

# Sinüs Perikrani: Olgu Sunumu

Ibrahim Sun<sup>1</sup>, Aydın Sav<sup>2</sup>, Selçuk Peker<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji, İstanbul, Türkiye

## ÖZET

Sinüs perikrani skalpın nadir görülen vasküler bir bozukluğudur. Sinüs perikrani, skalpta bulunan fluktasyon gösteren kıvrımlı vasküler şişlik ile karakterizedir. Intrakranial venöz sistem ile direkt olarak bağlantılıdır. Bu hastalık en çok çocukluk yaşında görülür.

Bu hastalık ilk olarak 1760 yılında kafa travması geçiren bir hastada Percivall Pott tarafından tanımlanmıştır (1). 1845 yılında Hecker bu hastalık için "varix spurius circumscriptus venae diploicae frontalis" tanımlamasını yapmıştır (2). Bu yazıda 25 yaşında sinüs perikranisi olan bir erkek hasta ve tedavisi bildirilmiştir.

**Anahtar sözcükler:** sinüs perikrani, cerrahi, vasküler anomali

## SINUS PERICRANII: A CASE REPORT

### ABSTRACT

Sinus pericranii is an unusual vascular anomaly of the scalp. Sinus pericranii is characterized by a circumscribed fluctuating vascular swelling of the scalp. It directly communicates with the intracranial venous system. This pathology is mostly seen in the pediatric age group.

This condition was first reported by Percivall Pott in 1760, in a patient treated for a skull fracture (1). Hecker used the term of "varix spurius circumscriptus venae diploicae frontalis" to describe this entity in 184 (2). In this paper, we report a 25-year-old male patient with sinus pericranii and its treatment.

**Key words:** sinus pericranii, surgery, vascular anomaly

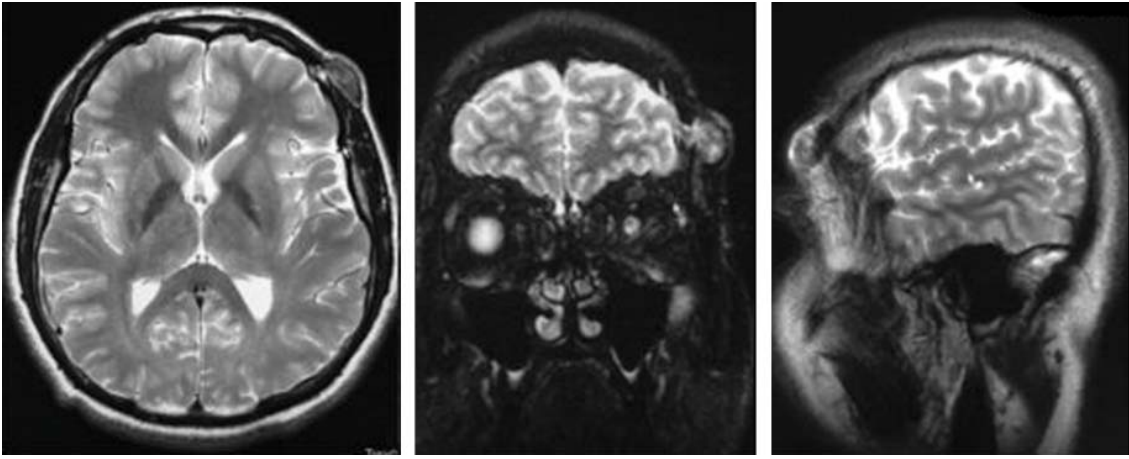
Intrakranial dural sinüs ve genişlemiş epikranial venöz yapılar arasında oluşmuş vasküler bozukluk sinüs perikranii olarak bilinir. Genelde asemptomatik epikranial şişlik olarak saptanabilir ama baş ağrısı, baş dönmesi, sersemlik veya lokal hassasiyet bildirilmiştir (3).

Hastalık genelde konjenital özellik gösterir. Diğer venöz anomalilerle birlikteliği literatürde yayınlanmıştır (4). Cerrahi öncesinde bradikardi veya bradipne gibi ağır semptomlara da sebep olabilir (5). Bu sebepten tedavi sadece kozmetik amaçlı olarak düşünülmemelidir. Tedavi seçeneği olarak cerrahi ve endovasküler tedavi bildirilmiş; fakat kliniğimizde sinüs perikraninin tedavisi cerrahi olarak planlanmaktadır (6).

