

# Spontan Spinal Epidural Hematom: Olgu Sunumu

## *Spontaneous spinal epidural hematoma: a case report*

Türkiye Acil Tıp Dergisi - Turk J Emerg Med 2010;10(2):78-81

Neslihan YÜCEL,<sup>1</sup> Sinem Feride AĞGÜN,<sup>1</sup> Yusuf Kenan TEKİN,<sup>1</sup>  
Selami Çağatay ÖNAL,<sup>2</sup> Alpay ALKAN<sup>3</sup>

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
<sup>1</sup>Acil Tıp Anabilim Dalı, <sup>2</sup>Beyin ve  
Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, <sup>3</sup>Radyoloji  
Anabilim Dalı, Malatya

*Bu çalışma, 5. Ulusal Acil Tıp Kongresi'nde  
poster olarak sunulmuştur  
(19-22 Nisan 2009, Antalya).*

### ÖZET

Spontan spinal epidural hematoma nadir görülen, erken tanınıp, tedavi edilmediğinde kalıcı nörolojik defisit ve ölüm ile sonuçlanabilen bir acildir. Bu yazıda, acil servise sırt ağrısı ve parapleji ile başvuran, incelemeler sonrasında spontan spinal epidural hematoma tanısı alan 34 yaşındaki erkek hastayı sunuldu.

**Anahtar sözcükler:** Manyetik rezonans görüntüleme; spinal epidural hematoma, spontan.

### SUMMARY

*Spontaneous spinal epidural hematoma is a rare clinical disorder that might result in permanent neurological deficit and death when left untreated. We present a 34 year old male admitted to our emergency department with back pain and paraplegia, and being diagnosed with spontaneous spinal epidural hematoma.*

**Key words:** Magnetic resonance imaging; spinal epidural hematoma, spontaneous.

### İletişim

Dr. Neslihan YÜCEL

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Acil Tıp Anabilim Dalı, Malatya, Turkey.  
Tel: +90 - 422 - 341 06 60  
Elektronik posta: nyucel@inonu.edu.tr

## Giriş

Spontan spinal epidural hematoma (SSEH), acil servislerde oldukça nadir görülen sırt ve bel ağrısı nedeni olup, erken tanı konulup ve tedavi edilememesi durumunda kalıcı nörolojik defisit ve ölüm ile sonuçlanabilen bir acildir.<sup>[1]</sup> SSEH ani başlayan sırt ve boyun ağrısı sonrasında, lezyonun seviyesine göre paraparezi veya kuadripareziye ilerleyebilen bir klinik ile kendini göstermektedir. Spinal epidural hematomanın (SEH) saptanmasında en değerli yöntem manyetik rezonans görüntülemesidir (MRG). SSEH tanısı alan hastalarda en uygun tedavi yaklaşımı ise erken dekompresyon amaçlı cerrahi girişimdir.

Bu çalışmada, sırt ağrısı ile başvurduğu acil serviste, izlem sırasında nörolojik defisit geliştiren ve incelemeler sonrasında SSEH tanısı alan bir olgu sunulmaktadır.

