

OLGU SUNUMU

CASE REPORT

SEREBRAL VENÖZ TROMBOZA BAĞLI ÇOKLU KRANİYAL SINİR PARALİZİSİ

Esra ERUYAR, Hanife KÜÇÜKYILDIZ, Şule BİLEN, Mehmet MÜHÜR DAROĞLU, Neşe ÖZTEKİN, Fikri AK

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, ANKARA

ÖZET

Serebral venöz tromboz (SVT) serebrovasküler hastalıklar arasında nadir karşılaşılan bir klinik tablodur. Baş ağrısı, nöbet ve fokal nörolojik defisit en sık görülen bulgulardır. SVT'ye bağlı multipl kraniyal sinir paralizisi ise nadir görülmektedir ve patolojisi net değildir. Görüntüleme kraniyal sinir paralizisini açıklayacak bir patoloji olmaması tanıdan şüphe ettirmektedir ancak hastalığın bilinmesi erken tanı ve tedavi olanağı sağlamaktadır. Bu olgu ile SVT'ye bağlı nadir de olsa multipl kraniyal sinir paralizisinin görülebileceğini ve tedaviye yanıtın iyi olduğunu vurgulamak istedik.

Anahtar Sözcükler: Serebral venöz tromboz, çoklu kraniyal sinir paralizisi, puerperium.

MULTIPLE CRANIAL NERVE PALSY DUE TO CEREBRAL VENOUS THROMBOSIS

ABSTRACT

Cerebral venous thrombosis (CVT) is a rare clinical condition between cerebrovascular diseases. The most common findings are headache, seizure and focal neurological deficit. Multiple cranial nerve palsy due to CVT is rarely seen and it is not clear pathology. A pathology that could explain the lack of cranial nerve imaging is carrying suspected diagnosis but the disease is known to provide early diagnosis and treatment. We want to emphasize with this case multiple cranial nerve palsy due to CVT is seen rarely and good response to treatment.

Key Words: Cerebral venous thrombosis, multiple cranial nerve palsy, puerperium.

GİRİŞ

Serebral venöz tromboz (SVT) serebrovasküler hastalıklar arasında nadir görülen bir tablodur (%0.5). Yaklaşık olarak bir milyonda 5 kişiye görülmektedir. Daha çok gençlerde ve kadınlarda görülür. Serebral venöz tromboz (SVT)'un en sık görüldüğü durumlar; gebelik, puerperium ve oral kontraseptif (OKS) kullanımını da içine alan hormonal değişim süreçleridir. SVT'nin klinik bulguları çok değişken olup çok farklı nörolojik bulgularla karşımıza çıkabilir. En sık baş ağrısı, nöbet, fokal nörolojik defisit gibi bulgularla karşımıza çıkmaktadır (1, 2, 3). SVT'ye bağlı çoklu kraniyal sinir paralizisi ise nadir görülmektedir ve patolojisi net değildir (4). Bazı literatürlerde kraniyal sinir paralizileri bildirilmiştir ve oluşumları ile ilgili pek çok farklı mekanizma öne sürülmüştür. Biz bu olguyu multipl kraniyal sinir paralizisinin eşlik ettiği SVT'nin nadir olması nedeni ile sunduk.

OLGU

19 yaşında, postpartum 9. günündeki kadın hasta baş ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde daha önce doğum öyküsü olmayan hastanın bilinen başka bir hastalığı da yoktu. Tansiyonu 110/60 mmHg, ateşi 36,3°C ve nabızı 68/dk olarak tespit edildi. Nörolojik muayenesinde bilateral papil ödemi dışında patolojik bulgusu olmayan hastanın yapılan kraniyal manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) (Resim 1a, b) sağda transvers sinüste tromboz ile uyumlu bulguları olması ve MR TOF görüntülerinde (Resim 1a, b) sağda bu sinüs düzeyinde akım olmaması üzerine hastaya antikoagülan tedavi başlandı. Hastanın etyolojiye yönelik gönderilen kan tetkiklerinde tam kan, biyokimya değerleri, ANA, anti dsDNA, antikardiyolipin, protein C, protein S, ATIII, homosistein ve genetik testleri (Faktör V Leiden ve MTHFR gen mutasyonu) normaldi.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr. Esra Eruyar, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara.

