

İKİ TARAFLI ANTERİOR SEREBRAL ARTER İNFARKTINA BAĞLI AKİNETİK MUTİZM: OLGU SUNUMU

Recep ALP,¹ Selen İLHAN ALP²

¹Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı; ²Kars Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği

Akinetik mutizm birçok hastalık nedeniyle oluşabilir. İki taraflı anterior serebral arter infarktı nadirdir; bununla birlikte sıklıkla akinetik mutizm tablosuna yol açmaktadır. Bir olgu nedeniyle iki taraflı anterior serebral arter infarktı nedenleri ve akinetik mutizm patogenezi tartışıldı.

Anahtar Sözcükler: Akinetik mutizm; anterior serebral arter; hemiparezi.

A KINETIC MUTISM DUE TO BILATERAL INFARCTION OF ANTERIOR CEREBRAL ARTERY: CASE REPORT

Akinetic mutism is described as a result of many disorders. Bilateral infarction of the anterior cerebral artery (ACA) territory is reported rarely, however, often leading to akinetic mutism. Herein, we discuss the etiology of bilateral infarction of the ACA and the pathogenesis of akinetic mutism.

Key Words: Akinetic mutism; anterior cerebral artery; hemiparesis.

Subaraknoid kanama, cerrahi girişim veya travma olmaksızın iki taraflı anterior serebral arter (ASA) infarktı çok nadirdir.^[1,2] Akinetik mutizm en sık olarak iki taraflı ASA infarktı olgularında gözlenir.^[3-5]

Bu yazıda, embolik kaynaklı, hipertansif iki taraflı ASA infarktına bağlı akinetik mutizm olgusu sunuldu.

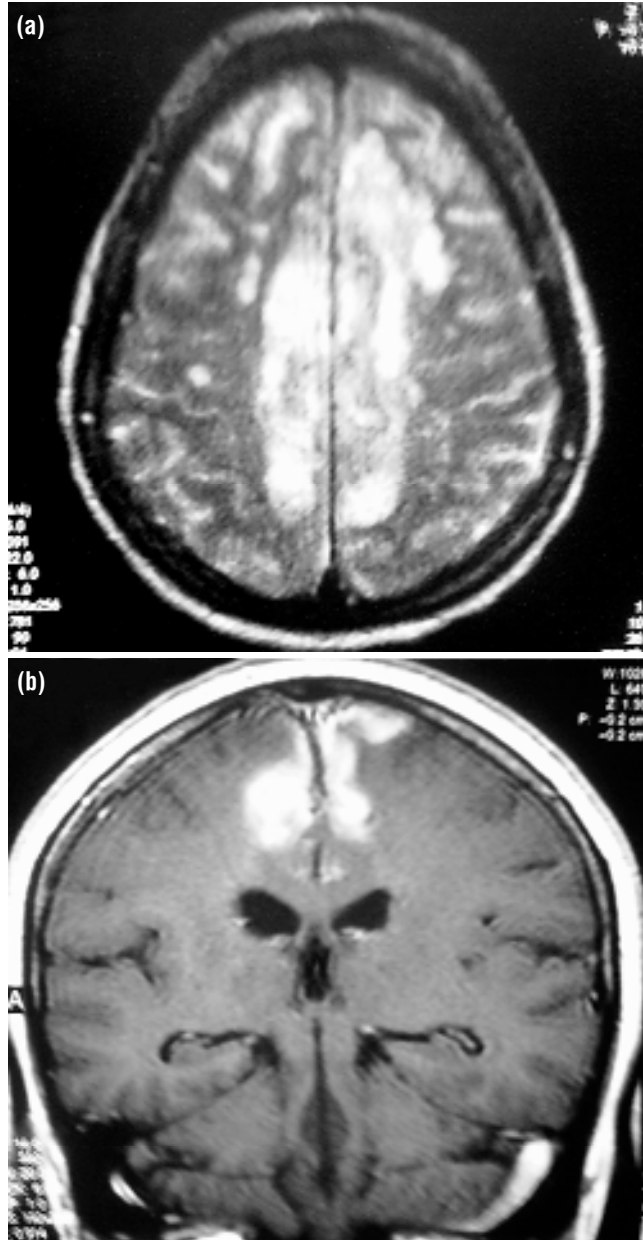
OLGU SUNUMU

Altmış sekiz yaşında sağ elini kullanabilen kadın hasta, yürüyememe ve konuşamama şikayetiyle acil nöroloji polikliniğine getirildi. Hikayesinde yaklaşık 20 gün önce başlayan süreklilik gösteren baş ağrısı şikayetiyle birlikte, iki gün önce aniden fenalaşma, etrafına ilgisinin azalması ve konuşma bozukluğu vardı. Özgeçmişinde 10 yıldır hipertan-

Başvuru tarihi: 23.12.2006 **Kabul tarihi:** 30.1.2007

İletişim: Dr. Recep Alp, Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Kars.