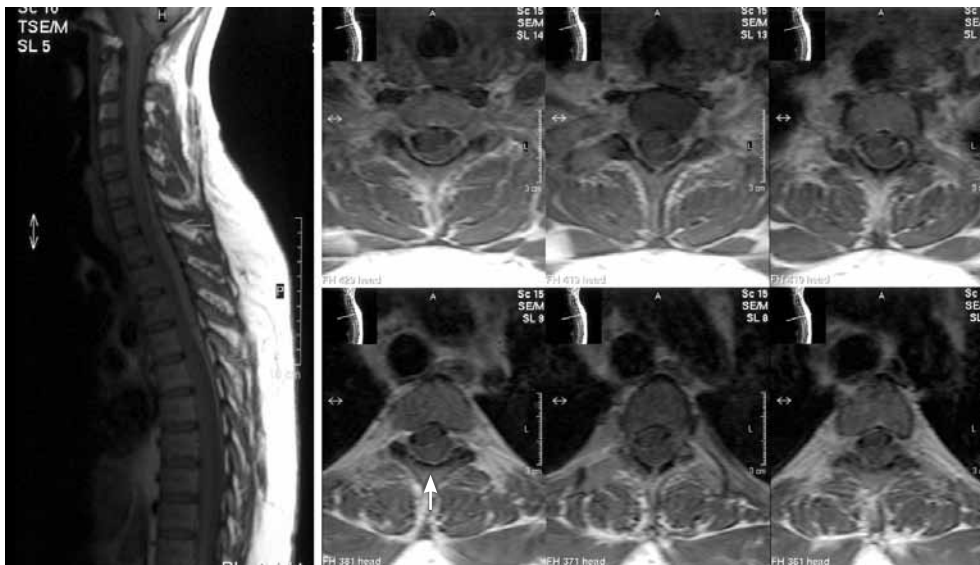
## Olgu Sunumu

Otuz dört yaşında erkek, interskapular bölgede iki gün önce başlayan ağrı yakınması ile acil servisimize başvurdu. Herhangi bir hastalık, travma ve ilaç kullanım öyküsü bulunmamaktaydı. Hastanın yaşamsal bulguları normal sınırlarda olup, muayenesinde anormal bir bulgu saptanmamıştı. EKG’de sinüs bradikardisi tespit edilmişti. Laboratuvar değerleri, lökosit sayımındaki yükseklik ( $22.000/mm^3$ ) dışında normaldi. Kreatin fosfokinaz, miyoglobulin, troponin-I ve CK-MB düzeyleri normal sınırlardaydı. Arka-ön akciğer grafisi ve toraks tomografisi normal olarak değerlendirilmişti.

Acil servisteki görüntüleme tetkiklerinin tamalanmasından yaklaşık bir saat sonra hastanın alt ekstremitelerinde motor ve duyu kaybı gelişti. T5 düzeyinden başlayan bilateral pleji ve duyu kaybı ile bilateral derin tendon reflekslerinde ve anal sfinkter tonusunda azalma saptandı. Öykü derinleştirildiğinde, hastanın sırt ağrısının iki gün önce katıldığı bir düğün töreninde halay çektikten hemen sonra başladığı ortaya çıktı. Semptom ve bulgular göz önüne alındığında, medulla spinalisi etkileyen bir hastalık düşünüldü, servikal ve torakal MRG planlandı. MRG incelemesinde C6-T6 düzeyinde T1 ağırlıklı görüntülerde hiperintens, T2 ağırlıklı görüntülerde izointens sinyal özelliği gösteren, subakut döneme ait olduğu düşünülen epidural yerleşimli hematomun spinal korda posteriordan belirgin bası yaptığı tespit edildi (Şekil 1). Hastanın INR ve aPTT değerleri normal sınırlarda bulundu. Hızla konsülte edilen hastaya acil servise başvurusundan 6 saat sonra laminektomi ve hematoma drenajı uygulandı. Uygulanan cerrahi girişimden 1 ay sonra yapılan kontrolde, hastanın sekelsiz iyileştiği tespit edildi.

## Tartışma

SEH, nadir bir acil servis başvuru nedeni olup spinal aralıkta yer kaplayan lezyonların %1’den azını oluşturmaktadır.<sup>[2]</sup> SEH spontan ve travmatik olmak üzere iki grupta incelenmektedir. SSEH’li hastaların %40-50’sinde altta yatan bir neden bulunamaktadır. SSEH’li hastalarda kanamaya neden faktörler arasında koagülopatiler (hemofili gibi), kontrol altına alınamayan hipertansiyon, antiko-



**Şekil 1.** T1 ağırlıklı sagittal (sol) ve aksiyel (sağ) görüntülerde, hiperintens sinyal özelliğindeki epidural yerleşimli hematomun spinal korda posteriordan belirgin bası yaptığı izlenmektedir.

