

Postpartum dönemde nadir bir non-anevrizmal subaraknoid kanama nedeni: Postpartum serebral anjiyopati

A rare cause of non-aneurysmal subarachnoid hemorrhage in the postpartum period: Postpartum cerebral angiopathy

Güler A Deveci E Çiftçi Ş Toprak Gökçay F Şirin H

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Özet

Serebral vazokonstriksiyon sendromu serebral arterlerin reversibl multifokal vazokonstriksiyonu ile karakterize bir tablodur. Postpartum serebral anjiyopati (PSA) eklampsisi olmayan kadınlarda sıklıkla doğumdan 1-4 hafta sonra görülen serebrovasküler hastalıktır. PSA komplikasyonu olarak daha çok intraserebral hemoraji ve serebral infarkt bildirilmiştir. Bu yazıda, PSA'nın nadir bir komplikasyonu olan non-anevrizmal subaraknoid hemoraji saptanan bir olgu bildirilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Postpartum serebral anjiyopati, reversibl serebral vazokonstriksiyon sendromu, subaraknoid kanama.

Summary

Cerebral vasoconstriction syndrome is characterized by the multifocal vasoconstriction of cerebral arteries. Postpartum cerebral angiopathy is a cerebrovascular disease which is seen within 1-4 weeks after parturition. Cerebral hemorrhage and infarctus are seen more commonly as a complication. We report on a patient who had a non-aneurysmal subarachnoid hemorrhage as a complication of PCA.

Key Words: Postpartum cerebral angiopathy, reversible cerebral vasoconstriction syndrome, subarachnoid hemorrhage.

Giriş

Serebral vazokonstriksiyon sendromu serebral arterlerin reversibl multifokal vazokonstriksiyonu ile karakterize bir tablodur. Postpartum serebral anjiyopati (PSA) eklampsisi olmayan kadınlarda sıklıkla doğumdan 1-4 hafta sonra görülen serebrovasküler hastalıktır. PSA komplikasyonu olarak daha çok intraserebral hemoraji ve serebral infarkt bildirilmiştir. Bu yazıda PSA'nın nadir bir komplikasyonu olan non-anevrizmal subaraknoid hemoraji saptanan bir olgu bildirilmektedir.

Olgu Sunumu

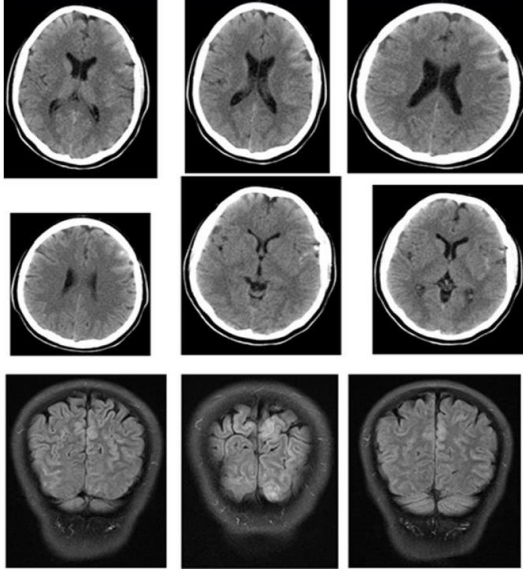
23 yaşında bayan hasta, vajinal doğum sonrası beşinci günde gelişen baş ağrısı, bulantı, kusma ve nöbet geçirme nedeniyle Nörolojik Yoğun Bakım Ünitesine yatırıldı.

Nörolojik bakısında bilinç uykulu, sözel uyarılarla uyanıyor, koopere ve oryante idi. Meninks irritasyon kanıtı ve patolojik refleks saptanmadı. Kranial sinir bakısı, serebellar sistem, motor ve duysal sistem değerlendirmesi normal sınırlarda idi. Hemogram, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, kanama profili ile metabolik değerlendirme sonucu normaldi. İlk kranial tomografisinde patoloji saptanmaması üzerine sinus ven trombozu ön tanısı ile kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve manyetik rezonans venografi çekildi. Kranial MRG'de *Fluid Attenuated Inversion Recovery* (FLAIR) sekansında sulkuslar arası hemoraji saptanması nedeni ile çekilen kontrol kranial tomografide sol silvian fissür ve komşu fissür düzeyinde subaraknoid kanama ile uyumlu lineer hiperdens görünüm izlendi (Şekil-1).

