

OLGU SUNUMU**CASE REPORT****VESTİBULER NÖRİT BENZERİ BULGU VEREN BİR PİCA İNFARKTI OLGUSU**

Çağatay ÖNCEL*, Türker ŞAHİNER*, Yılmaz KIROĞLU**, Mustafa ÇAM*, Filiz TOKGÖZ*

*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Denizli

** Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı Denizli

ÖZET

Bu yazıda; şiddetli vertigo ve bulantı gibi vestibuler nörit bulgularıyla başvuran, herhangi bir serebellar bulgusu olmayan 50 yaşında bir erkek hastayı sunduk. Hastanın MR görüntülemesinde sol posterior inferior serebellar arter (PİCA) alanında akut infarkt mevcuttu. Vertigo ve bulantı gibi tipik vestibuler nörit bulguları ile başvuran hastalarda serebellar infarkt olasılığı akla getirilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Serebellar infarkt, izole vertigo

A CASE OF PICA INFARCTION PRESENTING AS VESTIBULER NEURITIS**SUMMARY**

We reported a patient of 50 years old men, who presented with severe acute vertigo and nausea such as vestibuler neuritis without usually symptom or signs of cerebellar dysfunction. Cranial MRI of patient showed acute left infarct in the territory of posterior inferior cerebellar artery (PICA). Clinicians should be aware of the possibility of a cerebellar infarct in patient with acute vestibular syndrome even if the pattern of vertigo and nausea is typical of a vestibular neuritis.

Key words: Cerebellar infarct, isolated vertigo

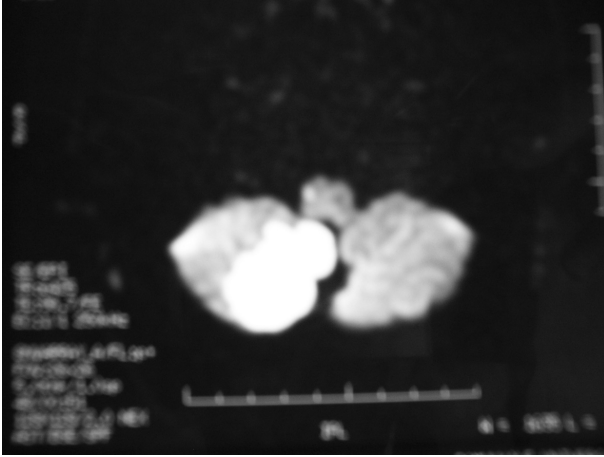
GİRİŞ

Vestibuler nörit; akut başlayan şiddetli baş dönmesi, bulantı, kusma, tek taraflı, lezyonun karşı yönüne doğru vuran horizonto-rotatuvar nistagmus ile seyreden nörotojik bir tablodur. Hastalar genellikle geçirilmiş bir üst solunum yolu enfeksiyonu hikayesi verirler (1). Şiddetli vertigo ve buna eşlik eden belirtiler birkaç gün içinde düzeler. PİCA medial dalının suladığı alandaki infarktlara bağlı olarak ortaya çıkan, vestibuler nörit bulgularıyla seyreden "psödo vestibuler nörit" olguları daha önce bildirilmiştir (2,3,4). Bu iki tablonun klinik olarak ayırt edilememesi dramatik sonuçlar doğurabilir. Bu yazıda ani başlangıçlı vertigo, bulantı ve kusma ile başvuran, vestibuler nörit tablosunu taklit eden ve PİCA infarktı tesbit edilen bir hastayı literatür eşliğinde tartıştık.

OLGU

Elli yaşında erkek hasta 3 gündür devam eden baş dönmesi, bulantı, kusma şikayeti ile ocak 2007'de kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde hipotiroidi ve jeneralize tonik-klonik tipte epilepsisi olan hastanın 20 yıldır Valproat 500 2x1 tb ve Levotiroksin 1x1/2 tb kullandığı öğrenildi. Hastanın nörolojik muayenesinde; bilinci açık, kooperasyonu tamdı, dismetri, disdiadokinezi, dizartri saptanmadı.

