

SPONTAN İNTRAKRANYAL HİPOTANSİYON: OLGU SUNUMU

Murat ÖRTEN¹, Himmet DEREÇİ¹, Orhan YAĞIZ¹, Çimen KALENDER¹, İlkay YILDIRIM¹, Aysel TEKEŞİN¹

Spontan intrakranyal hipotansiyon düşük beyin omurilik sıvısı basıncı ve buna bağlı oluşan ortostatik baş ağrısı ile karakterizedir. Etyolojisinden meningeal beyin omurilik sıvısı kaçaqları sorumlu tutulmaktadır. Kranyal manyetik rezonans görüntüleme diffüz pakimeningeal gadolinium tutulması olan nadir görülen bir sendromdur.

Anahtar kelimeler: Spontan intrakranyal hipotansiyon, beyin omurilik sıvısı, ortostatik baş ağrısı

SPONTANEOUS INTRACRANIAL HYPOTENSION: CASE REPORT

Spontaneous intracranial hypotension is characterized by low cerebrospinal fluid pressure and the prominent feature of the syndrome is orthostatic headache. Meningeal cerebrospinal fluid leakage is blamed at the etiology. It is a rare syndrome where the diffuse pachimeningeal gadolinium enhancement can be observed in the cranial magnetic resonance imaging studies.

Key words: Spontaneous intracranial hypotension, cerebrospinal fluid, orthostatic headache

İlk olarak 1938 yılında Alman beyin cerrahı Schaltenbrand tarafından tanımlanan Spontan İntrakranyal Hipotansiyon (SİH)'un tipik semptomu özellikle oturulduğunda ve ayağa kalkıldığında ortaya çıkan ortostatik baş ağrısıdır. SİH genel popülasyonda çok nadir görülebilen selim gidişatlı bir hastalıktır. Sendroma meningeal yapılardan Beyin Omurilik Sıvısı (BOS) kaçaqlarının sebep olduğu düşünülmektedir. Bu özellikleriyle SİH nadir görülmesi sebebiyle günümüzde çoğu klinisyen tarafından göz ardı edilebilen bir hastalık olmaktan kurtulamamıştır¹.

Baş ağrısıyla beraber diğer sık görülen semptomlar ense sertliği, bulantı-kusma, fotofobi, interskapular ağrı, görme bozuklukları ve çift görmedir².

SİH'un tanısında hastadan alınan anamnezin yanında diğer tetkikler de yardımcı olmaktadır. Özellikle bu hastalarda yapılan Lumbal Ponksiyon (LP), Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) ve radyoizotop sisternografi tetkikleri bu sendrom hakkında bize çok değerli bilgiler sunmaktadır. Radyoizotop sisternografi ile kaçaqların yeri kesin olarak saptanabilmektedir. SİH'lu hastaların büyük bir kısmında spinal ve kranyal MRG'lerde T1 ağırlıklı kesitlerde meninkslerde diffüz kalınlaşma ve yoğun kontrast madde tutulumu gözlenmiştir. Fakat her SİH vakasında bu durumun olmadığı ve bazı SİH vakalarında MRG'lerin tamamen normal olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir¹. SİH tanısı düşünülen hastalarda yapılan LP sırasında hastaların BOS basınçları karakteristik olarak ya düşük ölçülmekte ya da hiç ölçülememektedir.

SİH tanısı alan hastalara uygulanan mutlak yatak istirahati, günlük intravenöz sıvı ve oral kafein tedavisi gibi konservatif tedavi girişimleriyle semptomlarda büyük oranda düzelme sağlanmakla birlikte; bazı vakalarda cerrahi girişimlere gerek duyulabilmektedir.

