

Spontan İntraserebral Hematom: 177 Olgunun Analizi

Feriha özer*, İlhan Elmacı**, Fikret Aysal*, Dilek Ataklı*, Baki Arpacı*

ÖZET

Bu çalışmaya Bilgisayarlı Tomografi (BT) ile tespit edilen 177 nontravmatik İntraserebral Hematom (İSH), vakası alınmıştır. BT ile kanamanın lokalizasyonu ve ventriküllere açılıp, açılmadığı saptanmıştır. Kanamanın başlangıç şekli, hastaların hastaneye gelişteki nörolojik tablo ve suur durumları, arteriyel kan basıncının kanamadaki rolü, kanamanın yaşa göre dağılımı, hastaların hastaneden çıkış durumları ile prognoz ve mortoliteyi etkileyen faktörler incelenmiştir.

Anahtar kelimeler: Spontan İntraserebral Hematom, Mortalite, Bilgisayarlı Tomografi

Düşünen Adam, 1991, 4(3): 64-70

SUMMARY

We studied 177 cases with nontraumatic intracerebral hematoma diagnosed by CT scan. The location of the hematoma and the existence of ventricular extension are observed by CT scan. We examined the initial form of the hematoma, the initial neurologic picture of the patient and the state of consciousness, the role of arterial blood pressure, age proportion of hematomas, the clinical picture of the patient at the end of the hospitalisation time, and the factors that effect on pronosis and mortality.

Key words: Spontane Intracerebral Hematoma, Mortalite, Computed Tomography.

Düşünen Adam, 1991, 4(3): 64-70

Spontan intraserebral hematoma, travma olmaksızın spontan beyin parankimi içine kanamalıdır. 1932 yılında Charles Baplesy intrakranial kanamaları subaraknoid ve intraserebral olarak ikiye ayırdı. Önceleri tanı ve lokalizasyon için klinik nörolojik muayene ve lomber ponksiyon kullanılırken, 70'li yıllardan sonra BT kullanımı ile tanı ve lokalizasyondaki bilgilerimiz artmıştır. ABD' de bir yılda görülen Strok'ların % 6.3-12'sini İSH' lar oluştururlar. Tüm İSH'ların % 67.9'u ölümle sonuçlanır. Olguların % 70-90'ı hipertansif olup 2/3'si 45-75 yaş arasındadır (7, 11).

Hipertansif intraserebral kanamalar % 64 bazal ganglionlarda, % 13 ak maddede, % 10-12 pons ve orta beyinde, % 12 serebellumda ve % 11 talamusta lokalizedir (11).

Bu çalışmada, Ocak 1989-Kasım 1990 tarihleri arasında kliniğimizde izlenen 177 İSH olgusunun, lokalizasyonları, hastaneye geliş ve çıkıştaki nörolojik tabloları, prognozu ve mortaliteyi etkileyen faktörler analiz edilmiştir.

MATERYAL VE METOD

Ocak 1989-Kasım 1990 tarihleri arasında Bakır-

köy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Nöroloji Kliniğine, Serebrovasküler atak nedeni ile başvuran ve BT ile kesin İSH tanısı konan 177 vaka çalışmaya dahil edilmiştir. Klinik olarak İSH düşünülen, ancak BT çektiremeyen hastalar ile travmatik intraserebral hematomlar, AVM veya anevrizma rüptürüne bağlı kanamalar, tümör lojuna olan kanamalar ile primer subdural ya da subaraknoidal kanamalar ve hemorajik enfarkt'lar bu çalışmanın dışında tutulmuştur.

Çalışmaya alınan hastaların yaşları 29 ve 88 arasında olup, yaş ortalaması 61.95'dir. Hastaların 78'i erkek (%44), 99'u kadın (%56) idi.

Hastalara gelişlerinden sonra 1-3 gün içinde BT çektirildi ve hastalar ortalama 3 hafta süre ile klinik takipte tutuldu. Hastaların gelişteki tabloları ayrıntılı sistemik ve nörolojik muayene ile kaydedildi. Rutin laboratuvar incelemeleri yapıldı, EKG ve telekardiografileri çekildi.

