

OLGU SUNUMU**CASE REPORT****OLGU SUNUMU; TEKRARLAYAN PRİMER İNTRASEREBRAL KANAMALI GENÇ OLGUDA RASTLANTISAL DEV SEREBRAL ANEVİRİZMA VARLIĞI****Eda KILIÇ ÇOBAN, Fatma Münevver GÖKYİĞİT****Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Nöroloji Kliniği, İSTANBUL****ÖZET**

İntraserebral kanamalar tüm inme olgularının yaklaşık % 10'unu oluşturur. Gençlerde başka risk faktörleri zaman zaman öne çıksa da yine de hipertansiyon en sık intraserebral hematoma nedenidir. Hipertansif intraserebral kanama öyküsü olan hastalarda tekrarlayan hemorajik inme insidansı yılda % 2.4 tür ve bu kanamaların tipi ile ilgili detaylandırılmış çalışmalar bulunmamaktadır. Bu hastalarda az olmayan oranlarda rüptüre olmamış anevrizmalar tespit edilmiştir.

44 yaşında 6 ay önce sol talamik hematoma öyküsü olan hipertansif kadın hasta, acil polikliniğimize ani gelişen konuşma bozukluğu ile başvurdu. Nörolojik muayenesinde sekel bulgularına ek olarak ileri dizartrisi, vertikal bakış kısıtlılığı ve sol hemihipoestezisi mevcuttu. Kranyal tomografisinde Grade 2B sağ talamik hematoma tespit edildi. Hastanın 19 yıldır kontrolsüz giden renal hipertansiyonu mevcuttu. Kontrol görüntülemelerinde sağ kavernoöz sinüste şüpheli bir hipodansite görülmesi üzerine beyin MR yapıldı. Aynı bölgede sağ internal karotis arterden kaynaklandığı düşünülen anevrizmatik bir dilatasyon tespit edildi. Hastaya DSA yapıldı. Sağ ICA kavernoöz segmentten kaynaklanan 15x12 mm boyutlarında dev anevrizma tespit edildi.

Sonuç olarak, genç hastalarda da intraserebral kanamaların en sık nedeni halen hipertansiyondur. Primer intraserebral hematoma olgularda invaziv olması nedeniyle serebral anjiyografi rutin olarak tavsiye edilmemektedir. Ancak bu tür hastalarda yapılan incelemelerde rastlantısal olarak saptanan rüptüre olmamış serebral anevrizmalar da nadir değildir. Özellikle literatürde genç kadın hastalarda bu tür anevrizmalar sık gözlenmiştir. Biz olgumuzu sunarak, alta rüptüre olmamış dev anevrizmalar da olsa, hala hipertansiyonun en sık kanama nedeni olduğunu, ayrıca genç kadın hastalarda kanamaya neden olabilecek vasküler malformasyonların da nadir olmayarak eşlik ettiğini hatırlatmak istedik.

Anahtar Sözcükler: İntraserebral hematoma, hipertansiyon, serebral anevrizma

ACCIDENTAL GIANT CEREBRAL ANEURYSM IN A CASE WITH RECURRENT PRIMARY INTRACEREBRAL HEMORRHAGE: CASE REPORT**SUMMARY**

Intracerebral hematomas are % 10 of all strokes. Although there are many risk factors causing cerebral hematomas in young population, hypertension is still the major risk factor of all. The incidence of recurrent hemorrhagic stroke is % 2.4 per year in patients with intracerebral hematomas. There are no studies about the types of following hemorrhagic strokes and unruptured cerebral aneurysms are found in these patients.

44 years old hypertensive woman was admitted to our emergency department with speech disturbance. She had a history of left thalamic hematoma 6 months ago. In her neurological examination, she had dysarthria, vertical gaze disturbance and left hemihypoesthesia. There was acute Grade 2B thalamic hematoma in her cranial tomography. She had uncontrolled renal hypertension for about 19 years. In her control tomographies there was a suspicious hypodensity in right cavernous sinus, so cranial MRI and DSA were performed and an unruptured ICA aneurysm was seen.

