

Posteriyor Reverzibl Ensefalopati Sendromunda Hayat Kurtarıcı: Yoğun Bakım Ünitesi*

Life-Saving Intensive Care Unit in Cases of Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome

Özet

Posteriyor reverzibl ensefalopati sendromu (PRES); epileptik nöbet atakları, bilinç durum bozuklukları, baş ağrısı, görme anormallikleri ve bulantı/kusma gibi birtakım klinik–radyolojik semptomların söz konusu olduğu tablo için kullanılan bir tanımlamadır. Tanı MRG’de parietal ve oksipital bölgede daha belirgin olan bilateral ve simetrik serebral ödem gözlemi ile konur. Bu yazıda, preeklampsi zemininde PRES gelişen bir hastanın yoğun bakım ünitesindeki takip ve tedavisi, güncel literatür eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Posteriyor reverzibl ensefalopati sendromu (PRES); preeklampsi; serebral vazojenik ödem

Abstract

Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) is a term defining a condition characterized with a set of clinical and radiological symptoms including epileptic attacks, abnormal changes in consciousness, headache, visual abnormalities, nausea and vomiting. It is diagnosed through MRI by observing bilateral and symmetric cerebral edema in occipital and parietal lobes. In this case report, we present the treatment and follow-up process in the intensive care unit of a patient who developed PRES with underlying preeclampsia.

Keywords: Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES); preeclampsia; cerebral vasogenic edema

Muhittin Çalım, Hayrettin Daşkaya, Ferda Yılmaz İnal, Kadir İdin, İbrahim Hakkı Ölçülü, Ziya Salihoğlu

Bezmialem Vakıf Üniversitesi
Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, İstanbul, Türkiye

Geliş Tarihi /Received : 23.08.2016
Kabul Tarihi /Accepted: 29.08.2016

DOI: 10.21673/anadoluklin.252168

Sorumlu Yazar/Corresponding Author
Öğr. Gör. Dr. Muhittin Çalım
Vatan Caddesi No:2 Fatih, İstanbul,
Türkiye
E-mail: muhittincalim@yahoo.com

* Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği 48. Ulusal Kongresi’nde (25–29 Ekim 2014, Ankara) sözlü olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Posteriyor reverzibl ensefalopati sendromu (PRES), 1996'da Hinchev ve arkadaşları tarafından 15 vakalık bir seride ortaya konmuş klinik-radyolojik bir tanımlamadır (1). Çeşitli adlara karşın (geri dönüşümlü lökoensefalopati, geri dönüşümlü posteriyor serebral ödem sendromu vd.), bu tanımlama en yaygın kullanılanıdır (1). PRES klinik olarak çeşitli varyasyonlarla gözlenmekle birlikte sıklıkla; epileptik nöbet atakları, bilinç durumu bozuklukları, baş ağrısı, görme anormallikleri, bulantı/kusma ve nörolojik bulgularla seyrederek (2). Tanısı, klinik bulgularla birlikte manyetik rezonans görüntüleme (MRG) parietal ve oksipital bölgede daha belirgin olan bilateral, simetrik serebral ödem gözlenmesiyle konulur.

Patofizyolojik mekanizması farklı sebeplerle ilişkilendirilmekle beraber nihai sorunun serebral vazojenik ödem olduğu düşünülmektedir (3). Hızlı tanı ve tedavi halinde hastalar birkaç hafta içinde tamamen iyileşmektedir. Aksi takdirde serebral iskemik enfarkt gelişebilir ve hatta ölümcül seyredebilir. PRES'in yaygınlığı hakkında kesin veriler olmamakla beraber gün geçtikçe literatürde bildirilen vaka sayısı artmaktadır.

Bu yazıda, preeklampsi zemininde PRES gelişen hastanın yoğun bakım ünitesindeki (YBÜ) takip ve tedavisi, güncel literatür eşliğinde sunulmuştur.

