

OLGU SUNUMU

CASE REPORT

SOLUNUM ARRESTİYLE GETİRİLEN GENÇ BİR HASTADA BECK SENDROMU

Hacı Ali ERDOĞAN¹, İbrahim ACIR², Vildan YAYLA¹

¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İSTANBUL

²Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İSTANBUL

Öz

Anterior spinal arter (ASA) infarktları Beck sendromu olarak da isimlendirilmektedir. Ani başlangıçlı olup sıklıkla radiküler veya kuşak tarzı ağrı vardır. Flask tetrapleji/parapleji (dakikalar ve saatler içinde), flask mesane, termoanestezi, analjezi, yanıcı ağrılar gelişebilecek diğer bulgulardır. Dispne veya apne ile başlayan az sayıda ASA enfarktüsü vakası bildirilmiştir. Bu olgu sunumuyla solunum arresti şeklinde atipik bir klinikle getirilen hastada ASA infarktının da akılda bulundurulması gerektiğini vurgulamak amaçlanmıştır. 21 yaşında bayan hasta tüm vücutta güçsüzlük ve aniden gelişen solunum sıkıntısı ile başvurdu. Tetkikleri sırasında ani solunum arresti gelişmesi üzerine entübe edilerek yoğun bakım ünitesine alındı. Olay öncesinde müphem bir üst solunum yolu enfeksiyonu geçirmesi, polikistik over sendromu dışında öz ve soygeçmişe ait bir özellik yoktu. Nörolojik muayenesinde, tetraplejik, derin tendon refleksleri abolik, taban cildi refleksi bilateral lakayttı. Guillain-Barre ve myastenik krize ek olarak, tüm ayırıcı tanılar için incelemeler planlandı. Bu arada çekilen kranial ve servikal MR'ında bulbus düzeyinden başlayan, servikal ve üst torasik vertebra boyunca izlenen T2 hiperintens patolojik sinyal gözlemlendi. Spinal kord infarktları serebral infarktlarla karşılaştırıldığında oldukça nadir görülür. İnfarktlar en sık alt torasik segmentlerde ve konus medülleriste gözlenir. Solunum arrestiyle getirilen, bulbus, tüm servikal ve üst torakal seviyeyi içine alan oldukça uzun segment anterior spinal infarktüs saptanan bu genç olgu, oldukça nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Anterior spinal arter, Beck sendromu, quadriparezi.

BECK SYNDROME IN A YOUNG PATIENT WITH RESPIRATORY ARREST

ABSTRACT

Anterior spinal artery (ASA) infarcts are also called Beck syndrome. It has a sudden onset and often has radicular or girdle like pain. Flask tetraplegia/paraplegia (within minutes and hours), flask bladder, thermoanesthesia, analgesia, flammable pain are other findings. A small number of ASA infarction cases in which onset with dyspnea or apnea have been reported. With this case report, it is aimed to keep in mind that the ASA infarcts can apply with respiratory arrest which is an atypical clinic. A 21-year-old female patient applied with weakness in the whole body and respiratory distress that developed suddenly. Respiratory arrest developed during her examinations, she was intubated and taken to the intensive care unit. Except for a vague upper respiratory tract infection and polycystic ovary syndrome, there was no medical histories. In her neurological examination, she was tetraplegic, deep tendon reflexes were hypoactive, Babinski sign was bilaterally positive. In addition to the Guillain-Barre and myasthenic crisis, examinations were planned for all differential diagnosis. Meanwhile in the cranial and cervical MR, a T2 hyperintense pathological signal was observed, which started from the bulbus level, followed along the cervical and upper thoracic vertebra. Spinal cord infarcts are extremely rare compared to cerebral infarcts. Infarcts are most frequently observed in the lower thoracic segments and conus medullaris. This young patient who applied with respiratory arrest and having a long segment anterior spinal infarction including bulbus, entire cervical and upper thoracic level, is presented because of its rarity.

Keywords: Anterior spinal artery, Beck syndrome, quadriparesis.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr. İbrahim Acir, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Nöroloji Kliniği, 34000 İstanbul, Türkiye.

Telefon: 0000 000 00 00

E-posta: iacir33@gmail.com

Geliş Tarihi: 18.06.2020

Kabul Tarihi: 04.09.2020

Tüm yazarlar ORCID ID: Hacı Ali Erdoğan 0000-0001-6870-4002, İbrahim Acir 0000-0002-9650-8022, Vildan Yayla 0000-0002-4188-0898.

