

**EDİTÖRE MEKTUP**

**LETTER TO EDITOR**

**SUBARAKNOİD KANAMA İLE PREZENTE OLAN SEREBRAL VENÖZ SİNÜS TROMBOZU OLGUSU**

**A CEREBRAL VENOUS SINUS THROMBOSIS CASE PRESENTING WITH SUBARACHNOID HEMORRHAGE**

**Bilge KOÇER, Emrah AYTAÇ, Selim Selçuk ÇOMOĞLU**

**Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, ANKARA**

Sayın Editör,

Otuzaltı yaşında erkek hasta, beş gündür ense ve oksipital bölgede lokalize, zonklayıcı vasıfta, bulantı ve kusmanın eşlik ettiği, analjezik yanıtı olmayan baş ağrısı, başvurudan birkaç saat önce ortaya çıkan 2-3 saat süreli kendiliğinden düzelen sağ gözde görme bulanıklığı yakınması ile acil servise başvurdu. Hastanın öz ve soy geçmişinde özellik yoktu.

Nörolojik muayenesinde ense sertliği yoktu, görme keskinliği tamdı, pupiller izokorikti, direk ve indirek pupil yanıtları alınıyordu, fundus muayenesi ve diğer nörolojik muayene bulguları normaldi.

Hastanın acil serviste çekilen Bilgisayarlı Beyin Tomografisi'nde (BBT) sol temporal bölgede hiperdens görünüm tespit edildi (Resim 1).

Yapılan beyin Manyetik Rezonans Görüntüleme'sinde (MRG) sol posterior temporal bölgede kortikal sulkus ve konveksitede sınırlı akut-subakut süreçte Subaraknoid Kanama (SAK) (Resim 2), sol transvers sinüs komşuluğunda başlangıçta dural arterio-venöz fistül (AVF) olabileceği düşünülen genişlemiş vasküler yapı (Resim 3) ve beyin Manyetik Rezonans Venografi'sinde sol transvers sinüs ve sigmoid sinüste tromboz olduğu görüldü. Hastanın SAK'sının olması ve AVF'den şüphelenilmesi dolayısı ile başlangıçta Venöz Sinüs Trombozu'na (VST) yönelik antikoagulan tedavi verilmedi ve hastaya anjiyografik inceleme yapılması planlandı. Acil başvurusundan iki gün sonra yapılan Serebral Dört Damar Dijital Subtraksiyon Anjiyografide sol transvers sinüs vizüalize edilemedi ve oklüde olduğu düşünüldü. Ayrıca superior sagittal sinüs inferior kesiminde tromboz görünümü izlenerek hastada dural AVF tanısından uzaklaşıldı (Resim 4).

Aynı gün içerisinde hastanın anjiyografi girişimi yapılan sağ bacağına solukluk gelişti, ardından gerçekleştirilen alt ekstremitte arteriyel Doppler ultrasonografik incelemesinde sağ ayak bileği düzeyinde posterior tibial ve dorsalis pedis arterlerinde oklüzyon tespit edilerek hastaya kalp damar cerrahisi tarafından trombektomi yapıldı ve enoxoparin 2x0,6 cc dozunda başlandı. Hasta olası vaskülopati ve koagulopati nedenleri yönünden araştırıldı. Hemogramında hafif lökosit yüksekliği (WBC:12 bin/mm<sup>3</sup>) vardı, ayrıca sedimentasyon yüksekliği (83 cm/saat) tespit edildi. Vaskülit yönünden yapılan ANA, Anti dsDNA, Anti Jo-1, Anti SSA, Anti SSB, Anti kardiyolipin Ig G ve Ig M, Anti Scl 70, MPO ANCA, Anti SM/RNP antikolları negatif bulundu. HLA B27, HLA B51 ve Paterji testleri de negatif bulunan hastada Behçet Hastalığı düşünülmüdü ve olası diğer vaskülitler açısından takibe alındı.

Koagulopati nedenleri açısından yapılan Protein C, S, Antitrombin 3 ve Aktive Protein C Rezistansı tetkikleri normal bulundu. Faktör V Leiden, Protrombin 20210 mutasyonları tespit edilmedi, MTHFR mutasyonu heterozigot bulundu. VST etyolojisine yönelik yapılan sorgulama ve incelemelerde etyolojik neden tespit edilemeyen ve SAK olması nedeni ile klinik tablonun akut-subakut evresinde oral antikoagulan (warfarin) tedavisi başlanmayan hasta yaklaşık üç ay boyunca enoxoparin tedavisi aldı. Etiyolojik araştırmalarda nedenin bulunamaması ve hastanın diğer tedavi seçeneklerini reddetmesi ve tedavi uyum sorunları nedenleri ile düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi uzatılarak 3. ayda sonlandırıldı. Hastanın 3. ay ve 1. yıl kontrollerinde baş ağrısı azalmıştı ve nörolojik muayene bulgusu yoktu.

