

Selim Seyirli Serebral Hemoraji Tablosu: Perimezensefalik Subaraknoid Kanama

Ali Zeynel A. Tak

Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji A.B.D.

(Received: 18 April 2024, Accepted: 25 April 2024)

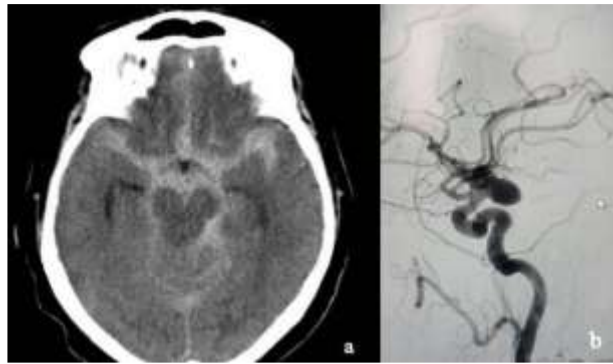
(2nd International Conference on Scientific and Innovative Studies ICSIS 2024, April 18-19, 2024)

ATIF/REFERENCE: Tak, A. Z. A. (2024). Selim Seyirli Serebral Hemoraji Tablosu: Perimezensefalik Subaraknoid Kanama. *International Journal of Advanced Natural Sciences and Engineering Researches*, 8(3), 118-90.

Özet-Perimezensefalik anevrizmal kökenli olmayan subaraknoid kanama, tipik kanama paterni ve selim seyri ile bir subaraknoid kanama tipidir. Şiddetli baş ağrısı şikâyeti ile acil servisimize başvuran olgunun nörolojik muayenesinde patolojik özellik saptanmadı. Çekilen bilgisayarlı beyin tomografisinde (BBT) mezensefalon çevresine lokalize kanama gözlemlendi. Yapılan serebral angiografide (DSA) kanamaya sebep olabilecek patolojik bir oluşum saptanmadı. Halen takibimizdeki hastanın herhangi bir şikâyeti ve defisiti bulunmamaktadır. Bu çalışmada subaraknoid kanamalı bir hastada perimezensefalik kanama paternini iyi tanımlamanın gereksiz nöroradyolojik ve invaziv uygulamalar kaçınmak açısından ayrıca tanının halk arasındaki kötü şöhreti göz önüne alındığında hasta ve yakınlarına bu tablonun iyi seyirli gideceği bilgisinin verilmesinin önemini vurgulamayı amaçladık.

I. GİRİŞ

Beyinde subaraknoid mesafe içerisine genellikle arteriyel nadiren de venöz nedenlere bağlı olarak meydana gelen kanamaya subaraknoid kanama (SAK) denilmektedir. Subaraknoid kanamanın görülme sıklığı her 100.000' lik nüfusta yılda 10 ila 16 arasında değişmekle birlikte bu oranların yaş ilerledikçe arttığı bildirilmektedir. Subaraknoid kanamalar travma, anevrizma, vasküler malformasyonlar, kanama bozuklukları, beyin tümörleri, antikoagülan tedavi komplikasyonu olarak meydana gelebilmekte ayrıca vakaların %20'sinde de herhangi bir neden bulunmamaktadır (1, 2).



Şekil 1. Kontrastsız beyin BT'de subaraknoid kanama ve DSA'da ICA distal uçtaki sakküler anevrizma

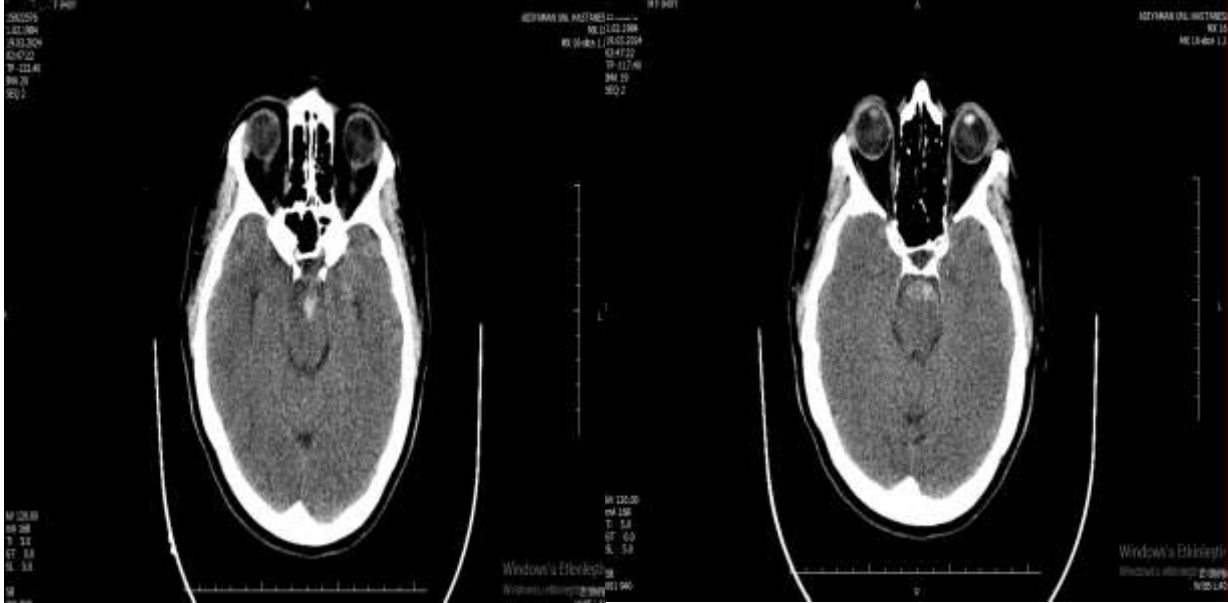
Subaraknoid kanaması olan hastaların yaklaşık olarak %15 (%5-28)'inde kanama nedeni tüm tetkiklere rağmen saptanamaz. Değişik serilerde bu olguların yaklaşık olarak %2-24'ünde tekrarlanan anjiyografi ile kanama nedeni saptanabilir. Büyük bir grupta ise kanama nedeni bulunamaz. Bu gruptaki olguların çoğunu perimezensefalik subaraknoid kanama (PMSAK) oluşturmaktadır (3).