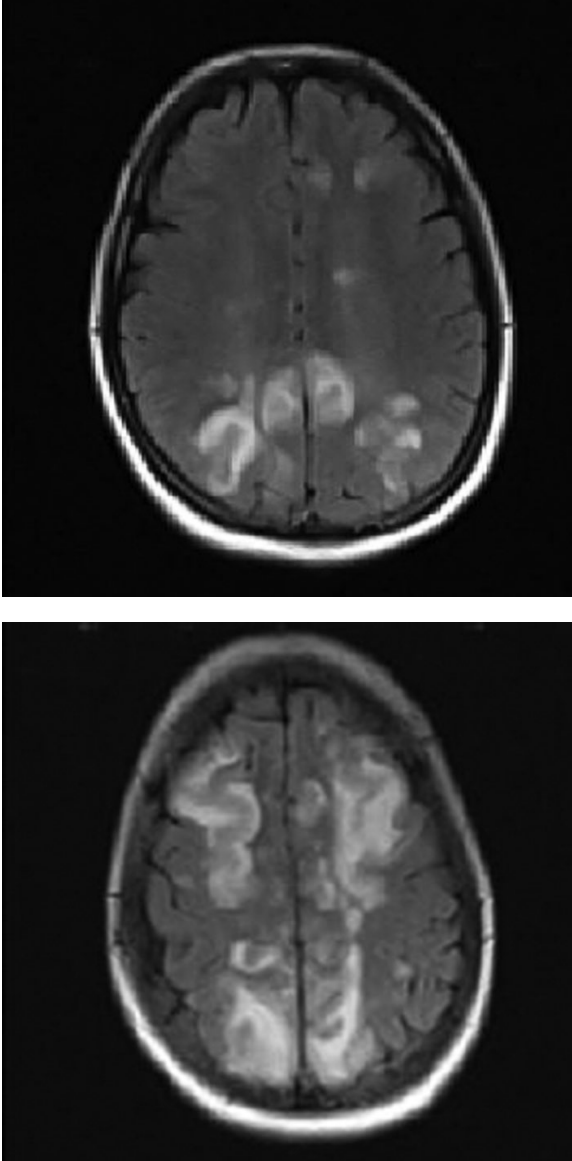
OLGU

Herhangi bir hastalık öyküsü olmayan 36 yaşındaki gebe, baş ağrısı ve ayaklarda şişme şikayeti ile acil servise müracaat etti. Acil serviste yapılan değerlendirmede 24 haftalık gebe kadının tansiyon arteriyel (TA) değeri 220/110 mmHg olarak saptandı ve idrarda +3 protein mevcut olduğu tespit edildi. Ağır preeklampsi tanısıyla servise yatırılan hasta bilgilendirilmiş onamı alınarak acil Sezaryen ameliyatına alındı. Genel anestezi altında doğum gerçekleştirildi. Anestezi uygulaması ve derlenme döneminde hipertansif seyreden hasta, ekstübe halde yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) yakın takibe alındı. İlk 12 saatlik takibinde ortalama arter basıncı (OAB) 80-90 mmHg civarında seyretti. Oral antihipertansif tedaviyle (metoprolol 50 mg tb, diltiazem 25 mg tb) OAB'si 75-90 mmHg'ye kadar inen ve laboratuvar değerlerinin de normal olduğu görülen hasta 24 saat sonra yoğun bakım takip

