

OLGU SUNUMU**CASE REPORT****KORTİKAL ENFARKTA BAĞLI İZOLE DİSTAL BACAK KUVVETSİZLİĞİ: BİR OLGU SUNUMU**

Turan DOĞAN*, **Mehmet Güney ŞENOL***, **Murat VELİOĞLU****, **Fatih ÖZDAĞ***,
Mehmet SARAÇOĞLU*

*GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Nöroloji Servisi, İstanbul

**GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Radyoloji Servisi, İstanbul

ÖZET

Eşlik eden başka bir nörolojik defisit olmaksızın kortikal enfarkta bağlı izole monoparezi hakkında pek bilgi bulunmayan ve seyrek karşılaşılan ve kolaylıkla gözden kaçırılabilir ya da piramidal bulguların azlığı nedeni ile periferik patolojilerle karıştırılabilecek bir durumdur.

Anahtar Sözcükler: Saf motor monoparezi, serebral kortikal enfarkt, difüzyon MR

ISOLATED MONOPARESIS DUE TO CORTICAL INFARCTION: A CASE REPORT**ABSTRACT**

Isolated monoparesis due to cortical infarction without any accompanying neurological deficit with inadequate information about is a rarely encountered condition and can be ignored easily or can be confused with peripheral pathology because of lack of pyramidal signs.

Key Words: Pure motor monoparesis, cerebellar cortical infarction, diffusion MR

GİRİŞ

Duyu kusuru olmaksızın tek ekstremitede sınırlı izole motor defisit ile ortaya çıkan saf motor monoparezi (SMM) seyrek karşılaşılan bir durumdur (1). İnme ile ilgili major nöroloji kitapları bu durumdan bir inme sendromu olarak bahsetmezler (2). Saf motor monoparezinin bildirilmiş etyolojileri arasında beyin tümörleri, beyin abseleri, iskemik stroke ve intraserebral hemoraji yer almaktadır (3). Serebral enfarkta bağlı saf bacak monoparezisi nadir görülen bir durumdur (4). İsviçre’de yeni yapılan bir çalışmada 4.802 inme hastasının %30’unda, lokalizasyonları ACA (%43), MCA (%23), subkortikal (%27) ve beyinsapı (%7) olacak şekilde saf bacak monoparezisi saptanmıştır (5). Yüksek kortikal yüzey lezyonlarının, saf motor hemipareziye neden olan internal kapsül ve beyinsapı derin lezyonlarına göre saf motor monoparezi oluşturma ihtimali daha yüksektir (6). İnme sonrası gelişen saf bacak monoparezisinde lezyon lokalizasyonuna yönelik yapılan önceki geniş çalışmalar difüzyon ağırlıklı MR görüntülerine değil BT ve konvansiyonel MR görüntülerine dayanmaktaydı. Konvansiyonel MR görüntüleri ile akut-kronik lezyon ayırımı yapılamamaktadır (7). Saf monoparezi kolaylıkla hatalı teşhis edilebilecek ve kuvvetsizliğin diğer nedenleri ile karışabilecek önemli bir inme sendromudur. Burada difüzyon ağırlıklı görüntüler ile gösterilmiş kortikal enfarkta

bağlı sağ alt ekstremitede saf motor defisiti olan bir hastayı sunduk.