In conclusion, hypertension is still the major risk factor for intracerebral hematomas in young population. Cerebral angiography is not routinely performed in primary intracerebral hematomas but in these patients not rarely unruptured aneurysms were found. Especially in literature, they were seen in young females. By our presentation we aimed to remember that although there are huge unruptured aneurysms are present, hypertension is still the major risk factor of intracerebral hematomas and vascular malformations can also exist in primary cerebral hematomas especially in young female patients.

Key Words: intracerebral hematoma, hypertension, cerebral aneurysm

GİRİŞ:

İntraserebral kanamalar tüm inme olgularının yaklaşık % 10'unu oluşturur. Klinikte sık izlenmesi

ve % 25- 60 oranlarında mortaliteye sahip olması açısından önemlidir (1). İntraserebral hematomaların en sık rastlanan nedeni hipertansiyondur. Lober hemoraji dışında intraserebral kanamanın tüm

anatomik formlarında hipertansiyon dominant risk faktörüdür (2). Hipertansiyonun intraparakimial küçük damarlarda lipohyalinozis, mikroanevrizma, elastik laminada dejenerasyon yaparak damar duvarını zayıflattığı ve kanamaya neden olduğu bilinmektedir.

Hipertansiyon dışında intraserebral kanamaya yol açan risk faktörleri arasında vasküler malformasyonlar (% 5-25), beyin tümörleri (% 2-10), kanama bozuklukları (% 5-13), serebral amiloid anjiyopati (% 7-12) gibi sekonder nedenler de bulunmaktadır (1). Gençlerde ise intraserebral kanamanın etyolojik spektrumu yaşlı popülasyona göre daha geniştir. Sıklıkla vasküler malformasyon, hipertansiyon, madde, sigara, alkol kullanımı, eklampsi, kan diskrazileri ile birlikte (3,4). Tipik hipertansif intraserebral kanamalarda invaziv olması nedeni ile dijital substraksiyon anjiyografisi yapılması tavsiye edilen bir tanı yöntemi değildir. Oysa ki hipertansif intraserebral kanama öyküsü olan hastalarda tekrarlayan hemorajik inme insidansı yılda % 2.4 tür ve bu kanamaların tipi ile ilgili detaylandırılmış çalışmalar bulunmamaktadır (5). Bu noktadan yola çıkarak, rüptüre olmamış dev karotis anevrizması tespit ettiğimiz tekrarlayan primer intraserebral kanama öyküsü olan genç olgumuzu sunmayı amaçladık.

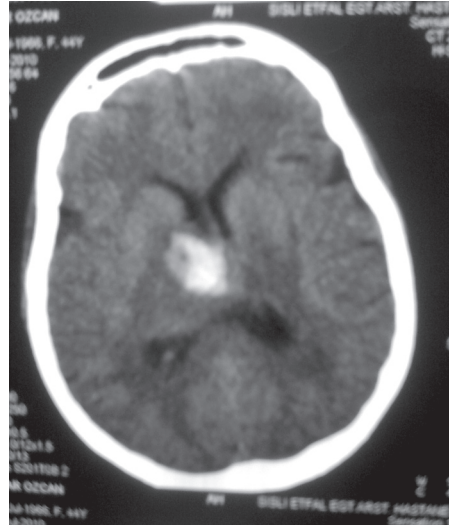
OLGU SUNUMU:

44 yaşında kadın hasta acil nöroloji polikliniğimize ağızda kayma ve konuşmada bozulma yakınmaları ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 19 yıldır hipertansiyonu olduğu ve 6 ay önce sol talamik hematoma tanısı ile bir nöroloji kliniğinde yatışı olduğu öğrenildi.



