

DERİN SEREBRAL VENÖZ TROMBOZLU İKİ OLGU SUNUMU*

M. Çelebisoy**, M. Başoğlu***, E. Mertoğlu Özdemir****, C. Güler****, B. Özer***, G. Irtman***

Derin serebral ven trombozu (DSVT) ve klasik dural sinüs trombozu (DST) klinik özellikleri ve görüntüleme bulgularıyla farklı tablolardır. Direk ve indirek venöz tromboz bulguları ile BT tanıda çok önemli yer tutar. MRG de yardımcıdır. Tanıyı doğrulamak için konvansiyonel ve MR anjiyografi gerekli olabilir.

Anabtar kelimeler: Derin serebral ven trombozu, dural sinüs trombozu

Presentation of two cases with deep cerebral vein thrombosis

Deep cerebral vein thrombosis (DCVT) and classic dural sinus thrombosis (DST) are different entities in terms of clinical features and imaging findings. Direct and indirect venous thrombosis findings in CT are very important in diagnosis. MRI is also helpful. Conventional and MR angiography may be necessary for conforming the diagnosis.

Key words: Deep cerebral vein thrombosis, dural sinus thrombosis.

Serebral venöz tromboz 19. asırdan beri bilinen, stroke'un nadir bir formudur. Derin serebral ven trombozu (DSVT) ise klasik dural sinüs trombozuna (DST) göre daha az sıklıkla görülür. Klinik tablosu ve radyolojik görüntüleri ile farklı tablolardır. DSVT ile ilgili raporlar son derece azdır, çoğu otopsi çalışmalarıdır. Bu yüzden gerçek insidans bilinmemektedir (7).

Olgu Sunumu:

Olgu 1: D.Ö. , 25 yaşında kadın hasta. Normal spontan doğum yapan olguda, doğumdan 2 hafta sonra ani baş ağrısı ve bir gün sonra ateşin yanısıra bilinç kaybı gelişmiş. Öz ve soygeçmişinde başka özellik belirlenmeyen olgunun bakısında ateş 38.3 °C, bilinç kapalı, ağrılı uyanlarla dört ekstremitelerini çekiyor ve bilateral Babinski pozitif idi. 3 gün sonraki bakısında progresyonla deserebrasyon yanıtı geliştiği gözlemlendi. Antiödem, antibiyotik ve antikoagulan sağaltımına alınan olgunun hemogramı normaldi. Bilgisayarlı tomografisinde (BT) bitalamik infarkt görüntüsü, manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG), T2 kesitlerde bitalamik hiperintensite saptandı (Resim 1). Hastaneye yatırılışının 12. gününden itibaren

gözlerin spontan açık, her yöne göz hareketlerinin mevcut olduğu, emirlere uymadığı saptandı, tablo akinetik mutizm olarak düşünüldü. 20. günden itibaren spontan üst ekstremiteler hareketleri eklendi. 50. günde oral almaya başladı. Alt ekstremitelerini spontan hareket ettiriyordu. 71. günde sadece birkaç emri alır haldeydi. 151. günde taburcu edildiğinde aynı tablodaydı.

Olgu 2: A.C., 18 yaşında, evli, kadın hasta. Hastaneye başvurusundan 6 gün önce başağrısı yakınması başlayan olgu, 3 gün sonra çevreyle ilişki kurmaz, konuşamaz hale gelmiş. Daha sonra bilinci kapanmış. Öz ve soygeçmişinde özellik yok. Yapılan bakısında bilinç uykuya meyilli, çevreyle ilişki yoktu. Ağrılı uyanlarla sağı geri kalıyordu. Bilateral Babinski pozitifdi. Bilateral papil stazı vardı. Antiödem, antibiyotik ve antikoagulan sağaltımına alınan hastanın 2 gün sonra basit emirleri kısmen yerine getirdiği saptandı. Hemogramı normaldi. BT'de internal serebral ven ve straight sinüsde, derin ven trombozuna ait bulgular izlendi. MRG'de Galen veni ve straight sinüs trombozu ve bitalamik hiperintensite saptandı (Resim 2). Yatırılışının 9. günde bilinci daha açıldı, pek çok emri yerine getiriyordu, kooperasyon mevcuttu. Hasta tüm ısrarlara rağmen, tetkikler tamamlanamadan klinikten ayrıldı.

