

## Postpartum Pons Kanaması Sonrası Gelişen Fisher 1.5 Sendromu

### *Fisher's One and A Half Syndrome Developed After Postpartum Pons Hemorrhage*

Raikan BÜYÜKAVCI, Hatice Kübra YILDIRIM, Meral Kırmızı BİNGÖL

*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye*

**Geliş tarihi:** 09.04.2020 **Kabul tarihi:** 08.06.2020 **DOI:** 10.17517/ksutfd.716553

#### Özet

Fisher'in 1.5 sendromu küçük pontin lezyonlarda gözlenen, sık olmayan bir klinik tablodur. 25 yaşında kadın hasta postpartum 2. günde baş ağrısı ve bilinç bulanıklığı ile Acil servise getirilmiş. Yapılan ilk değerlendirmede hastanın bilinci letarjik, konuşması dizartrik, sağ göz nötr pozisyonda içe deviye, her iki gözde dışa bakışta kısıtlılık saptanmış. Çekilen kraniyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ponsta akut dönem hemoraji tespit edilmiş. Biz burada hızlı tanı konulan ve sonrasında akut dönemde rehabilitasyon programı ile desteklenen nadir rastlanılan Fisher'in 1.5 sendromu tanılı bir hasta sunduk.

**Anahtar Kelimeler:** Fisher sendromu, Pons, Kanama

#### Abstract

Fisher's 1.5 syndrome is an uncommon clinical picture observed in small pontine lesions. A 25-year-old woman was brought to the Emergency department with headache and confusion postpartum on the 2nd day. In the first evaluation, the patient's consciousness was lethargic, his speech was dysarthric, the right eye was deviated inward in the neutral position, and both eyes were limited in the outward gaze. In the cranial magnetic resonance imaging (MRI), acute period hemorrhage was detected in the pons. Here, we present a patient with a rapid diagnosis of Fisher's 1.5 syndrome diagnosed in the acute period, supported by a rehabilitation program.

**Keywords:** Fisher's syndrome, Pons, Bleeding

**Yazışma Adresi:** Hatice Kübra Yıldırım, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Malatya, Türkiye

**Tel:** +904223410660 **Gsm:** +905531482506 **Fax:** +0090 422 3412708 **Mail:** haticekubragns@gmail.com **ORCID No (Sırasıyla):** 0000-0002-2234-7158; 0000-0002-8044-727X; 0000-0001-7820-5952

## GİRİŞ

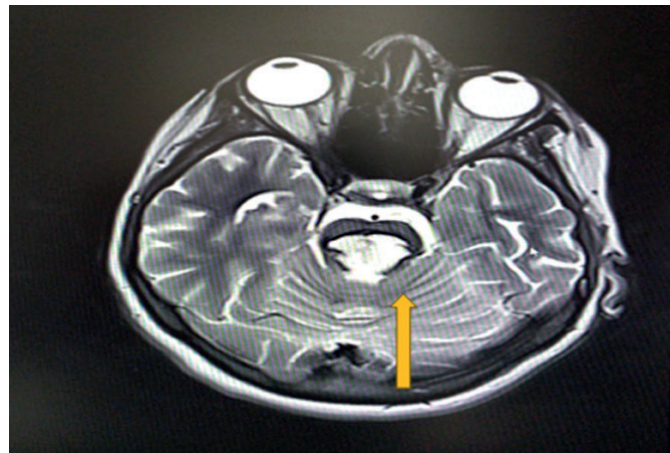
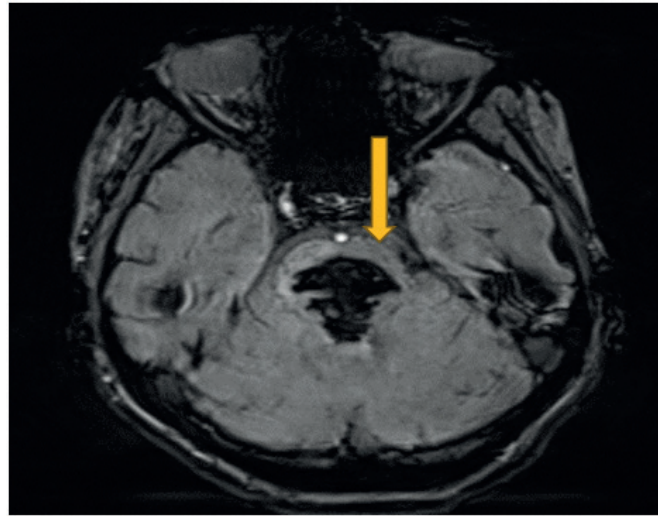
Bir buçuk sendromu; ipsilateral medial longitudinal fasikül (MLF) ile birlikte altıncı sinir çekirdeğini ve/veya paramedian pontin retiküler formasyonunu (PPRF) içeren tek taraflı bir lezyondan kaynaklanmaktadır (1). Ponstaki PPRF/abduzens nükleus lezyonu ipsilateral konjuge bakış felcine ve MLF lezyonu da ipsilateral adduksiyon kısıtlılığına neden olur. Bu yapılar orta ve alt pons tegmentumunda yaklaşık 10 mm'lik bir alanda bulunur ve birlikte etkilenecek sendromun bileşenlerini oluşturabilir. Hastalarda nistagmus, oküler bobbing, pupilla anomalileri görülebilir. Aynı zamanda bazı olgularda yüz felci, hemiparezi ve/veya hemihipoestezi gibi bulgular da eşlik edebilir. Diğer taraftan bilinçle ilgili retiküler aktivator sistem ponsun tegmentumunun paramedian bölgesiyle mezensefalonda yer aldığından lezyonlarında bilinç değişiklikleri ve koma da görülebilir (2,3).