Olgular hematoma BT lokasizasyonuna göre:

1. Talamik
2. Putaminal
3. Lober
4. Pontin ve mezensefalik
5. Serebellar

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Nöroloji Kliniği.

** Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği.

6. Masif
7. İntraventriküler
8. Kaudat

olarak sınıflandırıldı. Bu sınıflandırmaya göre uygulanan parametreler: İnmenin başlangıç şekli, hastaneye başvuru üzerindeki nörolojik tablo ve şuur durumu, kan basıncı düzeyi ile kanama arasındaki ilişki, kanamaların yaşa göre dağılımı ve ventriküllere açılma durumu, hastaların hastaneden çıkış durumları idi. Şuur durumu açık, konfüzyon, somnolans, stupor, prekoma, koma olarak, başlangıç şekli ise akut ve tedrici olarak derecelendirildi. Nörolojik tablo sınıflandırması, pleji, ağır parezi (1/5-2/5), orta derecede parezi (3/5), hafif parezi (4/5), lateralizasyon vermeyen olgular olarak yapıldı. Yaş dağılımı 29-50 yaş, 51-60 yaş, 61-70 yaş ve 70 yaş üstü olarak yapıldı. Kan basıncı değerlendirilmesinde, 150/90 mmHg ve altı normotansif, 150/90 mmHg üstü hipertansif olarak kabul edildi. Ventriküllere açılma durumu ise BT ile değerlendirildi.

BULGULAR

177 İSH olgusunun, 129'u (% 72.9) akut, 48'i (% 27.9) tedrici başlangıç göstermişti (Tablo 1). Olguların 48'i (% 27.1) Talamik, 63'ü (%35.6) Putaminal, 27'si (%15.3) Lober, 8'i (% 4.5) Pontin ve mezensefalik, 11'i (% 6.2) Serebellar, 14'ü (% 7.9) Masif, 2'si (% 1.1) Kaudat, 4'ü (%2.3) İntraventriküler yerleşimli idi (Tablo 2).

177, İSH olgusunun 21'i (%11.9) 29-50 yaş, 53'ü (% 29.9) 51-60 yaş, 58'i (% 32.8) 61-70 yaş, 45'i (% 25.4) 70 yaş üstündeki gruptandı. Hemorajinin en sık rastlandığı yaş grubu 61-70 yaş olarak saptandı.

Hastaların, hastaneye başvuru üzerindeki nörolojik bulguları hemoraji lokalizasyonuna göre Tablo 3'de klasifiye edilmiştir. Olguların 73'ü (% 41.2) tam pleji, 37'si (% 20.9) ağır parezi, 15'i (% 8.5) orta derecede parezi, 42'si (% 23.8) hafif parezi ile başvurdu. 10 (%5.6) olgunun lateralizasyon bulgusu olmayıp baş ağrısı, dalgınlık ve şuur bulanıklığı vardı. Tam pleji en sıklıkla putaminal hematomlarda, hafif parezi ise sıklıkla lobar hematomlarda tespit edildi.

Hastaların hastaneye başvuru üzerindeki şuur durumları Tablo 4'de gösterilmiştir. 98 (% 55.4) olguda şuur açık, 2 (% 1.1) olguda konfüzyon, 30 (%16.5) olguda somnolans, 3 (% 1.75) olguda stupor, 5 (% 2.9) olguda prekoma, 39 (% 22) olguda koma saptanmıştır.

Hastaların şuur durumu ile prognoz arasındaki ilişki, Tablo 5' de gösterilmiştir. Tüm olguların 64'ü (% 36.1) eks olup 113'ü (% 64.95) halen yaşamaktadır. Prekoma ve koma ile genel toplam 44 olgunun 41'i (% 93.1) eks olurken, geri kalan 133 olgunun 23'ü (% 17.3) eks olmuştur. Prekoma ve koma ile gelen olgularda ve beyin sapı lokalizasyonlu hematomlarda ve kitle etkisi fazla olan hematomlarda mortalite oranlarının yüksek olduğu gözlenmiştir.