Lütfen bu makaleyi baskıdaki makale olarak şu şekilde atıf edin: Erdoğan HA, Acir İ, Yayla V. Solunum arrestiyle getirilen genç bir hastada Beck sendromu. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi doi: [10.5505/tbdhd.2020.04696](https://doi.org/10.5505/tbdhd.2020.04696)

GİRİŞ VE AMAÇ

Anterior spinal arter enfarktı en sık görülen spinal infarkt tipidir. "Beck sendromu" olarak da bilinir. Sıklıkla torakal bölgede gözlenir (1). Olguların çoğunda, lezyon seviyesinin altında paraparezi şeklinde motor kayıp, bilateral ağrı-ısı duyusunda azalma, lezyon seviyesine uyan bölgede bıçak saplanır tarzında geçici sırt ağrısı ve %75 kadar olguda otonomik bulgular (üriner retansiyon, konstipasyon) görülür (2). Motor kayıp genelde paraparezi şeklinde olup, başlangıçta flask ve arefleksif, ilerleyen dönemde spastiktir. İnfarktın etkilediği yere göre de semptomlar değişebilir. Örneğin sadece ön boynuz motor nöronlarını etkilerse ALS kliniğini taklit edebilir; bu durumda duyu ve sfinkter fonksiyonları normaldir (2). Spinal kordun yüksek seviyeden başlayan bir infarktında, lezyon C3-C5 seviyelerinin üzerine ulaşıyorsa interkostal kasların ve diyafragmanın etkilenmesiyle birlikte solunum arrestine kadar giden solunum sıkıntısı gözlenebilir (3,4). Spinal kord infarktlarının patogenezi ve klinik bulguları açık olmasına rağmen yüksek seviyeden başlayan infarktlara ait bulgular daha az tanımlanmıştır (5,6). Bu olgu sunumuyla solunum arresti şeklinde atipik bir klinikle getirilen genç bir hastada ASA infarktının da akıldan bulundurulması gerektiğini vurgulamak amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

Aniden gelişen tüm vücutta güçsüzlük sonrasında ortaya çıkan solunum sıkıntısı nedeniyle acil servise başvuran 21 yaşında kadın hasta, tetkikler sırasında solunum arresti gelişmesi üzerine entübe edilerek yoğun bakım ünitesine alındı. Polikistik over sendromu tanısı, olaydan bir hafta öncesine ait şüpheli üst yolunum yolu enfeksiyonu dışında özgeçmiş ve soygeçmişte özellik yoktu. Yakınları tarafından ilaç/madde kullanımı bildirilmedi. Sedasyon ihtiyacının azalması fakat solunum probleminin devam etmesi nedeniyle trakeostomiye geçilen hastanın trakeostomi altında yapılan nörolojik muayenesinde; gözler spontan açık, kooperasyonu kısıtlı, verbal çıkış trakeostomi nedeniyle hipofonik, kas gücü dört ekstremitede de 1/5 şeklinde, derin tendon refleksleri abolik, taban cildi refleksi ise bilateral lakayttı. Dokunma, ağrısı, vibrasyon duyusu hasta kooperasyonu kısıtlı olması nedeniyle değerlendirilemedi. Laboratuvar

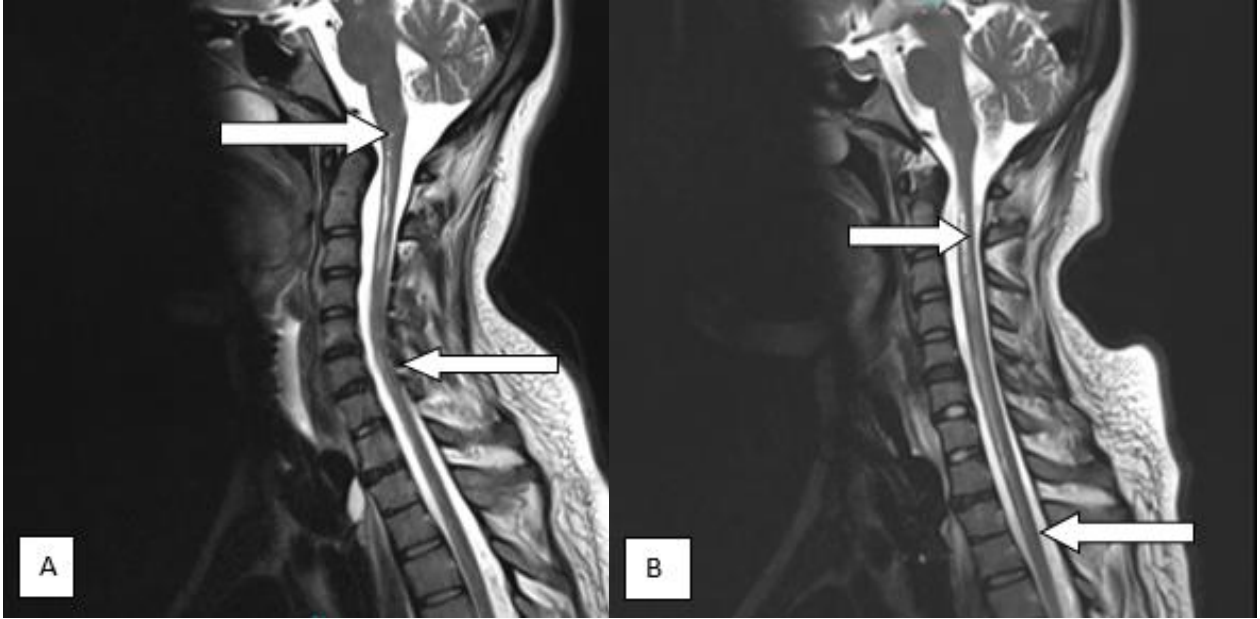
tetkiklerinde anlamlı patolojik bulgu saptanmayan hastanın lomber ponksiyonunda BOS glukozu 75 mg/dl (eş zamanlı kan şekeri; 100mg/dl) proteini 29 mg/dl, saptandı, 10 lökosit dışında hücre görülmedi. Hızlı progresse olması nedeniyle otoimmün hastalıklara yönelik plazmaferez tedavisinin 2. küründe (toplamda 5 kür olarak planlandı) belirgin yanıt alınamayan hastanın eş zamanlı yapılan elektromiyografisinde akut denervasyon bulgularını barındıran belirgin olarak bilateral üst ekstremitenin tutulduğu akut-subakut dönem nörojenik tutulum bulguları gözlemlendi. Ardışık sinir uyarı testi normal olarak bulundu. Kranial ve servikal MR incelemelerinde de bulbus düzeyinden başlayan, tüm servikal vertebra boyunca izlenen, üst torakal vertebra boyunca devam eden ASA infarktıyla uyumlu T2 hiperintens patolojik sinyal artışları ve sağ vertebral arter distalinde ince kalibrasyon saptandı (Resim 1 a, b, 2, 3).

