



Spontan İntrakraniyal Hipotansiyona Bağlı Bilateral Subdural Hematom Olgusu

A Patient with Bilateral Subdural Hematoma due to Spontaneous Intracranial Hypotension

Özge Öcek, Levent Öcek

Uşak Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Uşak, Türkiye

Anahtar Kelimeler: Spontan intrakraniyal hipotansiyon, subdural hematoma, manyetik rezonans görüntüleme
Keywords: Spontaneous intracranial hypotension, subdural hematoma, magnetic resonance imaging

Sayın Editör,

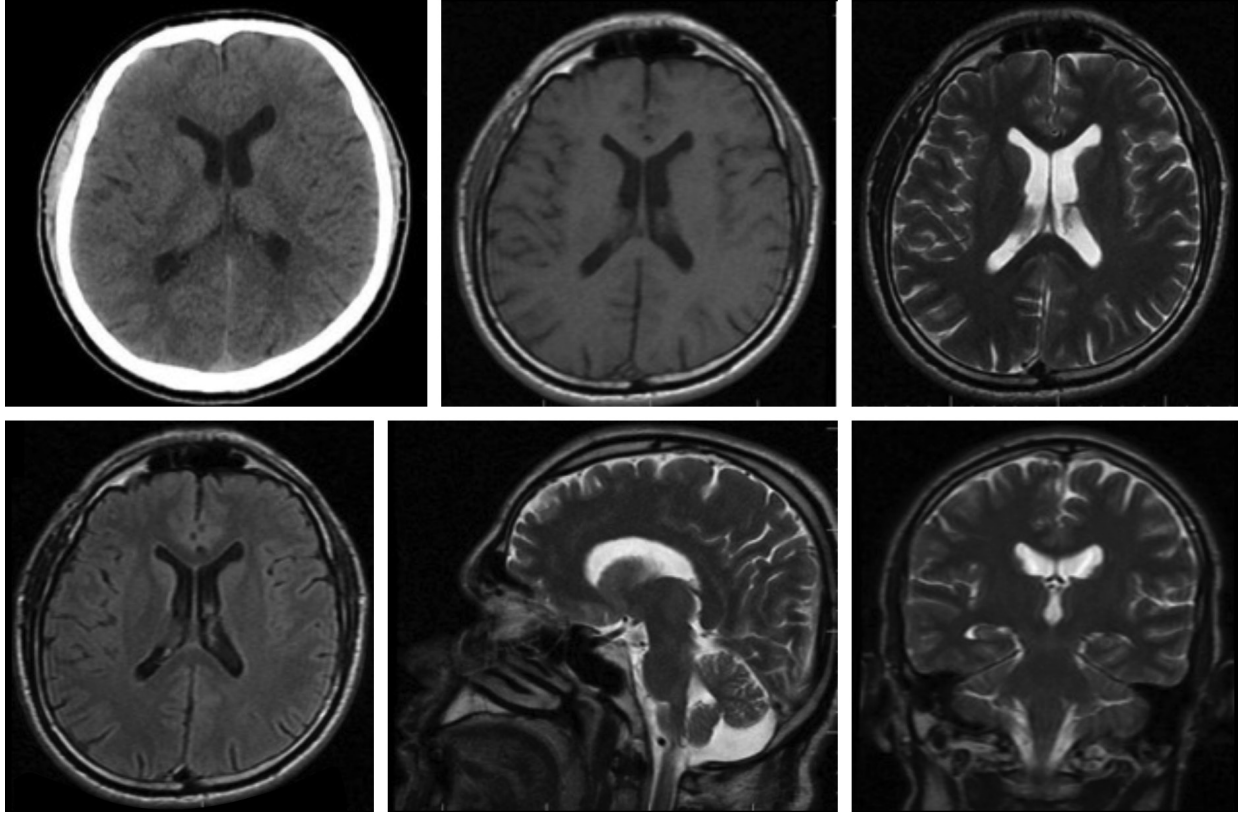
Otuz altı yaşında erkek hasta bir haftadır olan, zonklayıcı, iki taraflı, fotofonofobi eşlik etmeyen, non-steroid anti-enflamatuvar ilaçlara cevap vermeyen, aralıklı bulantı ve kusmanın olduğu baş ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Öz ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik ve nörolojik muayenesi normaldi. Rutin laboratuvar testlerinde, beyin bilgisayarlı tomografisi, manyetik rezonans görüntülemesi (MRG), MRG anjiyografisi ve venografisinde anlamlı nöropatoloji izlenmedi (Şekil 1). Anksiyolitik tedaviden fayda gören hasta lomber ponksiyonu (LP) kabul etmedi ve taburcu edildi. Şikayetin şiddetlenmesi üzerine dört hafta sonra tekrar başvuran hastanın baş ağrısının ortostatik karakter kazandığı öğrenildi. LP yapılan hastanın beyin omurilik sıvısı (BOS) alınmadı ve BOS basıncı ölçülemedi. LP sonrası baş ağrılarında artış olduğunu ifade eden hastanın kontrol MRG'sinde bilateral subdural hematoma (SDH) ile birlikte pakimeningeal kontrast tutulumu saptandı (Şekil 2). Kliniğinde kötüleşme (baş ağrısında artış, bulantı, işitmede azalma) nedeniyle nöroşirurji tarafından SDH'si boşaltıldı. Spontan intrakraniyal hipotansiyon (SİH) nedenine yönelik yapılan servikal, torakal, lomber ve BOS akım MRG'sinde BOS sızıntısı saptanmadı. Konservatif tedaviler (bol sıvı ve kafeinli içecekler) önerilen hastanın kliniği operasyon sonrası üçüncü haftada düzeldi.