Tel: +90 - 474 - 212 79 15 **e-posta:** recep.alp@gmail.com



Şekil 1. (a, b) Kraniyal MRG'de iki taraflı ön serebral arter alanlarında subakut dönemde infarkt alanları.

siyon ve yedi yıldır kalp yetmezliği mevcuttu. Fizik muayenesinde kalpte 2/6 sistolik üfürüm dışında özellik saptanmadı. Nörolojik muayenesinde gözler açık, fakat kooperasyon kurulamıyordu. Üst ve alt ekstremitelerde rijidite saptandı. Ağrılı uyarılarla ekstremitelerde plejik izlenim alındı. Derin tendon refleksi canlı ve sağ patella refleksi muayene edilirken sol patella refleksi de alınmıyordu. Taban cildi refleksi iki tarafta ekstensör olup yakalama ve emme refleksi mevcuttu. Acil serviste çekilen bilgisayarlı beyin tomografisi normaldi.

EKG'de kalp ritmik, $V_{4,5,6}$ yüksek R dalgaları, ST değişiklikleri mevcut idi. Ekokardiografik incelemesinde sol ventrikül hipertrofisi ve 2. derecede mitral darlık saptandı. Servise alınan hastaya antiagregan ve sıvı tedavisine başlandı. Çekilen kraniyal manyetik rezonans görüntüleme iki taraflı ön serebral arter alanlarında subakut dönemde infarkt alanları, kraniyal manyetik rezonans anjiyografide her iki ön serebral arterlerde ileri derecede düzensizlikler ve sol ASA'da daralma saptandı (Şekil I). Yaklaşık 10 günlük tedaviden sonra hastanın klinik

bulgularında düzelme gözlemlendi. Hasta söylenenleri anlıyor ve emirleri yerine getiriyordu. Kas gücü üst ekstremitelerde tama yakın, alt ekstremitelerde 3/5'e kadar düzeldi. Hasta salah ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Anterior serebral arter infarktı yaygın değildir, iki taraflı infarktı ise çok nadirdir.^[1,2] Bogousslavsky ve ark. yedi yıl takipli 1490 olgulu seride sadece iki olgu bildirmişlerdir.^[3] Başka bir çalışmada 413 olgudan sadece birinde iki taraflı serebral arter infarktı bildirilmiştir. Diğer bir yayında inmelerin %56'sının orta serebral arter infarktı olduğu ve ASA infarktından 30 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır.^[1] ASA infarktları genellikle tek taraflı olur, iki taraflı etkilenme çok azdır. Nakajima^[6] 1977-1989 yılları arasında takip ettikleri inmeli olguların 27 tanesinde ASA infarktı saptamış ve bunların sadece 4'ünün iki taraflı olduğunu belirtmiştir.

Literatürde ASA infarktlı olguların etyopatogenezinde anevrizma, subaraknoid kanama, cerrahi işlemler, kafa travmaları ön sıralarda bildirilirken nadir olarak gebelik, doğumsal damar anomalileri, trombotik damar hastalıkları, ciddi distal karotid hastalıkları (anevrizma, diseksiyon gibi), atriyal fibrilasyon ve yeni geçirilmiş miyokart infarktüsü öyküsü olduğu ortaya konmuştur.^[1-6] Olgumuzda etyolojide hipertansiyon varlığı, iskemik kalp hastalığı ve sol ventrikül hipertrofisi mevcuttu.

ASA infarktlı olguların klinik olarak tek taraflı lezyonlarında alt ekstremitelerde daha belirgin hemiparezi, duyuşal işlev bozukluğu, konuşma bozuklukları, apati, apraksi, inkontinans gibi semptomlar bulunurken, iki taraflı etkilenmede ise daha çok akinetik mutizm tablosu görülür. Mezial frontal lob lezyonlarında emosyonel labilite, öfori, hiperaktivite, anksiyete, ajitasyon görülebilir. ASA infarktlarında anterograd amnezi görülebilir.^[1,2,5] Anterograd amnezi *Arteria communicans anterior*'un perforan dallarının beslediği orta hat ve paramedian bazal ön beyin lezyonu sonucudur. Tek veya iki taraflı ASA infarktlarında yakalama refleksi ortaya çıkabilir. Hastamızda baş ağrısı ile başlayan konuşamama, uyanık görünümde fakat iletişim kurulamama ve hareket edememe şeklinde akinetik mutizm tablosu ile yakalama refleksi vardı.

