

Perimezensefalik (Pretrunkal) Anevrizmal Kökenli Olmayan Subaraknoid Kanama: Olgu Sunumu

Sevinç ÇELİK¹, Mustafa Yavuz SAMANCI², Hikmet DEMİRKOL²,
Suat Erol ÇELİK²

¹ Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

² Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirurji Kliniği, İstanbul

✓ Perimezensefalik (Pretrunkal) anevrizmal kökenli olmayan subaraknoid kanama (PMSAK), etiyojisi kesin olarak bilinmeyen, ancak iyi prognozu olan bir subaraknoid kanama tipidir. Ender olarak görülmelerine rağmen, anjiyografisi negatif olan subaraknoid kanamaların % 20-68'ini oluşturmaktadır. Bu makalede şiddetli baş ağrısı yakınması ile acil servise başvuran ve çekirtilen Bilgisayarlı Tomografisinde (BT) perimezensefalik kanama saptanan bir olgu sunulmuştur ve ilgili literatür bilgileri gözden geçirilmiştir. PMSAK olgularını iyi tanımlamak gereksiz nöroradyolojik ve cerrahi uygulamaların engellenebilmesi açısından önemlidir.

Anahtar kelimeler: Perimezensefalik, pretrunkal, subaraknoid kanama

J Nervous Sys Surgery 2010; 3(1):28-30

Perimesencephalic (Pretruncal) Nonaneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: Case Report

✓ Perimesencephalic (pretruncal) nonaneurysmal subarachnoid hemorrhage is a subarachnoid hemorrhage (PNSAH) pattern with unknown etiology and a benign outcome. Although they are rarely seen, they comprise 20-68 % of all angiogram-negative subarachnoid hemorrhages. In this study, a patient admitted to our emergency department with a severe headache and a CT image of perimesencephalic bleeding was presented and relevant literature was reviewed. It is important to diagnose PNSAH for the sake of avoidance from unnecessary neuroradiological and surgical procedures.

Key words: Perimesencephalic, pretruncal, subarachnoid hemorrhage

J Nervous Sys Surgery 2010; 3(1):28-30

Subaraknoid kanamalı hastaların % 7-10'unda yapılan ilk dört-damar serebral anjiyografilerinde belirgin bir lezyona rastlanmamıştır^(1,2). Oldukça heterojen olan bu grup kanamaların ortak özellikleri, anevrizma kökenli subaraknoid kanamaların aksine yıllık % 0.5 gibi düşük bir yeniden kanama oranına sahip olmaları ve % 0-31 arasında

mortalite ve morbiditeye sahip olmalarıdır^(3,4). 1985 yılında van Gijn ve ark. dört-damar serebral anjiyografisi negatif olan subaraknoid kanamalı hastaların bir grubunda kanamanın mezensefalon çevresi sistemlerinde lokalize olduğuna dikkat çekerek nonanevrizmal kökenli bu benign forma "Perimezensefalik subaraknoid kanama" adını vermiştir⁽¹⁰⁾. Burada perimezensefalik anevrizmal kökenli olmayan subaraknoid kanamalı bir olgu klinik, radyolojik özellikleri ile sunulmuştur.

Alındığı tarih: 14.03.2011

Kabul tarihi: 11.04.2011

Yazışma adresi: Asistan Mustafa Yavuz Samancı, Darülaceze Cad. No: 25 Okmeydanı - Şişli, İstanbul

e-posta: mysamanci@hotmail.com



Resim 1.

