

Serebral Venöz Sinüs Trombozuna Bağlı İntrakraniyal Hipertansiyon ve Subhyaloid Hemoraji Olgusu

A Case of Intracranial Hypertension and Subhyaloid Hemorrhage Due to Cerebral Venous Sinus Thrombosis

Dr. Mualla ŞAHİN HAMURCU,^a
Dr. Ahmet ŞENGÜN,^b
Dr. Defne KALAYCI,^a
Dr. Murat Sinan SARICAOĞLU,^a
Dr. Hikmet HASIRIPI^a

^a3. Göz Hastalıkları Kliniği,
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma
Hastanesi,

^bGöz Hastalıkları AD,
Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dr. Rıdvan Ege Hastanesi, ANKARA

Geliş Tarihi/Received: 23.08.2006
Kabul Tarihi/Accepted: 08.06.2008

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Mualla ŞAHİN HAMURCU
Ankara Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
3. Göz Hastalıkları Kliniği, ANKARA
hamurcu2003@yahoo.com

ÖZET 'Benign intrakraniyal hipertansiyon' bölgesel nörolojik patoloji olmadan, subaraknoid mesafede serebrospinal sıvıdaki basınç artışına bağlı, genellikle bilateral papil ödem ile seyreden bir tablodur. Papil ödeme optik disk etrafında lineer sinir lifi tabakası hemorajileri eşlik edebilir ancak vitreus içine yayılan yaygın hemorajiler nadirdir. Hamilelik, endokrin faktörler, venöz sinüs trombozu gibi nedenlerle ikincil intrakraniyal hipertansiyon görülebilir. Bu yazıda papil ödem ve subhyaloid hemoraji ile ortaya çıkan ve başlangıçta idyopatik intrakraniyal hipertansiyon (İİH) tanısı konan, ancak ileri tetkiklerle ikincil intrakraniyal hipertansiyon olduğu anlaşılan 37 yaşında bir erkek olgu anlatılmaktadır. Özellikleri İİH için tipik olmadığından ileri tetkik edilen olguda çekilen manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve manyetik rezonans venografi (MRV) ile intrakraniyal hipertansiyonun venöz sinüs trombozuna bağlı olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: İntrakraniyal hipertansiyon, sinüs trombozu, retinal hemoraji

ABSTRACT Benign intracranial hypertension is characterized by bilateral papilledema and increased intracranial pressure without localized neurologic abnormalities. Papilledema may be associated with linear nerve fiber layer hemorrhages around of the optic disc however widespread hemorrhages extending to vitreus is a rare finding. Secondary intracranial hypertension can be seen with entities such as pregnancy, endocrin disorders, venous sinus thrombosis. We describe herein a 37 year-old man presenting with papilledema and subhyaloid hemorrhage who was diagnosed as idiopathic intracranial hypertension first but further investigation revealed that it was actually secondary intracranial hypertension. As the patient had atypical features for idiopathic intracranial hypertension, he was further investigated with magnetic resonance imaging (MRI) and magnetic resonance venography (MRV) which lead to the diagnosis of intracranial hypertension secondary to cerebral venous sinus thrombosis.