endikasyonu kalmadığı düşünülerek kadın doğum servisine transfer edildi. Bu servise alınışından yaklaşık 2 saat sonra jeneralize tonik-klonik nöbet, sağa bakışta bilateral nistagmus ve çift görme şikayeti gelişen hasta tekrar YBÜ'ye alındı. Hastanın ikinci gelişinde uykuya meyilli idi ve çift görme şikayeti mevcuttu. Laboratuvar değerleri; PLT 83000/mm³, AST 595 U/L, ALT 243 U/L, LDH 2390 U/L olarak gözlemlendi ve TA 205/118 mmHg ölçüldü. Takipleri esnasında PLT değeri 36000/mm³'e kadar düşen hastanın ayırıcı tanı için çekilen MRG filminde, bilateral oksipital loblarda PRES ile uyumlu ödem, her iki hemisferde minimal iskemik gliotik değişiklikler saptandı (Resim 1-2). Co-diovan® 80/12,5 mg tb (hidroklorotiyazid/valsatan), Alfamet® 250 mg tb (metildopa) ve Brevibloc® (esmolol) intravenöz infüzyon başlanan hastaya toplamda iki İÜ aferez trombosit süspanasyonu verildi. Antiepileptik tedavi amacıyla Depakin® 2x500 mg tb ve Keprra® 2x500 mg tb başlandı. Hastanın takibin altıncı gününde çoklu antihipertansif tedaviye rağmen hipertansif kalması üzerine kardiyo-loji konsültasyonu istendi. Hidroklorotiyazid/valsatan, metildopa ve esmolol yerine karvedilol 25 mg tb (Dilatrend®) 1x1, lisinopril dihidrat + hidroklorotiazid tb (Sinoretik® fort) 1x1, indapamid 1,5 mg tb (Fludex®) 1x1 tedaviye eklendi. OAB'leri normal sınırlarda olan hastanın çift görme, motor güç kaybı ve baş ağrısı şikayetleri hafifledi. Hasta YBÜ'ye yatışının sekizinci gününde oral antihipertansif ve antiepileptik tedavi önerileriyle kadın doğum kliniğine nakledildi.

TARTIŞMA

PRES, farklı kombinasyon ve şiddette olmakla birlikte baş ağrısı, epileptik nöbetler ve mental değişiklikler gibi spesifik olmayan klinik bulgularla karşımıza çıkmaktadır. Mental durum değişikliği ve nöbet aktivitesi vakaların %90'ında gözlenmektedir (4). Radyolojik olarak parietal ve oksipital bölgelerde daha belirgin olmak üzere özellikle beyaz cevheri tutan yaygın serebral ödem ile karakterizedir. Lezyonlar sıklıkla simetrik yerleşimlidir, fakat asimetrik olgu sunumları da mevcuttur (5). PRES, 4 ile 90 yaşındaki hastalarda raporlanmış olmakla birlikte en sık orta yaş grubunda görülmektedir (6). Etiyopatogenezi tam olarak ortaya çıkarılamamıştır. Literatürde hipertansif ensefalopati, enfeksiyon, sepsis, septik şok, preeklampsi, eklampsi,



Resim 1, 2. Hastanın MR görüntüsü

otoimmün hastalıklar ve kemoterapi sonrası geliştiği bildirilmiştir ve sitotoksik zeminde gelişen serebral vazojenik ödem suçlanmıştır (7).

Tanı, söz konusu klinik bulgularla birlikte radyolojik bulguların varlığıyla konur. Tüm bulgular geçici bir paterne sahiptir. Tanı ve tedavinin gecikmesi durumunda status epileptikus, intrakranial kanama ve masif iskemik enfarkt oluşumu gibi komplikasyonlar sonucunda %15 kadar bir mortalite görülmektedir (3,4). PRES; inme, ensefalit, venöz tromboz gibi farklı klinik durumlara benzer klinik özellikler gösterir (8). Bu hastalıkların ayırıcı tanısında PRES de düşünülmelidir. Hipertansiyon, hastaların çoğunda semptomlar

arasındadır. Klinik belirtilerin ortaya çıkış şekli ve şiddetine göre yaklaşımlar farklılık arz etmektedir. Bu tür hastaların önemli bir kısmında YBÜ'de takip gerekmektedir ve %35–40 oranında mekanik ventilasyon desteğine ihtiyaç duyulmaktadır (2). Status epileptikus, tek başına YBÜ takibi gerektirmektedir.

