



Olgu Sunumu

Ankara Med J, 2020;(3):749-754 // doi 10.5505/amj.2020.35762

KORPUS KALLOZUM SPLENİUMDA GEÇİCİ BEYİN LEZYONU: BİR OLGU SUNUMU TRANSIENT BRAIN LESION IN THE CORPUS CALLOSUM SPLENIUM: A CASE REPORT

 Nur Şimşek Yurt¹,  Mahcube Çubukçu¹,  Yusuf Can Yurt²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği,
Samsun

²Samsun Gazi Devlet Hastanesi, Acil Servis, Samsun

Yazışma Adresi / Correspondence:

Nur Şimşek Yurt (e-posta: nursimsekyurt@gmail.com)

Geliş Tarihi: 15.06.2020 // Kabul Tarihi: 07.09.2020



Öz

Birinci basamak sağlık hizmeti, kişilerin çeşitli nedenlerle başvurduğu, toplumun büyük bir kısmının tedavi edildiği, gerekli noktalarda ikinci ve üçüncü basamağa sevk edildiği ve koruyucu sağlık hizmeti sunumunun yapıldığı sağlık kurumlarında üretilen sağlık hizmetidir. Topluma en yakın ve en ulaşılabilir konumda yer alan aile hekimleri, muayene için başvuran bireylere gerekli inceleme ve tetkiklerden sonra farklı tıp dallarını ilgilendiren tanımlar koymaktadırlar. Birinci basamakta ayrışmamış semptomlarla başvuran hastalardaki bulantı ve kusma, santral sinir sistemi, vestibüler sistem, gastrointestinal sistemle ilgili hastalıklara veya psikolojik rahatsızlıklara eşlik edebilir. Bu olgu, bulantı ve kusma semptomunun birinci basamaktaki önemini ve ayırıcı tanıda pek çok sisteme ait olabilecek hastalıkların göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamak amacı ile sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Bulantı, kusma, korpus kallozum, geçici lezyon.

Abstract

Primary health care is a health service produced by health institutions where people apply for a variety of reasons, where a large part of the society is treated and referred to the second and third levels when it's necessary and where preventive medicine practice is provided. Family physicians, who are located in the closest and most accessible position to the society, make the diagnoses related to different medical branches after the necessary examinations. Nausea and vomiting in patients presenting with undifferentiated symptoms in primary care, may accompany central nervous system, vestibular system, gastrointestinal system or psychological diseases. This case is presented to emphasize the importance of nausea and vomiting in primary care and that many systemic diseases should be considered in differential diagnosis.

Keywords: Nausea, vomiting, corpus callosum, transient lesion

Giriş

Toplum sağlığının korunmasında birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi çok büyüktür. Birinci basamak sağlık hizmeti tam anlamı ile kişilerin, çeşitli nedenlerle başvurduğu, sağlık problemlerini sunduğu, toplumun büyük bir kısmının tedavi edildiği, gerekli görüldüğü noktalarda ikinci ve üçüncü basamağa sevk edildiği ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık kurumu ve bu kurumda üretilen sağlık hizmeti olarak tanımlanabilir.¹ Erişim açısından topluma en yakın ve en ulaşılabilir konumda yer alan aile hekimleri, muayene için başvuran bireylere gerekli inceleme ve tetkiklerden sonra farklı tıp dallarını ilgilendiren tanıları koymaktadırlar. Aile hekimliğine başvuru nedenleri değerlendirildiğinde dispepsi, dorsalji, öksürük, bulantı ve kusma, baş dönmesi tanıların ön planda olduğu belirlenmiştir.² Birinci basamak sağlık hizmetlerine, gastrointestinal sistem yakınmaları ile başvuran hastalarda bulantı ve kusma semptomlarına sıklıkla rastlanmaktadır.³

Bulantı ve kusma birbirinden ayrı olarak ortaya çıkabildiği gibi genelde tek bir hastalık kavramı olarak ele alınır.⁴ Klinik olarak birbirlerine eşlik etmelerine karşılık ayrı ayrı değerlendirilmesi gereken durumlardır.⁵ Bulantı, kusma öncesinde ortaya çıkan, hoş olmayan ve tam olarak tanımlanamayan bir fenalık hissidir. Mide ve ince barsak üst kısmının içeriğinin abdominal kasların kasılması ile ağızdan dışarı atılması ise kusma olarak tanımlanmaktadır.⁶ Her bulantı, kusmaya yol açmayabilir veya öncesinde hiç bulantı hissi olmadan da kusma gerçekleşebilir. Bulantıya genelde halsizlik, iştahsızlık, hipersalivasyon, terleme, taşikardi veya bradikardi, hipotansiyon eşlik eder.⁴ Birinci basamakta farklılaşmamış semptomlarla başvuran hastalardaki bulantı ve kusma, santral sinir sistemi, vestibüler sistem, gastrointestinal sistemle ilgili hastalıklara veya psikolojik rahatsızlıklara eşlik edebilir.⁷

Bu olgu, bulantı ve kusma semptomunun birinci basamaktaki önemini ve ayırıcı tanıda pek çok sisteme ait olabilecek hastalıkların düşünülmesi gerektiğini hatırlatmak amacı ile sunulmuştur.

