

OLGU SUNUMU**CASE REPORT****DURAL SİNÜS TROMBOZA BAĞLI HEMORAJİK İNFARKT****Serdar ATAİZİ*, Murat BALOĞLU*, Erdal YAYLA*, Ahmet ÇEREZCİ*, Zafer ÇANAKÇI*******Sağlık Bakanlığı Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi Nöroşirürji Kliniği, Eskişehir
Asker Hastanesi Nöroşirürji Kliniği, Eskişehir**ÖZET**

Dural sinüs trombozu (DST) nadir olarak %1 den daha az strok sebebidir. Çok çeşitli sebepler DST' unun nedenleri arasında yer alabilir. DST genellikle olgumuzda olduğu gibi genç erişkinleri etkilemesine rağmen tüm yaş gruplarında da görülebilir. En sık görüldüğü durumlar ; gebelik, puerperium ve oral kontraseptif kullanımında içine alan hormonal değişikliklerin görüldüğü tablolardır. Tüm bunların yanında inflamatuvar hastalıklar, kanser, bazı hiperkoagulabilite durumları ve anemide etiolojik nedenler arasında gösterilebilmektedir. Biz bu vakada dural sinüs trombozuna sekonder hemorajik infarkt gelişmiş ve buna bağlı herniye olmak üzere olan 28 yaşında bayan bir hastaya acil kraniyal dekompresyon ve duraplasti yaparak hastada mevcut kliniğin tam olarak düzeldiğini gördük. DST 'li hastalarda cerrahi tedavinin önemini ortaya koymak amacıyla bu vakayı tartışmak istedik.

Anahtar Sözcükler: Cerrahi, tromboz, prognoz

HEMORRHAGIC INFARCTION SECONDARY TO DURAL SINUS THROMBOSIS

The percentage of DST that cause stroke is low than %1. There are lots of etiologic reasons in DST. DST generally affect the young adults as our case, but also it occurs in all age groups. The most reasons that cause DST are; puerperium, pregnancy, and oral contraceptive. In addition also inflamatuvar diseases, cancer, anemi, hipercoagulability problems are the other ethiological factors. In our case 28 year old young woman had a seconder hemoragic infarct that caused by DST. After admission while she was rapidly going to brain herniation we immediately operated and made cranial decompression with duraplasty. And we saw that she had good recovery and returned her normal life. In this case our aim is indicate the value of surgery in DST.

Key Words: Surgery, thrombosis, prognosis

GİRİŞ

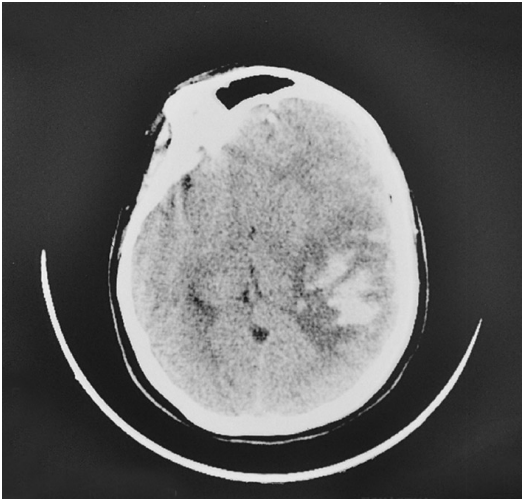
Dural sinüs trombozu (DST), %1 den daha az oranda, nadir bir strok nedenidir (1). DST en çok superior saggital sinüs ve komşu venlerinde gözlenir (3,4). DST kendisini akut, subakut, kronik olarak baş ağrısı, papil ödemi, nöbet, fokal defisitler, koma, ölümlü gösterebilir (1). Ancak son senelerde radyolojik tanı metodlarının kolay ve doğru kullanımı neticesinde klinik kötüleşme olmadan daha erken müdahaleler nedeniyle mortalite oranları azalmıştır. Biz; dural sinüs trombozuna sekonder hemorajik infarkt gelişmiş ve buna bağlı herniye olmak üzere olan, acil kraniyal dekompresyon ve duraplasti uygulaması sonucu mevcut kliniğin tam olarak düzeldiğini gözlediğimiz bir olgu nedeniyle, DST 'li hastalarda cerrahi tedavinin önemini bildirmek istedik.