SİH, BOS'nin travma veya LP öyküsü olmayan hastalarda spontan kaçağına bağlı olarak ortaya çıkan, ortostatik baş ağrısı ve düşük BOS basıncı ile karakterize nadir görülen bir sendromdur (1,2). Tanı postural (ortostatik) baş ağrısı, düşük BOS açılış basıncı ve anormal MRG (diffüz dural kalınlaşma, beyin aşağı doğru yer değiştirmesi, hipofiz bezinde genişleme, subdural efüzyon) bulguları ile konur. SİH oluşturan mekanizmalardan günümüzde en çok kabul göreni duradaki küçük yırtıklardan BOS kaçağıdır (3). Ortostatik baş ağrısı tipik olarak frontal ve oksipital bölgelerde bilateraldir. Beynin aşağı doğru yer değiştirmesi sonucu köprü venlerinin gerilip yırtılmasına bağlı SDH'ler veya diensefalik bası sonucu bilinç değişiklikleri oluşabilir (4,5). MRG'de pakimeningeal diffüz gadolinyum tutulumu, subdural sıvı koleksiyonları, beyin aşağı doğru yer değiştirdiğini gösteren bulgular saptanmaktadır. Subdural sıvı birikimleri genellikle ince, bilateraldir ve kayda değer bir kitle etkisi yaratmaz iken bazen klinik kötüleşme olabilir (2,3,6).