Bir buçuk sendromu sıklıkla multiple skleroz, beyin sapı vasküler hastalıkları ve arterovenöz malformasyon sonucu gelişir. Oküler miyasteni ise bir buçuk sendromunu taklit edebilir (2).

Bu yazıda öncesinde sağlıklı olan genç bir kadın hastada postpartum dönemde ortaya çıkan hipertansiyon sonrası pons hemorajisine bağlı gelişen Fisher 1.5 Sendromu olgusu sunulmuştur.

## OLGU SUNUMU

25 yaşında kadın hasta baş ağrısı ve bilinç bulanıklığı ile acil servise getirilmiş. Öyküsünde 2 gün önce normal vajinal yolla doğum yaptığı, bebeğinin sağ- sağlıklı olduğu, gebelikte herhangi bir sağlık problemi olmadığı öğrenilmiş. Yapılan ilk değerlendirmede hastanın bilinci letarjik, konuşması dizartrik, sağ göz nötr pozisyonda içe deviye, her iki gözde dışa bakışta kısıtlılık saptanmış. Tansiyonu 180/100 mm Hg olan hasta nöroloji bölümüne konsülte edilmiş. Bu bulgularla antihipertansif tedavi başlanıp yoğun bakım ünitesinde takibe alınan hastadan çekilen kranial MRG'de; ponsta T1A izointens, T2A hipointens, akut dönem hemoraji ve buna sekonder ödeme bağlı pons boyutları artmış saptanmıştır (**Resim 1,2**). Diffüzyon MRG'de ponsta T2A black-out etkilerinin görüldüğü kanama ile uyumlu görünüm izlenmiş. Nöroloji kliniğinde 20 günlük izlem sonrası antihipertansif ve antiagregan tedavisi düzenlenen hasta rehabilitasyon amacıyla Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon kliniğine devir alındı.



**Resim-1,2.** Kranial MRI'de; ponsta T1A izointens,T2A hipointens, akut dönem hemoraji ve buna sekonder ödeme bağlı pons boyutlarında artmış saptanmıştır.

Tekrarlanan fizik muayenesinde hastanın bilinci açık, konuşması dizartrik idi. Vertikal nistagmusu mevcut olup, sol gözde daha fazla olmak üzere dışa bakış kısıtlılığı mevcuttu. Baş ve oturma dengesi tam, üst ekstremitede omuz dirsek ve parmak fleksör ve ekstansör kas güçleri 4/5 idi. Alt ekstremitede kalça fleksör, diz ekstansör ve ayak bileği kas güçleri de 4/5 idi. Dismetri testi ve romberg testi pozitif. Tandem beceriksizdi. Hasta tek kişi desteği ile ataksik yürüyordu. Fonksiyonel ambulasyon sınıflama (FAS) skoru 2 idi. Biodex denge stimülatörü (Biodex Medical Systems, Shirley, 2000, New York) ile yapılan denge testinde mediolateral yönde belirgin olmak üzere tüm yönlerde dengesizlik mevcuttu. Laboratuvar testlerinde hemogram sonucunda demir eksikliği anemisi mevcut olan hastanın oral demir tedavisi düzenlendi. D vitamini ise 7 ng/ml olan hastaya D vitamini yükleme ve idame tedavisi düzenlendi. Diğer laboratuvar testleri normaldi. Rehabilitasyon programında hastaya ilk aşamada izometrik egzersizler oturma ve gövde dengesi egzersizleri, aktif asistif eklem hareket açıklığı egzersizleri ve proprioseptif nöromusküler fasyasyon (PNF) egzersizlerine başlandı. Son 10 seansta PNF ve rezistif egzersizler ile desteklenen hasta alt ve üst ekstremitede kas güçlerinde artışla beraber ayakta durma, paralel barda yürüme ve denge egzersizlerine ağırlık verildi. Ortalama 40 seans rehabilitasyon programına dahil edilen hastanın tedavi sonunda alt ve üst ekstremitede kas güçleri tama yakın, kısa mesafe yürüyüşlerde bağımsız hale geldi. FAS skoru 4'e yükseldi. Nistagmusu azaldı, dışa bakış kısıtlılığı devam etmekte idi. Denge egzersizleri ağırlıklı olarak ev egzersiz programı düzenlenerek taburcu edildi. Taburculuktan 3 ay sonraki değerlendirmesinde düz zeminlerde bağımsız yürüyen hasta merdivende tek destekle mobilize idi. İnce motor becerileri ise günlük yaşamda bağımsızdı. Hastanın bilgilendirilmiş yazılı onamı alınmıştır.