177 olgunun, 27' si (% 15.3) normotansif, 150'si (% 84.7) hipertansif bulunmuştur (Tablo 6). Tüm olguların 54'ünün (% 30.5) ventriküllere açıldığı tespit edilmiştir (Tablo 7). Anlaşılabileceği üzere Kaudat ve Masif kanamalarda ventriküllere açılma oranı yüksek bulunmuştur. Talamik kanamalar ventriküllere açılma sıklığında üçüncü gruba oluşturmaktadır. Ventriküllere açılma ile mortalite arasındaki ilişki incelendiğinde, masif kanamalarda mortalite % 91.7, putaminal kanamalarda

Tablo 1: İnmenin Başlangıç şekli.

Başlangıç	Talamik	Putaminal	Lober	Pontin ve Mezen	Serebellar	Masif	Kaudat	İntra Vent.	Toplam	%
Akut	36	43	22	5	10	9	2	2	129	72.9
Tedrici	12	20	5	3	1	5	-	2	48	27.1

Tablo 2: İntraserebral Hematomların Anatomik Lokalizasyonları.

	Talamik	Putaminal	Lober	Pontin ve Mezen.	Serebellar	Masif	Kaudat	İntra Vent.	Toplam	%
Vaka	48	63	27	8	11	14	2	4	177	
%	27.1	35.6	15.3	4.5	6.2	7.9	1.1	2.3	100	

Tablo 3: Hemorajinin Lokalizasyonuna göre Nörolojik Bulgular.

	Talamik		Putaminal		Lober		Pontin ve Mez.		Serebellar		Masif		Kaudat		İntra Vent.		Toplam	%
	O.S.	%	O.S.	%	O.S.	%	O.S.	%	O.S.	%	O.S.	%	O.S.	%	O.S.	%		
Tam pleji	19	39.5	36	57.2	7	25.9	3	37.5	-	-	8	57.2	-	-	-	-	73	41.2
Ağır Parezi (1/5-2/5)	14	29.2	9	14.3	5	18.5	5	62.5	-	-	3	21.4	-	-	1	25	37	20.9
Orta derecede parezi (3/5)	8	16.7	5	7.9	-	-	-	-	1	9.1	-	-	-	-	1	25	15	8.5
Hafif parezi (4/5)	7	14.6	13	20.6	13	48.2	-	-	6	54.5	-	-	1	50	2	50	42	23.8
Lateralizasyon vermeyip, baş ağrısı, dalgınlık, şuur bulanıklığı ile gelenler	-	-	-	-	2	7.4	-	-	4	36.4	3	21.4	1	50	-	-	10	5.6
	48		63		27		8		11		14		2		4		177	

O.S.: Olgu sayısı.

Tablo 7: Kanamaların Lokalizasyonlarına göre Ventriküllere Açılma Durumları.

	Talamik		Putaminal		Lober		Pontin ve Mez.		Serebellar Vent.		Masif		İntra		Toplam	%		
	O.S.	%	O.S.	%	O.S.	%	O.S.	%	O.S.	%	O.S.	%	O.S.	%				
Ventriküllere açılan	18	37.5	12	19	3	11.1	-	-	3	27.3	12	85.7	2	100	4	100	54	30.5
Ventriküllere açılmayan	30	62.5	51	81	24	88.9	8	100	8	72.7	2	14.3	-	-	-	-	123	69.5
	48		63		27		8		11		14		2		4		177	

O.S.: Olgu sayısı.

Tablo 4: Hastaların Başvurudaki Şuur Durumları.