Anterior spinal arter infarktıyla uyumlu olan sinyal artışı için yapılan etyolojik araştırmada tüm vaskülit belirteçleri negatifti. Travma ve cerrahi girişim öyküsü olmayan hastanın sifiliz, HIV gibi enfeksiyöz süreçlere ait testleri de normaldi. Trombofili paneli gibi genetik tanı testlerinde patoloji izlenmedi. İmmunofloresan incelemede anti-aquaporin 4 antikoru negatif bulundu. Kranial ve servikal MR anjiyografisi tetkiklerinde bilateral vertebral arterlerin ince kalibrasyonda olması dışında etyolojik olarak anlamlı patoloji tespit edilmedi.

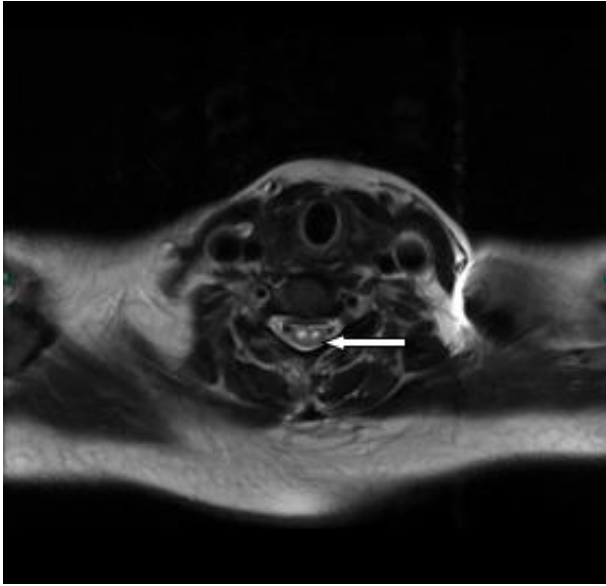
Taburculuk öncesi muayenesinde bilinç açık, kooperasyonu kısıtlı, konuşması zorlu hipofonik, 4 ekstremitede kas gücü 3/5, mandibula hizası dahil boyun, gövde ve 4 ekstremitede hipoestezisi mevcuttu. Vibrasyon ve pozisyon duyusu 4 ekstremitede değerlendirilebildiği kadarıyla normaldi. Uzun süreli fizik tedavi sonrası kontrollerinde ekstremitede spastisitesinin geliştiği ve kişi destekli mobilize olabildiği görüldü. Bu yayın için hastanın taburculuk öncesi gerekli tüm onamı ve imzası alındı.