OLGU SUNUMU

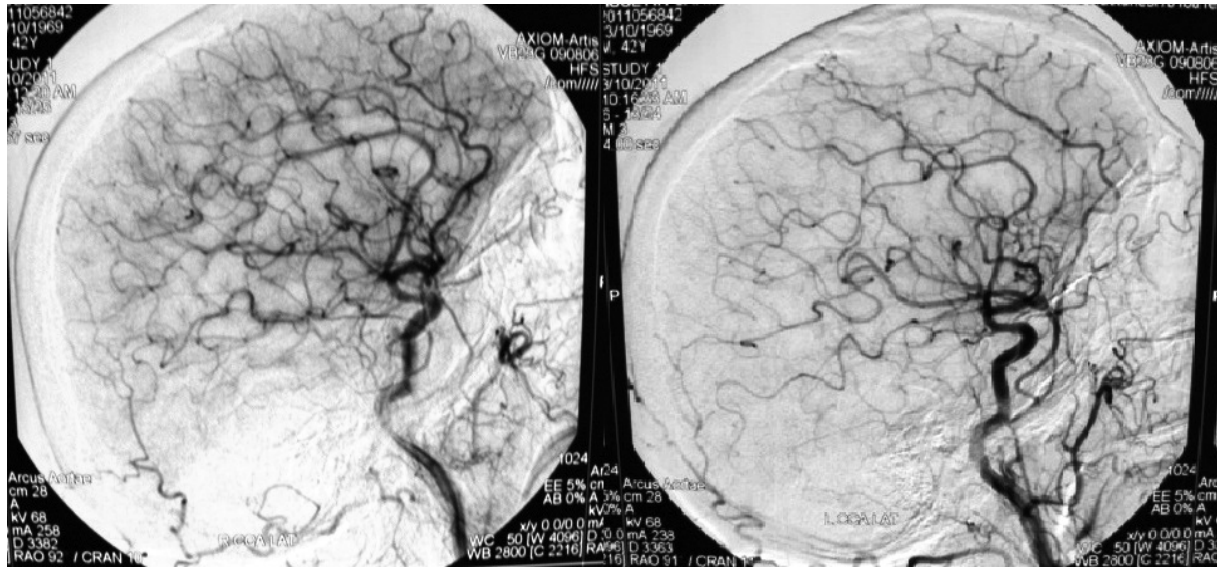
Elli iki yaşındaki erkek hasta ani başlayan şiddetli baş ağrısı yakınması ile hastanemiz acil servisine başvurmuş. İlk muayenede ölçülen arteriyel tansiyon değerinin 210/120 mmHg olması üzerine hastaya antihipertansif tedavi başlanarak müşahadeye alınmış. Ancak, hastanın tansiyon değeri normale döndüğü halde baş ağrısında düzelme olmayınca tarafımıza yönlendirilmiş. Hastanın alınan anamnezinde ağrısının aniden başladığı, beraberinde bulantısının olduğu öğrenildi. Yapılan nörolojik muayenesinde ense sertliği dışında nöropatolojik bulgu saptan-

mayan hastaya Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BBT) planlandı. Çektirilen BBT’de mezensefalon çevresine lokalize kanama gözlemlendi (Resim 1). Olası bir anevrizma açığa çıkarılması açısından dört-damar anjiyografisi uygulanan hastada anevrizma, arteriovenöz malformasyon ya da başka bir patoloji saptanmamıştır (Resim 2). Kanama diatezine ait klinik bulgu vermeyen olgunun bu yöndeki tetkikleri de olağan olarak bildirildi. Hastanın takiplerinde klinik düzelmenin olması ve hastanın PMSAK kriterlerini (6,7) karşılaması nedeni ile ikinci bir anjiyografi planlanmadı.

TARTIŞMA

Subaraknoid kanamaların % 7-10’unda etiyolojik neden bulunamamaktadır. PMSAK anjiyografisi negatif olan subaraknoid kanamaların % 20-68’ini oluşturmaktadır (9). Ortalama görülmeye yaşı 50 olup (13), % 52-59 oranında erkeklerde görülür ve hastaların % 3-20’sinde hipertansiyon öyküsü mevcuttur. Bizim olgumuz da bu kriterleri karşılamaktadır.

Perimezensefalik kanamalar; kanama merkezinin mezensefalonun hemen önünde olduğu, kanamanın bazen ambien sisternin ön kısmına



Resim 2.

veya sylvian sisternin bazaline yayılım gösterdiği, anterior interhemisferik fissür ve lateral sylvian fissürde kanamanın olmadığı, intraventriküler kanamanın gözlenmediği durumlardır^(5,6). Hastamızın çekilen BBT'si kanamanın tipik özelliğini yansıtmaktadır.