OLGU SUNUMU

Hastamız 28 yaşında bayan, dahiliye kliniğinde anemi ön tanısı ile 22.12.2003 tarihinde yatırılmış ve buna yönelik tetkikleri yapılmaktaydı. Hastanın

takiplerinde klinik olarak şuurunda bozulma ayrıca son iki gündür olan bulantı ve kusmaları olması nedeniyle yapılan konsültasyonda nörolojik muayenesi, uykuya meyilliydi, global afazisi, sağ hemiplejisi mevcuttu. Çektirilen BBT de (Resim 1) sol temporal alandan başlayıp parietale genişleyerek doku içinde dağınık hemorajik alanlarla birlikte olan ödem ve iskemik alan mevcut ve orta hat yapılarında itilme gözlenmekteydi. Ayrıca sağ lateral ventrikülün anterior komşuluğunda nöroepitelyal kist mevcuttu. Hasta nöroşirürji kliniğine kabul edildi ve kliniğinin daha da kötüleşmesi üzerine acil olarak operasyona alındı. Sol dekompressif temporoparietal kraniyotomi yapıldı ve temporal fasya grefti alınarak duraplasti uygulandı (Resim 2). Operasyon sonrası genel durum düzelme gösterdi. Nörolojik olarak duysal disfazisi devam etti, hemiplejisi geriledi. Operasyon sonrası yapılan serebral anjiyografisinde, geç venöz fazda superior saggital sinüsün orta kesiminde lineer dolma defekti ayrıca komşuluğunda Trolard veni içinde de trobüsü temsil edebilecek şüpheli dolma defektleri mevcuttu (Resim 3). Hastamıza sinüs trombozuna

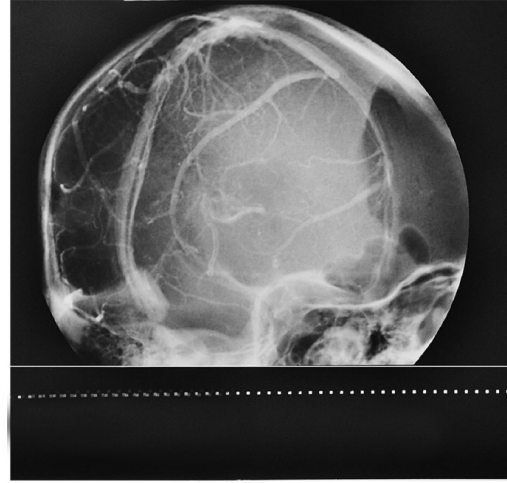
yönelik laboratuvar tetkikleri yapıldı. Herhangi bir patolojiye rastlanılmadı. Akut dönemde hastada hemorajik infarkt olması sebebiyle antikoagulan tedavi uygulanmadı. Bunun yanında intrakranial basınç artışına yönelik medikal tedavi uygulandı. Hastanın postop takipleri sırasında 8. ayda kranioplasti ameliyatı yapıldı. 20.9.2006 tarihindeki yapılan nörolojik incelemesinde mevcut nörolojik fonksiyon kayıplarının tümünün düzelmiş olduğu tespit edildi. Ayrıca yapılan kontrol radyolojik incelemede MRG ve MR anjiyografisinde süperior saggital sinüsün rekanalize olduğu gözlenmekteydi (Resim 4, 5).



