



Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hipertansif Hastada Posterior Reversible Ensefalopati Sendromu: Olgu Sunumu

Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome in a Hypertensive Chronic Renal Failure Patient: Case Report

Polat DURUKAN¹, Necmi BAYKAN², Ömer SALT³, Seda ÖZKAN⁴

¹ Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

² Nevşehir Devlet Hastanesi Acil Servisi, Nevşehir, Türkiye

³ Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye

⁴ Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara, Türkiye

Yazışma Adresi
Correspondence Address

Necmi BAYKAN
Nevşehir Devlet Hastanesi
Acil Servisi, Nevşehir, Türkiye
E-posta: drnecmibaykan@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-6845-9550

Geliş tarihi \ Received : 27.07.2017
Kabul tarihi \ Accepted : 27.09.2017
Elektronik yayın tarihi : 25.09.2018
Online published

Durukan P, Baykan N, Salt Ö, Özkan S.
Kronik böbrek yetmezliği olan hipertansif hastada posterior reversible ensefalopati sendromu: Olgu sunumu.
Akd Tıp D 2018;3:304-6.

ÖZ

Posterior reversibl ensefalopati sendromu klinik nöroradyolojik bir sendrom olup, T2 ağırlıklı manyetik rezonans görüntülemde bilateral parietookspital loblarda simetrik yüksek sinyal yoğunluğu lezyonları ile karakterizedir. Bizim olgumuzda ani görme kaybı şikayeti ile başvuran hipertansiyon ve kronik böbrek yetmezliği olan periton diyalizi tedavisi alan ve posterior reversibl ensefalopati sendromu (PRES) gelişen 36 yaşında kadın hasta sunulmuştur. Acil hekimleri hipertansiyon ile ilişkili nörolojik semptomları olan özellikle kronik böbrek yetmezliği hastalarında hipertansif acil durumlar hakkında dikkatli olmalı ve eşlik edebilecek uç organ hasarlarını akılda bulundurmaldır.

Anahtar Sözcükler: Posterior reversible ensefalopati sendromu, Kronik böbrek yetmezliği, Hipertansiyon

ABSTRACT

Posterior reversible encephalopathy syndrome is a cliniconeuroradiologic syndrome characterized by symmetrical high-signal intensity lesions in bilateral parietooccipital lobes on T2-weighted magnetic resonance imaging. In this case presentation, we discuss a 36-year-old female with hypertensive chronic renal failure treated by peritoneal dialysis who presented to our emergency department with the complaint of visual loss. Emergency physicians should be aware of end organ damage in patients with neurological symptoms related to hypertension and this is especially important in patients with chronic renal failure and hypertension.

Key Words: Posterior reversible encephalopathy syndrome, Chronic renal failure, Hypertension

GİRİŞ

Posterior reversibl ensefalopati sendromu (PRES) klinik nöroradyolojik bir sendrom olup, T₂ ağırlıklı (veya FLAIR) manyetik rezonans (MR) görüntülemde bilateral parietookspital loblarda simetrik yüksek sinyal yoğunluğu lezyonları ile karakterizedir (1,2). Predispozan faktör olarak hipertansif aciller ve eklampsiyi içermesine rağmen çok çeşitli varyasyonlarda olabilir (3). Kontrolsüz hipertansiyonu, üremisi ve renal transplant yapılmış hastalarda görülebilir (4). Bu olgu sunumunda renal replasman tedavisi alan bir hastada gelişen PRES'i sunmayı amaçladık.

