

SANTRAL SİNİR SİSTEMİNİN PRİMER ANJİİTİ'NDE MRG BULGULARI*

Ufuk Utku**, Cengiz Baloğlu***, Nurgül Aydın****

Santral sinir sisteminin (SSS) primer anjiiti (PA), sadece SSS'de granülatöz vaskülitte karakterize, idyopatik bir hastalıktır. Tanıda, serebral anjiyografi ve beyin biyopsisi önemli yer tutmakla birlikte son zamanlarda, manyetik rezonans görüntülemenin (MRG) hem tanıdaki spesifitesi, hem de hastalığın seyri konusunda yararlı olduğuna ilişkin olgu bildirimleri sunulmaktadır. Bu çalışmada, serebral anjiyografi bulguları ile PA düşünülen iki olguda MRG bulguları sunularak, lezyonların yerleşimlerinin tanıya olan katkısı irdelenmiştir.

Anabtar sözcükler: Anjiyografi, MRG, primer anjiit

MRI findings in primary angitis of central nervous system

Primary angitis of the central nervous system is an idiopathic disorder characterized by granulomatous vasculitis restricted within the central nervous system. Both cerebral angiography and brain biopsy have important roles in diagnosis but recent reports suggest that magnetic resonance imaging (MRI) is also a useful method both in terms of diagnostic specificity and patient follow-up. In this study, MRI findings of two cases which angiography suggests PA were reported and diagnostic significance of lesion localization was analyzed.

Key Words: Angiography, MRI, primary angitis.

Santral sinir sisteminin primer anjiiti, sadece SSS'ne sınırlı, başağrısı, ensefalopati, epilepsi, stroke benzeri semptomlar, nadiren radikülopati veya kranial nöropatlere yol açan, granülatöz vaskülitte karakterize, idyopatik bir hastalıktır (2,7,8). Tanıda, klinik kriterlerin yanısıra (7), serebral anjiyografi (1) ve beyin biyopsisinin (9) katkılan iyi tanımlanmış olmakla birlikte, kranial MRG bulgularından, az sayıda olgu sunumunda sözedilmiştir. Bu çalışmada, klinik kriterler ve anjiyografi bulguları sunularak tanıya katkıları tartışılmıştır.

Olgu Sunumu

1.Olgu: 42 yaşında kadın hasta, yaklaşık bir yıldır devam eden yaygın başağrısı, içe kapanıklık, şüphecilik, zaman zaman ağlama atakları ve son 15 gündür sol kol ve bacağında uyuşma yakınmaları ile eşi tarafından polikliniğimize getirildi. Yapılan BT'sinde (Resim-1a), periventriküler yaygın hipodens lezyonlar saptanarak kli-

