

Diyet ile Düzelen İdiyopatik İntrakraniyal Hipertansiyonlu Bir Gebe Olgusu*

A Pregnancy Case with Idiopathic Intracranial Hypertension that Improved with Diet*

Güner Koyuncu Çelik¹, Mehmet Borazan²

Başkent Üniversitesi Konya Uygulama ve Araştırma Merkezi,
¹Nöroloji Anabilim Dalı, ²Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Türk Norol Derg 2009;15:85-88

ÖZET

İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon; hidrosefali ya da herhangi bir kitle lezyonu olmaksızın intrakraniyal basıncın artışı ile karakterize bir sendromdur. Sıklıkla obez adolesan kızlarda, genç kadınlarda ve sıklığı normal popülasyonla aynı olmak üzere gebelerde görülür. Gebelikte herhangi bir trimesterde görülen idiyopatik intrakraniyal hipertansiyon ve tedavisinin gebeliğe etkisi, gebeliğin de hastalığa etkisini değerlendirmek, tedavi önerilerini gözden geçirmek amacıyla idiyopatik intrakraniyal hipertansiyonlu bir gebe olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon, gebelik, tedavi.

ABSTRACT

A Pregnancy Case with Idiopathic Intracranial Hypertension that Improved with Diet

Güner Koyuncu Çelik¹, Mehmet Borazan²

Konya Practise and Research Center, University of Baskent,
¹Department of Neurology, ²Department of Ophthalmology, Konya, Turkey

Idiopathic intracranial hypertension is a syndrome characterized by an increase in intracranial pressure, without hydrocephaly or a mass lesion. It is most commonly encountered in obese adolescent girls, young women, and pregnant women. Its prevalence rate in all 3 groups is the same. Herein we present a pregnancy case with idiopathic intracranial hypertension and an evaluation of the effects of idiopathic intracranial hypertension during any trimester and the effects of its treatment on pregnancy, as well as the correlation between idiopathic intracranial hypertension and pregnancy. Moreover, treatment options are assessed in light of the literature.

Key Words: Idiopathic intracranial hypertension, pregnancy, therapy.

GİRİŞ

İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon (İİH) ya da selim intrakraniyal hipertansiyon intrakraniyal basıncın artışı ile karakterize ve etyolojisi genellikle belirlenemeyen nadir bir sendromdur (1-8). İİH tanısı koymak için "Uluslararası Baş Ağrısı Komitesi" tarafından belirlenen aşağıdaki kriterlerin bulunması gereklidir (9).

A. C ve D kriterlerini karşılayan ve aşağıdaki kriterlerden en az birine sahip ilerleyici baş ağrısı;

1. Günlük ortaya çıkan,
2. Yaygın ve/veya sabit olan,
3. Öksürük veya gerilim ile artan ağrı.

B. Aşağıdaki kriterleri karşılayan intrakraniyal hipertansiyon varlığı;

1. Nörolojik muayenesi normal olan veya aşağıdaki anormalliklerden birini gösteren uyanık hasta;

- a. Papilödem,
- b. Genişlemiş kör nokta,
- c. Görme alanı defekti (tedavi edilmezse ilerleyici),
- d. Altıncı sinir felci.

2. Epidural veya intraventriküler basınç monitörizasyonu veya yatar pozisyonda yapılan lomber ponksiyon (LP) ile ölçülen beyin omurilik sıvısı (BOS) basıncının artmış olması (obez olmayanlarda > 200 mmH₂O, obez olanlarda > 250 mmH₂O).

3. BOS kimyasının (düşük BOS proteini kabul edilebilir) ve hücrelerinin normal olması.

4. Uygun incelemeler ile intrakraniyal hastalıkların (venöz sinüs trombozu dahil) dışlanması.

5. İntrakraniyal hipertansiyonun hiçbir metabolik toksik veya hormonal nedeninin bulunmaması.

C. Baş ağrısının, intrakraniyal basınç artışı ile yakından ilişkili olarak ortaya çıkması.

D. Baş ağrısının, basıncı 120-170 mmH₂O'ya azaltan BOS boşaltımı ile iyileşmesi ve intrakraniyal basıncın 72 saat içinde sürekli normal seyretmesi halinde ortadan kalkması.

Prevalansı 19.3/100.000'dir (8,10,11). Gebelerde görülme sıklığı normal popülasyonla aynı olduğu düşünülmekle birlikte gebeliğin İİH'yi tetiklediği ya da şiddetlendirdiği de bilinen bir gerçektir (6,7). Gebelikte herhangi bir trimesterde görülebilmekle birlikte 1. ve 2. trimesterde daha sık görüldüğünü gösteren çalışmalar da vardır (2,3,7,11,12).

