

OLGU SUNUMU

CASE REPORT

İZOLE ULNAR SİNİR PARALİZİSİNİ TAKLİT EDEN İSKEMİK İNME OLGUSU

Çetin Kürşad AKPINAR*, Ahmet YILMAZ*, Hakan DOĞRU, Emrah AYTAÇ*****

***Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, SAMSUN**

****Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, SAMSUN**

*****Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, ELAZIĞ**

ÖZET

Elin motor temsili presantral girustadır. Bu bölgenin küçük infarktları, izole el felcine neden olabilir. Eldeki güçsüzlük bütün el parmaklarında olabileceği gibi sadece ulnar taraf parmaklarında da olabilir. Yetmiş bir yaşında erkek hasta ani gelişen sağ el 4. ve 5. parmaklarındaki güçsüzlük nedeniyle acil servise başvurmuş. Çekilen difüzyon MR da sağ presantral girus lokalizasyonunda akut enfarkt saptanması üzerine iskemik inme tanısıyla nöroloji servise yatırıldı. İskemik inme subtipi kardiyoembolik inme olarak belirlendi. Bu yazıda ulnar sinir paralizisini taklit eden akut iskemik inme olgusu sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Embolizm, ulnar taraf, presantral girus, küçük kortikal enfarkt.

REPORT OF ISCHEMIC STROKE MIMICKING ISOLATED ULNAR NERVE PARALYSIS

ABSTRACT

The cortical motor hand area is the precentral gyrus. Small cortical infarcts of this area can caused isolated hand weakness. Weakness can consist of either all fingers or ulnar-sided fingers. A 71-year-old man admitted to the emergency department with sudden weakness of the right fourth and fifth fingers Diffusion-weighted brain imaging of a magnetic resonance imaging scan revealed acute infarction of right precentral gyrus. Cardioembolus is the determined ischemic stroke subtype. This report presented a case of ischemic stroke mimicking isolated ulnar nerve paralysis

Key Words: Embolism, ulnar side, precentral grus, small cortical infarct.

GİRİŞ

İzole olarak elin birkaç parmağını veya tümünü içine alan güçsüzlük, periferik sinir lezyonlarına bağlı olabileceği gibi kortikal lezyonlar (Motor el bölgesindeki küçük serebral infarktlar, küçük intraserebral kanama, tümör, arteriyovenöz malformasyon ve travma) sonucu da gelişebilmektedir. Bu durum ilk olarak 1909 yılında Lhermitte tarafından "psödoperiferal palsi" olarak tanımlanmıştır (1). Elin motor fonksiyonlarının kortikal temsili, santral sulkusun anterior duvarının orta ve alt bölümünde yer alır (2). Kortikaldeki lezyonların, internal kapsül

veya beyinsapındaki derin lezyonlarına göre saf motor monoparezi oluşturma ihtimali daha yüksektir (2, 3). El güçsüzlüğü, radyal (baş ve işaret parmaklarında), ulnar (yüzük ve serçe parmaklarında) ve tüm el parmaklarında güçsüzlük şeklinde üç grupta değerlendirilebilir (3). Literatürdeki çalışmalarda saf motor monoparezi sıklığı %2,5-13 arasında değişen oranlarda bildirilirken, bunun yaklaşık olarak %66 ile 86'sını üst ekstremite monoparezisi oluşturur (2). Bu yazıda, küçük kortikal enfarktlara bağlı olarak ulnar tarafta güçsüzlük gelişen bir olgu sunulmuştur.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr. Çetin Kürşad Akpınar. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Samsun.