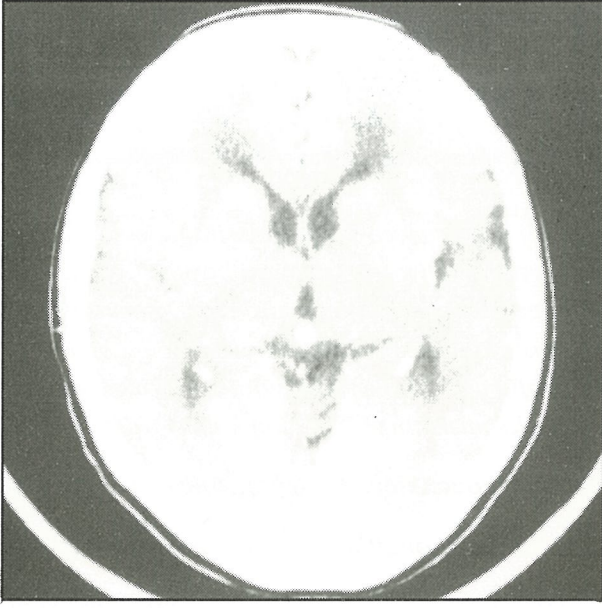
niğe yatırılan hastanın, öz ve soy geçmişinde özellik bulunmadı. Vital bulguları stabil olan hastanın nörolojik muayenesinde, silik sağ santral fasial parezi ve sol kol ve bacakta hipoestezi dışında patolojik bulgu tesbit edilmedi. Rutin tam kan ve biyokimya tetkikleri normal olan hastanın yapılan lumbal ponksiyon sonucu, BOS basıncı, protein, şeker ve klorür değerleri ve mikroskopik incelemesi de normal bulundu. Hastanın bundan sonra yapılan, Protein elektroforezi, AT III, fibrinojen, C3, ANA, Anti DNA, ASO, CRP, RF, LE hücresi incelemesi, APA değerleri ve beyin SPECT tetkikleri normal sınırlarda bulundu. Bir hafta sonra yapılan kranial MRG'de (Resim-1b), T2 ağırlıklı kesitlerde, periventriküler, diffüz derin beyaz cevher hiperintensitesi ve beyaz cevherde yer yer hiperintens lezyonlar saptandı. Serebral anjiyografi ve MR anjiyografide ise, sol İCA supraoftalmik segmentte oklüzyon, distal serebral arterlerde bilateral ani kesilmeler, kontur düzensizlikleri, parankim fazında her iki beyaz cevherde avasküler alanlar görülerek, arteriyel ve venülleri birlikte tutan vaskülitik bir süreç düşünüldü (Resim-1c). SSS'nin primer anjiiti klinik ve anjiyografik kriterlerine uygunluk gösteren hastaya 80 mg/gün prednizolon ve psikiatri konsültasyonu sonucu thioridazin başlandı. Hastanın, başağrısı, paranoid sanrıları ve depresif durumu hızla düzeldi. 6 ay sonra yapılan kontrol

*: Beyin Damar Hastalıkları Derneği 2. Sempozyumu'nda (27-30 Nisan 1997, Kemer-Antalya) poster olarak sunulmuştur.

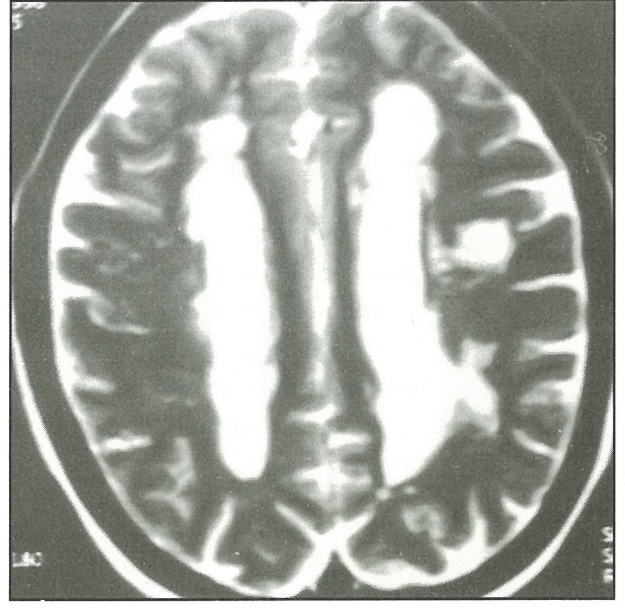
** : Prof. Dr.

***: Araş. Gör. Dr.

****: Yrd. Doç. Dr. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Edirne



Resim 1 : a)



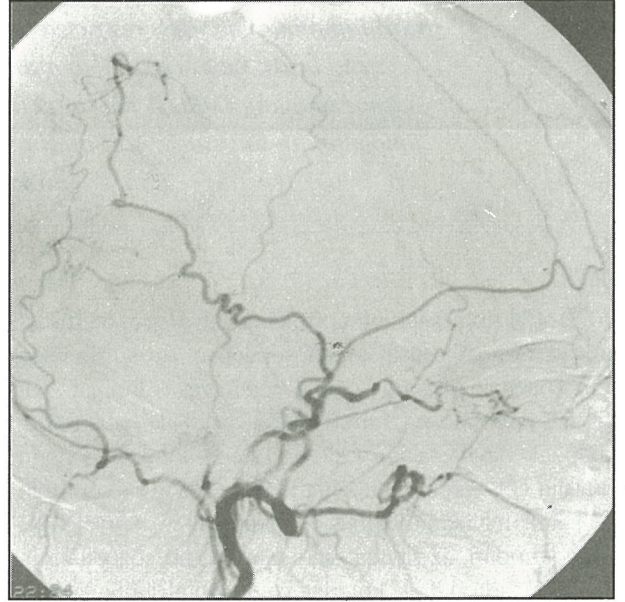
Resim 1 : b)