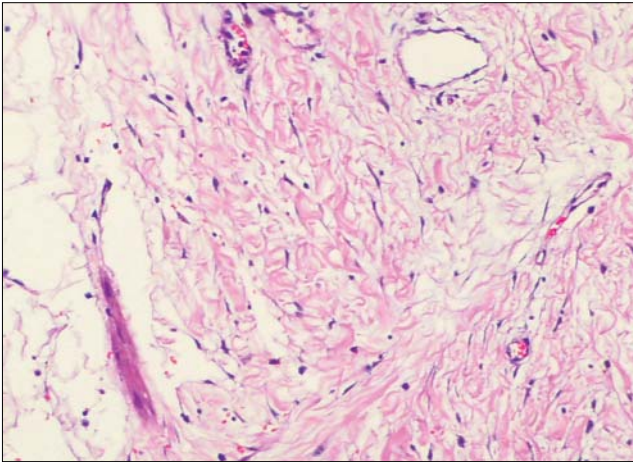
## Olgu

Yirmi beş yaşında erkek hasta yaklaşık 2 yıldır baş ağrısı ve sol temporal bölgede şişlik sebebi ile başvurdu. Yapılan muayenesinde sol temporal cilt altı yerleşimli, valsalva manevrası ile hacmi değişen immobil kitle izlendi. Kitlenin boyutu 3x2 cm olarak ölçüldü. Hastanın nörolojik defisiti bulunmamaktaydı. Bu şişliğin zaman içinde progresif büyüme gösterdiği, ve zonklayıcı tarzda baş ağrısına sebep olduğu öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde herhangi bir özellik saptanmadı.

Hasta genel anestezi altında baş hafif sağa dönük şekilde hazırlandı. Sol pterional cilt flebi kaldırıldı. Cilt altında kemiği hafif destrükte etmiş mor renkli, pulsatil tarzda kitle görüldü. Kitle tamamen eksize edildi ve kemikten gelen besleyiciler



**Şekil 1.** Axial, Coronal ve Sagittal T2 sekantstaki kranial MR incelemesinde sol temporal bölgede oluşmuş vasküler lezyonun cilt ile dural sinüsler arasındaki bağlantısı ve sinüs pericrani dokusu izlenmektedir.



**Şekil 2.** Sinüs perikrani çevresindeki telanjektazik damarlar içeren hyalinize fibroadipoz doku. (Hematoksilen-eosin; x100)

bonewax ile kapatıldı. Usulüne uygun olarak katmanlar kapatıldı. Operasyon sırasında kan verilmesine gerek olmadı. Hasta nörolojik defisiti olmadan odasına alındı. Post op 2. günde genel durumu iyi olan hasta taburcu edildi.

## Tartışma

Sinüs perikrani, kas tabakası bulunmayan venöz damar veya hemanjiomların, kafatası yüzeyine doğru uzanım gösterip diploik venlerle bağlantı kurması özelliğindedir. Oluş sebebi açıklanabilmiş değildir. Genel olarak konjenital olmakla birlikte travmanın predispozan bir faktör olduğu düşünülmektedir. Erkek-kadın oranı 2/1 olarak bildirilmiştir. Hastalık her yaş grubunda görülebilmekle birlikte genelde 30 yaş altında teşhis edilmektedir (6).

Skalpta sinüs perikraninin yerleşim yeri genelde dural sinüslere yakın yerlerdedir. Literatürde fronto-temporal veya parietal bölgede de oluşan sinüs perikrani olguları

yayınlanmıştır (7,12). Bizim yayınladığımız hastada sinüs perikraninin yerleşim yeri sol temporal bölgedir.

Radyolojik olarak görüntüleme direkt röntgenogram ile yapılabilir. Kitle etrafında hipodens alan izlenebilir. Kranial BT'de osteofitik lezyonların kemik pencerede izlenmesi tanı koymak için önemlidir. Kranial MR, lezyonun yanındaki sinüsle ilişkisini gösterir. Hastamızdaki sinüs perikraninin cilt ile olan ilişkisi ve görüntüsü Şekil 1'de gösterilmiştir. MR venografi bu iki yapı arasındaki bağlantıyı detaylandırabilir (8).

