

Olgu Sunumu

Benign İntrakraniyal Hipertansiyona Eşlik Eden Fasiyal Paralizi Olgusu

Alper Gökgül, Mustafa Kiraz, Refah Sayın

Özet

Benign intrakranial hipertansiyon, artmış kafa içi basıncı ile karakterize bir sendromdur. Tekrarlayan baş ağrısı ile başvuran özellikle genç, bayan ve obez hastalarda tanıda düşünülmesi gereken bir hastalıktır. Benign intrakranial hipertansiyon bazen kranial sinir felçleriyle birlikte görülebilir. Abdusens sinir paralizileri hastaların %10-20'sinde rapor edilmektedir, diğer kranial sinir felçleri daha seyrek rapor edilmektedir. Bu vakada sağ periferik fasiyal sinir felci olan benign intrakranial hipertansiyonlu 25 yaşında kadın hasta sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Benign intrakranial hipertansiyon, Baş ağrısı, Periferik fasiyal paralizi

Benign intrakranial hipertansiyon (BİH), 20 ile 45 yaşlar arasında genç, obez bayanlarda sık rastlanır ve 1937 yılında ilk kez tanımlanmıştır. BİH; hipertansif ensefalopati, infeksiyon, hidrosefali, intrakranial kitle gibi hastalıkların neden olmadığı artmış intrakranial basınç ile karakterize bir durumdur. Patogenez tam olarak bilinmemektedir. Tanı 5 kriter ile konmaktadır: 1. Artmış intrakranial basınç, 2. Nörogörüntüleme normal veya küçük boyutlu ventriküller, 3. İntrakranial kitle varlığının olmaması, 4. Normal beyin omurilik sıvısı (BOS) bulguları ve 5. Papil ödemdir. BİH hastalarının en yaygın bulgusu baş ağrısı olup; vakaların %90'ından fazlasında görülür (1,2). Olguların %10-20'sinde BİH'de 6. kranial sinir paralizisine rastlanır. 3, 4, 5 ve 7. kranial sinir gibi diğer kranial sinir paralizilerine nadir de olsa rastlanmaktadır (3). BİH sonucu olarak; temporal kemikteki fallop kanalının ödeme sekonder tek taraflı fasiyal paraliziye neden olabileceği rapor edilmiştir (1,4).

Biz BİH nedeniyle sağ periferik fasiyal paralizi gelişen ve tekrarlayan baş ağrıları olan genç bayan hastayı sunmayı amaçlıyoruz.

Bu yazı 15-21 Kasım 2013 tarihinde Antalya'da 49. Ulusal Nöroloji Kongresi'nde EP: 10 (Elektronik Poster) olarak sunulmuştur.

Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Dursun Odabaş Tıp Merkezi, Nöroloji Anabilim Dalı, Van
Sorumlu Yazar: Dr. Refah Sayın
 Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Dursun Odabaş Tıp Merkezi, Nöroloji Anabilim Dalı, 65200, Van
 Tel: 0505 217 87 69
 E- mail: refahsayin@yahoo.com.tr, refahsayin@yyu.edu.tr
 Makalenin Geliş Tarihi: 16.05.2014
 Makalenin Kabul Tarihi: 17.09.2014