Key Words: Intracranial hypertension, sinus thrombosis, subhyaloid hemorrhage

Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2008;17:199-201

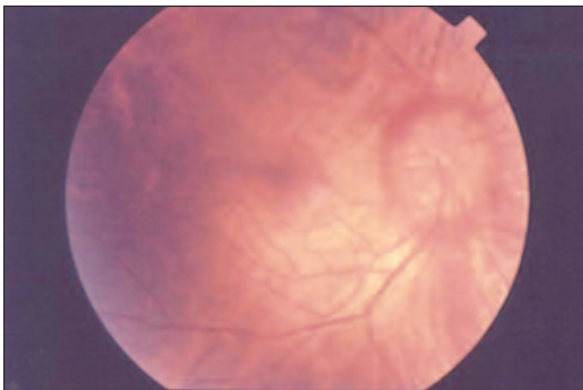
Benign intrakraniyal hipertansiyon, bilateral papil ödem ve artmış kafa içi basıncı ile karakterizedir. İntrakraniyal hipertansiyon (IH) tanısı, lomber ponksiyon (LP) ile beyin omurilik sıvısı (BOS) basıncının yüksek olması ve eşlik eden serebrospinal sıvı ve nöroradyolojik patoloji olmaması ile konulur. İntrakraniyal hipertansiyon, idyopatik olarak ortaya çıkabileceği gibi endokrin, metabolik ve hematolojik hastalıklar, çeşitli ilaçlar, hipervitaminoz, hamilelik, intrakraniyal ve ekstrakraniyal venlerde tıkanma gibi nedenlerle ikincil olarak gelişebilir. Ayrıca sistemik lupus eritematozis, esansiyel trombositopeni, protein S eksikliği, anti-trombin III ek-

sikliği, antifosfolipid sendromu, paroksizmal nokturnal hemoglobinüri, Behçet hastalığı, menenjal sarkoidozis, A hipervitaminozu ve mastoidit gibi birçok sistemik ve hematolojik hastalıkta intrakraniyal basınç artışı venöz sinüs trombozisine bağlanmıştır. Serebral venöz sinüs trombozu klinik semptom ve belirtilerin değişikliğinden dolayı tanısı güç olan ve nadir görülen bir hastalıktır. Sistem içindeki yoğun kollateral dolaşım nedeniyle trombus oluşumunun erken dönemlerinde belirtiler ortaya çıkmayabilir. Sistemik inflamatuvar hastalıklar, kalıtsal veya edinsel koagülasyon bozuklukları sık sebeplerdendir; buna rağmen %30 hastada neden bulunamayabilir.¹

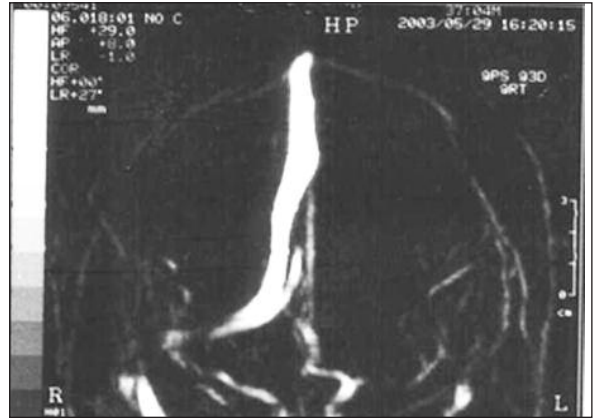
İdyopatik intrakraniyal hipertansiyon (İİH) erişkin, obez kadın hastalarda sık görülür.²⁻⁴ İİH düşünülen ancak tipik olmayan bazı özellikler gösteren olgularda, özellikle erkeklerde, beden kitle indeksi normal ve/veya altında olan hastalarda İH'nun spesifik bir nedene bağlı olabileceği düşünülmeli ve ileri tetkik istenmelidir.¹

OLGU SUNUMU

Kliniğimize 37 yaşında, erkek hasta sağ gözde bulanık görme ve uçuşma şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde bir haftadır baş ağrısı ve zaman zaman olan kulaklarında uğultu şikayeti vardı. Her iki gözde düzeltilmiş görmeleri tam, renkli görme ve pupilla ışık refleksleri normaldi. Fundus muayenesinde sağ gözde belirgin optik disk ödemi, subhyaloid hemoraji ve venlerde dilatasyon (Resim 1), sol gözde optik disk sınırlarında siliklik vardı. Humphrey GA analizatörü ile yapılan görme alanı testinde sağ