OLGU

Yirmi bir yaşında 6 haftalık gebeliği olan kadın hasta 1 haftadır var olan hafif bir baş ağrısı ve çift görme yakınması ile göz hastalıkları polikliniğinden kliniğimize gönderilmişti. Öz geçmişinde 6 ay önce düşük, migren ve son birkaç ayda aşırı kilo alma öyküsü olan obez (beden kitle indeksi 32.9) hastanın göz muayenesinde görme keskinliği sağda düzeltilmiş olarak 8/10, solda 9/10 düzeyinde ve görme alanında sağda minimal periferal daralma tespit edilmiş, nörolojik muayenesinde ise bilateral papilödem, 1 göz kapatılınca kaybolan diplopi ve sağ gözde minimal içe kayma mevcuttu. Kraniyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve MRG venografi normal bulundu. Daha öncesinde düşük öyküsü bulunması nedeniyle istenilen vaskülit tetkiklerinin ve infeksiyon belirteçlerinin sonuçları normaldi. LP'de BOS basıncı 280 mmH₂O ölçülen hasta, tetkikler, muayene ve anamnez doğrultusunda herhangi bir ilaç, vitamin alma veya travma öyküsü olmadığından İİH olarak kabul edildi. İki hafta sonrasında tekrarlanan LP'de BOS basıncının 300 mmH₂O ölçülmesi, papilödemini minimal artması ve çift görme şikayetinin zaman zaman devam etmesi üzerine ketojenik olmayan diyet verildi. Diyetten 2 hafta sonraki kontrolünde 3 kg veren hastanın şikayetinin olmaması, papilödemini azalması ve görme alanının düzelmesi üzerine ilaçsız takibine karar verildi. Takibinin 1. ayında vizyonu tamamen düzelmiş, 3. ayında papilödemi azalmaya başlamış ve görme alanı defekti kaybolmuştu. Doğuma kadar yakınması olmayan hasta 40 hafta + 2. günde ilerlemeyen eylem nedeniyle nöroloji görüşü de alınarak epidural anestezili sezaryen ile doğurtuldu. 3340 g ağırlığında, sağlıklı kız bebeği olan hastanın doğum sonrası takibinde herhangi bir yakınması ve muayene bulgusu yoktu. Doğumdan sonra ilk ayında tekrar görülen hastanın muayenesi normal olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

İİH etyolojisi bilinmemekte, çoğu idiyopatik olarak tanımlanmaktadır. İİH patogenezi tam olarak anlaşılammıştır (12). Ancak asıl mekanizmanın artan venöz basınç olduğu düşünülmektedir.

Obezite İİH'ye yatkınlık oluşturan faktörlerdendir (2,4,10). Santral obezitenin intraabdominal basıncı artırarak pelvik ve kardiyak basınç artışına neden olduğu, bunun da venöz dönüşü engellediği böylece intrakraniyal venöz basıncı artırıp intrakraniyal basınç artışına yol açtığı düşünülmektedir (10,13).

Gebelik İİH olasılığını ya da şiddetini artıran faktörlerden olup İİH'li gebe kadın prevalansı %2 ile %12 arasındadır (1,2,4,5,10-12,14). İİH'li gebe kadınlarda hastalığın tetiklediği spontan abortus ya da fetal kayıp yoktur ve terapötik abortusun da hastalığı geriletğine dair yeterli kanıt bulunmamaktadır (10). Digre ve arkadaşlarının sunduğu

olgular serisinde sonuçlar bu görüşü desteklemektedir (2). Ancak gebelikte spontan abortus riskinin arttığını gösteren yazılar da vardır. İİH'li gebelerde sonraki gebeliklerinin hastalık riskini artırdığına dair çalışma yoktur. Ancak ilk gebeliğinde İİH tanısı konan bazı hastaların sonraki gebeliklerinde tekrarlayan İİH olguları bildirilmiştir (2,5). Olgumuzun hızlı ve aşırı kilo alması ve beraberinde gebe olmasının intrakraniyal basınç artışına yol açtığı düşünüldü.

