

SPONTAN İNTRAKRANYAL HİPOTANSİYONA BAĞLI BAŞAĞRISI: İKİ OLGU SUNUMU*

Ayten CEYHAN DİRİCAN, Musa ÖZTÜRK, Yavuz ALTUNKAYNAK, Fatih AKTAŞ,
Betül YALÇINER, Ulaş YEŞİL, Sevim BAYBAŞ

Background and Design.- Spontaneous intracranial hypotension is a syndrome which the orthostatic headache is the main symptom. Characteristically, headache appears in upright position or deteriorates, while it improves or completely recovers in lying position. Diagnosis and treatment are rather important since, although rarely encountered, it may lead to complications which may cause to vital risk.

Observation.- In this article, 2 cases diagnosed with SIH (one male and one female) are presented for the reason that these cases bear the typical specifications of this rarely met syndrome.

It will be appropriate to think of SIH syndrome which quite seldom observed and to make the researches this syndrome oriented especially for the patients applying with the complaint of headache with postural features.

Ceyhan Dirican A, Öztürk M, Altunkaynak Y, Aktaş F, Yalçiner B, Yeşil U, Baybaş S. Headache related to spontaneous intracranial hypotension presentation of 2 cases. Cerrahpaşa J Med 2005; 36: 55-58.

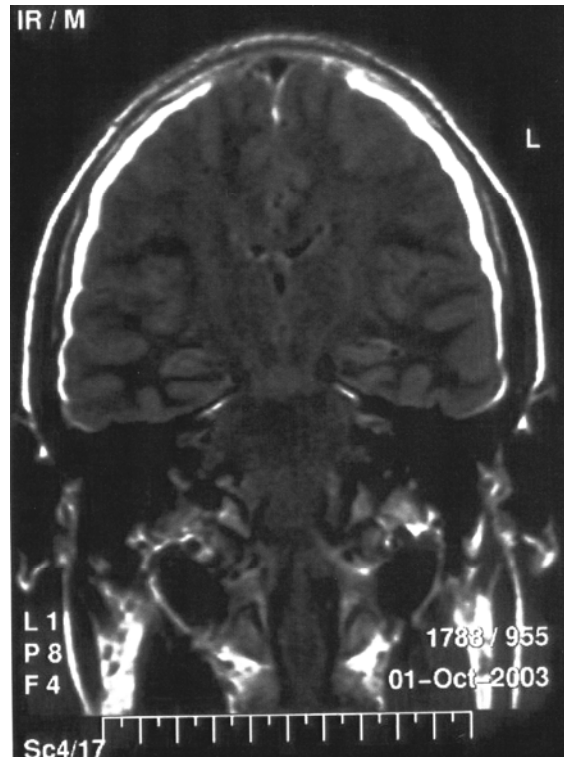
Spontan intrakranyal hipotansiyon (SİH), Schaltenbrand tarafından İlk defa 1938 yılında tanımlanmış olup ortostatik baş ağrısının ana semptom olduğu bir sendromdur.^{1,2} Beyin omirilik sıvısının (BOS) spontan kaçağı söz konusudur ve BOS kaçağına neden olacak majör travma, lomber ponksiyon yada cerrahi bir girişim öyküsü yoktur.^{1,2,3} Karakteristik olarak baş ağrısı ayakta iken ortaya çıkar yada kötüleşir, yatar pozisyonda ise hafifler yada geçer. Postural tinnitus, vertigo, bulantı, kusma, ense sertliği tabloya eşlik edebilir. Tanı, ağrı özelliğinin yanı sıra, düşük BOS basıncı (60 mmH₂O'dan düşük) ve tipik kontrastlı kranyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları ile konur. Nadiren de olsa hayati tehlike doğuracak komplikasyon geliştirebilir.⁴ Bu nedenle tanı ve tedavisi oldukça önemlidir. Sunmuş olduğumuz yazıda SİH tanısı alan iki olgu, seyrek görülen bu sendromun tipik özelliklerini taşıması nedeniyle sunulmuştur.

OLGU 1

35 yaşında erkek olgu; başvurudan bir ay önce, ağır kaldırmayı takiben akut olarak başlayan ve giderek artan baş ağrısı yakınması ile görüldü. Ağrı ensede, çift taraflı basınç hissi tarzında idi. Ayakta artıyor, yatar pozisyonda

azalıyordu. Bulantı ve kusma eşlik ediyordu. Zamanla ağrının şiddet ve süresinde artış olmuştu. Nörolojik muayenede özellik saptanmadı.

