

# Her Epidural Hematom Cerrahi Gerektirir mi?

## Every Epidural Hematoma Requires Surgery?

<sup>1</sup>Bahattin Çelik, <sup>2</sup>Hasan Büyükaslan, <sup>3</sup>Ergün Karavelioğlu

<sup>1</sup>Balıköl Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa  
<sup>2</sup>Şanlıurfa Balıköl Devlet Hastanesi, Acil ve İlk Yardım Kliniği, Şanlıurfa  
<sup>3</sup>Bolvadin Dr.H.I.Özsoy Devlet Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahi Kliniği, Afyonkarahisar

### Özet

Epidural hematomlar en sık görülen nöroşirürjikal acil cerrahi patolojilerden bir tanesidir. Akut epidural hematomlar sıklıkla travma sonrası arteria meningeal media ve dallarının kanaması sonrası epidural alanda kanın birikmesiyle meydana gelir. Nadiren venöz orijinli olarak venöz sinüs kanamalarında da görülebilirler. Tedavisinde sıklıkla cerrahi dekompresyon yapılarak hematom boşaltılır. Biz bu olguda cerrahi dekompresyon yapılmadan konservatif olarak takip ve tedavi edilen cerrahi epidural hematom olgusunu sunacağız.

**Anahtar kelimeler:** Epidural hematom, hematom, kraniyotomi, travma

### Abstract

Epidural hematomae are one of the most seen emergency neurosurgical pathologies. Acute epidural hematomae generally depends on the bleeding of the arteria meningeal media and its branches and collection of the hematoma at the epidural space. Epidural hematomae rarely depend on the venous sinus bleedings. The management is generally surgical decompression of the hematoma. In this report, we present a case which is not operated after the detection of epidural hematoma and managed conservatively.

**Key words:** Craniotomy, epidural hematoma, hematoma, trauma

### GİRİŞ

Sıklıkla kafa travması sonrası oluşan epidural hematomlar ilk kez 1867 yılında Hutchinson tarafından tanımlanmıştır. Genellikle arterial kanamalar sonrası oluşur ve mortalitesi % 9-22 arasında değişmektedir (1). Epidural hematomların bir kısmı venöz kaynaklı da olabilmektedir. Bilateral epidural hematomlar sıklıkla venöz kanama kaynaklıdır (2). Epidural hematomlar travmaya daha fazla maruz kalmaları nedeniyle erkeklerde kadınlara oranla 4 kat daha fazla görülmektedir (3). Yaş dağılımı olarak da çocuklarda ve orta yaşlılarda daha sıklıkla görülmektedir (4). Tanıda en anlamlı radyolojik görüntüleme yöntemi Bilgisayarlı Beyin Tomografi (BBT)'sidir. Epidural hematomlar BBT'nde genellikle hiperdens lentiform koleksiyon gösterirler. Ancak heterojen ya da hipodens görünümde de olabilirler (5). Tedavide genellikle cerrahi müdahale ile epidural hematom boşaltılır (6).

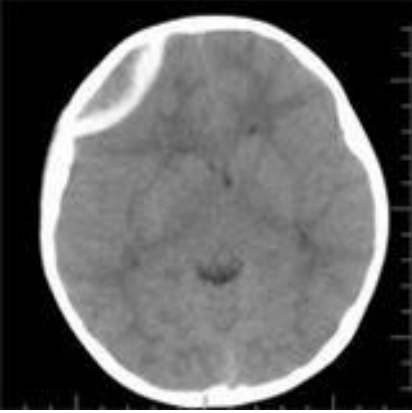
### OLGU

4 yaşında kız yüksekten düşme nedeni ile acil servise getirildi. Hastanın nörolojik muayenesinde şuuru açık, pupiller izokorik, lateralizasyon veren motor defisiti yoktu. Çekilen BBT'de sağ frontotemporal bölgede lineer fraktür, sağ frontalde 53x17 mm boyutlarında, orta hat yapılarında 7 mm şifte neden olan bikonveks görünümde hiperdens epidural hematomla uyumlu lezyon (Şekil 1) tespit edildi. Hastaya cerrahi dekompresyon önerildi. Hasta yakınlarının ameliyatı kabul etmemesi üzerine hasta yoğun bakım ünitesine yatırılarak takip edildi. Hastaya yakın nörolojik muayene takibi yapıldı. Dört saat sonra çekilen kontrol BBT'de hematom boyutlarında değişiklik

olmadığı görüldü. Nörolojik tablosunda da değişiklik olmayan hastaya 24 saat sonra ikinci kontrol BBT çekildi ve hematom boyutlarının artmadığı tespit edildi. yedi gün sonraki kontrol BBT'sinde de hematom boyutunda artış saptanmayan hasta taburcu edildi. Aylık poliklinik takibine alınan hastanın 3. ay kontrol BBT'sinde hematomun tamamen rezorbe olduğu görüldü (Şekil 2).