Şuur	Talamik	Putaminal	Lober	Pontin ve mezen	Serebellar	Masif	Kaudat	İntra vent.	Toplam	%
Açık	32	32	17	4	7	2	1	3	98	55.4
Konfüzyon	-	1	1	-	-	-	-	-	2	1.1
Somnolans	8	14	5	1	-	1	1	-	30	16.9
Stupor	1	2	-	-	-	-	-	-	3	1.7
Prekoma	1	2	1	1	-	-	-	-	5	2.9
Koma	6	12	3	2	4	11	-	1	39	22.0
Toplam	48	63	27	8	11	14	2	4	177	

Tablo 5: Hastaların Başvurudaki Şuur Durumları İle Prognoz Arasındaki İlişki.

	Açık	Konfüzyon	Somnolans	Stupor	Prekoma	Koma	Toplam	%
Eksitus	10	-	12	1	3	38	64	36.1
Yaşayan	88	2	18	2	2	1	113	64.9
Toplam	98	2	30	3	5	39	177	

Tablo 6: Kan basıncı Düzeyi ile Lokalizasyonlarına göre İSH'lar Arasındaki İlişki.

Arteriyel KB.	Talamik	Putaminal	Lober	Pontin ve mezen	Serebellar	Masif	Kaudat	İntra vent.	Toplam	%
Normotansif (150/90 mmHg ve altı)	2	9	11	-	2	3	-	-	27	15.3
Hipertansif (150/90 mmHg üstü)	46	54	16	8	9	11	2	4	150	84.7
Toplam									177	

% 83.3, lobler kanamalarda % 66.7 idi. Ventriküllerle açılma saptanan 2 Kaudat lokalizasyonlu kanamada mortalite oranı 0'dır. Ventriküllerle açılma sıklığı putaminal ve lobler kanamalara göre daha yüksek tespit edilen talamik kanamalarda mortalite oranı, diğer iki lokalizasyondaki ventriküle açılmış kanamalarda mortalite oranlarından düşüktür. Ventriküllerle açılmayan, putaminal veya lobler lokalizasyonlu kanamalarda mortalite oranı yüksek değildir (Tablo 8)(Tablo 9).

Buradan da anlaşılacağı üzere, mortalite oranlarının yüksekliği ile, kanamanın büyüklüğü, yaptığı parankim harabiyetinin derecesi ve ventriküllerle açılma durumu arasında doğru orantılı bir ilişki vardır.

Hastalar, ailenin isteği ile erken taburcu edilen bir hasta dışında, ortalama 3 hafta süre ile hastanede tutulmuşlardır. Çıkış durumları Tablo 10'da gösterilmiş olup, 42 (% 23.7) hasta tam ya da tama yakın şifa, 22 (% 12.4) hasta hafif parezi,

Tablo 8: Ventriküllere açılma durumu ile mortalite arasındaki ilişki.

	Talamik		Putaminal		Lober		Pontin ve Mezen.		Serebellar		Masif		Kaudat		İntra Vent.		Toplam	%
	O.S.	%	O.S.	%	O.S.	%	O.S.	%	O.S.	%	O.S.	%	O.S.	%	O.S.	%		
Eksitus	8	44.4	10	83.3	2	66.7	-	-	3	100	11	91.7	-	-	2	50	36	66.6
Yaşayan	10	55.6	2	16.7	1	33.3	-	-	-	-	1	8.3	2	100	2	50	18	33.4

O.S.: Olgu sayısı.

Tablo 9: Ventriküllere açılmamış olan kanamalarda, Lokalizasyonlara göre mortalite oranları

	Talamik		Putaminal		Lober		Pontin ve Mezen.		Serebellar		Masif		Kaudat		İntra Vent.		Toplam	%
	O.S.	%	O.S.	%	O.S.	%	O.S.	%	O.S.	%	O.S.	%	O.S.	%	O.S.	%		
Eksitus	5	16.7	11	21.6	4	16.7	5	62.5	2	25	1	50	-	-	-	-	28	22.8
Yaşayan	25	83.3	40	78.4	20	83.3	3	37.5	6	75	1	50	-	-	-	-	95	77.2
	30		51		24		8		8		2						123	

O.S.: Olgu sayısı.

Tablo 10: Hastaların çıkış durumları.