Tel: 0362 311 15 00

E-posta: dr_ckakpinar@hotmail.com

Geliş Tarihi: 03.12.2015

Kabul Tarihi: 22.02.2016

Received: 03.12.2015 **Accepted:** 22.02.2016

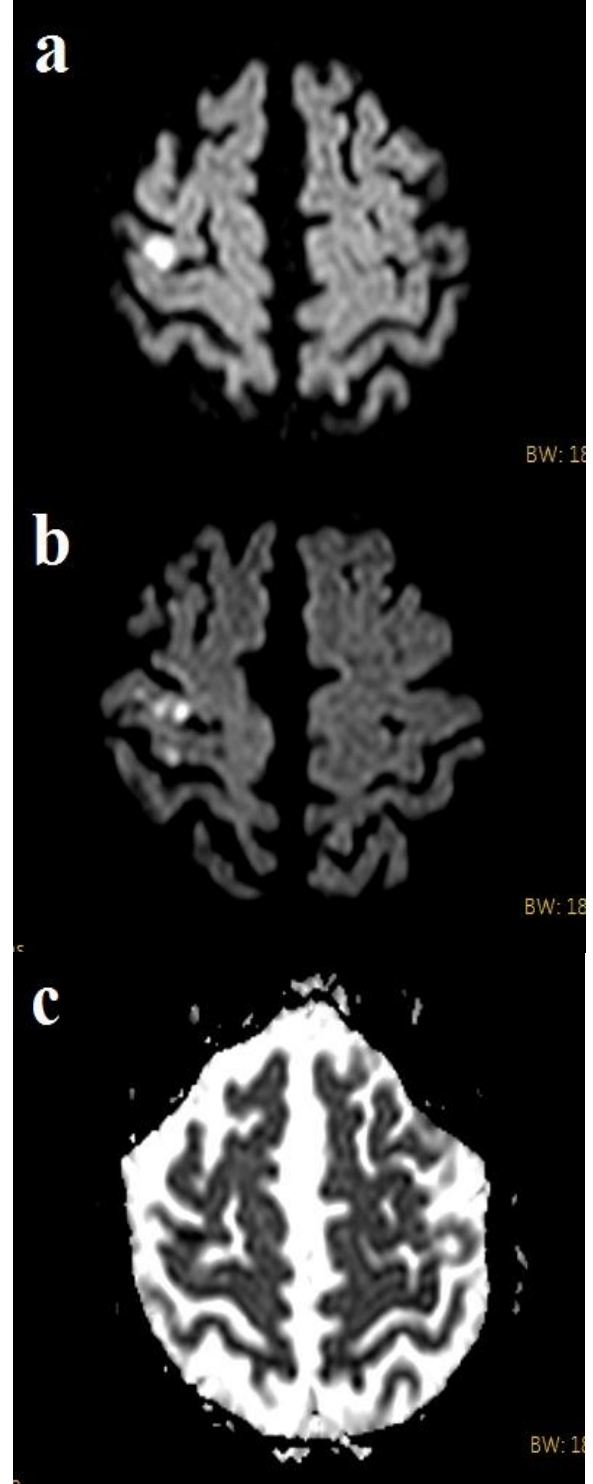
Bu makale şu şekilde atıf edilmelidir: Akpınar Ç. K, Yılmaz A, Doğru H, Aytaç E. İzole ulnar sinir paralizisini taklit eden iskemik inme olgusu. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi 2016; 22(3): 113-115. doi: 10.5505/tbdhd.2016.50570

OLGU

Yetmiş bir yaşında sağ elini kullanan erkek hasta, ani gelişen 4. ve 5. parmakta kuvvet kaybı yakınması ile acil servise başvurdu. Eşlik eden başka bir yakınması yoktu. Hipertansiyon dışında bilinen bir hastalığı yoktu. Nörolojik bakıda kraniyal sinir muayenesi ile yüzeysel ve derin duyu muayenesi normal, sağ el 4. ve 5. parmağın fleksiyon, adduksiyon ve abduksiyonu 2-3/5 kas gücündeydi. Laboratuvar incelemesi ile sağ üst ekstremité elektronöromiyografi tetkiki normaldi. Difüzyon ağırlıklı beyin görüntülemelerde, sol presantral girus medialinde kortiko-subkortikal 2-3 adet küçük akut enfarkt saptandı (Resim I a, b, c). Ekokardiyografi ve beyin-boyun bilgisayarlı tomografi anjiyografisinde bir patoloji saptanmadı. Elektrokardiyografide hızlı yanıtli atriyal fibrilasyonu vardı. Kardiyoloji ile görüşülerek atrial fibrilasyon tedavisi düzenlendi. İskemik inme subtipi TOAST sınıflamasına göre kardiyembolik olarak belirlendi. Hastane yatışının dördüncü gününde yapılan nörolojik muayenede sağ el 4. ve 5. parmak kas güçleri normaldi.

TARTIŞMA

İskemik inme hastalarında saf motor parezi nadir görülen klinik bir durumdur. Saf motor parezi periferik sinir lezyonları ile ilgili olabileceği gibi; presantral girus, angular girus, ventroposterior talamus, korteks ve sentrum semiovaledeki lezyonlar ile de gelişebilmektedir (4). Literatürde inferior pariyetal lob lezyonunda piramidal yol etkilenmeden motor defisit (izole el güçsüzlüğü) geliştiği bildirilmiştir (5). Paciaroni ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada olguların %66,6'sında üst, %33,3'ünde alt ekstremitéde monoparezi saptanmıştır (2). Mader-Ingvar ve arkadaşları olgularının %4.1'inde saf motor parezi olduğunu ve olguların %63'ünde üst, %15'inde alt ekstremitéde saf motor parezi geliştiğini bildirmişlerdir (6). Kortikal ve kortikal bölgeye yakın bölgelerde, geniş bir şekilde somatotopik motor alan temsil edilmektedir (7). Motor el bölgesi pariyetal bölgede presantral girusun santral sulkusa doğru çıkıntı yapmasıyla oluşmuş bir kabartı şeklindedir. Kortikal el bölgesinin medial tarafının kanlanması orta ve ön serebral arterlerin ortak sulama alanı ile sağlanırken, lateral tarafı orta serebral arter ile sağlanmaktadır (1). Olgumuz da olduğu gibi