**Yazışma Adresi:** Uzm Dr. Bilge Koçer, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, Altındağ, Ankara.

**Tel:** 0312 596 28 40

**E-posta:** bilge.gonenli@gmail.com

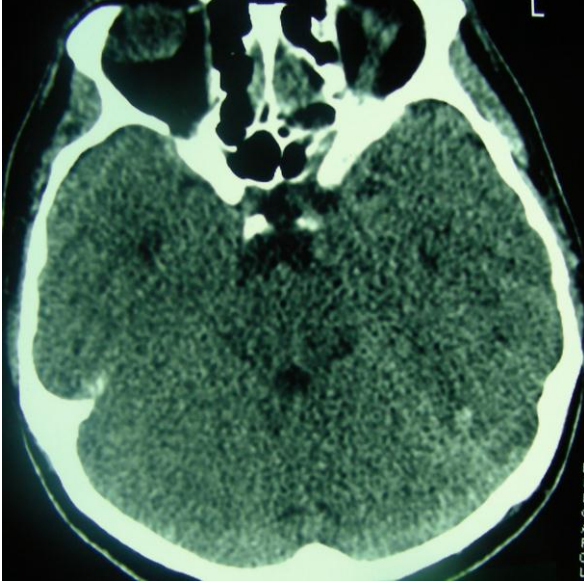
**Geliş Tarihi:** 01.10.2014

**Kabul Tarihi:** 01.12.2014

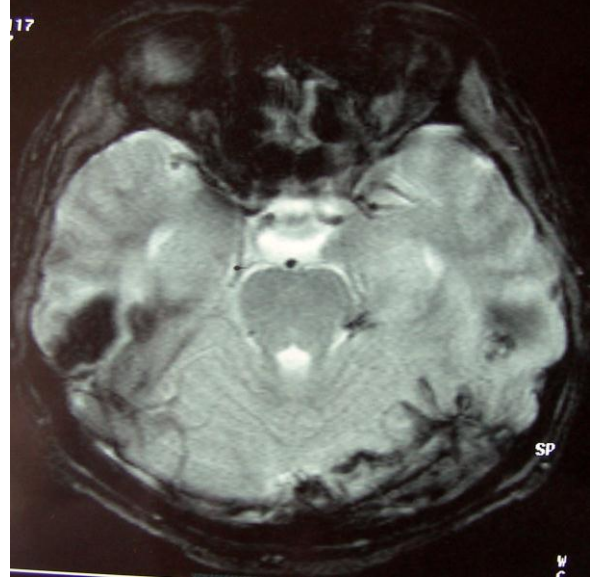
**Received:** 01.10.2014 **Accepted:** 01.12.2014

**Bu makale şu şekilde atıf edilmelidir:** Koçer B, Aytaç E, Çomoğlu S. S. Subaraknoid kanama ile prezente olan serebral venöz sinüs trombozu olgusu. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi 2016; 22 (1): 18-20. doi: 10.5505/tbdhd.2016.32559.

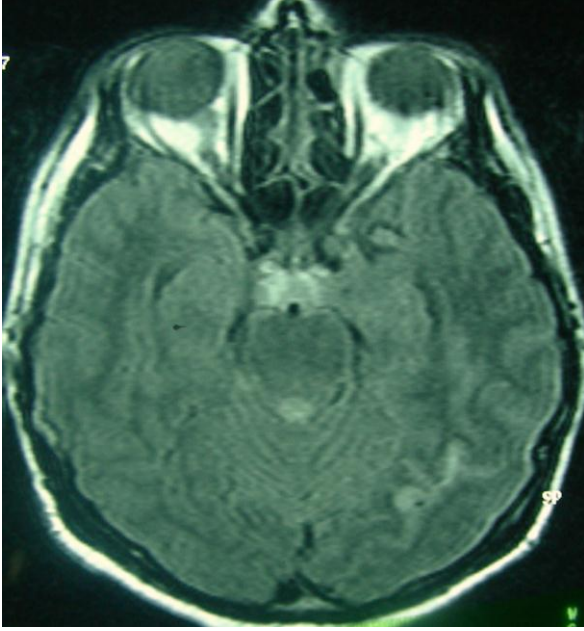
Soyder ve ark.



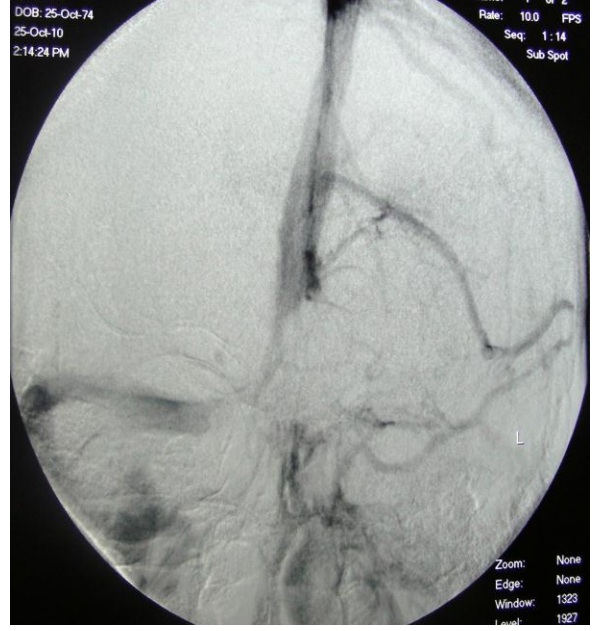
**Resim 1.** Beyin tomografisinde sol temporal hiperdens alan izlenmektedir.



