

**ARAŞTIRMA YAZISI**

**ORIGINAL ARTICLE**

**İZOLE BAŞ AĞRISI BULGUSU VEREN SEREBRAL VEN TROMBOZLARI**

**Çağatay ÖNCEL, Çağdaş ERDOĞAN, Nedim ONGUN, L. Sinan BİR**

**Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, DENİZLİ**

**ÖZET**

**AMAÇ:** Bu çalışmanın amacı 2006-2012 yılları arasında bölümümüzde sadece baş ağrısı semptomu ile takip edilen serebral ven trombozlu (SVT) hastaların demografik ve klinik özelliklerini tanımlamaktır.

**GEREÇ ve YÖNTEM:** 2006-2012 Yılları arasında 32 Hastaya SVT tanısı kondu ve bunlardan sadece baş ağrısı semptomu olan 12'si çalışmaya alındı.

**BULGULAR:** 12 Hastada (10 Kadın, 2 erkek) baş ağrısı tek semptomdu. Bunlardan 8'inde papilödem vardı. 4'ünde baş ağrısı dışında ilave bir bulgu yoktu. Lateral sinus en çok tutulan sinüştü.

**SONUÇ:** Baş ağrısının çoğunlukla birkaç günden sonra progresif olan, bazı hastalarda ani başlangıçlı, gökgürültüsü baş ağrısı şeklinde olduğu görüldü. İzole baş ağrısı ile takip edilen hastaların prognozu iyiydi.

**Anahtar Sözcükler:** Baş ağrısı, serebral ven trombozu.

**HEADACHE AS THE ISOLATED PRESENTATION OF CEREBRAL VENOUS THROMBOSIS**

**ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** The aim of this study is to demonstrate the demographical specialities and clinical features among patients with cerebral venous thrombosis (CVT), who had admitted to our department between 2006 and 2012 and who had headache as the only presenting symptom.

**MATERIAL and METHODS:** Thirty-two patients who had diagnosed as CVT between 2006-2012 were evaluated and 12 of them who had headache as the only presenting symptom were included to the study.

**RESULTS:** Headache was only symptom of CVT in 12 patients (10 Female, 2 Male). 8 of these 12 patients had papilledema. 4 patients had only headache without additional sign. The lateral sinus was the most frequently involved sinus.

**CONCLUSION:** The headache is usually progressive over a few days, but a few patients have sudden onset or even a thunderclap headache. The outcome of CVT patients with isolated headache diagnosed was favourable.

**Key Words:** Headache, cerebral venous thrombosis.

**GİRİŞ**

Serebral venöz trombozlar (SVT), intrakranyal ven ve sinüslerin trombozu olup genellikle genç erişkinlerde görülür. Serebrovasküler hastalığın (SVH) sık görülmeyen bir formudur; 5/milyon oranında görülür ve tüm SVH'ların %0.5'ini oluşturur (1). Etiyolojide birçok faktör yer almaktadır. Hormonal faktörler ve herediter trombofililer, gebelik, dehidratasyon, infeksiyon gibi durumlar, oral kontraseptif kullanımı bunlardan bazılarıdır (2,3). SVT çeşitli klinik bulgularla ortaya çıkabilir ve diğer birçok nörolojik süreci taklit edebilir. En sık görülen

semptom ve bulgular baş ağrısı, nöbet, fokal nörolojik defisit, bilinç değişikliği, papilödemdir. Dört ana klinik görünüm tanımlanmıştır: 1) İzole intrakraniyal hipertansiyon, 2) Fokal sendrom, 3) Kavernöz sinüs sendromu ve 4) Subakut ensefalopati (1,4,5). Baş ağrısı birçok olguda papilödem gibi diğer nörolojik bulgularla birlikte seyreder, ancak nadiren hiçbir bulgu eşlik etmeyebilir (6,7).

Bu çalışmada 2006 yılından günümüze kadar kliniğimizde izole baş ağrısı ile başvuru SVT tesbit edilen hastaları değerlendirmeyi amaçladık.