İİH tedavisinde amaç ağrıyı azaltmak ve daha da önemlisi görme kaybını engellemektir (1,4,7,12). Hemen hemen tüm tedavi rejimleri gebelik esnasında kullanılabilir, ancak katı diyet kısıtlaması ketozun fetus üzerine olumsuz etkilerinden dolayı önerilmeyen bir yaklaşımdır (2,4,6,7,11,12). Sınırlı ancak gerekli miktarda alım şeklindeki diyet kontrolü ise tavsiye edilen bir durumdur (4,10). Biz de olgumuzda, hastanın erken gebelik haftasında olmasından ve öncesinde düşük öyküsü bulunmasından dolayı en uygun tedavi şeklinin diyet kontrolü olacağını düşündük. Bundan dolayı gebelik haftasına ve ihtiyacına göre uygun miktarda, ketojenik olmayan diyet verdik.

LP de gebelikte uygulanabilen ve kontrendikasyonu olmayan diğer bir tedavi yöntemidir (2). Bütün gebelik haftalarında uygulanabilir. Weisberg, 28 hastadan oluşan olgu serisinde yalnızca tekrarlanan LP yapılması ile hastaların çoğunda birkaç gün içinde iyi sonuç alındığını bildirmiştir. Ancak, obez hastalarda LP yapılmasındaki zorluk da göz önünde bulundurulmalıdır. Olgumuzda da obeziteden ve anksiyeteden dolayı LP zorluğu yaşanmış olup şikayetlerinin azalması nedeniyle LP yapmadan takibine karar verilmiştir.

Glukokortikoid (prednizon, deksametazon), karbonik anhidraz inhibitörleri (asetazolamid) ve diüretikler tedavide kullanılan medikal seçeneklerdir. Glukokortikoidlerin kısa süreli kullanımında BOS basıncını azalttığı, uzun süreli kullanımında ise intrakraniyal basınç artışına yol açabileceği bilinmektedir. Bundan dolayı kısa süreli (en fazla 2 hafta) verilebilir (4,10). Ancak gebelikte kullanıldığında gestasyonel hipertansiyon, doğum defektleri ve düşük doğum ağırlıklı bebek oluşumuna yol açabilmektedir (2,10). Gliserol, osmotik ya da tiazid grubu diüretikler gebeliğin 2. yarısında kullanıldığında plasental kan akımını ciddi ölçüde azaltabilmektedir. Ayrıca fetal büyüme ve maternal elektrolitleri de etkilemektedir.

Asetazolamidin 20. gebelik haftasından önce kullanıldığında sakrokoksigeal teratoma yol açtığını gösteren olgu ve yazılar olmasına karşılık, asetazolamidi kullanıp herhangi bir olumsuz etkiye (konjenital malformasyon, fetal kayıp gibi) rastlamadıklarını bildiren yazılar da mevcuttur (2,10). Asetazolamidin yüksek doz kullanıldığı hayvanlarda, doğum defekti yapabileceği gösterilmiş ise de insanlarda gebelikte kullanımı ile ilgili henüz klinik ya da deneysel çalışma yoktur.

Hastalıkta uygulanan cerrahi yöntemler ise lumboperitoneal şant, subtemporal dekompresyon ve optik sinir kılıf fenestrasyonudur. Gebelikte bu yöntemlerin hepsi uygulanabilmektedir (2). Eğer yoğun medikal tedaviye rağmen vizyonda hızlı bir bozulma mevcut ise vakit kaybetmeden cerrahi yöntemler uygulanmalıdır (1,3,5,6,10-12). Cerrahi operasyona rağmen kalıcı görme kayıpları bildirilmiştir.

Bütün bu bilgiler ışığında, hastamızın erken gebelik haftasında olması, öncesinde düşük öyküsünün bulunması ve diyet sonrası şikayetlerinin azalması nedeniyle hastamızda medikal tedaviye başlamadık. İlerleyen gebelik haftalarında yakınması olmadığından takibini ilaçsız olarak sürdürdük.