gülan veya antiagregan ilaç kullanımı, kokain kullanımı, gebelik, lösemi, damar anomalileri, intratorasik ya da intraabdominal basınç artışına neden olan durumlar (Valsalva manevrası, öksürük gibi) yer almaktadır.<sup>[3-7]</sup> Minör vertebra travmaları (atlama, zıplama, vb) sonrasında epidural aralıkta gözlenen kanamalar da SSEH kapsamında değerlendirilmektedir. Travmatik SEH'ye majör vertebra travmaları, spinal cerrahi girişimler, epidural kateter yerleştirilmesi, lomber ponksiyon ve ağrı tedavisi için yapılan spinal girişimlerin neden olduğu düşünülmektedir.<sup>[8]</sup> Bizim olgumuz, epidural aralıkta kanamaya neden olacak herhangi bir predispozan duruma sahip olmaması, kanama panelinin normal sınırlarda bulunması ve hasta yakınmalarının katıldığı bir düğün töreninde halay çektikten hemen sonra başlaması nedeni ile SSEH olarak düşünülmüştür.

SSEH tüm yaş gruplarında görülmekle birlikte dördüncü ve beşinci dekattan sonra görülme sıklığı artmaktadır.<sup>[2]</sup> SEH hem servikotorasik, hem de torakolomber bölgeyi tutabilmekle birlikte hastaların %30'unda tutulum C5-T2 düzeyinde görülmektedir.<sup>[9]</sup> Hematom sıklıkla birkaç segmentte sınırlı olmakta ve hastaların %86'sında spinal kanalın posterioruna yerleşmektedir. Kanamanın kaynağı tartışmalı olsa da, ince duvarlı ve kapakları olmayan posterior epidural venöz pleksusun intratorasik ve intraabdominal basınç değişikliklerinden doğrudan etkilenmesi sonucunda SSEH geliştiği öne sürülmektedir.<sup>[9,10]</sup> Bunun dışında intratekal basıncın venöz pleksustaki basınçtan daha yüksek olması nedeni ile epidural arterlerdeki küçük bir yırtığın da SSEH nedeni olabileceği öne sürülmüştür.<sup>[11]</sup>

Hastalarda başvuru nedeni sıklıkla boyunda, sırtta, interskapüler bölgede ya da ekstremitelerdeki ağrıdır. Ağrı tipik olarak ani başlangıçlı, şiddetli ve lokalize iken ekstremitelerdeki ağrı sıklıkla radiküler karakterdedir. Ağrıdan sonraki dakikalar, saatler, hatta günler içerisinde spinal kord basısına bağlı bulgular ortaya çıkabilmektedir. Hematomun bulunduğu spinal kord düzeyine uyan ve hızla ilerleyen motor ve duyu kaybı gelişmektedir. Hastalar nörolojik defisit olmadan sadece ağrı yakınması ile acil servise başvurabilirler, bu durumda SSEH tanısının konması son derece güç olabilir. Nörolojik defisiti bulunmayan hastaların ayırıcı tanısında akut myokard infarktüsü, pulmoner emboli, spontan pnömotoraks, aort diseksiyonu ve ülser perforasyonu düşünülebilir. Ağrıya eşlik eden nörolojik defisiti olan hastalarda ise akut rüptüre disk hernisi, epidural kitle, transvers myelit, spondilit, Guillain-Barre

sendromu, epidural apse, epidural subaraknoid kanama, vertebra kırığı ve aort diseksiyonu ayırıcı tanıda düşünülmelidir.<sup>[4]</sup>

SSEH tanısında MRG seçilmesi gereken görüntüleme yöntemidir. MRG kanama süresi, hematoma lokalizasyonu, spinal kord ödemi ve spinal kord basısının derecesini belirlemede en doğru bilgiyi sağlamaktadır. SSEH, T1 ağırlıklı görüntülerde kanama sonrası ilk 24 saat içinde izointens, 24 ile 36 saat arasında ise hiperintens sinyal değişiklikleri ile karakterizedir.<sup>[1]</sup> Bu çalışmada sunulan olgu minör travmanın yaklaşık 48 saat sonrasında acil servise başvuru yapmıştı. T1 ağırlıklı görüntülerde hiperintens, T2 ağırlıklı görüntülerde izointens sinyal değişiklikleri kanamanın subakut dönemde olduğu düşündürmüştü.