**Yazışma Adresi:** Doç. Dr. Çağatay Öncel Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Denizli.

**Tel:** 0258 4440728/5681 **E-posta:** cagatayoncel@yahoo.com

**Geliş Tarihi:** 16.01.2013 **Kabul Tarihi:** 15.04.2013

**Received:** 16.01.2013 **Accepted:** 15.04.2013

**Bu makale şu şekilde atıf edilmelidir:** Öncel Ç, Erdoğan Ç, Ongun N, Bir S. İzole baş ağrısı bulgusu veren serebral ven trombozları. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi 2013; 19 (3): 95-98. doi: 10.5505/tbdhd.2013.52714

Öncel ve ark.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya kliniğimizde 2006-2012 yılları arasında SVT ile takip ve tedavi edilen hastalar alındı. SVT tanısı ile izlenen 32 hasta tesbit edildi. Bu hastalar arasından sadece baş ağrısı ile başvuran, papilödem dışında ilaveten herhangi bir nörolojik muayene bulgusu olmayan hastalar tesbit edildi. Bu hastalar intrakranyal basınç artışı olanlar (Papilödem +) ve olmayanlar (Papilödem -) olarak iki gruba ayrıldı. Bu hastaların baş ağrılarının özellikleri, SVT'nin etiyolojisi ve hastalığın prognozu tesbit edildi, ve tanımlandı.

Kliniğimizde SVT tanısı MR venografi ile konmaktadır. Venografik olarak en az bir sinüste, iki projeksiyonda tam veya kısmi dolun defektinin mevcudiyeti ve trombusun görülmesi tanı için yeterli olmuştur. Hipoplazi ile karışmasını önlemek için kraniyal MR ile birlikte değerlendirilmiştir. Şüpheli hastalara digital subtraction anjiyografi incelemesi yapılmıştır. Psödötümör serebri tablosuyla başvuran hastalarda, ayırıcı tanı için venografide trombus varlığı mutlaka tesbit edilmiştir.

Gerekli görülen hastalara lomber ponksiyon yapıp; BOS biyokimyası, hücre varlığı ve BOS basıncı incelenmiştir. Etiyolojik araştırmaya yönelik olarak tüm hastalara trombofili, infeksiyon, malinite, kollajenöz hastalıklar ve sistemik hastalıklar açısından inceleme yapıldı.

Hastalar 3 hafta süre ile düşük molekül ağırlıklı heparin ve ardından warfarin ile tedavi edildiler. Tedavi süreleri etiyolojik nedene göre 6-12 ay arasında değişmekteydi.

## BULGULAR

SVT ile takip edilen 32 hastanın 12'si (%37.5) (Yaş ortalaması 38, 10 kadın, 2 erkek) sadece baş ağrısı yakınması ile başvurmuşlardı, bunlardan 8'inde (Yaş ortalaması 33.8, 6 kadın, 2 erkek) intrakranyal hipertansiyon bulgusu (papil ödem) saptandı, ancak ilave bir nörolojik muayene bulgusu yoktu (Papilödem (+) grup), yani bu grup Bousser'in sınıflamasına göre (2) psödötümör serebri tablosu ile prezente olan SVT olgularıydı. 4 Hastada ise (Yaş ortalaması 46.2, 4 kadın) ise sadece baş ağrısı mevcuttu, intrakranyal basınç artışı bulguları (Papilödem, baş ağrısı, 6. kraniyal sinir tutulumu v.s) yoktu (Papilödem (-) grup).

Baş ağrısının özelliğine baktığımızda: Papilödem (+) 8 hastadan 2'sinde kronik, difüz, sıkıştırıcı, 3'ü subakut, difüz, zonklayıcı, 3'ü

gökgürültüsü baş ağrısı tarif etmekteydiler. Papilödem (-) 4 hasta subakut-kronik bir ağrı tarif etmekteydi, gökgürültüsü baş ağrısı hiçbirinde yoktu. Baş ağrısının özellikleri tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1.** SVT hastalarının demografik özellikleri ve baş ağrılarının nitelikleri.

Hasta	K/E	Yaş	Süre	Yerleşim	Nitelik	Şiddet
1	E	47	Akut	Difüz	Gökgürültüsü	Ağır
2	K	43	Akut	Difüz	Gökgürültüsü	Ağır
3	E	42	Subakut	Difüz	Zonklayıcı	Orta
4	K	39	Kronik	Difüz	Sıkıştırıcı	Orta
5	K	27	Subakut	Temporo-oksipital	Zonklayıcı	Orta
6	K	35	Kronik	Difüz	Sıkıştırıcı	Ağır
7	K	17	Akut	Hemikranyal	Gökgürültüsü	Ağır
8	K	21	Subakut	Difüz	Zonklayıcı	Hafif
9	K	28	Subakut	Difüz	Sıkıştırıcı	Orta
10	K	41	Subakut	Difüz	Zonklayıcı	Orta
11	K	64	Kronik	Bitemporal	Zonklayıcı	Orta
12	K	52	Kronik	Frontal	Sıkıştırıcı	Hafif

Papilödem (+) 8 hastada sagittal, juguler ve lateral sinüslerde tromboz tesbit edildi, bazılarında birden fazla sinüste tromboz vardı. Papilödem (-) hastaların trombozlarının yerleşimine baktığımızda ise sadece lateral sinüsün tutulduğunu tesbit ettik. Baş ağrısı ile gelen tüm hastaların kraniyal MR parankim görüntülemeleri normal olarak değerlendirildi. Trombozların yerleşimi tablo 2'de görülmektedir.