Sinüs perikrani tedavisi cerrahi olarak total eksizyon olacak şekilde yapılmalıdır. Kozmetik açıdan rahatsız olunmaması, semptomun bulunmaması cerrahi tedaviyi etkilemez. Ciddi bradikardi ve bradipne yapması sebebiyle bu lezyon, cerrahi olarak tedavi edilmeli ve bu olasılıklar ortadan kaldırılmalıdır. Anjiyografi yapılması damarlar arası bağlantıları ve cerrahi sonrası rezidü kalıp kalmadığı konusunda bilgi verebilir. Direkt kranial bölgedeki vasküler lezyonlardan venografi yapılması, kanama açısından risklidir, tanı konulmuş ise yapılması uygun değildir. Cerrahi tedavi, kitlenin çıkartılması ve kanama kontrolü yapılarak sonlandırılmasıdır. Olası cerrahi komplikasyonlar hava embolisi ve kanamadır. Diploik venlerle olan bağlantı tekrar kanama olmaması için bonwax ile kapatılmalıdır.

Patolojik incelemede tromboze damarsal yapıların görülmesi tipiktir (9,10). Damar endotelindeki çizgisel boyanma izlenebilir. Bizim vakamızda Sinüs perikranii çevresindeki telanjektazik damarlar içeren hyalinize fibroadipoz doku izlenmiştir (Şekil 2). Akut tromboz oluşması muhtemel olup, ani lokal hassasiyet ile karakterize olabilir(11). Cerrahi tedavi ile eksizye edilen bu doku ve sonrasında kapatılan dural sinüs sebebi ile intrakranial venöz hipertansiyon oluşmamaktadır (12).

## Kaynaklar

1. Marras C., McEvoy A.W., Grieve J.P., Jager H.R., Kitchen N.G., Villani R.M. Giant temporooccipital sinus pericranii: A case report. // J. Neurosurg. Sci. - 2001;45:103-6.
2. Bollar A., Allut A.G., Prieto A., Gelabert M., Becerra E. Sinus pericranii: radiological and etiopathological considerations. J. Neurosurg. 1992;77:469-72
3. Sheu M, Fauteux G, Chang H, et al. Sinus pericranii: dermatologic considerations and literature review. J Am Acad Dermatol 2002;46:934-941
4. Buxton N, Vloeberghs M. Sinus pericranii: report of a case and review of the literature. Pediatr Neurosurg 1999;30:96-99
5. Sadler LR, Tarr RW, Jungreis CA, Sekhar L. Sinus pericranii: CT and MR findings. J Comput Assist Tomogr 1990;14:124-127
6. Jung S., Lee J.K., Kim S.H., Kim J.H., Kang S.S., Lee J.H. Parietal sinus pericranii. Surg. Neurol. - 2000;54:270-3
7. Spektor S., Weinberger G., Constantini S., Gomori J.M., Beni-Adani L. Giant lateral sinus pericranii. J. Neurosurg. - 1998;88:145-7
8. Sadler L.R., Tarr R.W., Jungreis C.A. Sinus pericranii: CT and MR findings. J. Comput. Assist. Tomogr. - 1990;14:124-7.
9. Wakisaka S, Okuda S, Soejima T, Tsukamoto Y. Sinus pericranii. Surg Neurol 1983;19:291-298
10. Higuchi M, Fujimoto Y, Ikeda H, Kato A. Sinus pericranii: neuroradiologic findings and clinical management. Pediatr Neurosurg 1997;27:325-328
11. Jeffrey S. Carpenter, Charles L. Rosen, Julian E. Bailes, Philippe Gailloud. Sinus Pericranii: Clinical and Imaging Findings in Two Cases of Spontaneous Partial Thrombosis. Am J Neuroradiol 2004;25:121-125.
12. Peker S, Sun Hi, Ozgen S, Kurtkaya O, Pamir MN. Sinus Pericranii: A case report. Russian Neurosurgery Vol:2, 2003