Tel: 0312 508 45 00

E-posta: dr.esrayetkin@gmail.com

Geliş Tarihi: 20.12.2015

Kabul Tarihi: 12.07.2016

Received: 20.12.2015

Accepted: 12.07.2016

Bu makale şu şekilde atıf edilmelidir: Eruyar E, Küçükyıldız H, Bilen Ş, Mühürdaroğlu M, Öztekin N, Ak F. Serebral venöz tromboza bağlı kraniyal sinir paralizisi. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi 2017; 23(1): 25-28. doi: 10.5505/tbdhd.2016.40327

Erucar ve ark.

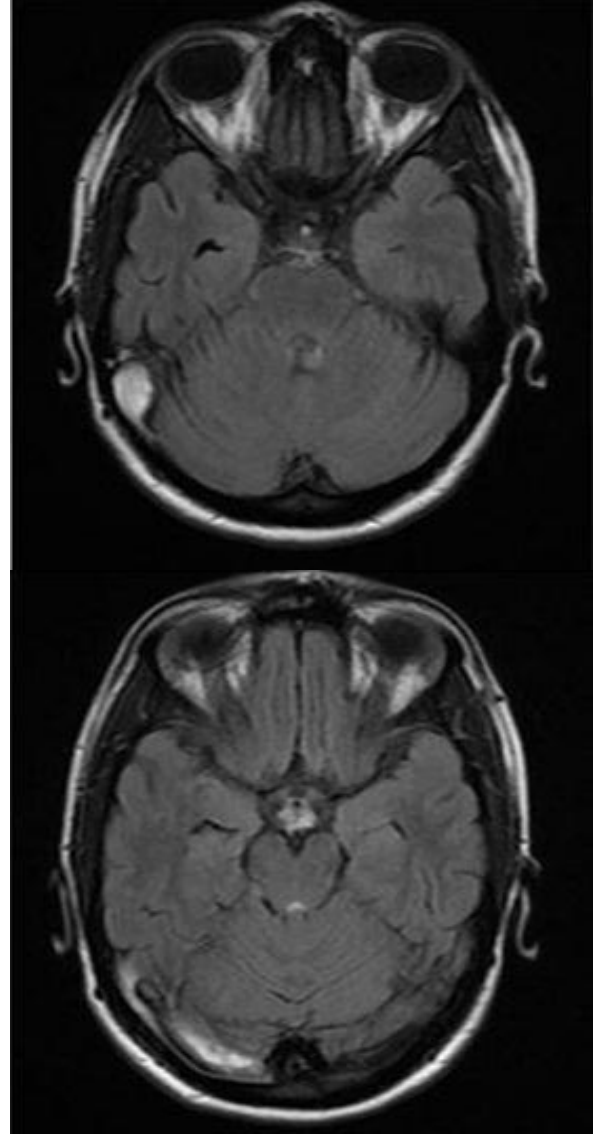
Taburculuğundan 10 gün sonra yüzünde kayma, sağ gözünü tam kapatamama Şikayeti ile tekrar baŐvuran hastanın önceki bulgularına ek olarak nörolojik muayenesinde sağda periferik fasial paralizi ve solda 6. kranial sinir paralizisinin eklendiği tespit edildi. Hastaya tekrar kontrastlı kranial MRG (Resim III) yapıldı ve sağda transvers sinüs trasesinde kısmen rekanalizasyon gösteren subakut trombozla uyumlu olan yerdeki kontrastlanma dışında patoloji saptanmadı. Hastanın mevcut antikoagülan tedavisine intravenöz (iv) steroid (dekzametazon 16 mgr iv puŐe ardından 16 mgr/gün idame) tedavisi eklendi. Takiplerinde kranial sinir bulgularının tamamen gerilediği gözlemlendi.