muayenesinde, hastanın, sol bacağında uyuşukluk dışında patolojik bulgu bulunmadı.

2.Olgu: 47 yaşında kadın hasta, bir aydır devam eden şiddetli baş ağrısı, iki gündür bulantı, kusma ve sağ bacakta güçsüzlük yakınmaları ile acil servise başvurarak, incelenmek üzere kliniğimize yatırıldı. Öz ve soy geçmişinde özellik bulunmayan hastanın, vital bulguları stabildi. Nörolojik muayenede, patolojik olarak, sağ nazolabial sulkusta siliklik ve sağ bacakta 5-/5 kas gücü ile aynı tarafta DTR artışı ve babinski pozitif olarak bulundu. Aynı gün yapılan kranial BT'de sağ serebellar hemisfer ve sol korona radiata'da hipodens alanlar gözlemlendi (Resim-2a). Hastanın yapılan tam kan, rutin biyokimya, BOS bulguları, ASO, CRP, RF, ATIII, fibrinojen, ANA, Anti DNA, C3, LE hücre incelemesi, kardiyolojik muayenesi normal bulundu. Bir hafta sonra yapılan kranial MRG'de, sağ serebellar hemisferde, bilateral hippokampuslarda, talamusta, korpus kallosum'da ve komşu singulate girusta, T2 ağırlıklı kesitlerde hiperintens lezyonlar saptandı (Resim-2b). Anjiyografide, sağ SCA' da pretrombotik stenoz, sağ ICA' da oklüzyon, sağ vertebral arterde iregüler kontur ve anevrizmatik dilatasyon izlendi (Resim-2c). Klinik, anjiyografik ve MRG bulguları ile primer anjiit düşünülen hastaya, 80 mg/gün prednizolon başlanmasını takiben hızla baş ağrısı ve sağ bacağında güçsüzlük düzeldi. Hasta taburcu edildikten sonra kontrole gelmedi.

Tartışma

SSS'nin primer anjiiti'nde, klinik kriterler belirlenmiş olmasına rağmen, spesifik bir laboratuvar bulgusu yoktur (7). %25-90 vakada anjiyografide patolojik bulgu elde e-

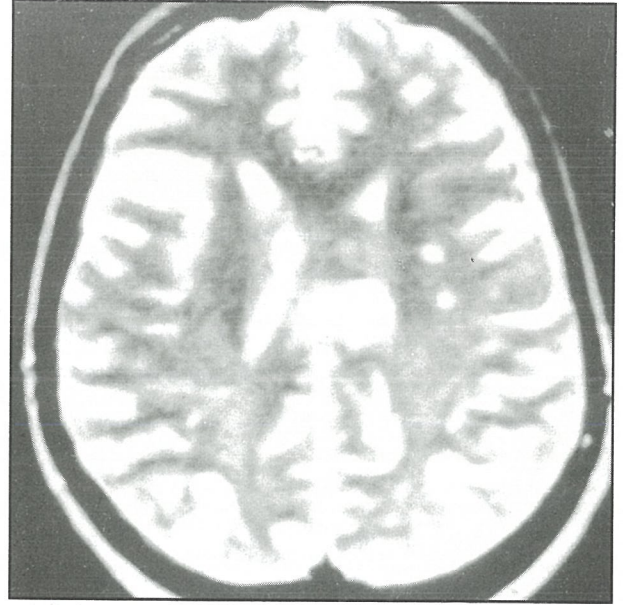


Resim 1 : c)

Resim 1: Birinci olgunun BT (a), T2 ağırlıklı MRG (b) ve serebral anjiyografi (c) incelemesi

dilmektedir (1,4,9). Anjiyografinin spesifitesi yanısıra sensitivitesi de düşük olup, benzer bulgular, akut hipertansif kriz, emboli, infeksiyon, IV uyuşturucu kullanımı, migren, ateroskleroz, subaraknoid kanamaya bağlı vazospazmda da görülebilmektedir (1).