İlk defa van Gijn 1985'de yayınladığı makalede bu klinik duruma dikkat çekmiştir (4). Onüç olguluk serisinde anjiyografinin normal olduğu ve prognozun diğer nonanevrizmal subaraknoid kanamalara göre daha iyi olduğu ve kanamanın mezensefalon çevresi sisternlerde lokalize olduğuna dikkat çektikleri bir hasta grubu bildirmiştir.

Subaraknoid kanama genellikle akut başlangıçlıdır ve hastaların büyük bir kısmı ani ve şiddetli baş ağrısı ile başvururlar. Hastalar bu ağrıyla "hayatımda yaşadığım en şiddetli ağrı" ifadesiyle tanımlarlar. Subaraknoid kanamanın semptomları kusma, baş dönmesi, konfüzyon, fokal nörolojik defisitler, hipertansiyon ve hafıza bozukluğudur. Kanamadan 6-24 saat sonra meningeal iritasyon bulguları gelişebilir (1).

II. OLGU SUNUMU

Kırk bir yaşında bayan hasta şiddetli baş ağrısı şikâyeti ile Mart 2024 tarihinde hastanemiz acil servisine başvurdu. Ağrının uykudan uyandırdığını ve hayatında yaşadığı en şiddetli ağrı olduğunu daha önce böyle bir deneyimi olmadığını ifade ediyordu. Beraberinde bulantı vardı. Özgeçmişinde özellik yoktu. Tansiyon arteriyel 140/80 mmHg ölçüldü. Nörolojik muayenesinde patolojik özellik yoktu. Çekilen bilgisayarlı beyin tomografisinde (BBT) prepontin ve perimezensefalik alanlara lokalize kanama gözlemlendi (Resim 2 ve 3). Kanama diatezine ait klinik bulgu vermeyen olgunun bu yöndeki tetkikleri ve diğer ayrıntılı laboratuvar incelemeleri de normaldi. Yapılan serebral anjiyografide (DSA) kanamaya sebep olabilecek patolojik bir oluşum saptanmayan hasta perimezensefalik anevrizmal kökenli olmayan subaraknoid kanama tanısı aldı. Halen takibimizdeki hastanın herhangi bir yakınması ve nörolojik defisiti bulunmamaktadır.



Şekil 2.

Şekil 3.

III. TARTIŞMA

Perimezensefalik anevrizmal kökenli olmayan subaraknoid kanamanın insidansı arteriovenöz malformasyon ve travmaya ikincil olmayan subaraknoid kanamaların %8-11'ini, anjiyografi negatif subaraknoid kanamaların %21-68'ini oluşturmaktadır (5). Genel olarak bu hastalar, pozitif anjiyografik bulguları olan hastalara göre daha genç ve daha az hipertansiftir (6, 7). Bizim hastamız ileri yaşta olmadığı gibi kanamanın saptandığı gün tansiyon yüksekliği gözlenmemiştir.

Perimezensefalik kanamalar; kanama merkezinin mezensefalonun hemen önünde olduğu, kanamanın bazen ambien sisternin ön kısmına veya slyvian sisternin bazaline yayılım gösterdiği, anterior interhemisferik fissür ve lateral slyvian fissürde kanamanın olmadığı, intraventriküler kanamanın gözlenmediği durumlardır. Hastamızın çekilen BBT'si kanamanın tipik özelliğini yansıtmaktadır.