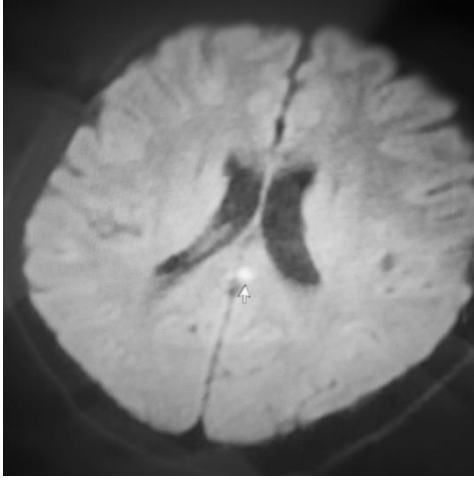
Olgu

18 yaşında bilinen bir hastalığı olmayan kadın hasta bulantı, kusma ve ateş şikayetleri ile aile sağlığı merkezine başvurdu. Gerekli tetkik ve incelemeleri yapılan hastanın 39 °C ateşi mevcuttu. Diğer vital parametreleri ve fizik muayenesi normaldi. Semptomatik olarak antipiretik ve antiemetik tedavi başlanan hasta, bir gün sonra şikayetlerinin devam etmesi nedeni ile tekrar başvurdu. Hastanın şikayetleri ayrıntılı sorgulandığında, az miktarda baş ağrısı ve baş dönmesinin de eşlik ettiği belirtildi. Yapılan nörolojik muayenesi normal olan hastanın ense sertliği yoktu. Ayrıntılı değerlendirme ve görüntüleme tetkik imkânı nedeni ile hasta acil servise yönlendirildi. Hasta bu durumdan iki gün sonra acil servise sol gözde görme kaybı, bulantı, kusma, bilinç değişikliği ve yüksek ateş sebebi ile başvurdu. Geldiğinde tansiyon arteriyel 100/60 mmHg, kalp atım hızı 110

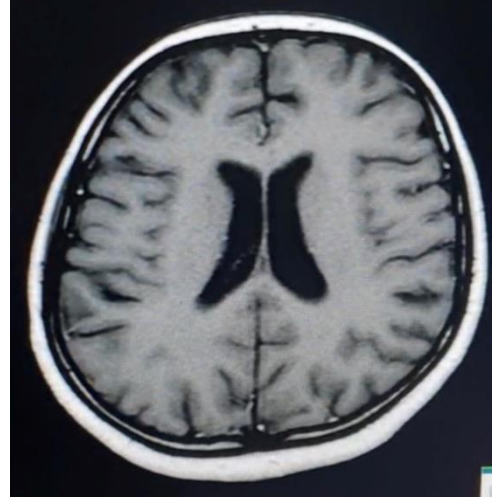
atım/dakika, ateş 39.1 °C, solunum 28/dk, SaO₂:%97 idi. Bilinci letarjik olan hastanın, Glasgow koma skalası (GKS) skoru 13'tü. Orofarenks hiperemikti; solunum sistemi normal ve batin muayenesi doğaldı. Hastanın nörolojik muayenesi normaldi, ense sertliği yoktu. Hemogramda lökosit: 18.600 (%84 nötrofil hakimiyetinde) idi (Tablo 1). Diğer laboratuvar parametreleri normaldi. Santral sinir sistemini değerlendirme amaçlı çekilen beyin bilgisayarlı tomografisi (BT) normaldi. Enfeksiyon hastalıklarına konsülte edilen hastaya menenjit tanısını ekarte etmek amaçlı lumbal ponksiyon (LP) yapıldı. LP sonucu: Normal, direk bakıda mikroorganizma yok olarak geldi. Menenjit ve ensefalit düşünülmedi. Hastanın ayrıntılı nörolojik açıdan değerlendirilmesi için diffüzyon manyetik rezonans görüntüleme (MRG) planlandı. Serebral diffüzyon MRG'de korpus kallozum splenium (SCC) sol yarım-posteriorunda milimetrik difüzyon kısıtlayan alan izlendi (Şekil 1). Hasta korpus kallozum spleniumun geçici lezyonu ön tanısı ile nöroloji servisine yatırıldı. Asetilsalisilik asit 100 mg, B vitamin kompleksi ve folik asit tedavisi başlandı. Baş ağrısı, bulantı ve kusma semptomlarının şiddetlendiği hastanın her iki koluna doğru yayılan uyuşma şikayetleri oldu. Takiplerinde yapılan diğer laboratuvar sonuçları: Anti nükleer antikor (ANA) = negatif, Anti ds-DNA = negatif, p-ANCA ve c-ANCA = negatif, Anti-Kardiolipin IgG = negatif, Brucella Rose-Bengal ve Coombs testi = negatif, Mikobakteri kültürü = negatif olarak geldi. Yapılan kan ve idrar kültürlerinde üreme saptanmadı. 1000 mg/gün steroid tedavisi başlanarak, 7 gün boyunca tedaviye devam edildi. Hastaneye yatışının 16. gününde yeniden çekilen kontrol MRG'de SCC lezyonunun kaybolduğu ve başka hiçbir patolojik bulgunun gelişmediği gösterildi (Şekil 2). Hasta 3 hafta sonra nöroloji poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Tablo 1. Hastanın takipleri sırasındaki laboratuvar bulguları