**Resim 3.** Beyin manyetik rezonans görüntülemesinde gradient eko kesitlerinde sol temporal subaraknoid kanama.



**Resim 2.** Beyin manyetik rezonans görüntülemesinde FLAIR aksiyal kesitlerde kortikal sulkusa sınırlı akut-subakut subaraknoid kanama görünümü.



**Resim 4.** Serebral dört damar dijital subtraksiyon anjiyografide superior sagittal sinus inferior ve sol transvers sinüste dolum defekti ve tromboz gösterildi.

VST; baş ağrısı, nöbet, fokal nörolojik defisit, konfüzyon ve komaya kadar değişen çok çeşitli bulgularla ortaya çıkabilmektedir (1-4). VST'nda venöz enfarkta bağlı parankimal hemoraji görülebilmekle beraber, venöz enfarkt olmaksızın SAK'ya oldukça nadir rastlanır (1,2,4). Bu nedenle VST'na bağlı SAK'ların tanısının konması zor

olabilmektedir. Ancak son yıllarda görüntüleme tekniklerindeki yeniliklerle birlikte daha kolay teşhis edilebilmektedir (3). VST'na bağlı SAK, venöz sinüs içinde gelişen trombozun kortikal venlere ilerleyerek venöz hipertansiyona sebep olması, ince duvarlı frajil venlerin dilatasyonu ve ruptürü sonucunda ortaya çıkabilmektedir (2,3).

Arteriyel SAK'lerden farklı olarak VST'na bağlı gelişen SAK'lar kortikal sulkus ve konveksitede sınırlı bir alanda kalma eğilimindedir (1,3).

VST ve SAK gibi tedavi stratejileri farklı iki patolojinin bir arada görülmesi nedeni ile bu klinik durumun tedavisi de tartışmalıdır. VST'na bağlı SAK'nın kortikal sulkuslarda lokalize ve sınırlı bir alanda olması nedeniyle antikoagulan tedavi kullanılabilmesi ve güvenli olduğu yönünde bildirimler mevcuttur (1,2). Ancak geniş SAK'nın olması klinik durumda kötüleşme ile de sonuçlanabilir. Ek olarak spinal anestezi sonrasında VST'na bağlı SAK gelişen bir olguda, kanamanın rezorbe olduğu görüldükten sonra heparin başlanmasını takiben intraparenkimal hemoraji gelişimi bildirilmiştir (4). Bu durumda hastanın klinik tablosuna, etyolojik nedene ve kanama alanının genişliğine göre tercih yapmak gerekebilir.

Hastamız beyin görüntülemesinde kortikal sulkus ve konveksitede sınırlı kalan SAK ile prezente olan VST'nun olması dolayısı ile ender rastlanan bir olgudur. Arteriyel etyolojinin tespit edilemediği SAK'larda tedavi yaklaşımının belirlenmesinde de önem taşıması nedeni ile nadir bir sebep olarak VST da akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Serebral venöz tromboz, subaraknoid kanama, baş ağrısı, manyetik rezonans görüntüleme, serebral konveksite.

**Key words:** Cerebral venous thrombosis, subarachnoid hemorrhage, headache, magnetic resonance imaging, cerebral convexity.

#### KAYNAKLAR

- 1- Lampl Y, Gilad R. Bilateral ptosis and changes in state of alertness in thalamic infarction. *Clin Neurol Neurosurg* 1999;101:49-52.
- 1- Panda S, Prashantha DK, Shankar SR, et al. Localized convexity subarachnoid hemorrhage-a sign of early cerebral venous sinus thrombosis. *Eur J Neurol* 2010; 17: 1249-1258.
- 2- Kato Y, Takeda H, Furuya D, et al. Subarachnoid hemorrhage as the initial presentation of cerebral venous thrombosis. *Inter Med* 2010; 49: 467-470.
3. Sahin N, Solak A, Genc B, et al. Cerebral venous thrombosis as a rare cause of subarachnoid hemorrhage: a case report and literature review. *Clin Imaging* 2014; 38: 373-379.
- 4- Oz O, Akgun H, Yücel M, et al. Cerebral venous thrombosis presenting with subarachnoid hemorrhage after spinal anesthesia. *Acta Neurol Belg* 2011; 111: 237-240.