	Talamik	Putaminal	Lober	Pontin ve mezen.	Serebellar	Masif	Kaudat	İntra vent.	Toplam	%
Tam yada tama ya- kın şifa	8	13	14	1	5	-	1	-	42	23.7
Hafif pa- rezi (4/5)	10	7	3	-	-	-	1	1	22	12.4
Orta dere- ced parezi (3/5)	5	2	-	1	-	1	-	1	10	5.7
Ağır pare- zi (1/5-2/5)	4	4	2	1	1	-	-	-	12	6.8
Pleji	8	16	2	-	-	1	-	-	27	15.3
Eksitus	13	21	6	5	5	12	-	2	64	36.1
Toplam	48	63	27	8	11	14	2	4	177	

10 (% 5.7) hasta orta derecede parezi, 12 (% 6.8) hasta ağır parezi, 27 (% 15.3) hasta pleji ile taburcu edilirken, 64 (% 36.1) hasta kaybedilmiştir.

Hastaların geliş ve çıkıştaki nörolojik tabloları karşılaştırıldığında, 73 hasta, tam pleji ile gelmişken (% 41.2), 27 hasta tam pleji ile (% 15.3) taburcu edilmiştir. Buna karşılık 37 hasta ağır parezi ile (% 20.9) gelmişken, 12 hasta ağır parezi ile (% 6.8) taburcu edilmiştir (Tablo 3- Tablo 10).

Mevcut kanamanın lokalizasyonu ile, ölümler arasındaki ilişki incelendiğinde ise bulunan oranlar, Talamik kanamalarda % 27.1, Putaminal kanamalarda % 33.3, Lober kanamalarda % 22.2, Pontin ve mezensefalik kanamalarda % 62.5, Serebellar kanamalarda % 45.5, Masif kanamalarda % 85.7, Kaudat kanamalarda % 0, İntraventriküler kanamalarda % 50' dir. Bu oranlardan da anlaşılacağı gibi, Masif, Pontin ve mezensefalik ve İntra-ventriküler hemorajilerde ölüm oranları yüksek bulunmuştur.

Mevcut bulgular birlikte değerlendirildiğinde, mortalite yönünden etkili olan faktörlerin:

1. Hastaların ilk gelişteki şuur durumları
2. Hematomun büyüklüğü ve masif olması
3. Hematomun ventriküllere açılmış olması olduğu tespit edilmiştir.

TARTIŞMA

İSH'lar tüm inmeler içerisinde % 10 oranında görülmektedir (1, 7, 11). Olgularımızda akut başlangıç % 72.9 olarak tespit edilmiştir. Literatürde bu oran % 75-85 olarak bildirilmektedir (8, 9).

Olgularımız lokalizasyonlarına göre incelendiğinde, % 27.1 Talamik, % 35.6 Putaminal, % 15.3 Lober, % 4.5 Pontin ve mezensefalik, % 6.2 Se-

rebellar, % 7.9 Masif, % 1.1 Kaudat, % 2.3 İntra-ventriküler hematoma oranları tespit edilmiştir. Literatürde ise kanama lokalizasyonları açısından farklı oranlar bildirilmekte olup, Putaminal hematomlar % 34 oranı ile en sık görülen grubu oluşturmakta, onu sıklık sırasına göre Lober ve Talamik hematomlar izlemektedir (4, 6, 11).

Strok başlangıcındaki şuur durumları incelendiğinde ise olgularımızdan % 55.4'ünde şuur açık, geri kalan % 44.6'sında ise şuur az yada çok etkilenmiş olarak tespit edilirken, literatürde şuur etkilenimi % 42-77 oranında bildirilmiştir (2, 9). Literatürde hipertansiyon oranı % 59-90 olduğu halde, olgularımızda % 84.7 olarak bulunmuştur (2, 6). Çalışmamızda İSH'ların en sık rastlandığı yaş grubu olarak 61-70 yaş arası, ikinci sıklıkta ise 51-60 yaş arası tespit edilmiş olup, bu literatür bilgilerimizle uyumludur (2, 3, 10).

