

**OLGU SUNUMU****CASE REPORT****PERCHERON ARTERİ TIKANIKLIĞINA BAĞLI İNME - OLGU SUNUMU****Mustafa GÖKÇE, Gülen DEMİRPOLAT, Deniz TUNCEL****Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji ve Radyoloji  
Anabilim Dalı, KAHRAMANMARAŞ****ÖZET**

Talamus ve orta beyin çok sayıda varyasyon gösteren perforan arterler tarafından beslenmektedir. Percheron arteri çok sık gözlenmeyen anatomik bir varyasyon olup, tek bir kökten paramedian talamus ve rostral ortabeyinin kanlanmasıdır. Bu arterin tıkanması bilateral paramedian talamik ve mezensefalik infarktlara yol açmaktadır. Burada ani bilinç kaybı ve BBT'sinde bilateral paramedian talamik ve üstbeyin sapı enfarktı olan bir hasta sunulmaktadır. Klinisyenin Percheron arteri tıkanıklığını erken tanınması, bu hastaların tedavisinin belirlenmesinde önemli olabilir.

**Anahtar Sözcükler:** İnme, Percheron arteri

**STROKE DUE TO PARCHERON ARTERY'S OCCLUSION - CASE PRESENTATION****SUMMARY**

Thalami and midbrain's arterial supply arises from many perforating blood vessels with a complex distribution for which many variations have been described. Percheron artery is a solitary trunk representing an uncommon anatomic variant that provides bilateral arterial supply to the paramedian thalami and the rostral midbrain. Occlusion of this artery results in bilateral thalamic and mesencephalic infarctions. We presented a patient who had sudden loss of consciousness and bilateral paramedian and upper brainstem infarctions on his brain CT. Early diagnosis of Percheron artery occlusion can be important for determination of the patients's treatment.

**Key words:** Stroke, Percheron artery

**GİRİŞ**

Talamus beyinin hem ön hem de arka dolaşımından kanlanmaktadır. Arka dolaşımda posterior serebral arterlerin (PCA) P1 segmentinden çıkan damarlar paramedian talamus ve mezensefalonu, P2 segmentinden çıkanlar ise lateral ve üst yüzlerini beslemektedir. Percheron bu damarsal yapı üzerine çalışmış ve P1'den köken alan 3 sulama şekli tanımlamıştır. Percheron'un tanımladığı 2. tipte, P1'den çıkan tek bir kök bilateral dağılım sağlamaktadır. Bu kökün tıkanması, paramedian talamus ve mezensefalonda enfarkla sonuçlanmaktadır (1). Burada, klinik ve BBT bulguları ile birlikte bir Percheron arter tıkanıklığı olan hasta sunulmaktadır.

**OLGU**

54 yaşındaki erkek hasta, yolda yürürken aniden gelişen bilinç kaybı şikâyeti ile acil servise getirildi. Hastanın bir gün önce kısa süreli baş dönmesi ve bilinç kaybı atağı geçirdiği, bu şikâyeti nedeniyle ilçede devlet hastanesine başvurduğu, hastanede intravenöz mayi verildiği ve bir süre gözlemde tutulduktan sonra durumunun düzelmesi sonucu

evine gönderildiği öğrenildi. Bir gün sonra hasta, bizim hastaneye gelirken sabah 09.00 sularında yeniden bayılması ve bilincini kaybetmesi nedeniyle hastanemiz acil servisine getirildi. Özgeçmişinde hipertansiyon öyküsü mevcut olmasına rağmen, herhangi bir ilaç kullanmıyordu. İlk geldiğinde TA:190/110 mmHg, diğer vital bulguları stabildi. Fizik muayenesinde belirgin anormallik gözlenmedi. Nörolojik muayenesinde hasta derin uykuda gibi, sesli ve ağrılı uyarı vermekle birlikte, hafif gözünü açacak gibi yaptı, ancak hiçbir zaman açamadı (muhtemelen bilateral pitoz nedeniyle). Hiçbir zaman motor bir konuşma gözlenmedi ve hastanın bize anladığına dair kesin kanıtlar da elde edilemedi. En iyi cevap, gözünü aç komutuna verilen, gözünü açmaya çalışma gibi bir anlık hareketten ibaretti. Görünümü komadan çok derin uykudaki bir insanı andırmaktaydı. Pupiller izokorik ve ışık refleksi zayıf olarak alınmaktaydı. Anlaşılabildiği kadarıyla, iki taraflı yanlara bakış kısıtlılığı vardı. Ağrılı uyaran ile dört ekstremitelerini uzaklaştırıyor ve lateralize bir defisit yokmuş izlenimi alınıyordu. DTR'ler canlıydı. Olayın başlangıcının ilk saati içinde yapılan BBT'de bir anormallik gözlenmedi. Üçüncü gün tekrarlanan BBT'de, bilateral paramedian talamik

ve mezensefalik infarkt alanları gözlemlendi (Resim 1,2 ve 3). Hasta genel yoğun bakıma alındı, destek ve antiagregan tedavi ile takip edildi. Yapılan transtorasik EKO normaldi. Yaklaşık bir ay kadar hastanede yatan hastanın durumunda bir miktar açılma gözlenmekle birlikte, hiç motor ve duysal iletişime geçmedi. Hasta yakınları tarafından, bazen anlamlı mimik gözlemlendiği ifade edilmekteydi. Hasta yaklaşık 1 ayın sonunda evine taburcu edildi. Taburcu edilirken, hastanın durumu daha çok minimal bilinçlilik haline uymaktaydı. Daha sonra, aylarca ailesi tarafından o şekilde evde bakımı yapılan ve kontrollerde görülen hastanın uyanıklık halinin biraz artmış olmasına rağmen, bilinç durumunda bir iyileşme gözlenmedi.