TARTIŐMA

SVT beynin arteriyel tıkayıcı hastalıklarına nazaran daha seyrek görülür. Daha çok gençlerde ve kadınlarda görülür ve yine arteriyel hastalıkların aksine yaŐlı populusyonda değil, gençlerde görülmektedir. Kadınlarda erkeklere oranla 3 kat daha sık görülür (1). Uluslararası alıŐma grubu verilerine göre SVT'de %54.3 doğum kontrol hapı kullanımı, %20.1 gebelik ve postpartum dönem, %22.4 oranında genetik hiperkoagulasyon saptanmıŐtır (2). Gebelikte SVT geliŐim oranını 5-6 kat arttırmaktadır. Gebelikte özellikle üçüncü trimester ve lohusalıkta görülebilmektedir (3,4). Östrojen artıŐı, gebelik ve postpartum dönemde hiperkoagulasyona sebep olmaktadır. Bizim olgumuz da postpartum dönemde baŐvurmuŐ etyolojisinde bunun dışında başka özellik saptanmamıŐtır.

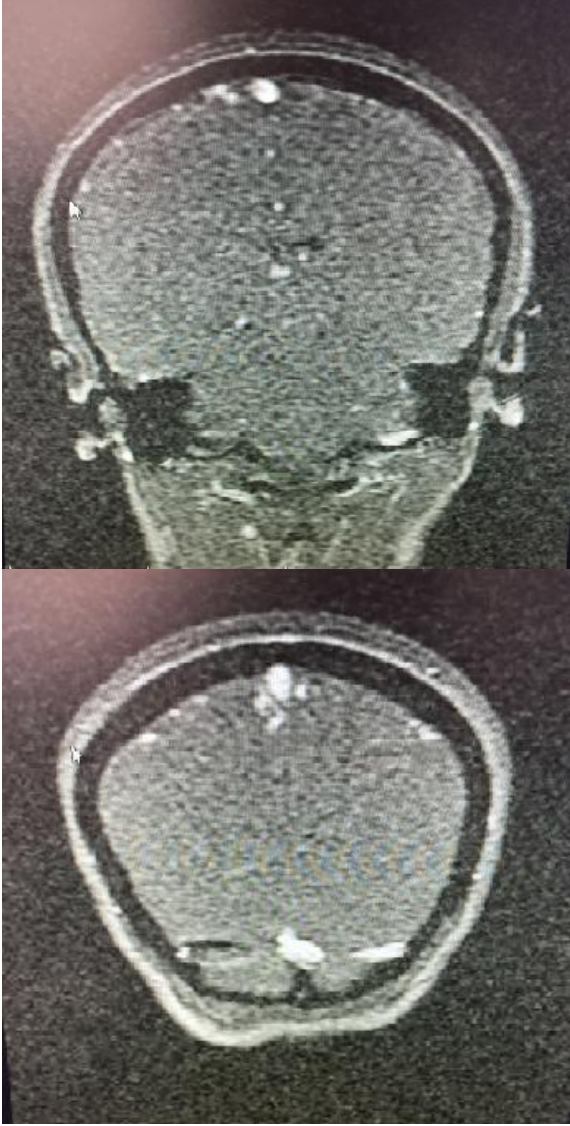
SVT'de baŐvuru Şikayeti deđiŐkendir. Bazı hastalar sadece hafif bir baş ağrısı ile baŐvururken, bazısı fokal nörolojik defisit ve çok az bir kısmı ise koma ile baŐvurur. Serebral venöz sinüs trombozu özellikle süperior sagittal veya lateral sinüs ve kortikal, derin venlerin açıldığı sinüslerde görülmekte ve ciddi nörolojik sendromlara da yol açabilmektedir (5). SVT'de tüm kranial sinir paralizilerinin görülebildiği bildirilmesine rağmen fasial paralizi nadirdir ve patofizyolojisi çok net bilinmemektedir (6,7,8,9).