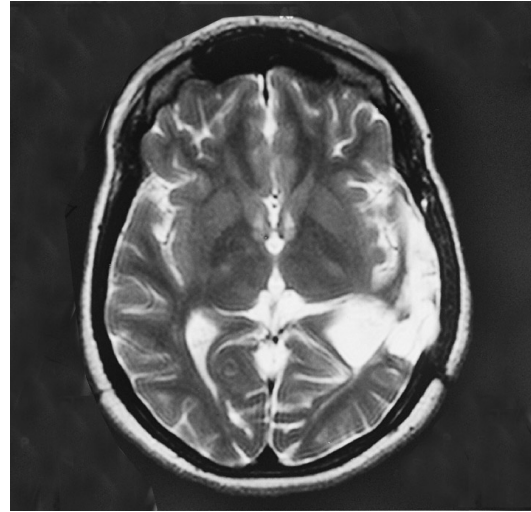
Resim 1



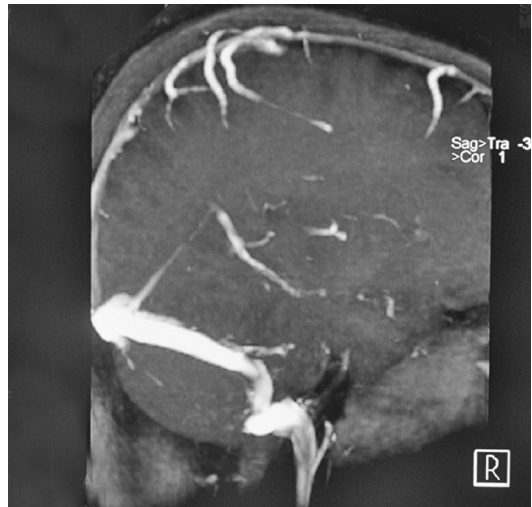
Resim 2



Resim 3



Resim 4



Resim 5

TARTIŞMA

Çok çeşitli sebepler DST'unun nedenleri arasında yer alabilir. Bu sebepten dolayı DST'na olan tanı ve tedavi yaklaşımı karmaşıktır (5). DST genellikle olgumuzda olduğu gibi genç erişkinleri etkilemesine rağmen tüm yaş gruplarında da görülebilir. En sık görüldüğü durumlar; gebelik, puerperium ve oral kontraseptif kullanımında içine alan hormonal değişikliklerin görüldüğü tablolardır. Tüm bunların yanında inflamatuvar hastalıklar, kanser, bazı hiperkoagulabilite durumları ve anemi de etiyolojik nedenler arasında gösterilmektedir (2). DST de muhtemel nedenler olarak yaklaşık 60 tane sebep gösterilmesine rağmen vakaların dörtte birinde etiyolojik neden bulunamamaktadır (6). Bizim olgumuzda da etiyolojik neden olarak tedavi edilmemiş demir eksikliği anemisi saptanmıştır.

MRG ve MR anjiyografinin gelişmesi DST'a olan tanı yaklaşımını geliştirmiştir. Bunun yanında son yıllarda erken tanı ve tedavi sayesinde önceden % 30-50 oranında olan mortalite % 5.5-30 civarına düşürülebilmektedir. Kötü sonuçların ortaya çıkmasında hastanın koma tablosu ile gelmiş olması majör faktördür (7). Bizim olgumuzda sonucun iyi olmasının nedenleri arasında kliniğe ilk kabul sırasında nörolojik tablonun koma halinde olmayıp stupor halinin olması önemlidir. Dolayısıyla daha önce belirttiğimiz gibi erken cerrahi yaklaşım sonucun iyi olmasındaki bir diğer etmen olduğunu düşündürmüştür.

Sebebe yönelik tedavi yaklaşımı önemli olmasına rağmen medikal tedaviler arasında heparin ile yapılan medikal tedavi en önemli tedavi yaklaşımıdır (2,1,8). Son dönemlerde uygulanmaya başlanan pıhtının parçalanması ve lokal uygulanan trombolitik ilaç tedavileri nöroradyolojik teknikler olarak kabul görmüşlerdir (9,10,11).

Tüm bunlara rağmen bizim vakamızda olduğu gibi hızlı bir nörolojik kayıp var ise ve hasta herniasyona gidiyorsa dekompresif cerrahi tek tedavi seçeneği olabilir. Herniasyonun sebep olduğu beyin hasarını önleyebilmede zaman en kritik faktördür. İyi sonuçlar hep erken agresif cerrahiler yapıldığında elde edilmiştir (12).

DST'lu hastalarda venöz akımın bozulmuş olması, BOS dolaşımının etkilenmesi ve tüm bunlara beyin sitotoksik ödeminin eklenmesi ile ICP artışı olur (13,6). Dekompresif cerrahinin amacı kortikal kollaterallerin gelişimi ve venöz konjesyonun emilimi için zaman

kazanmaktır. Yapılan bir çalışmada fiks dilate hale gelmiş 3 DST hastalarında acil yapılan dekompresif cerrahinin iyi sonuçlar verdiği bildirilmiştir (14).

DST klinik olarak başağrısı, papilödem, fokal defisit, koma gibi bulgularla kendini gösterebilir (3,4). Bizim olgumuzda da bunlardan fokal defisit ve stupor tablosu oluşmuştu. Serebral anjiyografinin yaygın olarak kullanılması, BBT ve yakın zamanda kullanıma giren MRG, DST'nun erken tanı ve tedavisinde önemli bir rol oynamaktadır. DST uzun dönem sonuçları hakkında çok az bilgi vardır, çünkü bu konuda geniş çaplı bir araştırma yapılmamıştır.

Canhao ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmaya göre serebral venöz trombozda en önemli ölüm sebebi transtentorial herniasyon olarak bulunmuş ve bu hastaların dekompresif hemikraniektomiden fayda gördükleri bildirilmiştir (15). Medikal tedavinin başarısız olduğu hastalarda dekompresif hemikraniektominin çok iyi sonuçlar verdiğine dair yayınlar bulunmaktadır (14). Serebral ven ve sinüs trombozu,arterial stroke ile kıyaslandığında daha nadir karşılaşılan bir durumdur. Sinüs trombozunun heparin ile olan tedavisi güvenli bir yöntemdir(16). Seçilmiş vakalarda lokal endovasküler tromboliziz uygulanabilir ancak bu konuda yapılan seri çalışma sayısı azdır (15).

