

İskemik İnmeye Bağlı Gelişen İzole Monoparezi

Monoparezi Isolated Due to Ischemic Stroke

Muzaffer Mutluer, Osman Sönmez

Karaman Devlet Hastanesi, Karaman

Özet

İnmeyle bağlı izole monoparezi çok nadirdir ve çoğunlukla küçük damar hastalığına sekonder gelişen laküner infarktlara veya küçük kanamalara bağlı olarak ortaya çıkar. Bu yazıda sol presantral girus infarktına bağlı duyu kusurunun olmadığı izole motor defisit ile karakterize, monoparezi olgusunu sunduk.

Anahtar kelimeler: Üst ekstremitte, monoparezi, beyin infarktı

Abstract

Stroke related monoparesia is rare clinical condition and predominantly arose from small bleeding or lacuner infarcts secondary to small vascular disease. In this case we present monoparesia characterized by isolated motor deficit without sensorial deficit due to infarction of left precentral gyrus.

Key words: Upper extremity, monoparesia, cerebral infarction

GİRİŞ

İskemik serebrovasküler olaya bağlı izole monoparezi nadir olarak görülmektedir. Servikal disk hernisi, multipl skleroz, motor nöron hastalığı, tuzak nöropati gibi hastalıklar ile karışabilmektedir. Sağ kolda ani gelişen monoparezi tablosu ile gelen ve sol presantral girusta iskemik infarkt tesbit edilen kadın hastayı literatür eşliğinde sunmayı uygun bulduk.

OLGU

Hipertansiyon öyküsü olan yetmiş sekiz yaşında kadın hasta sabah uyanığında sağ kolundaki güçsüzlüğü fark etmiş. Bacağında güçsüzlük, ağzında eğilme, konuşma güçlüğü, uyuşma gibi sık görülen inme belirtileri olmamış. Hasta bu şikayet ile acil servise başvurmuş. Acil serviste yapılan fizik muayenesinde tansiyonu 180/90 mmHg olup elektrokardiyografisinde atrial fibrilasyonu mevcuttu. Nörolojik değerlendirmede bilinci açık, koopere, oryante idi. Kranial sinir muayenesi normal olan hastanın kas gücü değerlendirilmesinde sağ üst ekstremitte distalinde 2-3/5, proksimalinde 3-4/5 olarak tespit edildi. Hastanın diğer tüm nörolojik sistem muayene bulguları normal olarak değerlendirildi. Çekilen beyin tomografisinde kanama veya enfarkt görüntüsü tespit edilmedi. Hastanın bakılan rutin hemogram, biyokimya, tiroid fonksiyon testleri normaldi. Hastanın ekokardiyografisi normal sınırlardaydı. Holter kaydında paroksizmal atrial fibrilasyon (PAF) tespit edildi. İnmenin birinci gününde çekilen beyin manyetik rezonans incelemesinde difüzyon MR'da sol parietal bölge presentral girus lokalizasyonunda akut iskemi ile uyumlu yaklaşık 1x1 cm boyutunda difüzyon kısıtlılığı gözlemlendi (Resim 1). Hastaya PAF nedeni ile antikoagülan tedavi başlandı.

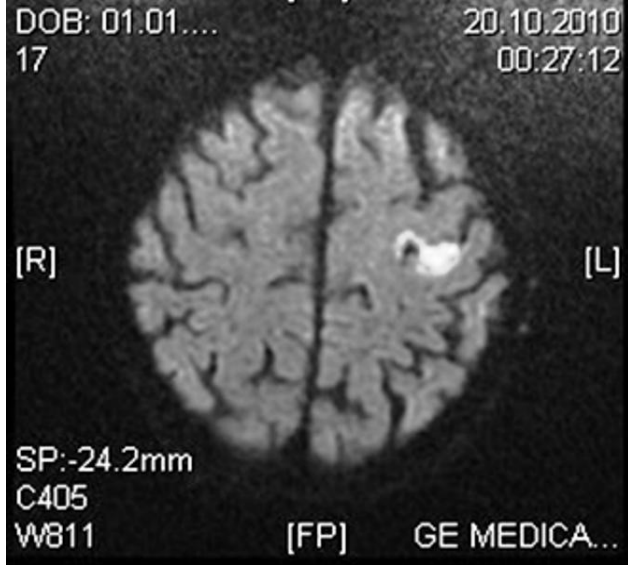
TARTIŞMA

Serebral süreçlere bağlı duyu kusuru olmaksızın tek ekstremitte sınırlı izole motor defisit ile ortaya çıkan saf motor monoparezi (SMM) az karşılaşılan bir durumdur. Demiyelizan hastalık, apse, beyin tümörü, kanama ve iskemik infarktlar sonucu görülen ender bir durumdur (1,2). İnmeyi takiben gelişen izole monoparezi, inmeye bağlı gelişen diğer nörolojik klinik tablolara oranla çok daha az görülmektedir. Paciaroni ve arkadaşları 2003 hastanın 51 (%2,5)'de SMM olduğunu; bu vakalardan

39 (%76,5) 'unda iskemik, 12 (%23,5) 'unda hemorajik inme olduğunu bildirmiştir. Bu vakalardan 34'ünde üst ekstremitte, 17'sinde alt ekstremitte monoparezi tespit etmiştir (3). Ingvar ve arkadaşları 4802 hastanın 195 (%4.1) de SMM olduğunu bu vakaların %63 de üst, %15 de alt, %22'de de sadece yüzde izole parezi olduğunu bildirmiştir (4). Olguların %53'ünde risk faktörü olarak hipertansiyon tespit edilmiş.