	Hastaneye başvurduğu gün	5. gün
Wbc (10 ³ /mm ³)	18,6	12,1
Nötrofil (10 ³ /mm ³)	15,3	9,3
Hb (g/dl)	13,5	12,8
Plt (10 ³ /mm ³)	282.000	242.000
Glukoz (mg/dL)	106	101
Kreatinin (mg/dL)	0,55	0,4
AST (IU/L)	15	21
ALT (IU/L)	14	17
Na (mEq/L)	137	141
K (mEq/L)	3,51	3,8
Cl (mEq/L)	104	106
CRP	<3,14	<3,14
Sedimentasyon	16	12
Vitamin B ₁₂	232	
Folik asit	4,01	
LP	Normal, direk bakıda mikroorganizma yok	



Şekil 1. SCC'de difüzyon kısıtlayan alan



Şekil 2. Kontrol MRG'de normal görünüm

Tartışma

Korpus kallozum splenium (SCC) tutulumu ve bu bölgedeki anatomik değişiklikler, çeşitli semptom ve belirtilerle kendini gösterebilir. SCC tutulumu belirli bir bozukluğun net olarak varlığını göstermez, vücutta çeşitli lokal ve sistemik enfeksiyonlar SCC'yi etkileyebilir. Ateş yüksekliği, bulantı, kusma, baş ağrısı, burun tıkanıklığı ve hafif zihinsel değişiklikler gibi spesifik olmayan bulgular, enfeksiyonlara ve vücuttaki inflamatuvar değişikliklere bağlı hemogramda lökosit yüksekliği ortaya çıkabilmektedir. Bazı hastalarda ağır zihinsel değişiklikler ve epileptik nöbetler gibi dramatik tablolar da gözlenmiştir.⁸ Bu anatomik bölgenin spesifik olarak tutulmasının nedeni ve patofizyolojik mekanizmaları tam olarak bilinmemektedir. Bu durumun oluşmasında sitotoksik ödem, fokal inflamatuvar değişiklikler, hücre zarındaki elektrolit değişiklikleri ve antiepileptik ilaçlara bağlı gelişen fokal demiyelinizasyon gibi faktörler sıralanabilir.⁹ SCC lezyonu saptanan hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklar multipl skleroz, hidrosefali, edinilmiş bağışıklık eksikliği sendromu (AIDS), lenfoma, B₁₂ ve folat eksikliği, iskemik kraniyal bozukluklardır.¹⁰

SCC'de geçici lezyonlar oluşabileceğini bilmek invaziv tanı ve tedavi yöntemlerinden kaçınılmasını sağlar. Güven ve arkadaşlarının 2008 yılında bildirmiş olduğu olguda, epilepsisi olmayan bir hastanın karbamazepin kullanımının ardından ilacın kesilmesini takiben SCC'de santral yerleşimli lezyon tespit edilmiş, iki ay sonraki kontrolde ise lezyonun kaybolduğu belirlenmiştir. Hasta 19 yaşında kadın hasta olup fizik muayene ve vital bulguları normal olarak bildirilmiştir. Görsel halüsinasyon nedeni ile hastaneye başvurduğu belirtilmiştir.¹¹ Nifle ve arkadaşlarının SCC'de lezyon saptadığı bir olguda okskarbezepin kullanımının aniden kesilmesinin neden olduğu, lezyonun beş haftada kendiliğinden kaybolduğu tespit edilmiştir.¹² Eren ve arkadaşlarının 2018