Patogenezinde van Gijn ve ark.'ı kanamanın arteriyal kökenli olmadığını, venöz veya kapiller bir rüptürden kaynaklandığını savunmaktadır (4). Bu sonuca baş ağrısının aşamalı ortaya çıkması, bilinç kaybının nadir görülmesi, ventriküler sistemde veya parankimde kan görülmemesi ve iyi prognoz ile varmışlardır. Ancak yaptıkları venogramlarda belirgin patoloji saptamamışlardır (4). Van der Schaaf ve ark.'ı perimezensefalik kanamalı hastalarda BT angiografi ile venöz drenajın Galen veni yerine direkt olarak dural sinüse olduğunu göstermişlerdir (8). Benzer Şekilde Mathews ve ark'ı Galen veni stenozuyla ilişkili bir olgu bildirmişlerdir (9). Bizim hastamızda serebral angiografi ve venöz fazlarında patolojik oluşum gözlenmemiştir.

Schievmk PMSAK da kanın asıl olarak prepontin sisternde bulunduğunu orta beyin etrafındaki sisternlerde olmadığını öne sürerek, bu tip kanamalara pretrunkal SAK denmesinin daha doğru olacağını bildirmiştir (10). Bizim hastamızda da kanama alanı benzer şekilde daha çok prepontin sisternde lokalize idi.

İyi bir prognoza sahip olan perimezensefalik anevrizmal kökenli olmayan subaraknoid kanamanın tedavi yaklaşımında öncelikli olarak yatak istirahati varken semptomatik tedavi, kardiyak monitörizasyon, hidrosefali takibi, serum biyokimyası kontrolü, zorlayıcı hareketlerden kaçınma ve hipertansiyon kontrolü de önerilir. Hastalar, eski gündelik yaşantılarına dönebilir (11). Hastamız yatak istirahati ile takip edilmiş olup takiplerinde baş ağrısı dışında problem yaşanmamıştır.

Sonuç olarak; perimezensefalik anevrizmal kökenli olmayan subaraknoid kanamanın iyi tanımlanması gereksiz tetkiklerin ve cerrahi müdahalenin önlenmesi açısından önemli olup anevrizmal kökenli olmaması halinde bu hastaların büyük bir kısmının prognozu mükemmeldir.

PMSAK, diğer subaraknoid kanama tablolarından ayrı bir antite olarak kabul edilmeli, çok daha benign bir seyir izlediği bilinmelidir. Tüm subaraknoid kanamalarda olduğu gibi ayrıntılı 4 sistem anjiografi yapılmalı, patoloji saptanmadıysa anjio tekrar edilmemelidir. BT takipleri hidrosefali açısından izlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Özdemir M, Bozkurt M, Kahiloğlu G, Uğur HÇ, Editörden, Egemen N. Subaraknoid Kanama ve Komplikasyonlarının Tedavisi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2011;64:52-55.
2. Ozdemir M, KahilogullarıG, Comert A, Caglar YS, Elhan A, Silav G, Ugur HC. Processus clinoides anterior ve posterior arası köprüleşme ve foramen caroticoclinoidale: anatomik çalışma. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2006; 59: 175-8.
3. Peker S, Konya D, Kılıç T, Pamir MN. Perimezensefalik Anevrizmal Olmayan Subaraknoid Kanamalar. Journal of Turkish Cerebrovascular Diseases 2003, 9:2; 47-50
4. Van Gijn J, Van Dongen KJ, Vermeulen M, Hijdra A. Perimesencephalic hemorrhage: A non-aneurysmal and benign form of subarachnoid hemorrhage. Neurology 1985; 35: 493-497.
5. Van Gijn J, Rinkel GJE. Subarachnoid haemorrhage: Diagnosis, causes, and management. Brain 2001; 124: 249-278.
6. Cioffi F, Pasqualin A, Cavazzani P, Da Pian R. Subarachnoid hemorrhage of unknown origin: Clinical and tomographical aspects. Acta Neurochir 1989; 97: 31-39.
7. Flaherty ML, Haverbusch M, Kissela B et al. Perimesencephalic subarachnoid hemorrhage: Incidence, risk factors, and outcome. J Stroke Cerebrovasc Dis 2005; 14: 267-271.
8. Van der Schaaf IC, Velthuis BK, Gouw A, Rinkel GJ. Venous drainage in perimesencephalic hemorrhage. Stroke 2004; 35: 1614-1618.
9. Mathews MS, Brown D, Brant-Zawadzki M. Perimesencephalic nonaneurysmal hemorrhage associated with vein of Galen stenosis. Neurology 2008; 70: 2410-2411.

10. Schievink WI, Wijdicks EFM: Pretruncal subarachnoid hemorrhage: an anatomically correct description of the perimesencephalic subarachnoid hemorrhage. *Stroke* 1997, 28 (12): 2572.
11. Herrmann LL, Zabramski JM. Nonaneurysmal subarachnoid hemorrhage: A review of clinical course and outcome in two hemorrhage patterns. *J Neurosci Nurs* 2007; 39: 135-142.