**Tablo 2.** Trombozun yerleşimi.

Hasta no	Trombozun yerleşimi
1	*SS, **TS, ***SSS
2	SS; TS
3	TS
4	TS
5	TS, SS, ****JV
6	TS
7	SS, JV
8	TS
9	TS
10	TS, SS
11	TS
12	TS

Kısaltmalar: \*SS Sigmoid sinus, \*\*TS transvers sinus, \*\*\*SSS superiyor sagittal sinus, \*\*\*\*JV jugular ven

BOS incelemesine baktığımızda ortalama BOS basıncının 276 mmHg olduğunu görüyoruz. BOS biyokimyası, sitoloji ve seroloji incelemelerinde anormal bulgu saptanmadı.

Etiyolojik araştırma sonucu: Papilödem (+) 8 Hastadan 2'sinde oral kontraseptif (OK) kullanımı, 2'sinde trombofili, 1 hastada akut lenfoblastik lösemi tesbit edildi, 3 hastada

etiyojik faktör tesbit edilmedi.

Papilödem (-) 4 hastadan birinde Sjögren, birinde nefrotik sendrom, birinde Behçet, birinde Sjögren+OK kullanımı tesbit ettik.

Hastaların tümünün prognozları iyi seyretmiştir, papilödemli olanlar ile olmayanlar arasında prognostik açıdan bir fark görülmemiştir. takipleri esnasında tamamen iyileştiği, baş ağrılarının yaklaşık iki ay içinde tamamen düzeldiği görüldü. Tüm hastalarda, takip MR

venografilerinde en fazla 8 ay içinde oklüde venin/venlerin rekanalize olduğu görüldü.

## TARTIŞMA

Baş ağrısı SVT'de en sık görülen semptomdur, %80-90 oranında görülmektedir. Hastaların %90'ında baş ağrısına fokal nörolojik bulgular eşlik eder, bizim olgularımızın da %87.5'unda eşlik eden nörolojik bulgu vardı, 4 hastada izole baş ağrısı mevcuttu (%12.5).

Baş ağrısının genellikle tek tip bir şekli yoktur, şiddeti hafiften ağıra kadar çeşitli derecelerde olabilir, difüz baş ağrısı lokal baş ağrısından daha sık görülmektedir (8). Bizim hastalarımızda da "gökgürültüsü" baş ağrısına sahip olanların dışındakilerde genellikle orta derecede bir ağrı mevcuttu, 3'de 2'si yerleşim olarak difüz bir ağrı tariflemektedir. SVT'deki baş ağrısının zamansal özelliği ise; genellikle "yeni başlangıçlı, subakut ve intermittan başlayıp sıklaşan" şeklinde veya kronik şekildedir. Tipik olarak yatar vaziyetteyken artmakta, ıkmama, öksürme gibi geçici venöz basınç artışlarıyla birlikte şiddeti artmaktadır (8). Benzer şekilde hastalarımızın %75'inde baş ağrısı subakut-kronikti ve öksürme ile baş ağrısının arttığını ifade etmekteydiler. Literatürdeki bazı serilerde unilateral baş ağrısı tesbit edilmiştir (4,9,10). Birçok hasta trombozun yerleşimi ile ilişkisi olmaksızın difüz bir ağrı tanımlamaktadır (11). Sadece sigmoid sinüs trombozuyla oksipital ağrı arasında bir ilişki bulunmuştur (11). Üç hastamızda gök gürültüsü baş ağrısı mevcuttu, bunların üçünde de (Tablo 1 'de 1, 2 ve 7. hastalar) papilödem mevcuttu ve tromboz yerleşimlerine baktığımızda üç hastada da çoklu sinüs tutulumu mevcuttu. Papilödem (-) grupta ise gökgürültüsü baş ağrısı olan hasta yoktu. Gök gürültüsü baş ağrısı SVT'nin yanısıra subaraknoid kanama, posteriyor dolaşım infarktları, intrakraniyal hipertansiyon gibi süreçlerde de ortaya çıkabilir.