**Resim 1:** Solda daha silik olmakla birlikte bilateral paramedian talamik enfekt gözlenmektedir.



**Resim 2:** Oldukça simetrik denebilecek paramediansefalik enfarkt alanı gözlenmektedir.



**Resim 3:** Mezensefalondan aşağı doğru inildikçe, sağ ve sol infarkt alanlarının ayrılarak devam ettiği görülmektedir. Bu görüntü yukarıdaki enfarkta yol açan arteriyel ağacın aşağı doğru uç besleme alanı oluşturduğunu desteklemektedir.

## TARTIŞMA

Bizim hastamız, uykuya benzer koma ile başvurmuş olup, akut BBT'de bir anormallik saptanmamasına rağmen, 3. gün yapılan BBT'de paramedian ve mezensefalik infarkt alanları izlenmiştir. Percheron arteri infarktlı hastalar daha çok olgu bazında olmak üzere bildirilmektedir (1). Bazı hastalarda sadece paramedian infarktlar (2) olmasına rağmen, genelde talamus ve mezensefalonu kapsamaktadır. Bizim hastamızda da, bilateral paramedian ve mezensefalik infarkt alanı gözlenmektedir (Resim 1 ve 2). Hatta hastamızda infarkt alanı oldukça kaudala uzanmaktadır. Literatürde bu kadar kaudala uzanan infarktlı olgular gözlemlenmemiştir (Resim 3).

Talamus önemli nükleusları barındırmaktadır ve bu nükleuslar korteksle bağlantı içinde bulunmaktadır. Bu nedenle talamus lezyonlarında çok çeşitli klinik bulgular (davranış boz., sensori kayıp, demans v.s.) ortaya çıkmaktadır. Özellikle paramedian talamik lezyonlarda mental bozukluklar geliştiği bilinmektedir (1). Ayrıca, bizim hastamızda önemli rol oynadığını düşündüğümüz beyinsapından talamusa doğru projekte olan retiküler aktivite edici sistem harabiyeti önemlidir.

Percheron arteri, PCA'nın P1 kısmından tek kök halinde çıkıp bilateral talamus medial yüzlerini ve rostral beyin sapını besleyen bir arteriyel varyasyondur. Bu arterin tıkanıklıklarında paramedian talamik ve mezensefalik lezyonlar

daha çok simetrik bir görünümdeydir. Bilateral paramedian talamik infarkt gözleendiğinde, Percheron arteri tıkanıklığı öncelikle düşünölmelidir (1). Bu esnada klasik anjiyografi yapmanın, tıkalı bir arteri gösteremeyeceği için faydalı olmadığı bildirilmektedir (1). Bizim hastamızda serebral MR ve anjiyografi incelemesi maalesef yapılamamıştır.

Bu hastalarda genelde klinik şiddetlidir, bilinç kaybı söz konusudur, düzelme de kısmidir. Kortikospinal traktus tutulması beklenmez; ancak bir kısım hastada hemisensori ve hemiparezi defisitler bildirilmiştir. Üçüncü sinir nükleusu etkilenir ve bu hastalarda oftalmopleji olması beklenir (3). Bizim hastamızda da klinik, bilinç bozukluğu açısından şiddetlidir, ancak hayati tehdit manasında bir sıkıntı olmamıştır. Hastamızda aylarca denilebilecek sürede, minimal düzelme dışında belirgin bir iyilik hali de olmamıştır.

Tanı koymak saatler ve günler alabilir (3). Bizim hastamızda da, lateralize defisit olmaması, hastanın derin bir uykudaymış gibi olması, başlangıçta tanıda bir tereddüt yaratmasına rağmen, öncelikle posterior dolaşım ile bağlantılı bir inme olduğu düşünölmüştür. Percheron arter alanı infarktı, ancak 3. gün BBT sonucunda görüldüğünde akla gelmiştir. Erken tanı tromboliz açısından önemlidir

(3). Kostanian ve Cramer, intrarteriyel tromboliz ile Percheron arteri tıkalı bir hastada olumlu sonuç aldıklarını bildirmiştir (4). Baziler tepe sendromu düşünölen hastalarda eğer baziler arter oklüzyonu yoksa, Percheron arteri tıkanıklığı akla gelmesi gerektiği önerilmektedir (4). Bizim hastamızda tromboliz yapılamamıştır; ancak, geriye dönüp düşünöldüğünde ne kadar önemli bir şans olabileceği açıktır. Ayrıca Percheron arterinin nadir olduğu söylenmekle birlikte, gerçekten o kadar nadir olup olmadığı da tam bilinmemektedir (3).

Bizim hastamızdan ve daha önceki olgu sunumlarından da anlaşıldığı kadarıyla, bu hastalarda erken tanı ve sonrasında yapılabilecek tromboliz tedavisi sonucu ciddi ölçüde değiştirebilir.

#### KAYNAKLAR

1. Martheus MG, Castillo M. Imaging of acute bilateral paramedian thalamic and mesencephalic infarcts. *AJNR Am J Neuroradiol* 2003;24:2005-2008.
2. Raphaeli G, Liberman A, Gomori JM, Steiner I. Acute bilateral paramedian thalamic infarcts after occlusion of the artery of Percheron. *Neurology* 2006;66:E7
3. Krampla W, Schmidbauer B, Hruby W. Ischaemic stroke of the artery of Percheron. *Eur Radiol* 2008;18:192-194.
4. Kostanian V, Cramer SC. Artery of Percheron trombolysis. *AJNR Am J Neuroradiol* 2007;28:870-871.