SVT'ye bağlı kranial sinir paralizisinde; artmış intrakranial basınca, venöz kanala trombozun ekstansiyonu veya pıhtının direk kendisinin basısı sorumlu tutulmaktadır (7). Kuehnen ve ark. ipsilateral transvers ve sigmoid sinüs trombozuna bağlı tek veya multipl kranial



Resim 1a, b. Flair ve T1 aksiyal kesitlerde sağda sigmoid sinüs-transvers sinüs kalibrasyonunda artma gözlenmekte.

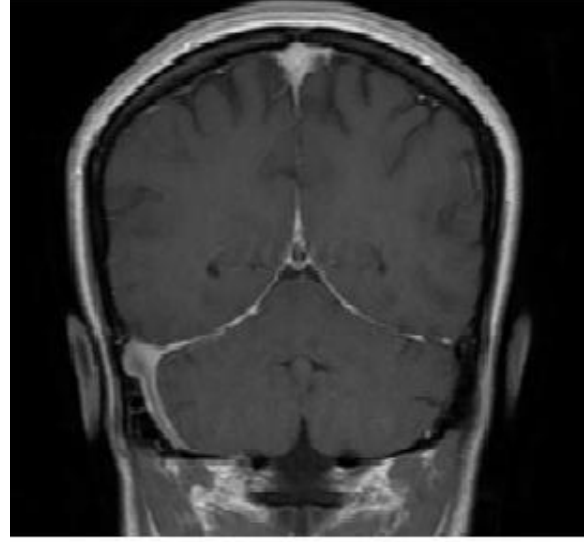
sinir paralizisi olan 5 hasta bildirmişlerdir. Lateral sinüs (transvers ve sigmoid parçası) serebellum, beyin sapı ve serebral hemisferlerin posterior parçası, posterior fossadaki kranial sinir venleri, orta kulak ve diploik venleri direne eder. Kuehnen ve ark.'a göre lateral sinüs trombozu kranial sinir venlerinde venöz konjesyon ve dilatasyon oluŐturabilir bu durum dem ve geriye doğru olan basıncıtan dolayısı kranial sinir dokusunda oksijen veya glukoz tüketimini reversible olarak engeller buda kranial sinir paralizisine neden olmaktadır (10). Straub ve ark. ipsilateral transvers sinüs



Resim IIa, b. Hastanın MR TOF görüntülerinde sağda venöz akım gözlenmemekte.

trombozuna bağlı periferik fasiyal paralizisi olan bir hastalarında transkranial manyetik stimulyasyonla bu paralizinin sinirin intrakranial segmentindeki geçici nöropraksiye bağlı olduğunu tespit etmişler ve bunu sinirin satellit venindeki artmış venöz transmural basınca bağlı endonöral alana sıvıların ve iyonların göçü ile açıklamışlardır (4).

Biz olgumuzda solda 6. kranial sinir paralizisinin kafa içi basınç artışına, sağda periferik fasiyal paralizisinin ise sağda transvers sinüsteki trombozun doğrudan basısı, kranial sinir venlerinde venöz konjesyon ve dilatasyonla



Resim III. Sağda transvers sinüs trasesinde subakut trombozla uyumlu olan yerde kontrastlanma ve kısmi rekanalizasyon dışında normal Kranial MRG gözlenmekte.

oluşan ödem ve geriye doğru olan basınçtan dolayı kranial sinir dokusunda oksijen veya glukoz tüketimini reversible olarak engellemesi veya sinirin intrakranial segmentinde geçici nöropraksisinden oluşan iyon dengesizliğine bağlı olabileceğini düşündük. Olgumuzda SVT tanısı konulup antikoagülan tedavi başladıktan 10 gün sonra kranial sinir paralizisinin gelişmesi ve kontrol kontrastlı kranial MRG ve MR Venografide kısmi rekanalizasyonun olması trombozun direk basısını düşündürmemiştir ayrıca kranial sinir traselerinde kontrastlanma olmaması komorbid olabilecek nedenleri ekarte ettirmiştir bunun sonucunda venöz konjesyon ve ödeme bağlı glukoz ve oksijen transportu bozulması veya nöropraksiye bağlı iyon dengesizliğinin sorumlu olabileceğini düşündürmüştür. Bu nedenle hastaya sinir membranı stabilasyonu ve ödem azaltıcı etkisi nedeni ile steroid başladık. Steroid bu etkisini membran sodyum pompasını restore ederek ve hücre membranında lipid peroksidasyonunu önlemek yolu ile gösterir. Steroid ayrıca nöropraksiye yol açan perinöral ödemi azaltır (11). Yine bazı çalışmalarda steroidin etkisinin belirsiz olduğu hatta parankimal lezyonu olmayan SVT hastalarında akut dönemde protorombotik potansiyelinden dolayı zararlı olduğu bildirilmiştir. Buna rağmen bazı araştırmalarda da SVT ile oluşan vazojenik ödemi ve kafa içi basıncı azalttığı için faydalı olduğunu gösterilmiştir.