Şekil 1: 6 ay önce geçirilmiş sol talamik hematoma

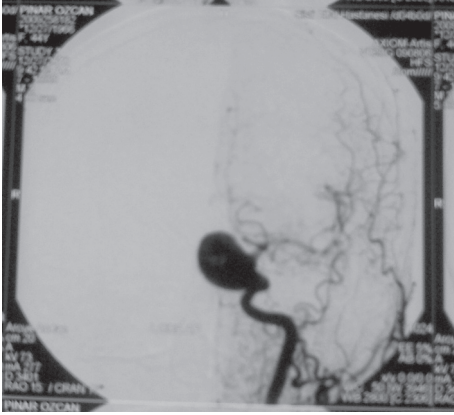
Hastanın antihipertansif tedavi dışında ilaç kullanımı yoktu. Acilde ölçülen kan basıncı 230/120 mmHg idi. Hastanın nörolojik muayenesinde sekel bulgular olarak kabul ettiğimiz sağ nazolabial sulkus silikliği ve sağ üst ekstremitede pronator tonus artışı dışında, konuşması ileri dizatrikti, vertikal bakış kısıtlılığı ve sol hemihipoestezisi mevcuttu. Hastanın yapılan beyin tomografisinde Grade 2B sağ talamik hematoma tespit edildi.



Şekil 2: Grade 2B sağ talamik hematoma

İnaserebral hematoma tanısı ile nöroloji servisine yatırılan hastanın laboratuvar incelemelerinde üre ve kreatinin değerleri yüksekti. 24 saatlik idrarda ölçülen protein düzeyi normalden 10 kat yüksekti. Göz dibi incelemesi Grade 4 hipertansif retinopati bulguları ile uyumluydu. Böbrek ultrasonunda ve intravenöz pyelografide Grade 4 hidronefroz ile bilateral pelvikalisiyel ektazi ve parankimal hasar saptandı. Hastanın serviste takibi süresince yüksek seyreden kan basıncı üçlü antihipertansif tedavi ile 2. haftada kontrol altına alınabildi. Hastanın 3. hafta yapılan kontrol görüntülemesinde kanamanın büyük oranda rezorbe olduğu görüldü. Aynı görüntülemelerde sağ kavernoöz sinüste şüpheli bir hipodansite görülmesi üzerine yapılan beyin MR'ında aynı bölgede sağ internal karotis arterden kaynaklandığı düşünülen anevrizmatik bir dilatasyon tespit edildi. Hastaya DSA yapıldı. Sağ ICA kavernoöz segmentten kaynaklanan 15x12 mm boyutlarında dev anevrizma tespit edildi. Hasta beyin ve sinir cerrahisi ile konsülte edilerek endovasküler girişim için uygun bir aday olarak değerlendirildi. Ancak hastanın mevcut renal yetmezliği nedeni ile endovasküler

girişim uygulanamadı. Hasta halen multidisipliner olarak takip edilmektedir.



Şekil 3: Dev sağ İCA anevrizması

TARTIŞMA:

Primer intraserebral kanamalar, altta vasküler malformasyon, serebral neoplazi veya rüptüre olmuş bir anevrizma olmadan ortaya çıkan beyin parankimine geçmiş kanamalar olarak tanımlanmaktadır (6,7,5). Bu tür kanamalarda en önemli risk faktörü özellikle orta ve ileri yaşta hipertansiyondur. Genç hemorajik inmeli hastalarda yapılan çalışmalarda da hipertansiyon en sık görülen risk faktörü ve etyolojik neden olarak saptanmıştır (8,9,10). Genç hipertansif hastalarda kanamanın en sık bazal gangliyalarda olmak üzere derin subkortikal yerleşimli olduğu düşünülmektedir (11). Haydarpaşa Numune Hastanesi 1. Nöroloji Kliniğinden Domaç ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 45 yaş altı nontravmatik hemorajik inme olgularında hipertansiyon % 71.11 oranında tespit edilmiş ve en sık lokalizasyon olarak da talamus gözlenmiştir (12). Bizim olgumuz da 44 yaşında renal hipertansiyon öyküsü bulunan ve üçlü antihipertansif tedaviye rağmen kan basıncı zorlukla kontrol altına alınabilen bir olgu idi. Her iki geçirilmiş intraserebral kanama talamik lokalizasyonlu idi. Dolayısı ile literatürle de uyumlu olduğu şekilde primer intraserebral kanama özellikleri göstermekte idi.

