



Reversibl Hipertansif Ensefalomiyelopati Sendromu *Reversible Hypertensive Encephalomyelopathy Syndrome*

Özlem Kayım Yıldız

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye

Anahtar Kelimeler: Posterior reversibl ensefalopati sendromu, spinal kord, hipertansiyon
Keywords: Posterior reversible encephalopathy syndrome, spinal cord, hypertension

Sayın Editör,

Yirmi bir yaşında kadın hasta, görme kaybı, baş ağrısı, bulantı ve kusma yakınmaları ile başvurdu. Kan basıncı değeri 260/120 mmHg olan hastanın, görme keskinliği solda 20/200 düzeyinde, sağda ise tam kayıp idi. Fundoskopide arterlerde ileri derecede incelmeye, arter/ven oranında azalma, cotton wool spot, eksuda ve kanama alanları izlendi (grade 4 hipertansif retinopati). Nefroloji kliniğine yatırılan hastaya oral ve parenteral antihipertansif tedavi başlandı, sekonder hipertansiyon açısından yapılan tetkiklerde anormallik saptanmadı. Beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG) T2 ve FLAIR ağırlıklı görüntülerde pons, medulla oblongata ve serebellum vermisinde hiperintens sinyal değişiklikleri saptandı (Şekil 1). Servikal MRG'de, sagittal T2 ağırlıklı görüntülerde kranioservikal bileşkeden C7 düzeyine kadar devam eden ve kord ekspansiyonuna neden olan hiperintens sinyal değişikliği izlendi (Şekil 2). Aksiyel T2 ağırlıklı görüntülerde kord santralinde hiperintens sinyal değişikliği saptandı (Şekil 3). Hastaya spinal kord tutulumu ile birlikte olan posterior reversibl ensefalopati sendromu (PRES-SCI) tanısı konuldu. Hastanın vizyon kaybı zaman içerisinde kısmen düzeldi, MRG bulguları ise bir ay sonra tamamen kayboldu.

PRES klinik olarak ensefalopati, nöbet, baş ağrısı, vizüel bozukluklar ve fokal nörolojik semptomlarla seyreden, radyolojik olarak ise parietooksipital tutulum ve subkortikal vazojenik ödemle karakterize, reversibl klinikoradyolojik bir antitedir (1). En sık neden şiddetli akut hipertansiyondur (2). Patofizyolojik mekanizmanın hipertansiyonla indüklenmiş kan-



Şekil 1. T2 ağırlıklı aksiyel beyin manyetik rezonans görüntüleme bulbusta santral hiperintens sinyal değişikliği

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Özlem Kayım Yıldız, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye
Tel.: +90 346 258 00 00 E-posta: ozlemkayim@yahoo.com ORCID: orcid.org/0000-0002-0382-9135
Geliş Tarihi/Received: 28.02.2019 **Kabul Tarihi/Accepted:** 03.04.2019

Sunulduğu Kongre: Bu yazı, 54. Ulusal Nöroloji Kongresi'nde e-poster olarak sunulmuştur.

©Telif Hakkı 2020 Türk Nöroloji Derneği
Türk Nöroloji Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.



Şekil 2. T2 ağırlıklı sagittal servikal spinal manyetik rezonans görüntülemesinde longitudinal kord hiperintensitesi



Şekil 3. T2 ağırlıklı aksiyel servikal spinal manyetik rezonans görüntülemesinde kord santralinde hiperintens sinyal değişikliği

beyin bariyeri disfonksiyonu ve serebral otonöregülasyon yetersizliği olduğu düşünülmektedir (3). Posterior sirkülasyonda sempatik innervasyonun az olması posterior beyin bölgelerinin daha fazla tutulumunu açıklar.

Spinal kordda vasküler otonöregülatuar mekanizmanın bozulması sonucu PRES-SCI ya da reversibl hipertansif ensefalomiyelopati olarak adlandırılan tablo gelişebilir (1). Kan basıncında aşırı yükseklik, grade IV hipertansif retinopati ve longitudinal uzanımlı, servikomedüller bileşkeye uzanan T2 hiperintensitesi ile karakterize bu tablo, bugüne dek çok az sayıda hastada bildirilmiştir (1). Servikal spinal kordun sempatik innervasyonu az olan vertebral arterlerin dalları olan spinal arterlerce beslenmesi nedeniyle, spinal kord tutulumunun serebral PRES ile aynı mekanizma ile geliştiği düşünülmektedir. Klasik PRES'te şiddetli hipertansiyon %70-80 hastada varken, spinal PRES'te tüm hastalar başvuru anında hipertansiftir ve genellikle hipertansif ensefalopati semptomları gösterirler. Ayrıca, klasik PRES'in aksine, PRES-SCI hastalarının hemen hemen tümünde hipertansif retinopati ile ilişkili vizyon kaybı vardır. PRES-SCI radyolojik olarak, santral kordu tutan, sıklıkla servikomedüller bileşkeye uzanan, longitudinal uzanımlı T2 hiperintensitesi ile karakterizedir. Serebral PRES'in aksine gri cevher (kord santrali)

tutulumu belirgindir. Radyolojik bulguların şiddetli olmasına karşın, spinal kord tutulumunun klinik semptomları yoktur ya da hafiftir. Bu 'kliniko-radyolojik disosiasyon', miyelitten ayırt edilmesinde son derece değerlidir. Çoğu hastada kord tutulumuna ek olarak PRES'in klasik radyolojik bulguları mevcutken, az sayıda hastada sadece beyin sapı ve kord tutulumu vardır. Klinikoradyolojik tam düzelme ile karakterizedir (1).

Etik

Hasta Onayı: Alınmamıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Finansal Destek: Çalışma için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. de Havenon A, Joos Z, Longenecker L, Shah L, Ansari S, Digre K. Posterior reversible encephalopathy syndrome with spinal cord involvement. *Neurology* 2014;83:2002-2006.
2. Servillo G, Bifulco F, De Robertis E, et al. Posterior reversible encephalopathy syndrome in intensive care medicine. *Intensive Care Med* 2007;33:230-236.
3. Fugate JE, Rabinstein AA. Posterior reversible encephalopathy syndrome: clinical and radiological manifestations, pathophysiology, and outstanding questions. *Lancet Neurol* 2015;14:914-925.