Yazışma Adresi: Ayşe GÜLER

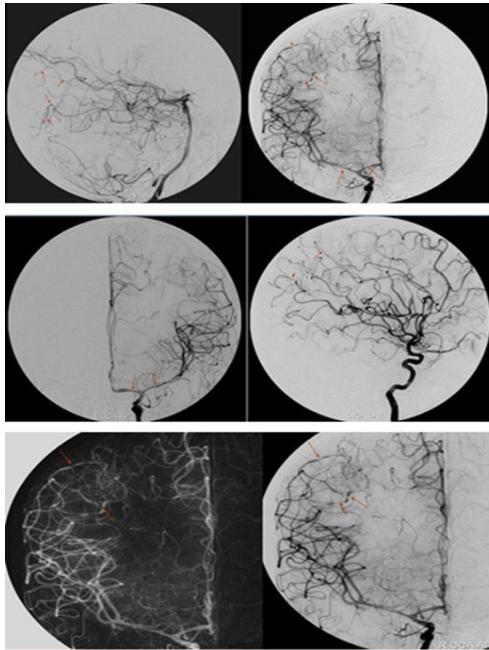
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Makalenin Geliş Tarihi: 05.12.2012 Kabul Tarihi: 19.08.2013



Şekil-1. Hastanın yatışı sırasında çekilen A-Kraniyal tomografi ve B- Kraniyal MRG FLAIR sekans görüntüleri.

Subaraknoid kanama tanısını konfirmе etmek için yapılan lomber ponksiyonla beyin omurilik sıvısı incelemesi sonucu hücre izlenmedi, biyokimyasal patoloji saptanmadı. İzlemi sırasında gelişen jeneralize tonik klonik nöbet nedeni ile levetirasetam 1000 mg/gün başlandı. Ayrıca olası anevrizmal subaraknoid hemoraji için nimodipine tedavisi de başlandı. EEG'si normal sınırlarda idi. Dijital subtraction angiografi ile serebral damarların değerlendirilmesinde bilateral intrakraniyal arteriyel yapılar da özellikle parietookspital bölgede ve orta serebral arter M1 segmentlerinde yaygın segmental vazospazm bulguları saptandı (Şekil-2).



Şekil-2. Başvurunun 3. gününde elde edilen DSA görüntüleri (Oklar daralma izlenen bölgeleri işaret etmektedir).

Sakküler anevrizma ya da arterio-venöz malformasyon (AVM) nidusu saptanmadı. Nimodipin ve levetirasetam tedavisi takipte nöbet izlenmemesi nedeni ve belirgin klinik iyileşme nedeni ile sonlandırıldı. İzlemin 2. haftasında yapılan kontrol kraniyal MRG ve manyetik rezonans anjiyografide (MRA) patoloji saptanmadı. Son nörolojik bakışı normal olan hastanın etyolojiye yönelik istenen vaskülit belirteçleri negatifti. Genel durumu stabil seyreden hasta izleminin 15. gününde taburcu edildi.