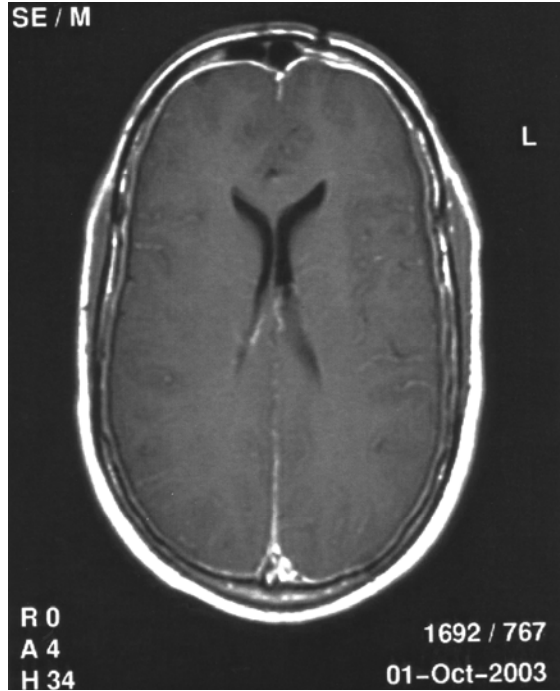
Resim 1. Olgu 1'e ait kranyal MRG görüntüsü



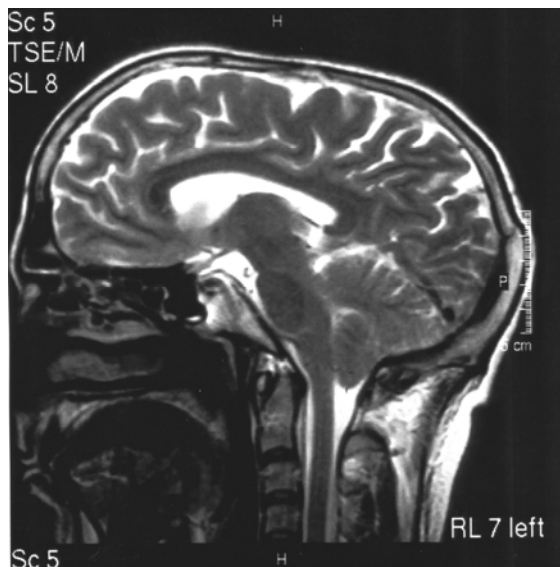
* **Anahtar Kelimeler:** Ortostatik baş ağrısı, spontan intrakranyal hipotansiyon, pakimeningeal tutulum; **Key Words:** Orthostatic headache syndrome, spontaneous intracranial hypotension, pachymeningeal enhancement; **Alındığı Tarih:** 8 Mart 2005; Uz. Dr. Ayten Ceyhan Dirican, Uz. Dr. Musa Öztürk, Uz. Dr. Yavuz Altunkaynak, Dr. Fatih Aktaş, Doç. Dr. Betül Yalçiner, Dr. Ulaş Yeşil, Doç. Dr. Sevim Baybaş; Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 2. Nöroloji Kliniği, Bakırköy, İstanbul; **Yazışma Adresi (Address):** Uz. Dr. Ayten Ceyhan Dirican, Sinanpaşa Mescidi Sk. No: 17 D. 4 Emek Apt. Beşiktaş, İstanbul.

Yapılan kranyal MRG'de her iki serebral hemisferde en geniş çapı 1 cm'ye ulaşan subdural effüzyon, hemisferik sulkuslarda hafif daralma, bazal sisternlerde silinme, dural kontrast tutulumu ve serebellar tonsiller herniasyon saptandı (Resim 1-2-3).

