

# **OLGU SUNUMU: Baş ağrısı ve Ataksi ile Prezente Olan Bilateral Medial Medüller Sendrom Olgusu**

**Hamit GENÇ<sup>1</sup>, İbrahim Arda YILMAZ<sup>1</sup>**

**1-Nöroloji Kliniği, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi, Mersin, Türkiye**

## **ÖZET**

MMS nadir bir sendrom olup, tüm inmeler içinde %1'in altında izlenmektedir. (2)Bilateral medial medüller sendrom ise daha nadir olarak gözlenmektedir. Genelde akut progresif tetraparezi ile prezente olur. Bu izole izlenebildiği gibi fasiyal paralizi, lingual paralizi, tüm ekstremiteleri içine alan parestezi, okülomotor etkilenme, derin duyuda bozulma gibi klinik bulgularla birlikte de izlenebilir(3).Difüzyon MR incelemede "kalp görünümü" şeklinde difüzyon kısıtlılığı ve T2 incelemede aynı alanda hiperintens lezyon izlenir(4). Bu olgu ile birlikte bildirilen vakalarda; bilateral medial medüller sendromu genel ve geniş bir bakış açısı ile irdelemeyi amaçladık.

53 yaşında erkek hasta ani başlayan vertigo, denge kaybı, sol bacakta kramp ve çift görme şikâyetlerine baş ağrısı, disfaji ve dizartri şikâyetlerinin eklenmesi üzerine başvurduğu acil serviste yapılan difüzyon MR görüntülemesinde "kalp görünümü" şeklinde difüzyon kısıtlılığının izlendiği bilateral medial medüller enfarkt saptandı. DM ve hiperlipidemisi bulunan hastanın takiplerinde klinik progresyon gözlenmedi. Solunum sıkıntısı gelişmedi.

Bildirilen olgularda en yaygın klinik prezantasyon motor güçsüzlük (%78.4) olup %64.9 hastada bilateral olarak izlenmiştir. Dizartri ve nistagmus (%48.6), duyu bozukluğu (%43.2), hipoglossal paralizi(%40.5), disfaji (%16.2), dört hastadan birinde ise respiratuar yetmezlik izlenmektedir. (3)

Sonuç olarak bilateral medial medüller sendrom oldukça nadir izlenmekte olup hastalarda kuadriparezi/kuadriplejiden, disfajiye; lingual paraliziden, nistagmusa kadar değişen geniş bir klinik yelpaze gözlenebilir. Hastaların bir kısmı respiratuar yetmezlik nedeniyle kaybedilir fakat başlangıçta respiratuar tutulum genelde izlenmez.

## **GİRİŞ**

Medial medüller sendrom(MMS) ilk olarak Spiller tarafından 1908 yılında tanımlanmıştır.(1) MMS nadir bir sendrom olup, tüm inmeler içinde %1'in altında izlenmektedir. (2)Bilateral medial medüller sendrom ise daha nadir olarak gözlenmektedir. Bu antitenin etyoloji, klinik manifestasyonu ve prognozu çok iyi

tanımlanamamış olmasına rağmen hastalarda genelde akut progresif tetraparezi ile prezente olur. Bu izole izlenebildiği gibi fasiyal paralizi, lingual paralizi, tüm ekstremiteleri içine alan parestezi, okülomotor etkilenme, derin duyuda bozulma gibi klinik bulgularla birlikte de izlenebilir. (3)Difüzyon MR incelemede taban kısmı medulla oblongatanın anterior bölümünde, tepe

kısmı rostral bölümünde “kalp görünümü” şeklinde difüzyon kısıtlılığı ve T2 incelemede aynı alanda hiperintens lezyon izlenir(4).Bu olgu ile birlikte bildirilen vakalarda bilateral medial medüller sendromu genel ve geniş bir bakış açısı ile irdelemeyi amaçladık.