Diğer yandan Sandoval ve arkadaşları 40 yaş altı 200 hemorajik inme olgusunu incelemiş ve gençlerde intraserebral kanamaların % 33 oranında vasküler malformasyonlardan kaynaklandığını, ancak % 11 olguda hipertansiyonun neden olduğunu bulmuşlardır. Ancak 31 yaş üzerinde yine hipertansiyon varlığı kanama nedeni olarak öne çıkmış ve tekrarlayan intraserebral kanamaların

sebebi olarak da kan basıncının kontrolünün başarısızlığı gösterilmiştir (13). Nitekim bizim hastamızda da birbirini takip eden ve 6 ay ara ile gelişen primer intraserebral hematomların ana nedeni düzensiz antihipertansif kullanımına bağlı olan kontrolsüz kan basıncı değişiklikleriydi. Göz dibinde saptanan Grade 4 hipertansif retinopati bulguları kontrolsüz kan basıncının en iyi kanıtıydı.

Olgumuzda rastlantısal olarak dev İCA anevrizması tespit edildi. Primer intraserebral kanama olgularında vasküler anomali sıklığı araştırılmıştır. Bu hastalarda serebral anjiyografi ile tespit edilen rastlantısal rüptüre olmamış serebral anevrizma insidansı yüksektir. Matsumoto ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada 169 primer intraserebral hematom hastasının 33 tanesinde vasküler anomali saptamışlardır. 33 hastanın 24 tanesinde rastlantısal serebral anevrizma tespit etmişlerdir. % 9.4 oranında erkeklerde, % 20.5 oranında kadınlarda rüptüre olmamış serebral anevrizmalar rastlantısal olarak bulunmuştur (14). Benzer şekilde Ujii ve arkadaşları primer intraserebral kanamalı % 10.6 kadın, % 6.3 erkek olguda rüptüre olmamış anevrizma varlığını rapor etmişlerdir (15). Rastlantısal olarak saptanan anevrizmalar pek çok hastalıkla ilişkili olabilirken bizim olgumuzda herhangi ilişkili bir patoloji mevcut değildi. Örneğin bu tür olgulara % 41 oranında polikistik böbrek hastalığı eşlik etmektedir (16). Bizim olgumuzda renal hipertansiyon zemininde yapılan tetkiklerle polikistik böbrek hastalığı da dışlanmıştır.

Literatürde saptanan rüptüre olmamış serebral anevrizmalar küçük boyutlarda idi. Sıklıkla arka çukur ve anterior serebral arter lokalizasyonunda olması nedeni ile rüptür olasılığı düşük olan anevrizmalardı (17,18,19). Kanamamış rastlantısal bulunan anevrizmalar üzerinde yapılan bir başka çalışmada anevrizmaların % 72'si internal karotid arter, % 13'ü orta serebral arter, % 10'u anterior kominikan arter ve anterior serebral arter ve % 5.7'si posterior sirkülasyonda saptanmıştır (20). Bizim olgumuzda da rastlantısal olarak saptanan anevrizma tek bir İCA anevrizmasıydı.

Sonuç olarak, intraserebral kanamaların en sık ve en önemli nedeni halen hipertansiyondur. Genç hastalarda vasküler anomaliler, alkol, sigara, madde kullanımı gibi faktörler zaman zaman öne çıkabilse de yine hipertansiyon ana sebep olarak karşımıza çıkmaktadır. Primer intraserebral hematumlu olgularda invaziv olması nedeni ile serebral anjiyografi rutin olarak tavsiye edilmemektedir. Ancak bu tür hastalarda yapılan incelemelerde rastlantısal olarak

saptanan rüptüre olmamış serebral anevrizmalar da nadir değildir. Özellikle literatürde genç kadın hastalarda sık gözlenmiştir. Bizim olgumuz da bu literatür bilgisine örnek teşkil etmektedir.