Bu konuda 624 DST hastasında yapılmış geniş bir çalışmada risk faktörü olarak şunlar tesbit edilmiştir; erkek cinsiyet , yaşın 37 den büyük olması, ilk başvuruda intrakranial hemoraji olması, derin serebral venöz sistemde tromboz olması, SSS enfeksiyonu ve kanser olarak belirlenmiştir (17). DST ortalama görülme yaşı 38,8'dir. DST için hiçbir semptom patognomik değildir.

Biz bu olguyu DST'de gerektiğinde cerrahi tedavi yaklaşımının hayat kurtarıcı özellikte olabileceği ve bu konuda olabildiğince hızlı yaklaşım gerektiğini vurgulamak amacıyla tartışmak istedik.

KAYNAKLAR:

- 1- Preter M, Tourio C, Ameri A, Bousser MG: Long term prognosis in cerebral venous thrombosis . Stroke 27: 243-246,1996.
- 2-Einhaul KM, Kempinski O, Baetkman A: Cerebral sinus thrombosis: Experimental and clinical aspects,in clinical spectrum of sinus venous thrombosis. New York,Plenum Press,1990,pp 149-155.
- 3-Barnett HJM, Hyland HH. Non ineffective intracranial venous thrombosis. Brain 1953;76:36-49.
- 4-Garcin R, Pestel M. Thrombophlebits cerebrales. Paris France: K.Masson;1949Eneveldson TP, Russel RW: Cerebral venous thrombosis : New causes for an old syndrome? Q J Med 77: Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi 2006 12:3; 93-96

1255-1275,1990.

5-Eneveldson TP, Russel RW: Cerebral venous thrombosis : New causes for an old syndrome ? Q J Med 77:1255-1275,1990.

6-Villringer A, Mehraein S, Einhaupl KM: Pathophysiological aspects of cerebral sinus venous thrombosis. J Neuroradiol 21: 72-80, 1994.

7-Bienfait HP, Stam J, Lensing AW, van Hilten JJ: Thrombosis of cerebral veins and sinuses in 62 patients. Ned Tijdschr Geneesk 139: 1286-1291,1995.

8-Stam J, Bienfait HP, Lensing AWA: Anticoagulant treatment for cerebral venous thrombosis : A retrospective study of 53 cases . J Neurol 237:S58, 1990.

9-Barnwell SL, Nesbit GM, Clark WM: Local thrombolytic therapy for cerebrovascular disease: Current Oregon Health Sciences University experience . J Vasc Interv Radiol6: 78S-82S, 1995.

10-Horowitz M, Purdy P,Unwin H, Carstens G, Greenlee R, Hise J, Kopitnik T, Batjer H, Rollins N, Samson D: Treatment of dural sinus thrombosis using selective catheterization and urokinase. Ann Neurol 38:58-67,1995.

11-Kim Y, Suh JH: Direct endovascular thrombolytic therapy for dural sinus thrombosis: Infusion of alteplase. A JNR Am J Neuroradiol 18:639-645,1997.

12-Becker DP, Miller JD, Ward JD, Greenberg RP, Young HF, Sakalas R: The outcome from severe head injury with early

diagnosis and intensive managemant. J Neurosurg 47:491-502,1977.

13-Freichs KU, Deckert M, Kempfski O, Schurer L, Einhaupl K,Baetmann A: Cerebral sinus and veous thrombosis in rats induces long term deficits in brain function and morphology: Evidence for cytotoxic genesis. J Cereb Blood Flow Metab 14: 289-300,1994.

14-Stefini R, Latronico N, Cornali C,Rasulo F,Bollati A.A emergent decompressive craniectomy in patients with fixed and dilated pupils due to cerebral venous and dural sinus thrombosis: a report of three cases. Neurosurgery.1999;45: 626-629.

15-Canhao P, Ferro JM, Lindgren AG,Bousser MG,Stam J, Barinagarrementaia F,ISCVT investigators. Cause and predictors of death in cerebral sinus thrombosis. Stroke.2005: 1720-1725.

16-Einhaupl KM, Villringer A, Meister W, Mehraein S, Garner C, Pellkofer M, Haberl RL, Pfister HW, Schmidek P. Heparin treatment in sinus venous thrombosis. Lancet .1991;338:597-600.

17-Ferro JM,Canhao P,Stam J,Bousser MG,Barinagarrementeria F, ISCVT investigators. Prognosis of cerebral vein and dural sinus thrombosis: Result of the international study on cerebral vein and dural sinus thrombosis. Stroke 2004;35:664-670,2004.