Tartışma

Postpartum serebral anjiyopati eklampsi öyküsü olmayan, postpartum kadınlarda akut şiddetli baş ağrısı, nörolojik bulgular ile karakterize sıklıkla doğumdan 1-4 hafta sonra görülen bir tablodur. Birkaç ay içinde spontan gerileme izlenir. PSA, reversibl serebral vasokonstriksiyon sendromu (RSVS) tablosu içinde tanımlanmış olup bu grup için tanı kriterleri arasında; nörolojik bulgu veya semptomların eşlik ettiği veya etmediği akut şiddetli baş ağrısı, benign beyin omurilik sıvısı (BOS) analizi (lökosit<10/mm³, Protein<80 mg/dL, normal glukoz), alta yatan rüptüre anevrizma, vasküler malformasyon veya anevrizmal subaraknoid kanamaya (SAK) ait kanıt olmaması, multifokal segmental arteriyel daralma alanlarını gösteren santral sinir sistemine sınırlı nörogörüntüleme kanıtları (3 aydan önce düzelen) varlığı sayılabilir (1). Postpartum period, yoğun efor, hipertansiyon, ilaçlar, migren tipi baş ağrısı, vazoaaktif madde kullanımı olası etiyolojik faktörler arasında sayılabilir. Literatürde ilk olarak RSVS'nin klasik SAK yokluğunda ve normal BOS bulguları varlığında geliştiği bildirilmiştir (2). Ardından çeşitli serilerde SAK ile prezentasyon, olguların %13-33 kadarında bildirilmiştir (3,4). Ducros ve ark. 89 hastalık prospektif serilerinde %22 kortikal SAK insidansı, %34 intrakraniyal hemoraji insidansı bildirmişlerdir. RSVS'de hemorajiye istatistiksel olarak predispozisyon yaratan faktörler ileri yaş, kadın cinsiyet ve migren olarak tanımlanmıştır (5). RSVS'de SAK'ın nadir bildirilmesi, erken dönemde nörogörüntüleme incelemelerinin yapılamaması yanı sıra BOS analizlerinde bulguların silik olmasına bağlanabilir. RSVS ilişkili SAK'ın karakteristik bir görünümü mevcuttur. Mevcut kan fokal ve yüzeysel yerleşimlidir, serebral sulkuslar boyunca serebral konveksiteyi kaplar. Bilgisayarlı beyin tomografisinde 1-2 hiperdens sulkus veya FLAIR sekans MRG'de lineer yüksek sinyal alanları şeklinde görülebilir (6). Postpartum serebral anjiyopatinin tedavisinde serebral vazodilatatörler ve glukokortikoidler kullanılır, ancak hastalık genellikle kendini sınırlar. Baş ağrıları için basit/narkotik analjezikler kullanılabilir. Vazospazm tedavisi için Ca kanal blokerleri (nimodipin) kullanılır. Magnezyum sülfatın da tedavide yeri vardır (7). PCA rekürrensi bildirilmemiştir. Postpartum reversibl vazokonstriksiyon sendromunun nadir bir prezentasyon şekli olan subaraknoid kanama saptanan olgu, bu birlikteliği vurgulamak amacı ile bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Calabrese LH, Dodick DW, Schwedt TJ, Singhal AB. Narrative review: Reversible cerebral vasoconstriction syndromes. *Ann Intern Med* 2007;146(1):34-44.
2. Lee SY, Sheen SH, Lee SH, Kim SS, Kim CH, Yie KS, Kim SH. Postpartum cerebral angiopathy presenting with non-aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *J Clin Neurosci* 2011;18(9):1269-71.
3. Hajj-Ali RA, Furlan A, Abou-Chebel A, Calabrese LH. Benign angiopathy of the central nervous system: Cohort of 16 patients with clinical course and long-term follow-up. *Arthritis Rheum* 2002;47(6):662-9.
4. Spitzer C, Mull M, Rohde V, Kosinski CM. Non-traumatic cortical subarachnoid haemorrhage: Diagnostic work-up and aetiological background. *Neuroradiology* 2005;47(7):525-31.
5. Ducros A, Fiedler U, Porcher R, Boukobza M, Stapf C, Bousser MG. Hemorrhagic manifestations of reversible cerebral vasoconstriction syndrome: Frequency, features, and risk factors. *Stroke*. 2010;41(11): 2505-11.
6. Ansari SA, Rath TJ, Gandhi D. Reversible cerebral vasoconstriction syndromes presenting with subarachnoid hemorrhage: A case series. *J NeuroIntervent Surg* 2011;3(3):272-78.
7. Calado S, Viana-Baptista M. Benign cerebral angiopathy, postpartum cerebral angiopathy: Characteristics and treatment. *Curr Treat Options Cardiovasc Med* 2006;8(3):201-12.