KAYNAKLAR:

1. Emre Kumral; İntraserebral Hemorajiler, Santral Sinir Sisteminin Damarsal Hastalıkları, Güneş Tıp Kitabevleri, 2011
2. Brott T, Thalinger K, Hertzberg V. Hypertension as a risk factor for spontaneous intracerebral hemorrhage. *Stroke* 1986;17:1078-1083
3. Ruiz-Sandoval JL, Cantu C, Barinagarrementeria F. Intracerebral hemorrhage in young people. Analysis of risk factors, location, causes and prognosis. *Stroke* 1999;30:537-541
4. Eljovich L, Patel PV, Hemphill JC 3rd. Intracerebral hemorrhage. *Semin Neurol*. 2008; 28(5):657-67
5. Hill MD, Silver FL, Austin PC, Tu JV (2000) Rate of stroke recurrence in patients with primary intracerebral hemorrhage. *Stroke* 31: 123-127
6. Bogousslavsky J, Van Melle G, Regli F (1988) The Lausanne stroke registry: analysis of 1000 consecutive patients with first stroke. *Stroke* 19: 1083-1092
7. Brott T, Thalinger K, Hertzberg V (1986) Hypertension as a risk factor for spontaneous intracerebral hemorrhage. *Stroke* 17: 1078-1083
8. Samiullah S, Humaira M, Hanif G, Ghouri AA, Shaikh K. Etiological patterns of stroke in young patients at a tertiary care hospital. *J Pak Med Assoc* 2010 60(3):201-210.
9. Onwuchekwa AC, Onwuchekwa RC, Asekomeh EG. Stroke in young Nigerian adults. *J Vasc Nurs* 2009; 27(4):8-102
10. Lai SL, Chen ST, Lee TH, Ro LS, Hsu Sp. Spontaneous intracerebral hemorrhage in young adults. *Eur J Neurol* 2005;12(4):310-6
11. Ruiz-Sandoval JL, Romero-Vargas S, Chiquete E, Padilla-Martinez JJ, Villarreal-Careaga J, et al. Hypertensive intracerebral hemorrhage in young people. Previously unnoticed age-related clinical differences. *Stroke* 2006;37:2946-2950
12. Domaç F, Özden T, Adıgüzel T, 45 yaş altı Genç Erişkinlerde Nontravmatik Hemorajik İnme, *Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi* 2010 16:2; 45-49.
13. Sandoval J, Cantu C, Barinagarrementeria F, Intracerebral Hemorrhage in Young People Analysis of Risk Factors, Location, Causes, and Prognosis, *Stroke* 1999;30: 537-541.
14. K. Matsumoto, S. Sakaki, M. Abekura, and T. Yoshimine, Co-existence of unruptured cerebral aneurysms in patients with hypertensive intracerebral hemorrhage, *Acta Neurochir (Wien)* (2004) 146: 1085-1089.
15. Ujiie H, Sato K, Onda H, Oikawa A, Kagawa M, Takakura K, Kobayashi N (1993) Clinical analysis incidentally discovered unruptured aneurysms. *Stroke* 24: 1850-1856
16. Wakabayashi T, Fujita S, Ohbora Y, Suyama T, Tamaki N, Matsumoto S (1983) Polycystic kidney disease and intracranial aneurysms. Early angiographic diagnosis and early operation for the unruptured aneurysms. *J Neurosurg* 58: 488-491.
17. International study of unruptured intracranial aneurysms investigators (2003) Unruptured intracranial aneurysms: natural history clinical outcome, and risk of surgical and endovascular treatment. *Lancet* 362: 103-110.
18. Kappelle LJ, Eliasziw M, Fox AJ, Barnett HJM (2000) Small unruptured aneurysms and management of symptomatic carotid stenosis. *Neurology* 55: 307-309.
19. Matsumoto K, Akagi K, Abekura M, Nakajima Y, Yoshimine T. (2003) Investigation of the surgically treated and untreated unruptured cerebral aneurysms of the anterior circulation. *Surg Neurol* 60: 516-523.
20. Locksley HB. Natural history of subarachnoid hemorrhage, intracranial aneurysms and arteriovenous malformations. *J Neurosurg* 1966;25:321-68.