PMSAK'ın etiolojisi konusunda şimdiye kadar fikir birliğine varılamamıştır ve kesin bir etiyolojik neden gösterilememiştir. Patogenezinde van Gijn ve ark.⁽¹⁰⁾ kanamanın arteriyel kökenli olmadığını, venöz veya kapiller bir rüptürden kaynaklandığını savunmaktadır. Bu sonuca baş ağrısının aşamalı ortaya çıkması, bilinç kaybının ender görülmesi, ventriküler sistemde veya parankimde kan görülmemesi ve iyi prognoz ile varmışlardır. Ancak, yaptıkları venogramlarda da belirgin patoloji saptamamışlardır⁽¹⁰⁾. Bizim olgumuzda da serebral angiografi ve venöz fazlarında patolojik oluşum gözlenmemiştir.

Klinik ve radyolojik tetkiklerle PMSAK tanısı konulan hastalara tekrar anjiyografisi yapmak gereksizdir^(5,7). Anjiyografi sonucu bu hasta grubunda % 0.2-0.5 arasında kalıcı nörolojik defisit görülme olasılığı vardır⁽⁷⁾. Yalnızca klinik veya radyolojik olarak tanıda şüphe olan olgularda tekrar anjiyografi yaptırılmalıdır^(4,8). Olgumuzda klinik düzelmenin olması ve hastanın PMSAK kriterlerini^(5,6) karşılaması nedeni ile ikinci bir anjiyografi planlanmadı.

İyi bir prognoza sahip olan perimesencefalik anevrizmal kökenli olmayan subaraknoid kanamanın tedavi yaklaşımında semptomatik tedavi, kardiyak monitörizasyon, hiponatremi açısından elektrolit takibi, hidrosefali gelişimi açısından yineleyen radyolojik görüntülemeler önerilmektedir. Vasospazm açısından hiperdinamik tedavi, tansiyon yüksekliği oluşturan aktiviteler dışında

aktivite kısıtlaması, antikonvülsanlar, arteriyel tansiyonun normalin altına düşürülmesi ve cerrahi ekplorasyon ise önerilmemektedir^(7,11). Hastamız yatak istirahatı ile takip edilmiş olup, takiplerinde baş ağrısı dışında sorun yaşanmamıştır.

Sonuç olarak; PMSAK'ın iyi tanımlanması gereksiz tetkiklerin ve cerrahi müdahalenin önlenmesi açısından önemlidir.

KAYNAKLAR

1. **Adams HP, Gordon DL.** Nonaneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Ann Neurol* 1991; 29:461-2.
2. **Alexander MSM, Dias PS, Uttley D.** Spontaneous subarachnoid hemorrhage and negative cerebral panangiography. *J Neurosurg* 1986; 64:537-42.
3. **Brisman J, Sundberg G.** Subarachnoid hemorrhage of unknown etiology. *J Neurosurg* 1985; 63:349-54.
4. **Cloft HJ, Kallmes DF, Dion JE.** A second look at the second-look angiogram in cases of subarachnoid hemorrhage. *Radiology* 1997; 205:323-5.
5. **Kaim A, Proske M, Kirsch E, Weymarn A, Radü E-W, Steinbrich W.** Value of repeat-angiography in cases of unexplained subarachnoid hemorrhage (SAH). *Acta Neurologica Scandinavica* 1996; 93(5):366-73.
6. **Rinkel GJ, Wijndicks EF, Vermeulen M, et al.** Nonaneurysmal perimesencephalic subarachnoid hemorrhage: CT and MR patterns that differ from aneurysmal rupture. *AJNR Am J Neuroradiol* 1991; 12:829.
7. **Schwartz TH, Solomon RA.** Perimesencephalic nonaneurysmal subarachnoid hemorrhage: Review of the literature. *Neurosurgery* 1996; 39:433-40.
8. **Tatter SB, Crowell RM, Ogilvy CS.** Aneurysmal and microaneurysmal "angiogram-negative" subarachnoid hemorrhage. *Neurosurgery* 1995; 37:48-55.
9. **Van Calenberg F, Plets C, Goffin J, Velghe L.** Nonaneurysmal subarachnoid hemorrhage: prevalence of perimesencephalic hemorrhage in a consecutive series. *Surg Neurol* 1993; 39:320-3.
10. **Van Gijn J, Van Dongen KJ, Vermeulen M, Hijdra A.** Perimesencephalic hemorrhage: A non-aneurysmal and benign form of subarachnoid hemorrhage. *Neurology* 1985; 35:493-7.
11. **Wijndicks EFM, Schievink WI, Miller GM.** Pretruncal nonaneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Mayo Clin Proc* 1998; 73:745-52.