Hasta ilk başta izole preeklampsi olarak değerlendirildi ve Sezaryen operasyonu ile doğum sonrasında YBÜ'de takibe alındı. Takibinin normal seyretmesi ve hemodinamik stabilitenin sağlanması üzerine kadın doğum servisine transfer edildi. Fakat YBÜ'den çıktıktan çok kısa bir süre sonra bilinç durum değişikliği ve epileptik nöbet atağıyla tekrar yakın gözlem altına alındı. Yapılan görüntüleme sonrasında klinik ve radyolojik olarak PRES tanısı konuldu. YBÜ'de 8 günlük takip ve tedavi sonrası sekelsiz bir şekilde servisine transfer edildi. Preeklampsi hastalarında doğumdan sonra 24–48 saatlik yakın takip önerilmektedir. Bu hastada erken transfer sonrası klinik tabloda ciddi bir değişim gözlenmiş olması, bu hastaların yakın takip süreçlerinin zamanlamasında dikkatli olunması gerektiğini düşündürmektedir. Her ne kadar bu hastada epileptik nöbet esnasında herhangi bir komplikasyon gözlenmemişse de mortalite ve morbiditeyi artırabilecek komplikasyonlar gözlenebilirdi. Dolayısıyla bu hasta grubunda YBÜ takip sürelerinin daha uzun olması gerektiği kanaatindeyiz. Bu konuda prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu olguda 6 gün boyunca antihipertansif tedavi uygulanmış ve hasta beyin ödemi açısından yakın takip altında tutulmuştur. Hastada mekanik ventilasyona ihtiyaç duyulmamakla birlikte, literatürde bu hastaların %35–40 oranında ortalama 6–8 günlük ventilasyon desteğine ihtiyaç duydukları ifade edilmektedir. Bu tür hastalarda serebral iskemi (%8–20), hemoraji (%5–17) ve herniasyon gözlenebilmektedir (6). Takip ve tedavi döneminde istenmeyen sonuçlara karşı dikkatli olunması önem arz etmektedir.

Sonuç olarak PRES, hızlı tanı ve tedavi ile hem klinik hem de radyolojik bulguları hızla geri çevrilebilen bir tablodur. Erken tanı ile hastalığın sekel bırakmadan tedavisi sağlanabilir. PRES multifaktöriyel bir etiyolojiye sahiptir ve tanısı da multidisipliner bir yaklaşımla konabilmektedir. İyi bir klinik gözlem ve radyolojik değerlendirmeye rahatlıkla teşhis edilebilmektedir. Erken tanının mortalite ve morbiditeyi azalttığı kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Hinchey J, Chaves C, Appignani B, et al. A reversible posterior leukoencephalopathy syndrome. *N Engl J Med.* 1996;334(8):494–500.
2. Lee VH, Wijdicks EF, Manno EM, Rabinstein AA. Clinical spectrum of reversible posterior leukoencephalopathy syndrome. *Arch Neurol.* 2008;65(2):205–10.
3. Annual Update in Intensive Care and Emergency Medicine 2011, ed. Vincent JL. New York: Springer; 2011.
4. Burnett MM, Hess CP, Roberts JP, Bass NM, Douglas VC, Josephson SA. Presentation of reversible posterior leukoencephalopathy syndrome in patients on calcineurin inhibitors. *Clin Neurol Neurosurg.* 2010;112(10):886–89.
5. Bartynski WS. Posterior reversible encephalopathy syndrome, part 1: fundamental imaging and clinical features. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2008;29(6):1036–42.
6. Bartynski WS, Boardman JF. Distinct imaging patterns and lesion distribution in posterior reversible encephalopathy syndrome. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2007;28(7):1320–27.
7. O'Hara McCoy H. Posterior reversible encephalopathy syndrome: an emerging clinical entity in adult, pediatric, and obstetric critical care. *J Am Acad Nurse Pract.* 2008;20(2):100-6.
8. Chou MC, Lai PH, Yeh LR, Li JY, Yuan MK, Liang HL, et al. Posterior reversible encephalopathy syndrome: magnetic resonance imaging and diffusion-weighted imaging in 12 cases. *Kaohsiung J Med Sci* 2004;20(8):381–8.