Son zamanlarda, primer anjiit'te, MRG'de, klinik bulgularla paralellik gösteren, oldukça tipik bulgular tanımlanmaktadır. MRG bulguları genellikle bilateral, fakat multipl derin beyaz cevher lezyonları, diffüz beyaz cevher lezyonları, frontal ve temporal loblarda hakim sıklıkla kontrast tutan gri-beyaz cevher lezyonları, parankimal ve leptomeningeal tutulum, kortikal bantlar (ribboning) şek-



linde tanımlanmıştır (3,6,9). Greenan ve arkadaşları, MRG ve anjiyografiyi karşılaştırdıklarında, MRG'nin, her vakada anormal olduğunu, hatta bu nedenle, negatif MRG'nin, vaskülitini dışlamakta kullanılabileceğini vurgulamışlardır (5).

Ayrıca seri olarak MRG yapılan biopsi ile kanıtlanmış bir vakada, klinik bulgularla MRG bulgularının oldukça paralel olduğu gösterilerek hastalığın moniterize edilmesinde kullanılabileceği belirtilmiştir (3).

Tanımladığımız olgulardan birinde, diffüz beyaz cevher lezyonu gözlenirken, diğerinde, kortiko-subkortikal, multipl lezyonlar gözlenmiştir. Her iki tip lezyon da, literatürde tanımlanan MRG bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Sonuçta, SSS'nin primer anjiiti'nde, MRG'nin, hastalığın tanısında oldukça spesifik olduğunu, ayrıca, hastalığın takibinde yararlı olduğu gibi biyopsi planlanan vakalarda yol gösterici olduğunu söyleyebiliriz.

Kaynaklar

- 1- Alhalabi M., Moore PM.: Serial angiography in isolated anjiitis of the central nervous system. Neurology 1994;44: 1221-1226.
- 2- Cupps TR., Moore PM., AS. Fauci : Isolated anjiitis of the nervous system. Prospective diagnostic and therapeutic experience. Am J.Med. 1988; 74: 97-105.
- 3- Ehsan T., Hasan S., Powers JM., Heiserman JE.: Serial magnetic resonance imaging in isolated anjiitis of the central nervous system. Neurology 1995; 45:1462-1465.
- 4- Harris KG., Tran DD., Sickels WJ., Cornell SH., Yuh WYC.: Diagnosing intracranial vasculitis: The roles of MR and angiography. AJNR 1994;15: 317-330.

Resim 2: İkinci olgunun BT (a), T2 ağırlıklı MRG (b) ve serebral anjiyografi (c) incelemesi

- 5- Greenan TJ., Grossman RI., Goldberg HI.: Cerebral vasculitis: MR imaging and angiographic correlation. Radiology 1992; 182: 65-72.
- 6- Kumar R., Brown RD: Magnetic resonance imaging features of primary anjiitis of the central nervous system (PANCS). Neurology 1994; 44 (Suppl 2): A127.
- 7- Moore PM.;Cupps TR.: Neurologic complications of the vasculitides. Ann Neurol. 1989; 14: 155-167.
- 8- Moore PM: Diagnosis and management of isolated anjiitis of the central nervous system. Neurology 1989; 39: 167-173.
- 9- Vollmer TL., Guamaccia J., Harrington W., Pacia SV., Petroff OAC.: Idiopathic granulomatous anjiitis of the central nervous system. Diagnostic Challenges. Arch. Neurol. 1993; 50: 925-930.