Üst ekstremitte monoparezisinde lezyonun kontralateral presentral girusta olduğu gösterilmiştir. Çelebisoy ve arkadaşları 8 hastanın tamamında lezyonun kontralateral presentral girusta olduğunu bildirmişlerdir (5). Ingvar ve arkadaşları SMM'li 123 hastanın %59'unda orta serebral arter, %26'sında subkortikal, %9'unda beyin sapında, %2'sinde anterior serebral arter sulama alanında lezyon tespit etmişler. Takahashi ve arkadaşları 5 izole monoparezili hastanın presentral sulkusun anterior duvarında lezyonların olduğunu bildirmiştir. Bu vakaların ikisinde ulnar bölgede, bir vakada radial bölgede, diğer iki vakada da değişik şekilde güçsüzlüğün daha baskın olduğunu bildirmiştir (6). Klasik olarak inmeye bağlı parezi ekstremitte distalinde baskın olarak görülmekte iken lezyonun yerleşim yerine göre izole omuz parezisi gibi proksimal güçsüzlükte olabilmektedir (7). Bizim sunduğumuz vakanın kranial MR görüntülemesinde literatür ile uyumlu olarak lezyon kontralateral presentral girusta yer almaktaydı ve parezi ekstremitte distalinde hakimdi. Monoparezilerin büyük çoğunluğu iskemik lezyonlara bağlı gelişmekle beraber hemen hepsinde vasküler risk faktörlerinin eşlik ettiği bildirilmiştir. Öncel ve arkadaşlarının bildirdiği izole üst ekstremitte monoparezili hastada risk faktörü olarak atrial fibrilasyon tespit edilmiştir (8). Çelebisoy ve arkadaşları sekiz vakasının tamamında vasküler risk faktörlerinin bulunduğunu bildirmiştir. Bizim vakamızda da HT ve PAF risk faktörleri vardı ve antikoagülan tedavi başlandı. Hastanın 10günlük klinik takibi sonrasında antikoagülan ve antihipertansif tedavi ile taburcu edildi.

İzole üst ekstremitte parezilerinin prognozu iyi olup hastalar tamamen ya da tama yakın düzelmektedir (6,9). Bizim olgumuzun kliniğinin birinci ayında yapılan kontrol muayenesinde kas gücünün belirgin düzeldiği, sadece üst ekstremitte distalinde hafif bir parezinin halen devam ettiği tespit edildi.



Resim 1. Difüzyon ağırlıklı aksiyel MRG de sol presantral girusta difüzyon kısıtlılığı gözlenmekte.

Bu olgu bize akut gelişen ve vasküler risk faktörü bulunan SMM kliniği ile başvuran her hastada inme yönünden ayrıntılı inceleme yapılması gerektiğini hatırlattı. Özellikle akut gelişen parezi sonrasında başvuran hastada beyin tomografisinde kortikal küçük infarktın görülemeyebileceğini bu durumda MR 'a başvurulması gerektiği akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Lee SH, Kim SK, Choi YC, Lee MS, Choi LS. Two cases of cortical infarction presenting as pure motor monoplegia. *J Korean Neurol Assoc* 1994;42:789-95.
2. Ashizawa T, Rolak L.A, Hines M. Spastic pure motor monoparesis. *Annals of Neurology* 1986;20:638-41.
3. Paciaroni M, Caso V, Milia P, Venti M, Silvestrelli G, Palmerini F, Nardi K, Micheli S, Agnelli G. Isolated monoparesis following stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76:805-7.
4. Maeder-Ingvar M, Melle G, Bogouslavsky J. Pure monoparesis: a particular stroke subgroup? *Arch Neurol* 2005; 6: 1221-4.
5. Celebisoy M, Özdemirkiran T, Tokucoglu, F, Kaplangi D, Arici S. Isolated Hand Palsy Due to Cortical Infarction: Localization of the Motor Hand Area. *The Neurologist* 2007;13(6):376-9.
6. Takahashi N, Kawamura M, Araki S. Isolated hand palsy due to cortical infarction: Localization of the motor hand area. *Neurology* 2002;58:1412-14.
7. Şenol M.G, Kaplan C, Özdağ F, Saraçoğlu M. Kortikal infarkta bağlı izole omuz parezisi. *Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi* 2008 14:1; 21-3.
8. Öncel Ç, Güler S, Can İ, Sanal E. İnmeye Bağlı İzole Monoparezi Olgusu. *Türkiye Klinikleri* 2008;3:64-6.
9. Sürmeli R, Yağız O, Tekeşin A, Taşkıran E. Küçük kortikal infarkta bağlı izole el güçsüzlüğü: Olgu sunumu. *İstanbul Tıp Dergisi-2010-2*, 89-91.