Resim 2. Olgu 1'e ait kontrastlı kranyal MRG görüntüsü

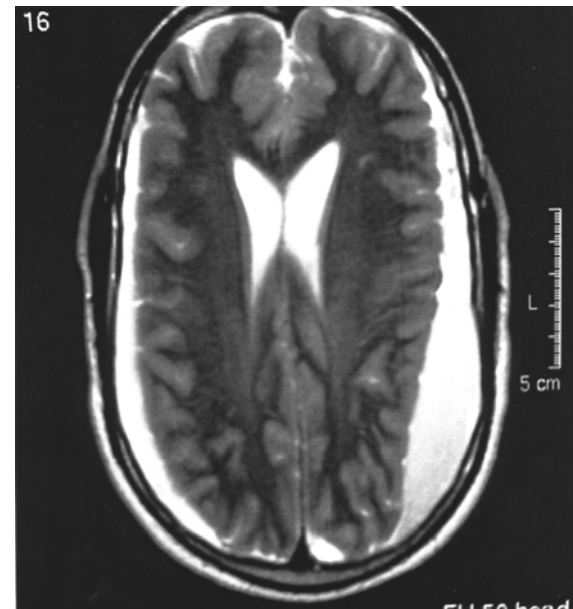


Resim 3. Olgu 1'e ait kranyal MRG görüntüsü



Öykü ve görüntüleme bulgularına dayanılarak baş ağrısının düşük BOS basıncına bağlı olduğu düşünüldü ve hasta kesin yatak istirahatine alındı. Herhangi bir fistülü araştırmak amacıyla yapılan lomber, servikal ve dorsal spinal MRG'ler normal bulundu. Baş ağrısının şiddetinin giderek artması ve süresinin devamlı hale gelmesi nedeniyle Kranyal MRG tekrarlandı ve 3 cm'ye ulaşan subdural hematoma geliştiği tespit edildi ve cerrahi girişim ile boşaltıldı (Resim 4). Sonrasında kesin yatak istirahati ile yaklaşık iki aylık süre içinde remisyona görüldü.

Resim 4. Olgu 1'e ait kontrol kranyal MRG görüntüsü



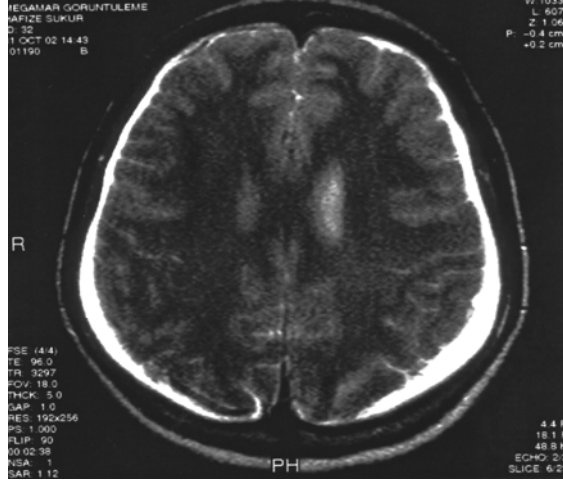
OLGU 2

32 yaşında kadın olgu; başvurudan 1 ay önce şiddetli bağırma sonrasında ani olarak başlayan baş ağrısı şikayeti ile görüldü. Ağrı boyundan başlayan tüm başa yayılan zonklayıcı karakterde idi. Özellikle ayakta artıyor, yatınca azalıyordu. Ek bulgu yoktu. Nörolojik muayenede özellik saptanmadı.

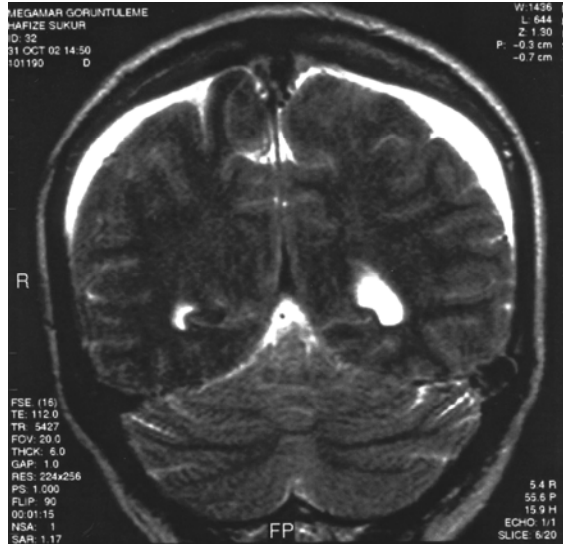
Kranyal bilgisayarlı tomografide konveksite sulkuslarının ve bazal sisternlerin bilateral silik olması dışında patolojik bulgu saptanmadı. Kranyal MRG yapıldı ve her iki serebral hemisferde en geniş çapı 1 cm kalınlığında subdural effüzyon tesbit edildi (Resim 5, 6).