İİH'li gebelerin doğumu da tartışmalı bir konudur. Normal doğuma ya da endikasyonu varsa sezaryen ile doğuma izin verilebilir. Hangi doğumun daha avantajlı olduğuna dair herhangi bir çalışma yoktur. Ancak uterin kasılmalar ve doğum eforu kan basıncı, kardiyak output, santral venöz basınç artışı ve bundan dolayı BOS basıncı artışı ile ilişkilidir (4,10). BOS basıncının daha da artışı, var olan papiledemi ve görmeyi kötü yönde etkiler. Bundan dolayı normal doğum yapan hastalarda yeterli doğum analjezi önerilir (4,5,10). Narkotik analjezikler PaCO₂ artışı yolu ile solunum depresyonu bunun sonucu artmış serebral kan akımı ve dolayısıyla BOS basıncı artışına yol açtığından önerilmez. Normal doğum esnasında epidural analjezi tercih edilir. Böylece kontraksiyonlar esnasında hemodinamik değişiklikler minimize olur ve BOS basıncı da minimal etkilenir. Eğer sezaryen ile doğum yapılacaksa genel anestezi yerine BOS basıncına etkisi minimal olduğundan bölgesel anestezi tercih edilir (1,4). Bölgesel anestezide yapılan LP ile bir miktar BOS drenajı sağlandığından BOS basıncı azalır ve bundan dolayı ek fayda sağlanmış olur. Sunduğumuz olguda da literatürden yola çıkarak epidural anestezide, ilerlemeyen eylem nedeniyle de sezaryen ile doğuma karar verildi. Hasta ve bebeğinde herhangi bir sorun yaşanmadı.

Sonuç olarak; gebelerdeki İİH'nin tedavisinde fikir birliği yoktur. Bazı hastaların tedavisiz düzeldiğini ileri sürenler, yalnızca LP ve kilo kaybını önerenler, cerrahi operasyonu, gebeliğin sonlandırılması ya da erken doğumu önerenler vardır (2,4). Gebelikte bütün tedavi seçenekleri uygulanabilir görüşüne karşılık, Digre ve arkadaşları gebelikteki İİH tedavisinin farklı olduğunu savunmuştur (2).

* Bu olgu 11-16 Kasım tarihleri arasında Antalya'da gerçekleştirilen 44. Ulusal Nöroloji Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

(This case was presented at the 44. National Neurology Congress.)

KAYNAKLAR

1. Abouleish E, Ali V, Tang RA. Benign intracranial hypertension and anesthesia for cesarean section. *Anesthesiology* 1985;63:705-7.
2. Digre KB, Varner MW, Corbett JJ. Pseudotumor cerebri and pregnancy. *Neurology* 1984;34:721-9.
3. Evans RW, Friedman DI. Expert opinion: The management of pseudotumor cerebri during pregnancy. *Headache* 2000;40:495-7.
4. Kassam SH, Hadi HA, Fadel HE, Sims W, Jay WM. Benign intracranial hypertension in pregnancy: Current diagnostic and therapeutic approach. *Obstet Gynecol Surv* 1983;38:314-21.
5. Koontz WL, Herbert WNP, Cefalo RC. Pseudotumor cerebri in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1983;62:324-7.
6. Tang RA. Management of idiopathic intracranial hypertension in pregnancy. *MedGenMed* 2005;7:40.
7. Tang RA, Dorotheo EU, Schiffman JS, Bahrani HM. Medical and surgical management of idiopathic intracranial hypertension in pregnancy. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2004;4:398-409.
8. Tezel TH, Günağp İ, Tezel G. İdiyopatik intrakranial hipertansiyon. *Oftalmoloji* 1992;1:152-63.
9. Headache Classification Subcommittee of The International Headache Society. The international classification of headache disorders. 2nd edition. *Cephalalgia* 2004;24(Suppl 1):78.
10. Bagga R, Jain V, Das CP, et al. Choice of therapy and mode of delivery in idiopathic intracranial hypertension during pregnancy. *MedGenMed* 2005;7:42.
11. Huna-Baron R, Kupersmith MJ. Idiopathic intracranial hypertension in pregnancy. *J Neurol* 2002;249:1078-81.
12. Radhakrishnan K, Ahlskog JE, Garrity JA, Kurland LT. Idiopathic intracranial hypertension. *Mayo Clin Proc* 1994;69:169-80.
13. Glueck CJ, Aregawi D, Goldenberg N, Golnik KC, Sieve L, Wang P. Idiopathic intracranial hypertension, polycystic-ovary syndrome, and thrombophilia. *J Lab Clin Med* 2005;145:72-82.
14. Gumma AD. Recurrent benign intracranial hypertension in pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;115:244.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence

Uzm. Dr. Güner Koyuncu Çelik

Başkent Üniversitesi

Konya Uygulama ve Araştırma Merkezi

Nöroloji Kliniği

Hoca Cihan Mahallesi Saray Caddesi No: 1

Selçuklu, Konya/Türkiye

E-posta: gunerkoyuncu@mynet.com

geliş tarihi/received 24/12/2008

kabul ediliş tarihi/accepted for publication 01/04/2009