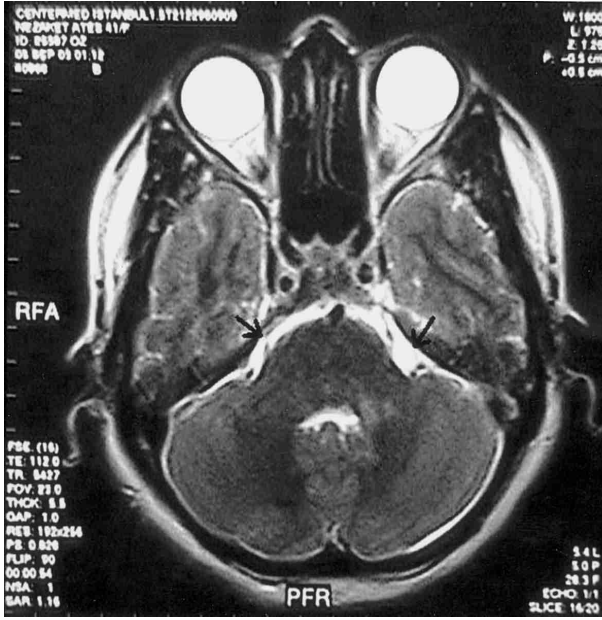
OLGU

Acil polikliniğimize 22.08.2003 tarihinde çift görme, baş ve boyun ağrısı şikayetleri ile başvuran 48 yaşındaki bayan hastadan alınan anamnezde baş ve boyun ağrısının yaklaşık 10 gündür devam ettiği, özellikle oturduğunda ve ayakta iken daha da arttığı, beraberinde bulantı kusmanın olmadığı, yattığı zaman ise baş ağrısının azaldığı öğrenildi. Bu şikayetleri ile özel bir sağlık kuruluşuna başvurduğunda ölçülen arteriyel tansiyonun 270/130 mmHg olduğu ve tedavi sonrası düşürüldüğü; bu durumdan yaklaşık 1 hafta sonra yine bu şikayetleri devam ederken ani olarak gelişen sola bakarken çift görme şikayeti olduğu öğrenildi.

Hikayesinde bir travma öyküsü, öz ve soy geçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Fizik muayenesi normal sınırlarda idi. Yapılan nörolojik muayenesinde ise sol gözde dışa bakış kısıtlılığı dışında başka bir patolojiye rastlanmadı.

Rutin kan, idrar tetkikleri, akciğer grafisi ve elektroansefalografisinde herhangi bir patolojiye rastlanmayan hastanın kranyal MRG'sinde T1 ağırlıklı kesitlerde supratentoryal alanda durada ve tentoryumda yaygın, düzgün kalınlaşma ile kontrast tutulumları saptandı (Resim 1). Hastanın çekilen servikodorsal MRG'sinde servikal bölgede SİH lehine bulgular saptandı. Yapılan kranyal MR anjiyografi sonucu da normal olarak değerlendirildi. Radyoizotop sisternografi uygulaması hasta ve yakınları tarafından kabul edilmediği için yapılamadı.

¹SSK İstanbul Eğitim Hastanesi Nöroloji Kliniği
Başvuru tarihi: 31.12.2003, Kabul tarihi: 29.12.2004



Resim 1. Kranyal MRG'sinde T1 ağırlıklı kesitlerde supratentoryal alanda durada ve tentoryumda yaygın, düzgün kalınlaşma ile kontrast tutulumları.

Hastaya iki defa yapılan LP'da BOS örneği alınamadı ve basınç ölçülemedi. Nörolojik muayene, BOS ve radyolojik bulgular neticesinde SİH tanısı konan hastaya mutlak yatak istirahatiyle beraber 1000 cc/gün intravenöz laktatlı ringer ve oral kafein tedavisi başlandı. Tedavisi devam eden hastanın şikayetlerinde 10. günden sonra düzelme oldu ve poliklinik kontrolü ile taburcu edildi.

Bir ay sonra poliklinik kontrolünde görülen hastanın çift görme ve baş ağrısı şikayetlerinin tamamen düzeldiği tespit edildi. Kranyal MRG'si tekrarlanan hastanın bu tetkikinde bir önceki tetkike göre patolojik bulguların büyük oranda gerilediği ve nörolojik muayenesinin de normal olduğu gözlemlendi (Resim 2).