RESİM 1: Sağ gözde papil ödem ve papilla altında subhyaloid hemoraji



RESİM 2: Sol transvers venöz sinüs trombozu

gözde kör noktada genişleme tespit edildi. Sol gözde görme alanı normal sınırlardaydı. Fundus flöresein anjiyografide, sağ gözde belirgin sol gözde hafif optik disk boyanması ve geç dönemde bilateral flöresein sızıntısı saptandı. Ek nörolojik bozukluk izlenmeyen hastanın orbital ve kranial MRG incelemesinde patoloji olmadığı görüldü. Rutin biyokimya ve tam kan testleri normaldi. Yapılan lomber ponksiyonda açılış basıncı 220 mmH₂O ölçüldü. BOS'ta hücre yoktu, biyokimyasal analizi normaldi. Bu bulgularla ön tanı olarak İİH düşünüldü. Ancak hastanın erkek ve zayıf olması tipik değildi. Bunun yanısıra subhyaloid hemorajinin İİH'na sıklıkla eşlik eden bir bulgu olmadığı düşünülerek, ikincil nedenlerle gelişmiş olabilecek İH olasılığının araştırılması amacıyla MRV istendi. Tetkik sonucu sol transvers sinüs akımında tıkanıklık ve serebral venöz sinüs trombozu saptandı (Resim 2). Hemostaz paneli, protein C ve S normaldi. Hastaya oral 3X250 mg/gün asetazolamid ve Nöroloji ile Hematoloji klinikleri tarafından kumadin başlandı. Hastanın 3 ay sonraki kontrolünde, görme keskinliği her iki gözde tamdı, sağ gözdeki subhyaloid hemoraji tamamen düzelmiş, sağ gözdeki papilla ödemi gerilemiş; sol gözdeki papilla ödemi kaybolmuştu.

TARTIŞMA

Olgumuzda optik disk ödemi olmasına rağmen görme keskinliğinde azalma olmaması, baş ağrısı ve zaman zaman kulak uğultusu şikayeti olması nedeniyle İH düşünüldü. BOS basıncının yüksek olması ve MRG normal olduğu için başlangıçta İİH tanısı

konuldu. Ancak İİH tipik olarak erişkin, obez kadın hastalarda görülmektedir. Olgumuzun beden kitle indeksinin normal olması, erkek olması ve papil ödeme subhyaloid hemorajinin eşlik etmesi gibi İİH için tipik olmayan bulguları vardı. İH'nun ikincil bir nedene bağlı olabileceği düşünülerek yapılan MRV'de serebral venöz sinüs trombozu tespit edildi. Serebral venöz sinüs trombozu akımın engellenmesine bağlı intrakraniyal basıncın artması ile ikincil olarak İH tablosuna neden olur. Nadir görülen bir klinik tablo olup, İH etyolojisinde sıklıkla atlanabilir.⁵ İH'lu hastalarda endokrin, metabolik ve hematolojik hastalıklar, çeşitli ilaçlar, hipervitaminoz gibi toksik etmenler olmak üzere birçok neden bildirilmiştir. Ancak sistemik lupus eritematozis, esansiyel trombositopeni, protein S eksikliği, anti-trombin III eksikliği, antifosfolipid sendromu, paroksizmal nokturnal hemoglobinüri, Behçet hastalığı, menengial sarkoidozis, A hipervitaminozu ve mastoidit gibi birçok sistemik ve hematolojik hastalıkta intrakraniyal basınç artışı venöz sinüs trombozisine bağlanmıştır.⁶ Bizim olgumuzda venöz sinüs trombozuna yol açabilecek herhangi bir neden saptanmadı.