## TARTIŞMA

Burada postpartum hipertansif pons kanaması sonrası 'Bir buçuk sendromu' tanısı ile akut dönemde rehabilitasyon kliniğinde izlenen bir kadın hasta sunulmuştur. Bir buçuk sendromu Fisher tarafından 1967'de bulunmuştur. Aynı tarafta yatay bakış felci ile karakterize edilir. Diğer tarafta ise adduksiyonda bir sınırlanma nedeniyle ( $1 + \frac{1}{2} = 1 \frac{1}{2}$ ) bir buçuk sendromu olarak tanımlanmıştır (4). Sendromun sıklığı paramedian pons infarktlarının incelendiği bir çalışmada %8.02, tüm beyin sapı infarktlarının incelendiği başka bir çalışmada ise %3.9 olarak saptanmıştır (3,5).

Bir buçuk sendromu nadiren izole bir bulgudur. Olgular da santral fasiyal paralizi (%75), hemiparezi veya hemipleji (%30), hemihipoestezi (%30) en sık görülen diğer nörolojik bulgulardır (5-7).

Bir buçuk sendromu ile diğer kranial sinir etkilenimleri ve nörolojik tutulumlar birlikteliğinde 1.5 sendrom spektrum bozuklukları gelişir. Bir buçuk sendromunun teşhisi ve spektrum bozuklukları ayırt edici klinik semptomlara, nöroanatomiye, özellikle görüntüleme tekniklerine dayanmaktadır. Görme bozukluğu, yutma bozukluğu ve ince motor

beceri bozuklukları gibi diğer ilişkili semptomlar lezyonların yerine göre klinik gösterir. Bu sendromlar (yirmi buçuk sendromu, sekiz buçuk sendromu vs.) pons dorsal tegmentumdaki tek taraflı bir lezyondan kaynaklanır, en sık pontin lakunar infarktüsünün bir sonucu olarak, aynı zamanda demiyelinizan bozukluklardan, enfeksiyondan, tümörden ve vaskülitten kaynaklanır (8,9). Sadece çok az sayıda hastada izole bir buçuk sendromu görülürken lezyonlar daha küçük ve lokalizedir. Örneğin; beyin sapı sistikoz, beyin sapı kavernöz hemanjiom ve bizim olgumuzda da olduğu gibi beyin sapının lokal hemorajik enfarktüsü gibi.

Sonuç olarak; olgumuz; 1.5 sendromu ile uyumlu idi. Nörooftalmolojik muayenesinde patolojik bulguları saptanan ve akut dönem MRG ile de Fisher 1.5 sendromu desteklenen hasta erken dönemde fizik tedavi ve rehabilitasyona alındı. Burada hızlı tanı ve erken dönem rehabilitasyon sonuçları başarılı olan nadir görülen bir buçuk sendromu olgusu sunulmuştur.

## KAYNAKLAR

1. Murat E. Nöroloji Temel Kitabı. Güneş Tıp Kitapevleri. 1. Baskı. 2013. P:114
2. Allbon Daniel S, La Hood Ben. Thirteen-And-A-Half Syndrome. Journal of Neuro-Ophthalmology. 2016;36(2):191-192
3. Johkura K, Komiyama A, Kuroiwa Y. Eye deviation in patients with one-and-a-half syndrome. Eur Neurol. 2000;44:210-215.
4. Fisher CM. Someneuro-ophthalmological observations. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1967;30:383-392.
5. Kataoka S, Hori A, Shirakawa T, Hirose G. Paramedian pontine infarction. Stroke. 1997;28:809-815
6. Johkura K, Komiyama A, Kuroiwa Y. Eyedeviation in patients with one-and-a-half syndrome Eur Neurol. 2000;44(4):210-215.
7. Fang Xu, Lihong Zhang, Li Zhang, Zhenguang Ying, OuSha, Yan Ding.
8. One-and-a-half syndrome with its spectrum disorders. Quant Imaging Med Surg. 2017;7(6):691-697
9. Eight-and-a-half syndrome:one-and-a-half syndrome plus cranial nerve VII palsy. Eggenberger E 1 .Unit for Neuro-Visual Disorders, Michigan State University College of Osteopathic Medicine, East Lansing 48824-1313, USA.