OLGU

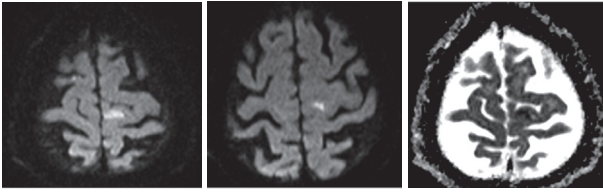
86 yaşında, sağ elini kullanan, özgeçmişinde özelliği olmayan bayan hastada akşam saatlerinde ani ortaya çıkan sağ ayağında kuvvetsizlik şikâyeti gelişmiş. Bu yakınması ile acil servise müracaat eden hasta kliniğimize kabul edildi. Hasta kabulünde genel durumu iyi, arteriyel kan basıncı değerleri normaldi. Nörolojik muayenesinde kraniyal alan muayenesi normal, diz eklemünde kuvvet +4/5, ayak plantar fleksiyonu-dorsal fleksiyonu 1/5 olarak saptandı. TDY sağ tarafta ekstansör idi. Patellar ve aşıl refleksleri sağ tarafta hiperaktif olarak alındı. Yüzeysel ve derin duyu muayenesi normaldi. Düşük ayak nedeni ile sağda stepaj tarzında yürüyüşü vardı. Diğer muayene bulguları normal sınırlarda idi. Rutin laboratuvar incelemede kan şekeri, total kolesterol seviyeleri normaldi. Elektrokardiyografi normaldi ve kardiyak incelemede patoloji saptanmadı. Karotid arter MR anjiyografisinde patoloji saptanmadı. Kranial MR incelemede difüzyon ağırlıklı görüntülerde sol presantral girus medialinde motor homonkulusun alt ekstremiteye ait bölüme sınırlandırılmış kortiko-subkortikal küçük bir akut enfarkt alanı saptandı (Resim 1). Mevcut klinik tablonun MRG de görülen akutenfarktalanı ile uyumlu olduğu değerlendirildi.

Yazışma Adresi: Mehmet Güney ŞENOL, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Nöroloji Servisi, 34668, Üsküdar, İSTANBUL

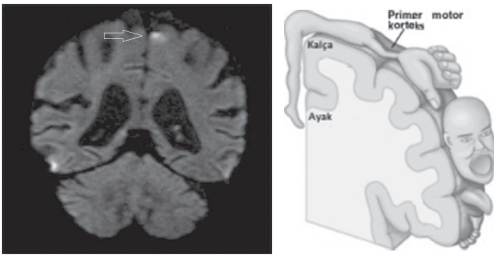
E-mail: mgksenol@yahoo.com Tlf: 0 216 5422020-3803,

Geliş Tarihi: 30.09.2010 **Kabul Tarihi:** 11.10.2010

Received: 30.09.2010 **Accepted:** 11.10.2010



Resim 1: Yakınmaları ortaya çıktıktan 8 saat sonra çekilen MR difüzyon ağırlıklı aksiyel görüntülerde sol presantral girus mesial süperfisyal alanda difüzyon kısıtlılığı gösteren, sağ distal monopareziye neden olan, ACA sulama alanında akut iskemik enfarkt alanı.



Resim 2. Solda okla gösterilen MR difüzyon ağırlıklı koronal görüntülerde alt ekstremitenin temsil edildiği alanda küçük kortikal iskemik enfarkt alanı. Sağda motor homonkulus ve presantral girusta somatotopik motor dağılımının temsili görülmekte.

TARTIŞMA

Duyu kusuru olmaksızın tekektremiteye sınırlı saf motor monoparezi ender karşılaşılan bir durumdur. Ashizawa ve arkadaşları 1986 yılında bildirdikleri 5 SMM vakasının tamamında karşı hemisferde yüksek kortikal yüzeyde yerleşimli yer kaplayıcı bir lezyon tanımladılar. Sonuç olarak laküner enfarktlara ya da vasküler patolojilere bağlı ender olarak SMM görüldüğünü, daha sık olarak karşı hemisferal alanda yüzeyel kortikal yerleşimli yer kaplayıcı lezyonlara bağlı geliştiğini vurguladılar. Ancak laküner sendromlar içerisinde çok nadir olarak ortaya çıkan SMM saf motor hemiparezinin hafif bir formu olarak mı yoksa birbirinden farklı iki sendrom olarak mı kabul etmek gerektiği tam olarak ortaya konmadı (6). Melo ve arkadaşları saf motor monoparezi kliniği olan 255 hastayı tekrar değerlendirdiler ve çalışmalarında 29 (%11,3) SMM vakasının 25'inde üst ekstremitede, 4'ünde alt ekstremitede etkilenimi olduğunu bildirdiler. Ancak bazı saf motor inme hastalarında BT de görülebilen herhangi bir lezyon olmadığına dikkat çektiler ve bulguların BT de görülemeyen kortikal bir enfarkta bağlı olduğunu kabul ettiler (4). Bu hastalarda monoparezi hemipareziden daha sık görülen bir tablodur.

Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi 2010 16:3; 91-93

Son dönemde İtalya'da yapılan geniş bir çalışmada 2003 inme hastasının 17'sinde alt ekstremitede monoparezi saptanmış. Bu hastaların dördünde ACA kortikal dallarında, üçünde MCA-PCA sulama alanında watershed enfarkt, üçünde talamik-kapsüler, ikisinde striato-kapsüler, ikisinde pontin, birinde subkortikal, birinde derin perforan ve birinde de MCA'nın anterior superficial kortikal dalında lezyonlar saptanmış (7). Alt ekstremitede monoparezilerinde ACA sulama alanı enfarktları en sık karşılaşılan grup olarak bildirilmiştir (5). ACA sulama alanı enfarktlarında saf bacak monoparezisinden sorumlu lezyonlar parasantral girus ya da presantral girus yerleşimli ve subkortikal lezyonları içine alan posterior enfarktlardır (8).

Penfield ve Jasper'e göre kontrateral yüz, kol, gövde ve bacağın motor innervasyonunun başlangıcı hemisfer lateral yüzünde presantral gyrusta temsil edilmektedir. Penfield korteks üzerinde, alt ekstremitede için gerçekleştirdiği elektrik stimülasyon çalışmasında, başparmak ve ayak bilek hareketi için primer somatotopik motor alanı presantral girusun mesial yüzü ve lateral yüzünün tepe noktası olarak lokalize etmiştir (9).

Bizim vakamızda ayak bileğinde daha belirgin sağ alt ekstremitede kuvvetsizliğe, SMM tablosuna neden olan kontrateral presantral gyrus tepe noktasında küçük bir enfarkt alanı difüzyon ağırlıklı görüntülerle aksiyel ve koronal planlarda gösterildi. (Resim 1,2). Nörogörüntüleme ile birlikte primer motor korteks lezyonlarına bağlı bildirilmiş SMM vakaları, özellikle SMM alt ekstremiteyi içeriyorsa oldukça nadirdir (10).

Bu vaka bize SMM kliniği ile başvuran her hastada inme yönünden dikkatli inceleme yapılması gerektiğini tekrar hatırlattı. Özellikle kortikal süperfisyal yerleşimli küçük enfarktların BT de görülemeyebileceği hatta uygun kesit alınmadığı takdirde MRG de dahi kolaylıkla gözden kaçırılabilirdiği akıldan tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Hochman MS, Deprima SJ, Leon BJ. Diffusion-weighted MRI diagnosis of pure motor stroke limited to primarily distal leg weakness. J Neuroimaging 2000 Apr;10(2):118-20.
2. Victor M, Ropper AH. Cerebrovascular diseases. In: Victor M, Ropper AH eds. Adams and Victor's Principles of Neurology. 8th ed. New York: McGraw-Hill Medical, 2005; 660-746.
3. Lee SH, Kim SK, Choi YC, et al. Two cases of cortical infarction presenting as pure motor monoplegia. J Korean Neurol Assoc 1994; 12: 323-328.
4. T.P. Melo, J. Bogousslavsky, G. van Melle et al. Pure motor stroke: a reappraisal, Neurology 1992; 42: 789-795.

5. M. Maeder-Ingvar, G. van Melle and J. Bogousslavsky. Pure monoparesis: a particular stroke subgroup? *Arch Neurol* 2005; 6: 1221–1224.
6. T. Ashizawa, L.A. Rolak and M. Hines. Spastic pure motor monoparesis, *Ann Neurol* 1986; 20: 638–641.
7. M. Paciaroni, V. Caso and P. Milia et al. Isolated monoparesis following stroke, *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76: 805–807.

8. Kohno Y, Ohkoshi N, Shoji S. Pure motor monoparesis of a lower limb due to a small infarction in the contralateral motor cortex. *Clin Imaging* 1999; 23: 149–51.
9. Penfield W, Jasper H. *Epilepsy and the Functional Anatomy of the Human Brain*. Boston: Little Brown, 1954: 41–155.
- Takamatsu N, Yamanouchi H, Yamada H. Lacune in the white matter revealed by MRI in a case of pure motor monoparesis. *Rinsho Shinkeigaku* 1990; 30: 898–900.