Çalışmamızda ventriküllere açılma oranı, % 30.5'dur ve rastlanma sıklığı sırası ile, Kaudat, Masif ve Talamik hematomlarda yüksektir. Garde ve arkadaşlarının, BT'ye dayalı olarak yaptıkları bir çalışmada ventriküllere açılma oranı % 43 olarak bulunmuş ve özellikle Santral ve Talamik hematomlarda daha sıklıkla rastlandığı bildirilmiştir (2).

Olgularımızda mortalite oranı % 36.1'dir ve ventriküllere açılmış olan kanamalarda mortalite oranları yüksek bulunmuştur. Ventriküllere açılma dışında, kanamanın büyüklüğü ve lokalizasyonunda mortalitede önemli faktörler olduğunu tespit ettik. Aynı büyüklük ve lokalizasyonda olmasına rağmen, ventriküllere açılmamış olan kanamalarda mortalite oranları daha düşüktü ve buda literatür bilgileri ile uyumludur (2, 10). Kase ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada Lober kanamalarda mortalite oranı % 32 olarak bulunmuşken,

bu oran bizim çalışmamızda % 22.2'dir (4).

Prekoma ve koma ile gelen olgularımızda mortalite oranını %93.1 gibi çok yüksek bir oranda tespit ederken, geri kalan olgularda bu oranı %17.3 olarak bulduk. Bu durum başlangıçtaki bilinç durumunun, prognoz yönünden önemli olduğunu göstermek bakımından değerlidir ve literatürde de, bilinç düzeyi bozukluğu ile mortalite arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu yolunda bilgi vardır (5, 10).

Prognoz yönünden, hastaların başlangıçtaki şuur durumları, hematomun büyüklük ve lokalizasyonu ve ventriküllere açılma durumu önemli faktörlerdir ve lokalizasyonlarına göre en iyi prognoza sahip olan grup Lober hematomlardır.

KAYNAKLAR

1. Drury Ivo MB, Whisnant JP, Garraway WM: Primary intracerebral hemorrhage: Impact of CT on incidence. Neurology 1984, 34: 653-657.
2. Garde Astrid, Böhmer Gerhard, Selden Bertil, et al: 100 Cases of Intracerebral Haematoma. Eur. Neurol. 1983, 22: 161-172.
3. Kaneko M, Tanaka K, Shimada T, et al: Long-term evaluation of ultra-early operation for hypertensive intracerebral hemorrhage in 100 cases. J. Neurosurg 1983, 58: 838-842.
4. Kase CS, Williams JP, Wyatt DA, et al: Lobar intracerebral hematomas: Clinical and CT analysis of 22 cases. Neurology, 1982, 32: 1146-1150.
5. Kase Carlos S: Intracerebral Hemorrhage: Non-Hypertensive Causes. Stroke 1986, 17/4, 590-594.
6. Kase Carlos S, Mohr JP: General Features of Intracerebral Hemorrhage, in Barnett HJM, Stein BM, Mohr JP, Yatsu DM (ed): Stroke. New York: Churchill Livingstone, 1986, 497-521.
7. Reunanen A, Aho K, Anomaa A, et al: Research institute for Social security. Stroke, 1986, 17/4: 675-681.
8. Rusalleda J, Peiro A: Prognostic factors in intraparenchymatous hematoma with ventricular hemorrhage. Neuroradiology, 1986, 20: 34-37.
9. Sarıbaş O, Baysal Aİ, Kuruoğlu R: Beyin damar hastalıklarında teşhis ve tedavi. Ankara, 1983, 65-67.
10. Steiner I, Gomoris JM, Melamed E: The Prognostic Value of the CT Scan in Conservatively Treated Patients With Intracerebral Hematoma. Stroke 1984 15/1, 279-282.
11. Thomas BD: Spontaneous Intracerebral Hemorrhage, in Wilkins RH, Rengachary SS (ed): Neurosurgery. New York: Mc Graw-Hill Book Company, 1985, 1510-1517.