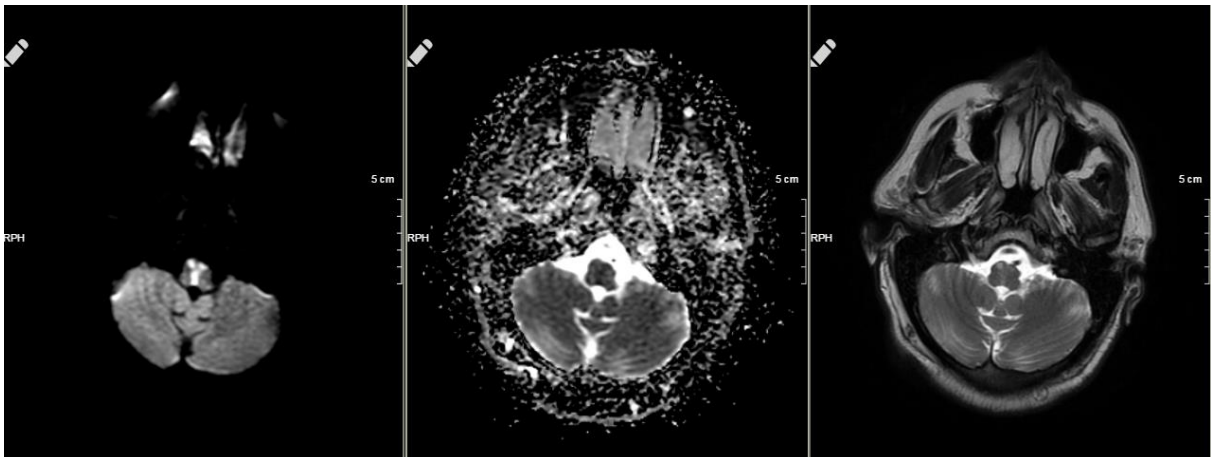
## OLGU

53 yaşında erkek hasta, vertigo, denge kaybı, sol bacakta kramp ve çift görme şikâyetleriyle başvurduğu nöroloji kliniğinde yapılan muayene ve tetkiklerinde herhangi bir şey saptanmıyor. Bu şikâyetlerin başlamasından 5 gün sonra hastada başın vertex ve suboksipital kısmında, çok şiddetli, sıkıştırıcı tarzda baş ağrısı oluyor. Baş ağrısı basit analjezik tedaviye yanıt vermiyor. Baş ağrısının başlamasından 2 gün sonra ani başlayan sağ yan güçsüzlüğü, disfaji ve dizartri kliniğiyle başvurduğu acil serviste yapılan Serebral Difüzyon MR görüntülemesinde bilateral medial medüller enfarkt (Şekil 1)saptanması üzerine hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla nöroloji servisine yatırılıyor. Hastanın yaklaşık 10 yıldır bilinen DM hastalığı ve hiperlipidemisi vardı. Hasta insülin aspart 30 IU/gün, metformin 2000 mg/gün, insülin glarjin 3x18 IU kullanıyordu. Bunun dışında sigara kullanım, HT, KAH ve inme öyküsü yoktu. Hastanın yapılan nörolojik

muayenesinde bilinç açık, oryante, koopereydi. Vital bulguları stabil idi. Periferik nabızlar ritmik ve eşit alınıyordu. Fasiyal paralizisi yoktu, okülomotor muayene doğaldı. Palatal arklar simetrik idi. Fakat hastanın ılımlı disfajisi mevcuttu. İpsilateral dil paralizisi vardı. Sağ üst ekstremitte plejik, sağ alt ekstremitte kas gücü 2/5 idi. Sol üst ve alt ekstremitte kas gücü 5/5 olarak değerlendirildi. Sağ yanda vibrasyon duyusunda azalma vardı fakat duyu defisiti yoktu. Taban cildi refleksi bilateral dorsal idi. LDL 98 mg/dl, HgA1c 10,6 olarak ölçüldü. Yapılan ekokardiyografik incelemede EF %60, sol atrium boyutu 4,2 cm olarak ölçüldü. Kalp kapakları doğal olup, İVS hafif hipertrofik izlendi. Asetilsalisilik asit, klopidogrel ve heparin infüzyon tedavisi verildi. Hastanedeki yatış sürecindeki takiplerinde hastanın sağ alt ekstremitte kas gücü +2/5'e kadar düzeldi. Disfaji ve dizartri kliniğinde gerileme izlendi. Hasta asetilsalisilik asit ve klopidogrel tedavisi ve diyet önerileri ile taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Dejerine sendromu olarak da bilinen medial medullar sendromunun (MMS) tipik nörolojik bulguları; dilde ipsilateral palsy, yüzün korunduğu kontralateral hemiparezi ve derin duyu bozukluğudur



Şekil 1: DWI incelemede(en solda) kalp görünümü şeklinde izlenen bilateral medial medüller enfarkt ve ADC'de(ortada) hipointens, T2'de(en sağda) hiperintens olarak lezyonun karşılığı izlenmektedir.