Lateral sinüs tutulumu izole baş ağrısı ile gelen hastalarda en sık tutulan sinüstür (11,12). Cumurciuc ve ark. serisinde (6) izole baş ağrısı ile gelen 17 hastada en sık lateral sinüs trombozu tesbit edilmiş, 4 hastada ise sagittal sinüslerde tromboz tesbit edilmiş, sagittal sinüs trombozlarının daha çok nörolojik defisitlerle seyrettiği bildirilmiştir. Papilödemli olmayan hastalarımızın tümünde lateral sinüs tutulumu mevcuttu. İzole baş ağrısı ile gelen hastalarımızın kranial MR'larında anormal bulgu yoktu. Bousser'in 62 hastalık lateral sinüs trombozu serisinde de %94 oranında MR normal tesbit edilmiş ve izole lateral sinüs trombozlarında nöbet, fokal defisit, bilinç bozukluğu daha az görülmüştür (12). Aynı seride prognozunu iyi olduğu bildirilmiştir, bizim hastalarımızın da prognozu mükemmeldi, tümü tamamen iyileşmişti. Uluslararası Baş Ağrısı Cemiyetinin SVT baş ağrısı kriterlerine göre de uygun tedaviden sonraki bir ay içerisinde baş ağrısının geçmesi beklenmektedir (8).

Intrakraniyal hipertansiyon bulguları olmayan hastalardaki baş ağrısının mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Tromboze olan sinüslerin damarlarındaki genişleme sonucu inflamatuvar proteinlerin ekstrasvazasyonu iki taraflı ağrıyı açıklayabilir. Ağrı oklüde sinüsün damarındaki sinir liflerinin gerilmesi sonucu da gelişebilir (9). Papilödem (-) olan hastalarımızda; çoklu sinüs tutulumu yoktu ve kranial görüntülemeleri normaldi (İnfarkt, kanama yoktu). Bu da hastalarda kafa içi basınç artışının kısmi olduğunu ve papilödeme yol açacak düzeye gelmediğini, dolayısıyla sadece baş ağrısı semptomu ortaya çıkarttığını bize düşündürdü.

Nörolojik muayene bulgusu olmayan, izole baş ağrısı ile başvuran hastaların tanıları 1.basamak sağlık hizmeti verilen kurumlarda kolaylıkla atlanabilir. Dolayısıyla baş ağrısı ile başvuran hastalarda baş ağrısının özellikleri iyi sorgulanmalıdır. Anamnezinde migren veya gerilim baş ağrısı olan hastalarda; yeni ortaya çıkan ağrı ile eskisi iyi değerlendirilmeli ve dikkatli nörolojik muayene yapılmalıdır. Şüpheli durumda kranial görüntüleme MR venografi incelemeleri yapılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Ameri A, Bousser MG. Cerebral venous thrombosis. *Neurol Clin* 1992;10(1):87-111.
2. Bousser MG. Cerebral venous thrombosis: diagnosis and

Öncel ve ark.

management. *J Neurol* 2000;247(4):252-258.

3. Bousser MG, Ferro JM. Cerebral venous thrombosis: an update. *Lancet Neurol* 2007;6(2):162-170.

4. Cumurciuc R, Crassard I, Sarov M, et al. Headache as the only neurological sign of cerebral venous thrombosis: a series of 17 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76(8):1084-1087.

5. Damak M, Crassard I, Wolff V, et al. Isolated lateral sinus thrombosis: a series of 62 patients. *Stroke* 2009;40(2):476-481.

6. Gameiro J, Ferro JM, Canhão P, et al. Prognosis of cerebral vein thrombosis presenting as isolated headache: early vs. late diagnosis. *Cephalalgia* 2012;32(5):407-412.

7. Masuhr F, Mehraein S, Einhäupl K. Cerebral venous and sinus thrombosis. *J Neurol* 2004;251(1):11-23.

8. Agostoni E. Headache in cerebral venous thrombosis. *Neurol Sci.* 2004;253:206-210.

9. Saposnik G, Barinagarrementeria F, Brown RD et al. Diagnosis and management of cerebral venous thrombosis: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2011;42(4):1158-1192.

10. Terazzi E, Mittino D, Rudà R, et al. Cerebral Venous Thrombosis Group. Cerebral venous thrombosis: a retrospective multicentre study of 48 patients. *Neurol Sci* 2005;25(6):311-315.

11. Timóteo A, Inácio N, Machado S, et al. Headache as the sole presentation of cerebral venous thrombosis: a prospective Study. *J Headache Pain* 2012;13(6):487-90.

12. Wasay M, Kojan S, Dai AI, Bobustuc G, Sheikh Z. Headache in Cerebral Venous Thrombosis: incidence, pattern and location in 200 consecutive patients. *J Headache Pain* 2010;11(2):137-139.