Resim 2. Kranyal MRG'si tekrarlanan hastanın patolojik bulguların büyük oranda gerilediği görülmektedir.

TARTIŞMA

SSS'deki meningeal yapılarıdaki BOS kaçakları sonucu oluşan SİH her ne kadar sık görülmesine de, günümüzdeki gelişmiş tanı yöntemleri ile daha tanınır bir hastalık olma yolundadır. Bu kaçakların sebepleri sıklıkla bulunamaz iken literatürde bildirilen sebeplerden bazıları servikal kemik çıkıntıları, meningeal divertiküller, disk herniasyonları, sinir köklerindeki yırtıklar ya da Tarlov kistleridir³. SİH'un en belirgin bulgusu ortostatik baş ağrısıdır. Bu hastaların oturunca ve ayağa kalkınca baş ağrısı şikayeti olmaktadır.

Bu hastalarda kranyal MRG ile çok değerli bulgular elde edilebilmiştir. Bunlar pakimeningeal kontrast madde tutulumu, beyinde aşağı doğru yer değiştirme, nadiren subdural sıvı birikimi, genişlemiş serebral venöz sinüsler, genişlemiş hipofiz bezi ya da daralmış ventrikül çaplarıdır². Her ne kadar literatürde kranyal MRG bulguları saptanmayan SİH olguları bildirilmişse de, bu olgular SİH'un küçük bir oranını oluşturmaktadır⁴.

SİH hastalarına uygulanan LP'larda BOS basıncı 60 mm H2O dan düşük veya hiç ölçülemeyecek düzeydedir. Bizim olgumuzda da ortostatik tipte baş ve boyun ağrısıyla beraber sola bakışta oluşan çift görme, kranyal MRG'sinde T1 ağırlıklı kesitlerde meningeal yapılarda yaygın kontrast madde tutulumu ve kalınlaşma vardı. İki defa yapılan LP'da ise BOS örneği alınamadı.

SİH hastalarına mutlak yatak istirahatiyle beraber bol sıvı ve oral kafein alımı önerilmektedir. Bu tedavi şekli genellikle uygun olmakla beraber hastaların şikayetlerindeki düzelmeler uzun bir süre alabilmektedir. Bu konservatif yaklaşımlara rağmen semptomlarda bir gerileme yoksa bu hastalara ekstradural salin infüzyonu veya epidural otolog kan yaması uygulanabilmektedir^{3,5}. SİH'un nedeni bir disk herniasyonu veya servikal kemiklerdeki bir anomali ise nedene yönelik cerrahi tedavi denenebilmektedir. Olgumuzda SİH'a neden olabilecek bir patoloji saptanmamış ve konservatif tedaviyle yeterli sonuç alınmıştır.

KAYNAKLAR

1. Ben Amor S, Maeder P, Gudinchet F, Duc C, Ingvor-Maeder M. Spontaneous intracranial hypotension syndrome. Rev Neurol 1996; 152(10): 611-4.
2. Bahram Mokri MD. Spontaneous intracranial hypotension. Current Neurology Neuroscience Reports 2001; 1: 109-17.
3. Winter SC, Maartens NF, Anslow P, Teddy PJ. Spontaneous intracranial hypotension due to thoracic disc herniation. J Neurosurg 2002; 96: 343-5.
4. Schoffer KL, Benstead TJ, Grant I. Spontaneous intracranial hypotension in the absence of magnetic resonance imaging abnormalities. Can J Neurol Sci 2002; 29(3): 253-7.
5. Waguri N, Tomita M, Hayatsu K, Okamoto K, Shimoji K. Epidural blood patch for treatment of spontaneous intracranial hypotension. Acta Anaesthesiol Scand 2002; 46(6): 747-50.