Erüyor ve ark.

Kraniyal sinir paralizi olan olgularda zararlı olduğuna dair bir görüŒ ise bildirilmemiŒtir (12).

Literatürde SVT'ye bağlı çoklu kraniyal sinir paralizisinin nadir olması ve tedavi ile tamamen düzelmesi nedeni ile bu olguyu sunmaya değer bulduk. Son yıllarda, serebral anjiyografinin tanınması ve yaygın kullanımı, bilgisayarlı beyin tomografisi ve son olarak da MRG ve MR Venografi SVT'nin erken tanınmasını ve böylelikle tedavi sonrası prognozunu da iyileŒmesini sađlamıŒtır.

KAYNAKLAR

1. Stam J. Trombosis of cerebral veins and sinuses. *N Eng J Med* 2005;352:1791-98.
2. Ferro JM, Canhao P, Stam J, Bousser MG. Results of international study on cerebral vein and dural sinus thrombosis. *Stroke* 2004;35:664-70.
3. Melis F, Vandenbrouke JP, Buller HR. Estimates of risk of venous thrombosis during pregnancy and puerperium are not influenced by diagnostic suspicion and referral basis. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:825-29.
4. Straub J, Magistris MR, Delavelle J, Landis T. Facial palsy in cerebral venous thrombosis : transcranial stimulation and pathophysiological considerations. *Stroke*. 2000 Jul;31(7):1766-69.
5. Ünal O, Çam M, Türk Ü, Öz Z. Gebelik ve serebral venöz tromboz: olgu sunumu. *Perinatoloji Dergisi* 1994;2:179-81.
6. Babakhouya A, Souirti Z, Chaoui S, Atmani S, Messouak O, Belahsen F, Bouharrou A, Hida M. Peripheral facial palsy after cerebral venous thrombosis. *Rev Neurol (Paris)*. 2011 Dec;167(12):955-56.
7. Kulkarni GB, Ravi Y, Nagaraja D, Veerendrakumar M. Lower motor neuron facial palsy in cerebral venous sinus thrombosis. *J Neurosci Rural Pract*. 2013 Apr;4(2):224-26.
8. Mubbashir Shariff E, Alhameed M. Multiple cranial neuropathies in cerebral venous sinus thrombosis. *Oxf Med Case Reports*. 2014 May 7;2014(2):21-23.
9. Chopra J, Banerjee AK. Primary intracranial sinovenous occlusions in youth and pregnancy. In: Vinken PJ, Bruyn GW, Klawans HL, Toole JF, eds. *Handbook of Clinical Neurology*, Vol 54. Amsterdam, Netherlands: Elsevier Science Publishers; 1989:425-52.
10. Kuehnen J, Schwartz A, Neff W, Hennerici M. Cranial nerve syndrome in thrombosis of the transverse/sigmoid sinuses. *Brain* 1998;121:381-88.
11. Patnaik A, Mahapatra AK, Jha M. Pan-brachial plexus neuropraxia following lightning: A rare case report. *Surg Neurol Int*. 2015 Mar 19;6(2):110-12.
12. Canhão P, Cortesão A, Cabral M, Ferro JM, Stam J, Bousser MG, Barinagarrementeria F. Are steroids useful to treat cerebral venous thrombosis? *Stroke*. 2008 Jan;39(1):105-10.