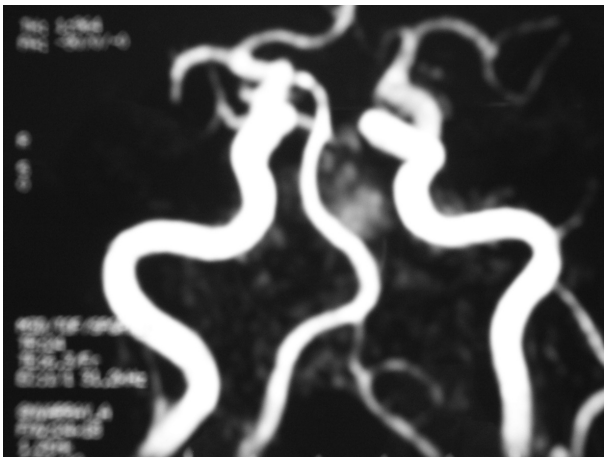
Diğer nörolojik sistem muayeneleri normaldi. Vestibuler testleri normaldi. Odiyogramında anormal bulgu saptanmadı. Hastanın difüzyon MR'ında DA (b=1,000 mm/sn²) görüntülerde sağ PİCA alanında sitotoksik ödeme bağlı belirgin difüzyon kısıtlılığı izlendi (Şekil 1). Kraniyal MR görüntülemesinde sağ serebellar hemisferde PİCA sulama alanında akut infarkt ile uyumlu; T1 serilerde hipointens, T2 serilerde hiperintens görüntü mevcuttu (Şekil 2). MR anjiyografide ise sağ PİCA izlenemedi (Şekil 3). Hastanın kan biokimya incelemesinde açlık kan şekeri yüksekliği (157mg/dl) ve total kolesterol yüksekliği (226 mg/dl) dışında anormal bir bulgu saptanmadı. EEG incelemesi normal sınırlardaydı. Hastada genç yaş serebrovasküler hastalık (SVH) etiyojisi araştırması planlandı, bu çerçevede yapılan ekokardiyografi, carotis-vertebral doppler incelemeleri normaldi. Anti-nukleer antikor profili, antitrombin III, FV Leiden mutasyonu, protein C, S, pıhtılaşma faktörleri, antifosfolipid antikorları normal sınırlardaydı. Behçet Hastalığı açısından değerlendirilen hastanın paterji testi negatifti, oral aft, genital ülser, cilt lezyonları tariflememekteydi. Aort tomografisinde arkus aorta ve büyük damarlarda trombüs oluşumu izlenmedi. Kanda tbc, sifiliz, borrelia burgdorferi, brusella, HIV antikorları negatifti. Ailesinde SVH hikayesi olan yoktu. Hasta kriptojenik SVH olarak kabul edildi.



Şekil 1. Difüzyon MR. Sağ PICA sulama alanında difüzyon kısıtlılığı gözlenmekte



Şekil 2. MR- T2 Görüntüde sağ PICA sulama alanında infarkt ile uyumlu hiperintens görünüm



Şekil 3. MR anjiyografide sağ PICA gözlenmemekte

Hastanın semptomları yatışının 1. haftasında tamamen düzeldi. Hastaya 100/gün mg. Asetilsalisilik asit ve 225/gün mg. Dipiridamol başlandı ve poliklinik takibine alındı.

TARTIŞMA

PICA infarktları, superior serebellar arter infarktları ile birlikte serebellumda en sık görülen infarktlardır. Tohgi ve ark.'nın 293 serebellar infarktlı hasta serisinde (5) PICA infarktı %49'luk bir grup oluşturmaktaydı. Amarenco ve ark.'nın serisinde (6) serebellar infarktların %35'inin PICA alanında olduğu, Kase ve ark.'nın 66 serebellar infarktlı hastadan oluşan serisinde (7) 36'sının PICA infarktlı olduğu bildirilmiştir.

Klinik bulgular medulla oblongata tutulumu olup olmamasına göre iki gruba ayrılır: Medüller tutulum olanlarda tam veya kısmi Wallenberg sendromu gelişebilir; vertigo, nistagmus, V, IX, X. kranial sinirlerin tutulumu, ipsilateral Horner sendromu, gövde ataksisi ve kontrateral ağrı-ısı duyusu kaybı (8).