Tartışma:

Periventriküler beyaz cevher, kaudat nukleus ba-

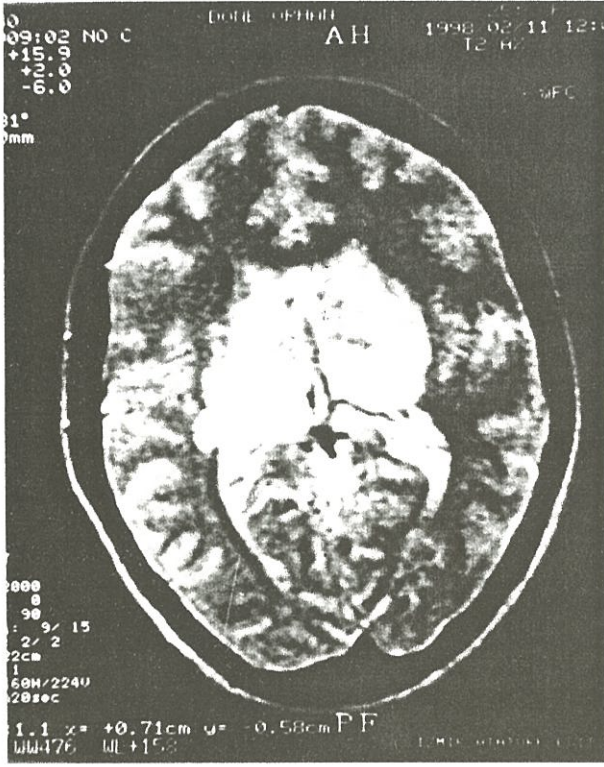
*: Çalışma 34. Ulusal Nöroloji Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

** : Doç. Dr.

***: Uz. Dr.

****:Asis. Dr., Atatürk Eğitim Hastanesi Nöroloji Kliniği, İzmir

Resim 1

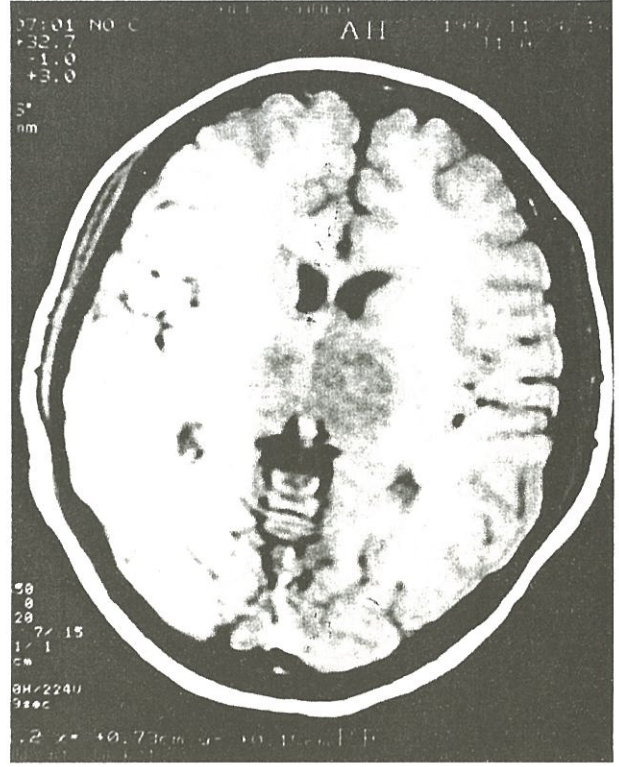


şı, globus pallidus, putamen ve talamusun venöz drenajı derin serebral venöz sistem tarafından sağlanır. Bu Galenik ve Rosenthal ven sistemlerini içerir. İnternal serebral venler; talamik, medüller, talamostriat ve koroid venlerden aldığı kanı, Rosenthal veni ile birleştirerek, Galen venine bağlar. Bu da straight sinüse dökülür (8).

Dural sinüs trombozları, daha çok epileptik nöbetler, papil ödem, baş ağrısı, fokal defisitler ile karakterize iken; derin serebral venöz trombozlar akut koma, deserebre postür, ekstrapiramidal hipertoni, uzun traktus bulguları, hızlı kötüleşme ve daha kötü prognoz özellikleri gösterir. Kadınlarda belirgin olarak (K/E=25/3) daha sıktır (1,3,5). Bizim her iki olgumuz baş ağrısını izleyerek gelişen akut koma tablosunda başvurdu. Olgu-1'de hızla deserebrasyon yanıtı, ardından akinetik mutizm tablosu gelişti. Olgu-2 ise kısa süre izlenebildi, daha sonra bilgi alınamadı.