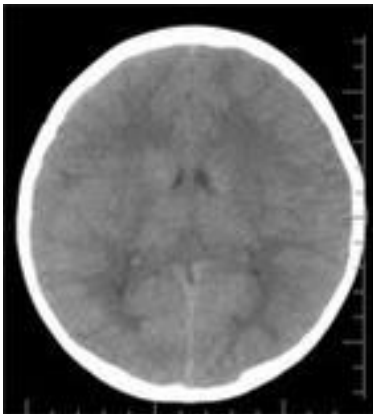
### TARTIŞMA

1990 yılında Pickard ve ark tarafından yapılan çalışmada epidural hematomların bütün cerrahi uygulamalar içerisinde en efektif cerrahilerden olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte literatürde yayınlanan farklı çalışmalarda epidural hematomların konservatif olarak da tedavi edilebileceği gösterilmiştir. İlk kez Weaver ve ark minimal semptomlu ve temporal epidural hematomlu 2 hastayı konservatif olarak başarılı bir şekilde tedavi ederek yayınlamışlardır (7). Kıymaz ve ark yaptığı çalışmada hastaların geliş Glasgow Koma Skoru (GKS) değerlerini en önemli prognostik faktör olarak bildirmişlerdir. Glasgow Koma Skoru değerleri 14 ve üzeri olan nörolojik ve klinik olarak iyi olan hiçbir fokal bulgusu olmayan 6 olgunun konservatif tedavi ile tamamen iyileştiğini göstermişler (8). Kolodziej ve ark ise GKS 14 ve üzerinde ve nörolojik olarak iyi olan hastalarda konservatif tedavinin verdiği iyi sonuçları rapor etmişlerdir (9). On beş olgudan oluşan bir başka çalışmada da epidural hematomların BBT ile ölçülen kalınlığı dikkate alınarak konservatif ya da cerrahi tedavi uygulanmış, 1 cm'den az kalınlığı ve 4 cm'den az antero-posterior uzunluğu olan ve beraberinde klinik ve nörolojik bulgusu olmayan olgular konservatif olarak tedavi edilmiştir (10). Chen ve ark ise



**Şekil 1.** Sağ frontotemporal bölgede lineer fraktür, sağ frontalde 53x17 mm boyutlarında, orta hat yapılarında 7 mm şifte neden olan bikonveks görünümde hiperdens epidural hematomla uyumlu lezyon

klinik bulgusu olmayan 15 mm'den az kalınlıkta, 30 cc'den az hacimde ve 5 mm'den daha az orta hat şiftine neden olan epidural hematoma'nın konservatif olarak tedavi edilebileceğini belirtmişlerdir (11). Knuckey ve ark'da konservatif tedaviye karar vermede ki en önemli belirleyici faktörün travmanın meydana gelmesinden hematomun tespit edilinceye kadar geçen zaman süresi olduğunu belirtmişlerdir (12). Olgumuzda hastanın çekilen BBT'sinde 17 mm kalınlık, 31,5 cc hacim, 7 mm orta hat yapılarında şift bulunmaktaydı. Literatür ve deneyimlerimiz doğrultusunda hastaya cerrahi tedavi planlanmasının uygun olduğu düşünülmüştür ancak hasta yakınlarının ameliyatı kabul etmemesi, nörolojik defisit ve pupil anizokorisinin bulunmaması nedeniyle hasta ameliyat edilmedi. Biz bu çalışmamızda radyolojik olarak literatürde belirtilenlerden daha büyük hacim daha fazla şift ve daha fazla kalınlıktaki epidural hematoma'nın da sık takiple konservatif olarak tedavi edilebileceğini sunmak istedik.



**Şekil 2.** Takibinin 3. ayında çekilen kontrol BT

#### KAYNAKLAR

1. Jamjoom AB, Kane N, Sandeman D. Epilepsy related to traumatic extradural hematoma. Br Med J 1991; 302 (6774): 448.
2. Aşkın Görgülü, M.Murat Taşkın. Bilateral epidural hematoma. Haydarpaşa Numune Hastanesi Tıp Dergisi 1994; 34: 221-4.
3. Rivas JJ, Lobato RD, Sarabia R, et al. Extradural hematoma . Analysis of Factors Influencing the Courses of Patients. Neurosurgery 1988; 23(1): 44-51.
4. Pang D, Horton JA, Herron JM, et al. Nonsurgical management of extradural hematomas in children. J Neurosurg 1983; 59: 958-71.
5. Aoki N: Epidural haematoma in newborn infants: Therapeutic consequences from the correlation between haematoma content and computed tomography features. A review. Acta Neurochir (Wien). 1990; 106 (1-2): 65-7.
6. Bricolo AP, Pasut LI. Extradural hematomas. Toward zero mortality, Neurosurgery 1984; 14: (1): 8-12.
7. Weaver D, Pobereskin L, Jane JA. Spontaneous resolution of epidural hematomas. Report of two cases. J Neurosurg 1981; 54: 248-51.
8. Kıymaz N, Demir Ö, Yazıcı T, ve ark. Akut epidural hematoma hastalarda prognozu belirleyen faktörler. Van Tıp Dergisi 2001; 8(4): 117-9.
9. Kolodziej W, Kiza P, Podgorski D. Acute posttraumatic epidural hematoma. Neurol Neurochir Pol 1999; 33(4): 955-70.
10. Keeney SE, Adcock EW, McArdle CB. Prospective observations of 100 high-risk neonates by high-field (1.5 Tesla) magnetic resonance imaging of the central nervous system. Intraventricular and extracerebral lesions. Pediatrics. 1991; 87(4) : 421-30.
11. Che TY, Wong CW, Chang CN, et al. The expectant treatment of "asymptomatic"supratentorial epidural hematomas. Neurosurgery 1993; 32: 176-9.
12. Knuckey NW, Gelbard S, Epstein MH. The management of asymptomatic epidural hematomas: A prospective study. J Neurosurg 1989; 70: 392-6.