Akinetik mutizm, uyanık görünümde fakat hareketsiz ve iletişim kurulamayan klinik tablodur. İ-

temli hareket, konuşma ve emosyonel ifadeler tamamen ortadan kalkmıştır. Hastanın gözleri açıktır ve uyanık görünümündedir.^[7-9] 1942'de ilk olarak Cairns ve ark.^[10] tarafından üçüncü ventrikülde tümörü olan bir olguda tanımlanmıştır. Bu tablo iki taraflı singulat, frontal kortikal, beyin sapı ve diensefalondaki paramedian retiküler formasyon lezyonlarında görülür. Vasküler, toksik, enfeksiyöz ve dejeneratif birçok hastalık akinetik mutizm tablosu yapabilir. Akinetik mutizm en sık iki taraflı anterior *cingulate cortex* lezyonlarında ortaya çıkar^[1,2,4,5,9,11-14] ve en sık depresyon, psikoz, deliryum ve beyin sapı infarktlarında gördüğümüz *locked-in* sendromu tabloları ile karışır.^[7] Yapılan çalışmalarda tek taraflı ASA infarktına bağlı akinetik mutizm tablosu da bildirilmiştir.^[11]

Abulia aynı bölgenin tek taraflı lezyonlarında görülür. Spontan aktivite ve konuşma azalmıştır. Uyarılara ve sorulara verilen cevap süresi uzamıştır. Bir işi sürdürme yeteneği azalmıştır.^[15]

Akinetik mutizmle birlikte yakalama ve emme gibi ilkel reflekslerin olduğu, derin tendon refleksi muayenesinde karşı taraftan da yanıt alınması şeklinde klinik tablo ile ortaya çıkan iki taraflı ASA infarktı nadir görülmesi nedeniyle literatür bilgileri eşliğinde sunuldu.

KAYNAKLAR

1. Minagar A, David NJ. Bilateral infarction in the territory of the anterior cerebral arteries. *Neurology* 1999;52(4):886-8.
2. Bassetti C, Bogousslavsky J. Impaired consciousness and sleep. In: Bogousslavsky J, Caplan L, editors. *Stroke syndromes*. Cambridge: Cambridge University Press; 1995. p. 108-17.
3. Nicolai J, van Putten MJ, Tavy DL. BIPLEDs in akinetic mutism caused by bilateral anterior cerebral artery infarction. *Clin Neurophysiol* 2001;112(9):1726-8.
4. Bogousslavsky J, Regli F. Anterior cerebral artery territory infarction in the Lausanne Stroke Registry. Clinical and etiologic patterns. *Arch Neurol* 1990;47(2):144-50.
5. Gugliotta MA, Silvestri R, De Domenico P, Galatioto S, Di Perri R. Spontaneous bilateral anterior cerebral artery occlusion resulting in akinetic mutism. A case report. *Acta Neurol (Napoli)* 1989;11(4):252-8.
6. Nakajima K. Anterior cerebral artery occlusion clinical analysis of 27 self-experienced cases. [Article in Japanese] *No To Shinkei* 1990;42(9):821-34.

[Abstract]

7. Ferbert A, Thron A. Bilateral anterior cerebral artery territory infarction in the differential diagnosis of basilar artery occlusion. *J Neurol* 1992;239(3):162-4.
8. Nagaratnam N, Nagaratnam K, Ng K, Diu P. Akinetic mutism following stroke. *J Clin Neurosci* 2004;11(1):25-30.
9. Choudhari KA. Subarachnoid haemorrhage and akinetic mutism. *Br J Neurosurg* 2004;18(3):253-8.
10. Cairns H, Oldfield RC, Pennybacker JB, Whitteridge D. Akinetic mutism with an epidermoid cyst of the 3rd ventricle. *Brain* 1941;64:273-90.
11. Anderson CA, Arciniegas DB, Huddle DC, Leehey MA. Akinetic mutism following unilateral anterior cerebral artery occlusion. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2003;15(3):385-6.
12. Mega MS, Cohenour RC. Akinetic mutism: disconnection of frontal-subcortical circuits. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 1997;10(4):254-9.
13. Şenoğlu N, Öksüz H, Zencirci B, Ezberci M, Tuncer D. Parkinsonism after carbonmonoxide intoxication: case report. *Journal of Neurological Sciences (Turkish)* 2005;22(3):292-6.
14. Asil T, Balcı K, Ünlü E, Kabayel L, Çelik Y. Bilateral anterior serebral arter sulama alanı infarktı. *Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi* 2006;12(1):25-7.
15. Yamanaka K, Fukuyama H, Kimura J. Abulia from unilateral capsular genu infarction: report of two cases. *J Neurol Sci* 1996;143(1-2):181-4.