Papil ödeme genellikle sinir lifi tabakası düzeyinde, linear, 1-2 disk çapında hemoraji eşlik edebilir, ancak subhyaloid veya vitreusa uzanan hemoraji nadir görülmektedir.⁷ Makula ve vitreus arka yüzü arasındaki kanama olarak tanımlanan subhyaloid hemoraji, diabetik retinopati, hipertansif retinopati,

retinal arter makroanevrizması, hipoksik retinopati, retinal ven oklüzyonu, Valsalva retinopatisi, Terson sendromu veya kan diskrazilerine bağlı olarak gelişebilir. Optik disk ödemi ile birlikte subhyaloid veya vitreus hemorajisi varlığında bu durumlar ekarte edilmelidir.^{7,8} Olgumuzda sayılan bu faktörler bulunmamaktadır ancak peripapiller subhyaloid hemorajinin, venöz sinüs oklüzyonu sonrasında anatomik bir varyasyon ve gelişen kapiller yetmezliğe bağlı olarak veya intrakraniyal basıncın yükselmesine ikincil olarak ortaya çıkabileceği düşünüldü.

İH'li hastalarda nöroradyolojik tetkiklerin öncelikli rolü, hastalığın özellikle kafa içi yer kaplayan oluşum olmak üzere diğer klinik antitelerin ayırıcı tanısını yapmaktır. Nöroradyolojik tetkiklerdeki ilerlemelerle birlikte son zamanlarda, etyoloji araştırılmasının yanında İH tanısına yardımcı olabilecek parametreler çalışılmaktadır.^{9,10}

İH etyolojisi araştırılırken venöz sinüs trombozunu gösterebilmek için standart MRG kullanılabilir ancak araştırmacılar venöz sinüs trombozu tanısında MRV yararını vurgulamaktadırlar.^{10,11} Bizim olgumuzda da serebral venöz sinüs trombozu tanısı MRV ile kondu.

Sonuç olarak, İİH tanısı konmadan önce, özellikle tipik olmayan olgularda da İH olabileceği ve nedenler arasında serebral venöz sinüs trombozun da bulunabileceği düşünülerek, MRV'nin istenecek tetkikler arasında yerini alması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Lee AG, Brazis PW. Optic disc swelling and papilledema. In: Lee AG, Brazis PW eds. Clinical pathways in Neuroophthamology (an evidence based approach). New York Stuttgart. Thieme Medical Publishers 1998; 103-33.
2. Ahlskog JE, O'Neill BP. Pseudotumor cerebri. Ann Intern Med 1982;97:249-56.
3. Boddie HG, Banna M, Bradley WG. "Benign" intracranial hypertension. A survey of the clinical and radiological features, and long-term prognosis. Brain 1974;97:313-26.
4. Bulens C, De Vries WA, Van Crevel H. Benign intracranial hypertension. A retrospective and follow-up study. J Neurol Sci 1979; 40:147-57.
5. Daif A, Awada A, al-Rajeh S, Abduljabbar M, al Tahan AR, Obeid T, et al. Cerebral venous thrombosis in adults. A study of 40 cases from Saudi Arabia. Stroke 1995;26:1193-5.
6. Smith JL. Whence pseudotumor cerebri? J Clin Neuroophthalmol 1985;5:55-6.
7. Keane JR. Papilledema with unusual ocular hemorrhages. Arch Ophthalmol 1981;99:262-3.
8. Gass JDM. Streoscopik Atlas of Makular Diseases and Treatment, 3rd ed.St. Louis; C.V. Mosby; 1987.p.362-7.
9. Yaman A, Ayhan Z, Gezer S, Men S, Söylev M. Pseudotümör serebrili hastalarda optik sinir ve globun yapısal değişikliklerinin değerlendirilmesi. MN Oftalmoloji 2007;14:192-6.
10. Acaroğlu G, Men G, Men S, Berker N, Özkan SS. İdiopatik intrakranial hipertansiyonda manyetik rezonans görüntüleme bulguları. MN Oftalmoloji 2003,10:375-80.
11. Purvin VA, Trobe JD, Kosmorsky G. Neurophthalmic features of cerebral venous obstruction. Arch Neurol 1995;52:880-5.
12. Lee AG, Brazis PW. Magnetic resonance venography in idiopathic pseudotumor cerebri. J Neuroophthalmol 2000;20:12-3.