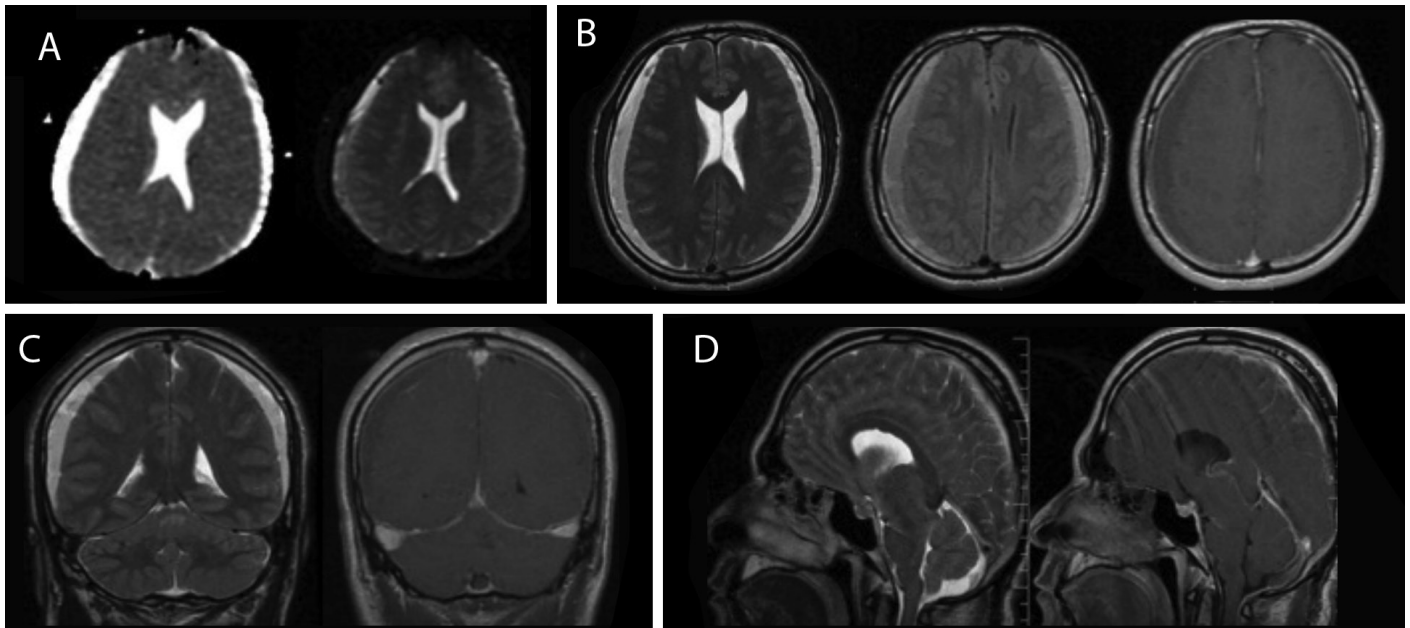
SİH'nin karakteristik bir klinik tablosu ve tipik MRG bulguları olmasına rağmen, SİH az tanınan bir sendromdur. Beynin aşağı doğru yer değiştirmesi sonucu köprü venlerin yırtılması ile gelişen, SDH gibi acil tablolara yol açabileceği unutulmamalıdır.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Levent Öcek, Uşak Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Uşak, Türkiye
Tel.: +90 505 498 99 84 E-posta: leventoccek66@yahoo.com ORCID: orcid.org/0000-0001-9836-3659
Geliş Tarihi/Received: 06.01.2019 **Kabul Tarihi/Accepted:** 09.03.2019

©Telif Hakkı 2019 Türk Nöroloji Derneği
Türk Nöroloji Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.



Şekil 1. İlk yapılan beyin bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntülemesi normal saptandı



Şekil 2. Kranial manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) bilateral fronto-parietal bölgede T1 ağırlıklı imajlarda hipointens, T2 ağırlıklı imajlarda hiperintens, difüzyon ağırlıklı görüntülemelerde hiperintens ve görünür difüzyon katsayısı haritalamasında hiper-izointens izlenen subakut dönem subdural hematoma ile uyumlu bulgular saptandı (A, B, C). Kontrastlı koronal kesitlerde, bilateral pakimeningeal hafif kontrastlanma olduğu gözlemlendi (C). Kontrastlı sagittal MRG'sinde, hipofiz bezinde difüz genişleme, serebellar tonsillerin foramen magnumdan spinal kanala doğru hafif taşması ve venöz yapılarla dolgunluk izlendi (D)

Etik

Hasta Onayı: Olgumuzdan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: Ö.Ö., L.Ö., **Konsept:** Ö.Ö., **Dizayn:** L.Ö., **Veri Toplama veya İşleme:** Ö.Ö., L.Ö., **Analiz veya Yorumlama:** Ö.Ö., **Literatür Arama:** Ö.Ö., L.Ö., **Yazan:** Ö.Ö.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Inamasu J, Guiot BH. Intracranial hypotension with spinal pathology. *Spine J* 2006;6:591-599.
2. Park ES, Kim E. Spontaneous intracranial hypotension: clinical presentation, imaging features and treatment. *J Korean Neurosurg Soc* 2009;45:1-4.
3. Frank LR, Paxson A, Brake J. Spontaneous intracranial hypotension. *J Emerg Med* 2005;28:427-430.
4. Guigon B, Tailla H, de la Marniere E, Macarez R, Bazin S, Madzo M. Abducens nerve palsy in spontaneous intracranial hypotension. *J Fr Ophtalmol* 2004;27:392-396.
5. Aoki N, Sakai T, Oikawa A. Spontaneous intracranial hypotension associated with subdural hematoma: diagnostic usefulness of percutaneous subdural tapping and magnetic resonance imaging. *Acta Neurol Chir* 1998;140:47-49.
6. Ferrante E, Savino A, Sances G, Nappi G. Spontaneous intracranial hypotension syndrome: a report of twelve cases. *Headache* 2004;44:615-622.