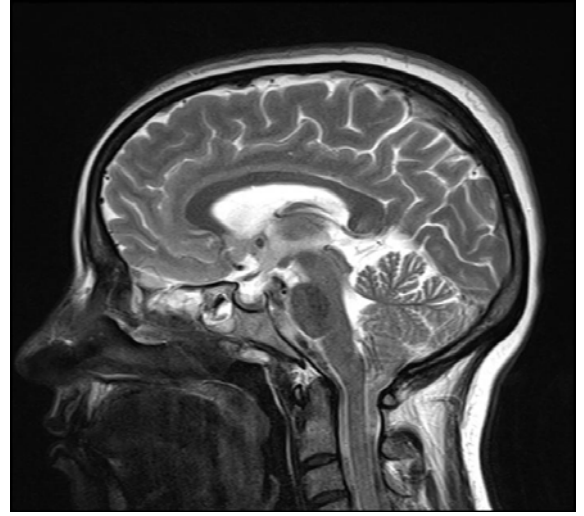
Olgu Sunumu

Önceden beridir ara sıra olan ve son 2 haftadır devam eden baş ağrısı, bulanık görme, boyun hareketlerinde ağrı ile birlikte eş zamanlı olarak başlayan sağ göz kapağını kapayamama ve sağ ağız köşesinde eğilme şikayeti ile 25 yaşında obez bir bayan hasta kliniğimize başvurdu. Hasta baş ağrısını şiddetli, zonklayıcı tarzda, ensede, bulantının eşlik ettiği, kusmanın olmadığı, sabahları olan, baş hareketleri ile artan tarzda ve kullandığı analjeziklerle baş ağrısının geçmediğini tarifledi. Hastanın bilinen bir hastalık ve ilaç kullanım öyküsü yoktu. Hastada yapılan sistemik muayenede; bir özellik saptanmadı. Nörolojik muayenede; bilinç açık, koopere, kişi, yer ve zaman oryantasyonu tam, konuşma doğal, glob göz hareketleri doğal idi, pupiller izokorik, IR +/+, göz dibi: bilateral papil ödemi mevcuttu (Resim 1), sağ periferik fasiyal paralizi dikkati çekiyordu. Motor kuvvet tam, serebellar testleri becerikli, derin tendon refleksleri normoaktif, patolojik refleks yok, ense sertliği ve meninks irritasyon bulguları negatif, tandem walk testi doğal, romberg testi negatif idi.

Görme alanında her iki gözde periferik skotom alanları saptandı, beyin magnetik rezonans görüntülemesinde (MRG), ventriküler sistem orta hatta ve doğal genişlikte, serebellar tonsiller yaklaşık 6 mm inferiora herniye, suprasellar sisterna sella içerisine herniye, kafa içi basınç artışı sendromu (KİBAS) ile uyumlu bulgulara rastlandı (Resim 2). Beyin venöz MR anjiyografisi normal idi. Hastaya mevcut göz dibi ve MRG bulguları nedeniyle kontrendike olduğundan lomber ponksiyon (LP) yapılamadı.



Resim 1. Papil ödem bulgusu.



Resim 2. Serebellar herniyasyon gösteren T2 sagittal MRG sekansı.



Resim 3. Serebellar herniyasyonun düzeldiğini gösteren T2 sagittal MRG sekansı.

Bu bulgular ışığında hastada BİH düşünüldü. Hastaya asetazolamid 250 mg tb 2x1 ve prednizolon 64 mg/gün tedavisi başlandı. Asetazolamid 750 mg/gün dozuna çıkılırken; steroid tedavisi tedricen azaltılarak 3 hafta sonrasında kesildi. 9 hafta sonraki poliklinik kontrolünde hastanın baş ağrısı şikayetinde belirgin azalma, sağ fasiyal paralizisinde belirgin düzelme mevcuttu. Çekilen kontrol MRG’de serebellar herniyasyonun düzelmiş olduğu görüldü (Resim 3). Hastada BİH’e sekonder baş ağrısı, sağ periferik fasiyal paralizisi, ilk kranial MRG’de serebellar herniyasyonun olması ve tedavi sonrası düzelmesi dikkat çekici idi. Bu yüzden bu olguyu sunmayı düşündük.