TARTIŞMA VE SONUÇ

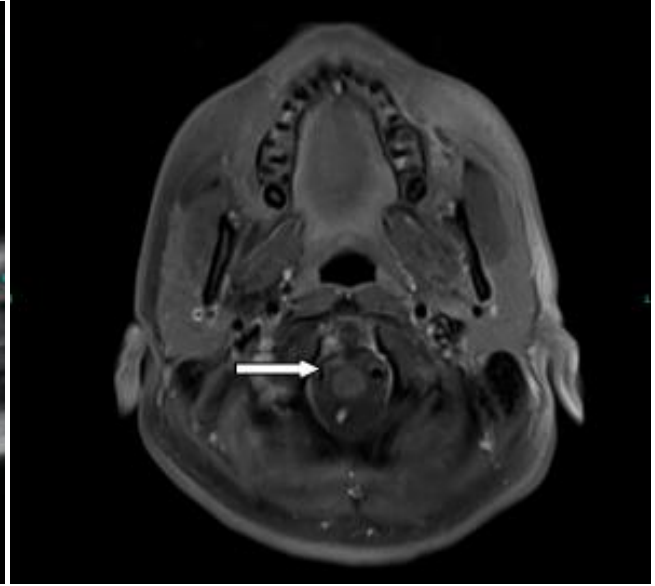
Spinal kord infarktları serebral infarktlarla karşılaştırıldığında oldukça nadir görülür. Bunun en önemli sebebinin de spinal kordun vasküler anatomisindeki zengin anastomotik yapının olduğu düşünülmektedir (2). Spinal infarktların



Resim 1a, b. Kranial ve servikal MRG: Oklar bulbus düzeyinden başlayan, C1-T1 vertebra boyunca devam eden ASA infarktıyla uyumlu T2 hiperintens patolojik sinyal artışlarını göstermektedir.



Resim 2. Ok spinal transvers kesitlerde anterior spinal arterin dağılımının merkezinde, gri cevherin ön kısmında infarktla uyumlu tipik 'baykus gözü' görünümüne işaret etmektedir.



Resim 3. Ok T1 aksiyel kesitte sağ vertebral arterdeki ince kalibrasyonu göstermektedir.

daha çok alt torakal seviyede ve conus medullariste görülmesi, lezyon seviyesine göre anterior spinal arter infarktının değişik kliniklerde prezente olması da ayırıcı tanıda düşünülmesini zorlaştırmaktadır.

Olgumuzda geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu hikâyesi, arefleksif quadriparezi

kliniğiyle beraber solunum arresti ilk planda Guillain Barré sendromu, miyastenik kriz gibi otoimmün hastalıkları akla getirdi, hızlı progresyon plazmaferez tedavisini gerektirdi. Posterior spinal arter sendromu muayene bulguları nedeniyle ön planda düşünülmedi ve olası longitudinal miyelit açısından da uygulanan

Erdoğan ve ark.

plazmaferez tedavisi klinik düzelme sağlamadı. Aynı süreçte ortaya konulan anterior spinal arter infarktı, olgumuzda bulbus düzeyinden başlayıp, tüm servikal ve üst torakal seviyeyi içine alması nedeniyle solunum arrestine sebep olup, tanıya gitmeyi zorlaştırdı.

Solunum arrestiyle getirilen, bulbus, tüm servikal ve üst torakal seviyeyi içine alan oldukça uzun segment anterior spinal infarktüs saptanan bu genç olgu, oldukça nadir görülmesi nedeniyle sunuldu.

KAYNAKLAR

1. Cheshire WP, Santoo CC, Massey EW, et al. Spinal cord infarction: etiology and outcome. *Neurology* 1996; 47(2): 321-30.
2. Sturzenegger M. Spinal stroke syndromes in *Stroke Syndromes by J.Bogousslavsky and Louis Caplan*, Cambridge UP, Second edition, 2001: 781-785.
3. Guttman L. *Spinal cord injuries*, 1st ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1973: 182-199.
4. O'Riordan JI, Gallagher HL, Thompson AL, et al. The clinical, cerebrospinal fluid and MRI findings in Devic's neuromyelitis optica. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1996; 60(4): 382-387.
5. Sandson TA, Friedman JH. Spinal cord infarction. Report of 8 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 1989; 69(5): 282-292.
6. Cheshire WP, Santos CC, Massey EW, et al. Spinal cord infarction: etiology and outcome. *Neurology* 1996; 47(2): 321-30.

Etik Bilgiler

Aydınlatılmış Onam: Hastaya aydınlatılmış onam formu imzalatıldığı beyan edilmiştir.

Telif Hakkı Devir Formu: Tüm yazarlar tarafından Telif Hakkı Devir Formu imzalanmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Hakem değerlendirmesinden geçmiştir.

Yazar Katkı Oranları: Cerrahi ve Tıbbi Uygulamalar: HAE, İA, VY, Konsept: HAE, İA, VY, Tasarım: HAE, İA, VY, Veri Toplama veya İşleme: HAE, İA, VY, Analiz veya Yorum: HAE, İA, VY, Literatür Taraması: HAE, İA, VY, Yazma: HAE, İA, VY.

Çıkar Çatışması Bildirimi: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.