SSEH tanısı alan hastalarda dekompresyon amaçlı cerrahi girişimlerin (laminektomi ve hematoma drenajı) acil olarak uygulanması, nörolojik defisitinin geri döndürülebilmesi ya da sınırlandırılması açısından en uygun tedavi seçeneğini oluşturmaktadır. SSEH hastalarında "preoperatif nörolojik durum" ile "semptomların başlaması ile cerrahi girişimin uygulanması arasında geçen süre" prognozu belirleyen en önemli faktörler arasındadır.<sup>[12]</sup> Nörolojik iyileşmenin düzeyi açısından kritik sürenin kısmi nörolojik defisiti olan hastalar için 48 saat, tam nörolojik defisiti olan hastalar için ise 36 saat olduğu ileri sürülmüştür.<sup>[12]</sup> Bir meta-analizde, nörolojik defisitinin ortaya çıkmasının ardından 12 saat içinde cerrahi girişim uygulanan hastalarda nörolojik iyileşme oranları oldukça yüksek olarak saptanmıştır.<sup>[13]</sup> Nörolojik defisiti olmayan, ilerlemeyen ılımlı nörolojik defisiti olan ve nörolojik defisiti spontan gerileyen hastaların konservatif olarak izlenebileceğini bildiren çalışmalar da mevcuttur.<sup>[14]</sup>

## Sonuç

Acil servise sırt ağrısı ile gelen ve seviye veren nörolojik kusuru bulunan hastaların ayırıcı tanısında SSEH düşünülmelidir. Acil servis hekimlerinin SSEH hastalarını erkenden tanıyabilmeleri, cerrahi girişimi erken yapılması ve kalıcı sekellerin önlenmesinde birincil öneme sahiptir. MRG, SSEH düşünülen hastalarda tercih edilmesi gereken görüntüleme yöntemidir.

## Kaynaklar

1. Holtås S, Heiling M, Lönntoft M. Spontaneous spinal epidural hematoma: findings at MR imaging and clinical correlation. *Radiology* 1996;199:409-13.
2. Groen RJ, Ponsse H. The spontaneous spinal epidural hematoma. A study of the etiology. *J Neurol Sci* 1990;98:121-38.

3. Nojiri H, Kim S, Tsuji T, Uta S. Spontaneous spinal epidural hematoma as the initial presentation of leukemia. *Eur Spine J* 2009;18:220-3.
4. Cullen DJ, Bogdanov E, Htut N. Spinal epidural hematoma occurrence in the absence of known risk factors: a case series. *J Clin Anesth* 2004;16:376-81.
5. Dinsmore AJ, Leonard RB, Manthey D. Spontaneous spinal epidural hematoma: a case report. *J Emerg Med* 2005;28:423-6.
6. Cywinski JB, Parker BM, Lozada LJ. Spontaneous spinal epidural hematoma in a pregnant patient. *J Clin Anesth* 2004;16:371-5.
7. Uber-Zak LD, Venkatesh YS. Neurologic complications of sit-ups associated with the Valsalva maneuver: 2 case reports. *Arch Phys Med Rehabil* 2002;83:278-82.
8. Tseng SH, Chen Y, Lin SM, Wang CH. Cervical epidural hematoma after spinal manipulation therapy: case report. *J Trauma* 2002;52:585-6.
9. Shin JJ, Kuh SU, Cho YE. Surgical management of spontaneous spinal epidural hematoma. *Eur Spine J* 2006;15:998-1004.
10. Groen RJ. Non-operative treatment of spontaneous spinal epidural hematomas: a review of the literature and a comparison with operative cases. *Acta Neurochir (Wien)* 2004;146:103-10.
11. Beatty RM, Winston KR. Spontaneous cervical epidural hematoma. A consideration of etiology. *J Neurosurg* 1984;61:143-8.
12. Groen RJ, van Alphen HA. Operative treatment of spontaneous spinal epidural hematomas: a study of the factors determining postoperative outcome. *Neurosurgery* 1996;39:494-509.
13. Kreppel D, Antoniadis G, Seeling W. Spinal hematoma: a literature survey with meta-analysis of 613 patients. *Neurosurg Rev* 2003;26:1-49.
14. Lefranc F, David P, Brotchi J, De Witte O. Traumatic epidural hematoma of the cervical spine: magnetic resonance imaging diagnosis and spontaneous resolution: case report. *Neurosurgery* 1999;44:408-11.