yılında bildirmiş olduğu olguda 22 yaşında kadın hasta bulantı, kusma ve görme bozukluğu nedeni başvurmuş, yapılan MRG incelmesinde SCC'de lezyon saptanmıştır. Bir ay sonraki kontrolde kranial MRG'de bu lezyonların düzelmiş olduğu görülmüştür.¹³ Bulakbaşı ve arkadaşlarının paylamış olduğu 5 olguda, influenza A virüs enfeksiyonu sonrası SCC'de geçici difüzyon kısıtlaması saptanmıştır.¹⁴

Sonuç olarak, SCC'de fokal lezyonlar nadir görülür ve etiyolojisi hakkında çok az şey bilinmektedir.¹⁵ SCC lezyonlarının geçici olduğunun bilinmesi, başka ek tanı almayan hastalarda invaziv girişimlerden ve tedavilerden kaçınılması açısından önemlidir. Ayrışmamış semptomlarla karşılaşan birinci basamak hekimi, bulantı ve kusma semptomunun çok çeşitli nedenleri olabileceğini hatırlamalıdır. En yaygın sebeplerin gastrointestinal sistem hastalıkları (gastroparezi, motilite bozuklukları, konstipasyon, barsak obstrüksiyonları), santral sinir sistemi ile ilgili hadiseler, karaciğer ve böbrek hastalıkları ile çeşitli ilaç kullanımlarının olduğu bilinmelidir.⁷

Kaynaklar

1. Başer D, Kahveci R, Koç M, Kasım İ, Şencan İ, Özkara A. Etkin sağlık sistemleri için güçlü birinci basamak. *Ankara Med J*. 2015;15(1).
2. Ataç Ö, Karabey S, Hayran O. Aile hekimlerinin yazdığı reçetelerdeki semptom tanılarının incelenmesi. 3. International 21. National Public Health Congress, 2019.
3. Köksal A, Dilek O, Özden A. Türkiye'de birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda dispepsi görülme sıklığı. *Akademik Gastroenteroloji Derg*. 2008;7(1):11-7.
4. Aygün D. Bulantı ve Kusma. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2016;20(1):44-56.
5. Demirci N. Bulantı ve Kusmaya Yaklaşım. *solunum.org.tr* (Erişim tarihi 26.08.2020).
6. Aşçı H, Özer M. Nausea-vomiting and solution proposals. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011;2(3):160-5.
7. Aktunç E, Çağavi F, Kalaycı M, Ünalacak M, Demircan N, Kavak Ş. Bir Olgu Eşliğinde Kusma Semptomu ve Birinci Basamaktaki Önemi. *Türk Aile Hek Derg*. 2007;8(2):85-9.
8. Tada H, Takanashi J, Barkovich A, ve ark. Clinically mild encephalitis/encephalopathy with a reversible splenial lesion. *Neurology*. 2004;63(10):1854-8.
9. Wilson C, Mullen M, Jackson B, Ishida K, Messe S. Etiology of corpus callosum lesions with restricted diffusion. *Clin neuroradio*. 2017;27(1):31-7.
10. Al-Hashim AH, Blaser S, Raybaud C, MacGregor D. Corpus callosum abnormalities: neuroradiological and clinical correlations. *Dev Med Child Neurol*. 2016;58(5):475-84.
11. Güven H, Delibaş Ş, Çomoğlu S. Transient lesion in the splenium of the corpus callosum due to carbamazepine. *Turk Neurosurg* 2008;18(3):264-70.
12. Nifle C, Couratier M, Jallade C, Sarfati Y, Mignon F, Pico F. Hypersignal T2 transitoire du splenium du corps calleux chez une patiente non épileptique. *Revue Neurologique*. 2007;163(6-7):736-9.
13. Eren F, Öngün G, Öztürk Ş. Clinical and Radiological Significance of Transient Brain Lesion in the Corpus Callosum Splenium: 2 Case Reports. *Kafkas J Med Sci*. 2018;8(2):133-6.
14. Bulakbasi N, Kocaoglu M, Tayfun C, Ucoz T. Transient splenial lesion of the corpus callosum in clinically mild influenza-associated encephalitis/encephalopathy. *Am J Neuroradio*. 2006;27(9):1983-6.
15. Polster T, Hoppe M, Ebner A. Transient lesion in the splenium of the corpus callosum: three further cases in epileptic patients and a pathophysiological hypothesis. *J Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2001;70(4):459-63.