu olgularda ekseriya konservatif tutum benimsenmektedir (1,3,4,6). BT'nin kullanıma girişinden bu yana araknoid kistlerin tanısında artış olmasına karşın bunların doğal öyküleri hala bilinmemektedir (4). Araknoidal kistlerle beraber daha sık olarak subdural hematomlar görülmektedir. Semptomatik supratentorial araknoid kistlerinin % 7-14'ünde kist ile beraber subdural hematoma bulunmaktadır (1,3,4,6). Asemptomatik bir kist içine kanama riski muhtemelen bundan daha azdır (4). Sunduğu-

muz bu olgu, bildiğimiz kadarıyla, ektradural hematomla komplike olan aranoi-
dal kistlerin dördüncüsüdür.

Asemptomatik araknoid kistlerinin sağaltımında, biz konservatif kalmayı ve herhangi bir olası komplikasyonun oluşup oluşmadığını görmek için periodik olarak BT incelemeleri yapmayı tercih etmekteyiz.

SUMMARY

Extradural Hematoma Complicating Arachnoid Cyst

A 37-year-old man is reported with post-traumatic extradural hematoma complicating an arachnoid cyst in the middle cranial fossa. While subdural and intracystic hemorrhages are well-known complications from this malformation, the association with extradural hematoma has only been reported in three cases in the literature. We describe a case occurring after head injury and discuss the etiology and treatment.

Key words: Arachnoid cyst, Extradural hematoma, Head injury

KAYNAKLAR:

1. Di Rocco C: Arachnoid cyst. In Youmans JR (ed): Neurological Surgery, 3th ed., vol 2, Philadelphia: WB Saunders, 1990, 1299-1325.
2. Harsh IV GR, Edwards MSB, Wilson CB: Intracranial arachnoid cyst in children. J Neurosurg, 64: 835-842, 1986.
3. James HE: Encephalocele, dermoid sinus, and arachnoid cyst. In McLaurin RL, Schut L, Venes JL, Epstein F. (eds.): Pediatric Neurosurgery. London: WB Saunders, 1989, 97-106.
4. Molloy CJ, Jones NR, North JB: Arachnoid cyst presenting as an extradural haematoma. BJ Neurosurg, 5: 635-637- 1991.
5. Page A, Paxton RM, Mohan D: A Reappraisal of the relationship between arachnoid cysts of the middle fossa and chronic subdural haematoma. J Neurosurg Psychiatry, 50: 1001-1007, 1987.
6. Rengachary SS: Intracranial arachnoid and ependymal cyst. In Wilkins RH, Rengachary SS, (eds.): Neurosurgery. Vol 3, New York: McGraw Hill, 1985, 2160-2172.
7. Rengachary SS, Watanabe I, Brackett CE: Pathogenesis of intracranial arachnoid cysts. Surg Neurol, 9: 139-144, 1978

8. Auer LM, Gallhofer B, Ladurner G, Sager W-D, Heppner F, Lechner H: Diagnosis and treatment of middle fossa arachnoid cysts and subdural hematomas. *J Neurosurg*, 54: 366-369, 1981.
9. Hande AM, Karapurkar AP: Hemorrhage into an intradiploic arachnoid cyst. *J Neurosurg*, 75: 969-971, 1991 (abstract).
10. Wester K: Gender distribution and sidedness of middle fossa arachnoid cysts: a review of cases diagnosed with computed imaging. *Neurosurgery*, 31: 940-944, 1992.
11. Cullis PA, Gilroy J: Arachnoid cyst with rupture into the subdural space. *J Neurol*, 146: 454-456, 1983.
12. Von Wild K: Arachnoid cysts of the middle cranial fossa. *Neurochirurgia (Stuttg)*, 35: 177-182, 1992 (abstract).
13. Cappelen J, Unsgaard G: Arachnoid cysts of the middle cranial fossa and traumatic complications. *Child's Nerv Syst*, 2: 225-227, 1986.
14. Van Burken MM, Sarioğlu AÇ, O'Donnell HD: Supratentorial arachnoid cyst with intracystic and subdural haematoma. *Neurochirurgia (Stuttg)*, 35: 1991-203, 1992 (abstract).
15. Galassi E, Tognetti F, Pozzati E, Frank F: Extradural hematoma complicating middle fossa arachnoid cyst. *Child's Nerv Syst*, 2: 306-308, 1986.