Amarenco'nun serisinde hastaların 1/3'ünün bu grupta olduğu tesbit edilmiştir. Medüller tutulum olmayanlarda; vertigo, başağrısı, gövde ataksisi ve nistagmus görülür. PICA infarktlarında obtundasyon ve koma görülme oranı superior serebellar arter infarktlarına göre daha yüksektir ve diğer damar alanlarının da birlikte tutulumunda bu oran yükselir. PICA infaktlarının %10-25'inde kitle etkisi ortaya çıkmaktadır (8). Akut izole vertigo, bulantı ve nistagmus gibi vestibüler nörit bulgularıyla seyreden PICA infarktlı 3 hasta ilk olarak 1975 yılında Duncan tarafından bildirilmiştir (9). Daha sonra da benzer olgular rapor edilmiştir. Bu olguların bazılarında vertigoya, vücutta sallanma hissi, ekstremitelerde ataksisi, dizartri, lateropulsionun da eşlik ettiği bildirilmiştir (4). Bu hastalarda vertigo, PICA'nın medial dalı tarafından sulanan uvulo-nodular bölgenin infarktı sonucu ortaya çıkmaktadır. Literatürde bildirilen bu olguların infarkt boyutları yaklaşık 1*2 cm olup, nispeten küçüktür. Ancak bizim olgumuzda olduğu gibi büyük boyutlu infarktların varlığında da (Yaklaşık 3*3cm) klinikte sadece vertigo ortaya çıkabilir. Bu bölge infarktları genellikle kalp ve büyük damarlardan emboli sonucu gelişirler. Daha nadir olarak ta anterior inferior serebellar arterin suladığı flokkulus infarktlarında da izole vertigo ortaya çıkabilir (2).

Vestibuler nörit ile ayırmda; vestibuler nöritte kalorik test cevabı tek taraflı azalmış bulunur, ve baş sallama testi lezyon tarafına doğru bozuktur, ancak PICA infarktlarında kalorik testler de, baş sallama testi de normaldir (1,4). Ancak ayırımın tam yapılamadığı hastalara kranial MR görüntülemesi yapılmalıdır. Kranial MR görüntülemesi önerilen hasta grupları şunlardır:

- 1) Spontan izole uzamış vertigosu olan yaşlı hastalar,
- 2) Vasküler risk faktörleri olan spontan izole uzamış vertigolu hastalar,
- 3) Yönü değişen "gaze evoked" nistagmusu olan spontan izole uzamış vertigosu olan hastalar (2).

Sonuç olarak ani başlangıçlı vertigo yada vestibuler nörit tablosu ile gelen hastalarda serebellar infarktın bu tabloyu taklit edebileceği akla getirilmeli ve hasta yakın ve süreli gözleme alınmalı, gerekirse kranial görüntüleme yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1-) Demirkaya Ş, Vural O. Sağırılık, baş dönmesi ve denge bozuklukları in Principles of Neurology, 8.basım Türkçe çevirisi. Emre M. (çev.editörü) Güneş Kitabevi: 2006; 264
- 2- Lee H, Sohn SI, Cho YW, Lee SR, Ahn BH, Park BR, Baloh RW. Cerebellar infarction presenting isolated vertigo: frequency and vascular topographical patterns. Neurology. 2006 Oct 10;67(7):1178-83.
- 3- Norrving B, Magnusson M, Holtas S. Isolated acute vertigo in the elderly; vestibular or vascular disease? Acta Neurol Scand. 1995 Jan;91(1):43-8.
- 4- Kim GW, Heo JH. Vertigo of cerebrovascular origin proven by CT scan or MRI: pitfalls in clinical differentiation from vertigo of aural origin. Yonsei Med J. 1996 Feb;37(1):47-51.
- 5- Tohgi H, Takahashi S, Chiba K, Hirata Y. Cerebellar infarction. Clinical and neuroimaging analysis in 293 patients. The Tohoku Cerebellar Infarction Study Group. Stroke. 1993 Nov;24(11):1697-701.
- 6- Amarenco P, Levy C, Cohen A, Touboul PJ, Roullet E, Bousser MG. Causes and mechanisms of territorial and nonterritorial cerebellar infarcts in 115 consecutive patients. Stroke. 1994 Jan;25(1):105-12.
- 7- Kase CS, Norrving B, Levine SR, Babikian VL, Chodosh EH, Wolf PA, Welch KM. Cerebellar infarction. Clinical and anatomic observations in 66 cases Stroke. 1993 Jan;24(1):76-83.
- 8- Amarenco P. Cerebellar stroke syndromes. In: Bogousslavsky J, Caplan LR (eds.) Stroke syndromes. Cambridge: Cambridge University Press, 2001; 541-556
- 9- Duncan GW, Parker SW, Fisher CM. Acute cerebellar infarction in the PICA territory. Arch Neurol. 1975 Jun;32(6):364-8. (Abstract)