Öykü ve görüntüleme bulgularına dayanılarak baş ağrısının düşük BOS basıncına bağlı olduğu düşünüldü ve hasta kesin yatak istirahatine alındı. İki aylık süre içerisinde baş ağrısı giderek azalarak kayboldu. Kontrol kranyal MRG'de subdural effüzyonun rezorbe olduğu görüldü.

Resim 5. Olgu 2'e ait kranyal MRG görüntüsü



Resim 6. Olgu 2'e ait kranyal MRG görüntüsü



TARTIŞMA

Düşük BOS basıncına bağlı baş ağrıları en sık LP sonrası görülmekle birlikte miyelografi, spinal cerrahi sonrası da ortaya çıkabilir. SİH sendromu ise oldukça nadirdir. Öksürme, hap-

şırma, ağır kaldırma, itme, spor gibi nedenler spontan BOS kaçağına yol açabilir. Diğer bir neden de dural kesedeki yapısal zayıflıktır. Bu durum Meningeal divertiküller, elastin ve fibrilin bozukluğunun olduğu Marfan sendromu ya da konnektif doku hastalıklarına bağlı olabilir.^{1,2,4,5} Bazen de travma ve dural kese zayıflığı spontan BOS kaçağında birlikte rol oynar. Özellikle posterior osteofitler olmak üzere servikal kemik patolojilerine bağlı SİH olguları da bildirilmiştir.² BOS kaçağı en sık servikal veya torasik bölgede olabilir.^{1,2,4} Sunmuş olduğumuz iki olguda ağır kaldırma ve ani bağırma gibi spontan BOS kaçağına yol açabilecek nedenler vardı.

Baş ağrısı tipik olarak ortostatik özellik gösterir, ayakta iken ortaya çıkar ya da kötüleşir, yatar pozisyonda ise hafifler ya da geçer.^{1,3-6} Öksürmek, hapşırma, juguler kompresyon ağrıyı artırır. Ağrı iki taraflıdır ve bifrontal, frontooksipital, oksipital olabilir. Zonklayıcı özellik gösterebilir. Kronikleşen olgularda postural özellik kaybolabilir ve kronik günlük baş ağrısı özelliği kazanabilir.^{3,4,6,7} Nadiren de paradoksal olarak ağrı yatınca ortaya çıkar ve ayakta iken hafifler.^{4,7,8} Sunulan iki olguda da ağrının ortostatik özelliği belirgindi.

SİH'de BOS kaçağı ve BOS volüm kaybı sonucu beyin aşağı doğru sarkar bu da ağrıya hassas yapıların distorsiyonu ve traksiyonuna yol açar.^{1,4,5} Venöz sistemdeki genişleme de baş ağrısının diğer bir nedenidir. Postural tinnitus, vertigo, bulantı, ense sertliği, visual alan defektleri, 6. kranyal sinir felci, fasyal uyuşukluk ve güçsüzlük, stupor, üst ekstremitelerde radiküler belirtiler klinik tabloya eşlik edebilir.^{1,3-5} Hatta SİH'e bağlı reversibl frontotemporal demans ve parkinsonizm olguları da bildirilmiştir.³ Tüm bu semptomların, kranyal sinirlerin, beynin veya beyin sapının, diensefalik yapıların distorsiyonu ve traksiyonu veya kompresyonu sonucu ortaya çıktığı düşünülür.

BOS basıncı kural olarak düşüktür bazen ölçülemez veya negatiftir.¹⁻⁶ Çok seyrek de olsa normal bulunabilir.^{4,5} Hafif pleositoz ve protein yükselmesi olabilir ancak sitolojik ve mikrobiyolojik inceleme daima negatiftir.^{1,4} İlk olgumuzda oldukça geniş subdural hematoma ge-

lişmesi nedeniyle, ikinci olgumuzda ise kendi isteği göz önünde bulundurularak ve öykünün de SİH için tipik olması nedeniyle lomber ponksiyon yapılmadı.