Resim I a, b, c. Aksiyel Difüzyon ağırlıklı B1000 görüntülemelerde sağ presantral girus lokalizasyonunda 2-3 adet artmış sinyal intensitesi, c. Aksiyel Difüzyon ağırlıklı ADC görüntülemelerde sağ presantral girus lokalizasyonunda 2-3 adet azalmış sinyal intensitesi gözlenmektedir.

presantral lobun baş kısmının, enfarktı ulnar sinir paralizisini taklit eden bir tabloyla karşımıza çıkabilir (1). Bu durum literatürde psödoulnar paralizisi olarak adlandırılmıştır (6). Bir çalışmada, ulnar veya radial taraf tutulumu ile etiyolojik nedenler arasında ilişki olabileceği düşünülmüştür. Kortikal el bölgesini tutan iskemik lezyonlar, embolik veya hemodinamik nedenli olarak gelişebilir. Ulnar tarafı etkilenenlerde etiyolojik neden hemodinamik nedenlerken, radial taraf etkilenmesinde etiyolojik nedenin emboli kaynaklı olabileceği düşünülmüştür (3). Timsit ve arkadaşları ulnar taraf parmaklarda daha belirgin güçsüzlüğü olan 6 olguda, lezyon tarafında ciddi karotis darlığı veya oklüzyonu tespit etmiş ve hemodinamik bir süreç olabileceğini bildirmişlerdir (7). Olgumuzda literatürdeki bilgilerin aksine iskemik inme etiyolojisinde kardiyembolik bir süreç saptanmıştır. Takashi ve arkadaşları 2 ulnar, 1 radyal ve 2 düşük el olan olgularında enfarkt yerinin presantral girus posterior yerleşimli olduğunu (8), Lampl ve arkadaşları ise motor ve duysal etkilenmenin olduğu 7 olgularında (5'i ulnar taraf, 2'si median taraf) enfarkt yerinin talamus ve korono radiata olduğunu saptamışlardır (9). Santral sulkusun arka duvarının lezyonunda elin ulnar tarafında duysal etkilenme olabileceği bildirilmiştir (9). Duffau ve arkadaşları parmak ve bileğin motor temsilinin multipl kortikal alanda olabileceğini savunmuşlardır (10). Düşük el, ulnar taraf ve median taraf güçsüzlüğü olan olgularda, daha önce yapılmış çalışmalar presantral çıkıntıya lokalize etsede, son zamanlarda yapılan çalışmalar presantral bölgeye sınırlandırılmayacağını göstermiştir. İzole el güçsüzlüğünün prognozunun iyi olduğu bilinmektedir, olgumuzda olduğu gibi genellikle 2-3 gün içinde klinik tamamen veya tama yakın düzelmektedir.

Sonuç olarak, ani olarak gelişen, izole median veya ulnar taraf güçsüzlüğü olan olgularda, beynin difüzyon ağırlıklı manyetik rezonans görüntülemeleri ile iskemik bir süreç dışlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Kim JS. Predominant involvement of a particular group of fingers due to small cortical infarction. *Neurology* 2001;56:1677-82.
2. Paciaroni M, Caso V, Milia P, et al. Isolated monoparesis following stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76:805-7.
3. Kim JS, Chung JP, Ha SW. Isolated weakness of index finger due to small cortical infarction. *Neurology* 2002;58:985-6.
4. Hochman MS, DePrima SJ, Leon BJ. Pseudoulnar palsy from a small infarct of the precentral knob. *Neurology* 2000;26;55(12):1939-41.
5. Timsit S, Logak M, Manai R, et al. Evolving isolated hand palsy: a parietal lobe syndrome associated with carotid artery disease. *Brain* 1997;120:2251-7.
6. Maeder-Ingvar M, Melle G, Bogousslavsky J. Pure monoparesis: a particular stroke subgroup? *Arch Neurol* 2005; 6: 1221-4.
7. Phan TG, Evans BA, Huston J. Pseudoulnar palsy from a small infarct of the precentral knob. *Neurology* 2000;54(11):2185.
8. Takahashi N, Kawamura M, Araki S. Isolated hand palsy due to cortical infarction: localization of the motor hand area. *Neurology*. 2002 May 14;58(9):1412-4.
9. Lampl Y, Gilad R, Eshel Y, Sarova-Pinhas I. Strokes mimicking peripheral nerve lesions. *Clin Neurol Neurosurg* 1995;97(3):203-7.
10. Duffau H. Acute functional reorganisation of the human motor cortex during resection of central lesions: a study using intraoperative brain mapping. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;70(4):506-13.