Görüntüleme yöntemleri, DSVT tanısı koymada çok yardımcıdır. BT bulguları direkt ve indirekt venöz tromboz bulguları olmak üzere ikiye ayrılabilir (6). Ven ya da sinüs içindeki pıhtının gösterilmesi direkt; unilateral ya da bilateral talamusta bazal ganglionlarda hipodansite ve beyaz cevherde ödem ise indirekt bulgularıdır. BT'de normal Galen veni ile straight sinüs hiperdens görünür ve pıhtının bu damarların içinde ayırt edilmesi güçtür. Halbuki normal internal serebral ven ise beyin ile izodensdir ve hiperdens trombus kolaylıkla görülebilir. Yine talamostriat ven-

Resim 2



lerin "V" biçiminde yapılar şeklinde gösterilmesi DSVT'nun spesifik direkt bulgularından biridir (6). Kısaca hiperdens internal serebral ven ve derin venöz sistem tarafından sulanan herhangi bir alanda hipodansite DSVT'ünü düşündürebilir (6).

Her iki olgumuzun kontrastsız BT'sinde internal serebral vene ait hiperdens görüntü ve bitalamik hipodansite saptandı. Crawford'un olgularının üçünde, olgularımıza benzer şekilde bitalamik hipodansite ve internal serebral ven trombozuna ait hiperdensite, BT ve MRG'de saptanmıştır (4).

Derin ven trombozu tanısında, kontrastsız BT çoğu kez yeterlidir. MRG sadece BT negatif ise veya şüpheli değişiklikler varsa gerekli olur. Ayrıca antikoagülan tedavi uygulanan hastada trombusun çözülmesi de MRG ile izlenebilir. Ancak MRG oklüzyon ile akım yavaşlamasını ayırmada başarılı değildir. T2 kesitlerinde saptanan bitalamik hiperintensite görüntüsü "Top of the basilar" sendromu ile karışabilir (2). Ama bu sendromda DVST'ndeki görüntüye ek olarak, mezodiensefalik bölge, oksipital loblar, medial temporal loblarda da hipodansite saptanır (8). Manyetik rezonans anjiyografinin bu iki tabloyu ayırt etmede özellikle yardımcı olduğu bildirilmiştir (2). Birinci olgumuzun MRG'sinde T2 kesitlerde bitalamik hiperintensite, ikinci olgunun MRG'sinde Galen veni ve straight sinüs trombozu ve bitalamik hiperintensite saptandı.

Serebral venöz tromboz tanısında, konvansiyonel anjiografinin yeri hala tartışılmazdır. Noninvazif olması nedeniyle manyetik rezonans anjiyografi de önerilmektedir. Kim ve arkadaşları BT'de direkt DSVT bulguları saptanan olgularda anjiyografiye gereksinim olmayabileceğini, fakat indirekt bulgulu olgularda gerekebileceğini öne sürmüşlerdir (6). Hem direkt hem de indirekt DSVT BT bulguları saptadığımız her iki olgumuzda teknik nedenlerle anjiyografi yaptırmadık.

Kaynaklar:

- 1- Beal F, Wechsler LR, Davis KR. Cerebral vein thrombosis and multiple intracranial hemorrhages by computed tomography. Arch Neurol-1982;39: 437-438.
- 2- Bell A, Davis W, Osborn A. Bithalamic hyperintense on T2 weighted MR: Vascular causes and evaluation with MR angiography. AJNR-1994;15: 893-899.
- 3- Bousser MG, Barnett HJM. Cerebral venous thrombosis. 2nd ed. Edt by HJM Barnett. Churchill-Livingstone.1992; 517-537.
- 4- Crawford SC, Digre K, Palmer CA. Thrombosis of the deep venous drainage of the brain in adults. Arch Neurol-1995; 52: 1101-1108.
- 5- Halley C, Brashear R, Barth J. Deep cerebral venous thrombosis: Clinical neuroradiological and neuropsychological correlates. Arch Neurol-1989; 46: 337-340.
- 6- Kim KS, Walczak TS. Computed tomography of deep cerebral venous thrombosis. JCAT-1986; 10: 386-390.
- 7- Nishumura R, Stepanek D, Hawrieon J. Internal cerebral vein thrombosis. A case report. Arch Neurol-1982; 39: 439-440.
- 8- Toole JF. Cerebrovascular disorders. 3rd ed. Raven Press. New York. 1984: 391-404.