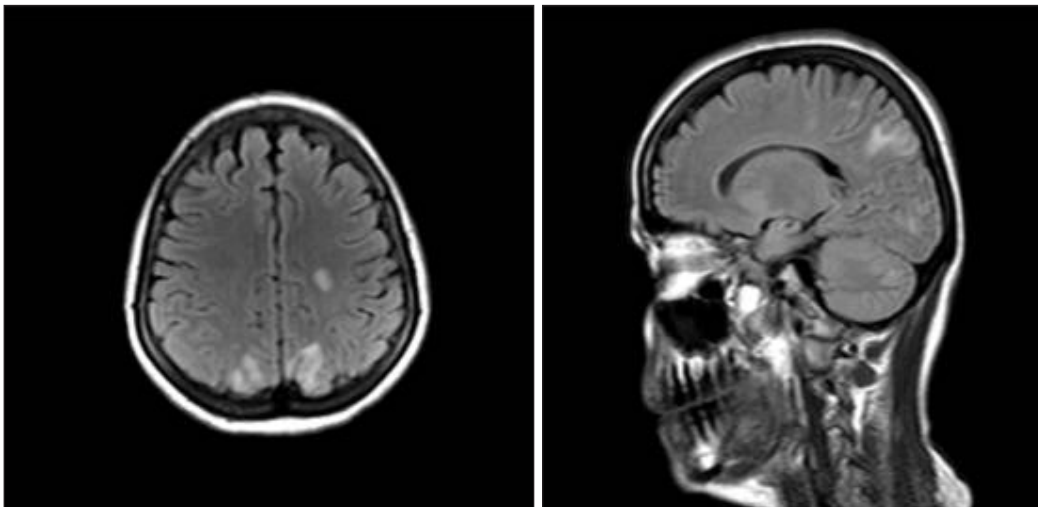
OLGU

Otuzaltı yaşında kadın hasta 4 saattir olan ani gelişmiş total görme kaybı ve şiddetli baş ağrısı şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon (HT) ile kronik böbrek yetmezliği (KBY) vardı ve periton diyalizi uygulamaktaydı. Hipertansiyon ilaçlarını düzenli kullanmadığını belirten hastanın yapılan nörolojik muayenesi normal olarak değerlendirildi. Başvuru esnasında kan basıncı 221/108 mmHg idi. Antihipertansif tedavi ile takiplerde 139/86 mmHg'ya kadar geriledi. Başvuru sırasındaki laboratuvar bulguları; BUN: 83 mg/dL, Cre: 11,4 mg/dL, Na:133 meq/L, K: 4,9 meq/L, Hb: 12,6mg/dL, WBC: 5140/mm³, pH: 7,29, Laktat: 4,14 idi. Karaciğer fonksiyon testleri, total protein, albümin, glukoz ve kalsiyum düzeyleri normal bulundu. Beyin bilgisayarlı tomografisi (BT)'sinde akut patoloji yoktu. Hastaya sinüs ven trombozu öntanısı ile MR venografi istendi. MR venografi de patolojik görüntü yok idi. Hastaya acil göz konsültasyonu istendi. Solda retinada yaygın mikrohemoraji tespit edildi ve papil ödem saptanmadı. Hastanın takiplerinde jeneralize tonik klonik nöbeti oldu. Hastaya antikonvülzan (Diazepam) ajan ile müdahale edilip nöbeti durduruldu. Mevcut klinik tabloya ek olarak özgeçmişinde KBY ve HT'sinin olması ve gelişinde tansiyonun regüle olmaması üzerine PRES düşünüldü ve MR planlandı. Hastanın MR T₂-Flair ağırlıklı görüntülerde her iki paryetal lob posterior düzeyinde, her iki temporooksipital lob posteriorunda water sheat alanlarında hiperintens görünümler tespit edilmiş olup (Şekil 1). diğer sekanslar ve difüzyon ağırlıklı görüntülerinde patolojik bulgu tespit edilmemiştir. Hasta için PRES öntanısı ile nöroloji bölümünden konsültasyon istenmiş ancak öntanımız dışındaki konsültan hekimin ek öntanılarını yapılan tetkikler neticesinde ekarte edilmiştir. Yine göz bölümünden de konsültasyon istenmiş olup görme probleminin izole göz küresi kaynaklı olmadığı belirtilmiş sistemik bir hastalık olabileceği belirtilmiştir.

Nöroloji konsültasyonu istenen hastaya konsültan önerisi ile depakin 1600 mg yükleme yapıldı. Acil serviste tansiyon regülasyonu sağlanan, kliniği rahatlatan, görme duyası tamamen yerine gelip normale dönen hasta acil serviste 24 saat takip sonrasında nöroloji poliklinik kontrol önerilerek taburcu edildi. Hastanın kontrol amaçlı yapılan kranial MR görüntülemesinde de hastalığı esnasındaki lezyonlarının kaybolduğu görülmüştür.