Tartışma

BİH; hipertansif ensefalopati, infeksiyon, hidrosefali, intrakranial kitle gibi sekonder hastalıkların neden olmadığı artmış intrakranial basınç durumudur. BİH’in patogenezi belli değildir, fakat bazı teoriler ileri sürülmüştür. BOS absorpsiyonuna neden olan bir direnç, serebral venöz akım tıkanıklığı yapar ve bu da temel teoridir (1,4-6). Bell paralizisi ve BİH birlikteliği ilk kez 1977 yılında tanımlanmıştır (1,5). Abdusens paralizisi vakaların %10-20’sinde ortaya çıkar, %38’in üzerinde ise çift görme mevcuttur (1,4). Troklear, trigeminal ve alt kranial nöropatileri içeren olgular rapor edilmiştir

(1,4,6). Kısa sürede tanı konulması ve tedavinin başlatılması kalıcı nörolojik defisitlerin ortaya çıkmasını önleyebilmektedir (1). Başka bir çalışmada fasiyal paralizin başlangıcının artmış intrakranial basıncına ait diğer şikayetlerin başlama zamanıyla ilişkili ve intrakranial basıncın düşürülmesi ile diğer şikayetlerin de düzelmiş olması her iki durumunda bir arada olduğunu göstermiştir. Ayrıca fasiyal sinirin BİH'e eşlik etmesinin nedeni artmış kafa içi basıncına bağlı sinirde traksiyon etkisi yaparak, sinirin fasiyal kanal boyunca gerilmesine bağlanmıştır. Yedinci sinirin motor liflerinin intrakranial parçaları kafatasında kısa seyredir. Bu yüzden artmış intrakranial basınçtan daha nadir olarak etkilenir (6-8).

Bizim hastamız 7. kranial sinir birlikteliği gösteren BİH tanısı aldı. Hastaya asetazolamid, steroid tedavisi verildi. Hastaya LP yapılamadı, çünkü serebellar tonsiller herniye idi. Tedavi sonrası hastada şikayetlerde düzelme oldu ve çekilen beyin MRG bulgularında düzelme saptandı.

Sonuç olarak, bizim hastamız literatürde nadir olan 7. kranial sinir paralizisi ile BİH birlikteliği ve ilk MRG'de görülen serebellar tonsiller herniyasyon göstermesi ile dikkat çekicidir.

Benign Intracranial Hypertension Associated with a Facial Paralysis Case

Abstract

Benign intracranial hypertension is a syndrome characterized by raised intracranial pressure. Who presented with recurrent headaches, especially the young, women and obese patients should be considered in the diagnosis of the disease. Benign intracranial hypertension may occasionally be

associated with cranial nerve palsies. Abducens nerve palsies have been reported in 10% to 20% of patients, other cranial nerve palsies have been less frequently. In this case, the right peripheral facial nerve palsy and benign intracranial hypertension in a 25 years old female patient is presented.

Key words: *Benign intracranial hypertension, Headache, Peripheric facial paralysis*

Kaynaklar

1. Emon ST, Gerçek A, Konya D, Özgen S. A rare complication of benign intracranial hypertension: bilateral facial nerve palsy. *J Nervous Sys Surgery* 2009; 2:150-151.
2. Miller NR. Pseudotumor cerebri. In: Winn HR (ed), Youmans Neurological Surgery, Philadelphia: Saunders, 2004; 1419-1447.
3. Capobianco DJ, Brazis PW, Cheshire WP. Idiopathic intracranial hypertension and seventh nerve palsy. *Headache* 1997; 37(5):286-288.
4. Brackmann DE, Doherty JK. Facial palsy and fallopian canal expansion associated with idiopathic intracranial hypertension. *Otol Neurotol* 2007; 28(5):715-718.
5. Chutorian AM, Gold AP, Braun CW. Benign intracranial hypertension and Bell's palsy. *N Engl J Med* 1977; 296(21):1214-1215.
6. Kiwak KJ, Levine SE. Benign intracranial hypertension and facial diplegia. *Arch Neurol* 1984; 41(7):787-788.
7. Selky AK, Dobyns WB, Yee RD. Idiopathic intracranial hypertension and facial diplegia. *Neurology* 1994; 44(2):357.
8. Kearsy C, Fernando P, Benamer HT, Buch H. Seventh nerve palsy as a false localising in benign intracranial hypertension. *J R Soc Med* 2010; 103(10):412-414.