(5). Medial medüller sendromdan daha nadir olarak izlenen bilateral medial medüller sendromda ise en yaygın klinik prezantasyon motor güçsüzlük (%78.4) olup %64.9 hastada bilateral olarak izlenmiştir. Dizartri ve nistagmus (%48.6), duyu bozukluğu (%43.2), hipoglossal paralizi(%40.5), disfaji (%16.2), dört hastadan birinde ise respiratuar yetmezlik izlenmektedir(3). Babinski genelde bilateral dorsal yanıtıdır. Bilinç bazen alert, konfüze, somnolans şeklinde olabilir. Hastaların bir kısmında bulantı, dizartri, dizziness, disfoni, ataksi gibi klinik tabloların bir veya birkaçı da izlenebilir. Bildirilen bir olguda depresyon, suisid, halüsinasyon, anksiyete şeklinde psikiyatrik bozukluklar bildirilmiştir(6). Bizim vakamızda da depresyon ve anksiyete izlenmiştir. Bilateral medial medüller sendrom, medial medüller sendromda da izlendiği gibi posterior dolaşımın akut olarak aterotromboz veya kardiyembolik etkilenmesine bağlı olarak ortaya çıkar. Etyolojide başta vertebral ve anterior spinal arterlerin aterotrombozu vardır(3). Bizim olgumuzun da dahil

edildiği bilateral medial medüller sendromun izlendiği 13 vaka incelendiğinde hastalarda HT, DM, sigara, hiperlipidemi, MI, inme, takayasu arteriti, homosistein yüksekliği, HCV, KBH gibi hastalıklar mevcuttu(6-14).Bu 13 hastanın 11'inde birden fazla risk faktörü birlikteydi. Hastalarda en çok DM ve HT birlikte izlenmiş olup hastaların 10'unda HT vardı. Bizim olgumuzda ise risk faktörü olarak DM ve hiperlipidemi mevcuttu. Bu 13 hastada yaş ortalaması 60.07 olup, hastaların 9'u erkekti. Tanıda difüzyon ağırlıklı serebral görüntüleme medulla oblongatada "heart appearance" olarak tanımlanan kalp görünümü şeklinde difüzyon kısıtlılığı ve ADC'de lezyon alanına uyan hipodens görünüm izlenir.

Sonuç olarak bilateral medial medüller sendrom oldukça nadir izlenmekte olup hastalarda kuadriparezi/kuadriplejiden, disfajiye; lingual paraliziden, nistagmusa kadar değişen geniş bir klinik yelpaze gözlenebilir. Hastaların bir kısmı respiratuar yetmezlik nedeniyle kaybedilir fakat başlangıçta respiratuar tutulum genelde izlenmez.

## KAYNAKLAR

1. Spiller WG. The symptom-complex of a lesion of the upper most portion of the anterior spinal and adjoining portion of the vertebral arteries. *J Nerv Mednt Dis.* 1908;35:775-77.
2. Kumral E, Afşar N, Kırbaş D, Balkır K, Özdemirhan T. Spectrum of medial medullary infarction: Clinical and magnetic resonance imaging findings. *J Neurol* 2002;249:85-93
3. Bilateral Medial Medullary Infarction: A Systematic Review Gustavo Saposnik-2012
4. Acute Bilateral Medial Medullary Infarction: A Unique 'Heart Appearance' Sign by Diffusion-Weighted Imaging- *Eur Neurol* 2004;51:236–237
5. Caplan L. Posterior circulation ischemia: Then, now, and tomorrow: The Thomas Willis Lecture. *Stroke* 2000;31:2011- 2023.
6. Bilateral medial medullary syndrome secondary to Takayasu arteritis: *BMJ Case Reports* 2013; doi:10.1136/bcr-01-2012-5600

7. Bilateral medial medullary infarction manifested as sensory ataxia: A case report and review of the literature-Journal of Korean Medical Science Vol.11, No.2, 193-196 April 1996
8. Tokuoka, Kentaro, et al. "A case of bilateral medial medullary infarction presenting with "heart appearance" sign,." *Tokai J Exp Clin Med* 32.3 (2007): 99-102.
9. Deshpande, Anirudda, et al. "Bilateral medial medullary syndrome secondary to Takayasu arteritis." *BMJ case reports* 2013 (2013): bcr-01.
10. Jawad, Rehmani Aniqah, et al. "Bilateral medial medullary infarction: a case report." *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association* 63.3 (2013): 387-389.
11. Divya, K. P., et al. "Bilateral medial medullary infarction: heart appearance." *Neurology India* 61.1 (2013).
12. Jalal, Muhammed Jasim Abdul, and Murali Krishna Menon. "Bilateral medial medullary infarction with a " heart appearance" sign." *Neurology India* 64.7 (2016): 130.
13. Ma, Lei, et al. "Bilateral medial medullary infarction presenting as Guillain–Barré-like syndrome." *Clinical neurology and neurosurgery* 113.7 (2011): 589-591.
14. Liu, Chien-Liang, and Sheng-Huang Lin. "Tetraplegia following bilateral medial medullary infarction." *Tzu Chi medical journal* 21.3 (2009): 248-250.
15. Pongmoragot, Jitphapa, et al. "Bilateral medial medullary infarction: a systematic review." *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 22.6 (2013): 775-780.
16. Maeda, Masayuki, et al. "Acute bilateral medial medullary infarction: a unique 'heart appearance' sign by diffusion-weighted imaging." *European neurology* 51.4 (2004): 236-237.