TARTIŞMA

Posterior reversibl ensefalopati sendromu; mental bozukluk, baş ağrısı, konvülsiyon ve görme bozuklukları ile karakterizedir. Lezyonlar genellikle uygun tedavi ile yok edilebilir ama bu durum altta yatan hastalık ve lezyonların konumu ile ilgilidir (1-4). Nadiren kronik böbrek yetmezliği hastalarında görülür (1). PRES tetikleyen faktörleri hâlâ tam olarak anlaşılmış değildir. En çok tutulan hipoteze göre, vazojenik beyin ödemi gelişmesinden kaynaklanır. Kan beyin bariyerindeki endotelial tabakanın hasarlanması sonucu beyin ödemi gelişir (5). Bu endotel hasarına da şiddetli hipertansiyon neden olabilir. Birçok farklı tetikleme faktörü vardır ancak en sık ani hipertansiyon, böbrek yetmezliği, immünesupresif tedavi, eklampsi, otoimmün hastalıklar ve enfeksiyonlardır. Üremiyle giden kronik böbrek yetmezlikli hastalarda endotelial disfonksiyon zemini mevcuttur (2). Bizim olgumuzda da ani hipertansiyon mevcuttu. Tansiyon regülasyonu için IV nitroglicerine ve oral amlodipin kullanıldı. Tekrarlayan konvülsiyon profilaksisi için sodyum valproat parenteral kullanıldı. Takip döneminde tekrarlayan konvülsiyonu olmadı. Radyografik olarak PRES beynin arka kısımlarında (paryetal ve oksipital loblarını), simetrik, reversibl, T₂ sekansta hiperintens tutulum mevcuttur (2,5). PRES insidansı dünya üzerinde bilinmemektedir, fakat kadınlarda hafif daha baskın olduğu bildirilmiştir. Genç ve yaşlılarda her yaş grubunda görülebilir ancak 3. ve 4. dekatlarda daha sık olduğu bildirilmiştir (5). Benzer klinik tablo (bilateral oksipital lob enfarktı, sinüs ven trombozu,



Şekil 1: Hastanın kranial MR'ındaki lezyonlar.

serebral vaskulit gibi) farklı hastalıklarda da olabilmektedir. Ancak hastada yapılan difüzyon MR ve MR venografi gibi kranial görüntülemelerle olası ayırıcı tanılar ekarte edilmiştir.

PRES tanısı uygun klinik ortamda, klinik sendromun tanınması ile yapılır. BT ve özellikle MR ile görüntüleme, alternatif nedenleri ekarte etmek ve birçok durumda

tanıyı doğrulamak için çok yararlıdır. Doğru tanı ve uygun yönetimi ile belirtilerin çoğu geri dönüşümlüdür. PRES erken tanındığında ve tedavisi başlandığında reversibldir. Acil hekimleri hipertansiyon ile gelen olgularda nörolojik hadiselerin de varlığında PRES'i akıllarının bir köşesinde bulundurup tedaviye erkenden başlamalıdır. KBY'si veya gebeliği olan hastalarda özellikle akılda bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Yetkin MF, Salt O, Durukan P, Erdogan FF, Ozkan S. A rare entity in ED: Posterior reversible encephalopathy syndrome. *American Journal of Emergency Medicine* 2012;30(9):2099.e1-3.
2. Graham BR, Pylypchuk GB. Posterior reversible encephalopathy an adult patient undergoing peritoneal case report and literature review. *BMC Nephrology* 2014; 15:10.
3. Pula JH, Eggenberger E. Posterior reversible encephalopathy syndrome. *Current Opinion in Ophthalmology* 2008;19(6):479-84.
4. Kute VB, Trivedi HL, Shah PR, Gumber MR, Patel HV, Vanikar AV. Posterior reversible encephalopathy syndrome-an under recognized manifestation of chronic kidney disease. *Indian J Crit Care Med* 2013;17(5):318-20.
5. Fekse SK. Posterior reversible encephalopathy syndrome: A review. *Semin Neurol* 2011;31;202-15.