Kranyal MR'da diffuz pakimeningeal kontrast tutulumu en sık görülen MR bulgusudur. Bilateral, supra ve infratentoryal olarak görülür. Tipik olarak leptomeninkslerde boyanma olmaz. Tip I Arnold chiari malformasyonuna benzer şekilde serebellar tonsillerin aşağı sarkabilir, ayrıca unilateral veya bilateral subdural sıvı kolleksiyonu da SİH sendromuna eşlik eden bulgulardandır.^{1-6,9} İlk sunulan olguda diffuz pakimeningeal kontrast tutulumu, subdural sıvı kolleksiyonu, tip I Arnold chiari görünümü dikkat çekmiştir (Resim 1, 2). Subdural sıvı kolleksiyonu bazen subdural hematoma formu alabilir ve geniş olduğunda beyin şiftine yol açabilir.⁴ Yine ilk olguda klinik kötüleşmeyle birlikte oldukça geniş subdural hematoma geliştiği gözlenmiştir (Resim 3,4). Diğer olgunun kranyal MRG'sinde de subdural efüzyon varlığı saptanmıştır (Resim 5, 6).

Radyoizotop sisternografi, miyelografi/CT miyelografi spontan BOS kaçağını göstermede yararlanan tetkiklerdendir.^{1,2,4} Tedavide kesin yatak istirahati, abdominal sargı, teofilin, epidural blood patch, intratekal sıvı infüzyonu, epidural salin infüzyonu, epidural dextran infüzyonu önerilir.^{1,2,4} Tedavide kortikosteroidler de denemiştir.³ Ancak çoğu hasta spontan iyileşme gösterir. İlk olgumuzda kesin yatak istirahatinin yanı sıra subdural hematoma cerrahi olarak boşaltılmıştır. Diğer olguda ise yatak istirahati ile semptomlar gerilemiştir. Postural özellikli baş ağrısı yakınması ile başvuranlarda, oldukça seyrek görülen SİH sendromunun akla gelmesi ve buna yönelik araştırmaların yapılması uygun olacaktır.

ÖZET

Spontan intrakranyal hipotansiyon, ortostatik baş ağrısının ana semptom olduğu bir send-

romdur. Karakteristik olarak baş ağrısı ayakta iken ortaya çıkar, yatar pozisyonda ise hafifler yada geçer. Nadiren de olsa hayati tehlike doğuracak komplikasyon geliştirebilmesi nedeniyle tanı ve tedavisi oldukça önemlidir.

Bu yazıda spontan intrakranyal hipotansiyon tanısı alan biri erkek diğeri bayan iki olgu, seyrek görülen bu sendromun tipik özelliklerini taşıması nedeniyle sunulmuştur. Postural özellikli baş ağrısı yakınması ile başvuranlarda, oldukça seyrek görülen spontan intrakranyal hipotansiyon sendromunun akla gelmesi ve buna yönelik araştırmaların yapılması uygun olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Blank SC, Shakir RA, Bindoff LA. Spontaneous intracranial hypotension: Clinical and magnetic resonance imaging characteristics. *Clinical Neurology and Neurosurgery* 1997; 99: 199-204.
2. Eross EJ, Dodick DW, Nelson KD. Orthostatic headache syndrome with CSF leak secondary to bony pathology of the cervical spine. *Cephalalgia* 2002; 22: 439-443.
3. Hong M, Shah GV, Adams KM. Spontaneous intracranial hypotension causing reversibl frontotemporal dementia. *Neurology* 2002; 58: 1285-1287.
4. Mokri B. Headaches caused by decreased intracranial pressure: diagnosis and management. *Curr Opin Neurol* 16; 319-326.
5. Mokri B, Atkinson JLD, Piepgras DG. Absent headache despite CSF volume depletion (intracranial hypotension). *Neurology* 2000; 55: 1722-1724.
6. Alvarez-Linera J, Escibano J, Benito- Leon J. Pituitary enlargement in patients with intracranial hipotension syndrome. *Neurology* 2000; 55: 1895-1897.
7. Mokri B. Spontaneous CSF leaks mimicking benign exertional haeadaches. *Cephalalgia* 2002; 22: 780-783.
8. Mokri B, Aksamit AJ, Atkinson JLD. Paradoxical postural headaches in cerebrospinal fluid leaks. *Cephalalgia* 2004; 24: 883-887.
9. Chung SJ, Im JH, Lee JH. Determining factors related to pachymeningeal enhancement on brain MRI in CSF hypovolemia. *Cephalalgia* 2004; 24: 903-905.