

Sadece Klonus ile Ortaya Çıkan Akut Serebral Enfarkt Olgusu

Adnan DEMİREL*, Murat BAYKARA**, Tuba Tülay KOCA***,
Aydın ARSLAN****

Öz

Anamnez, hastaların tanısında en az fizik muayene kadar önemlidir. İnmeli hastaların yaklaşık olarak %35'inde görülen klonus bulgusu erken dönemde ortaya çıkabilir. Olgumuzda araç kullanamama yakınması ile kliniğimize başvuran, fizik muayenesinde aşil klonus tespiti ile akut inme tanısı konulan 53 yaşında erkek hastayı sunduk.

Anahtar Sözcükler: İnme, tıbbi hikâye alımı, nöroradyolojik görüntüleme.

The Case of Acute Cerebral Infarction Presented with Only Clonus

Abstract

Anamnesis is as important as physical examination in the diagnosis of patients. Clonus finding may occur in approximately 35% of stroke patients in early period. We presented a 53-year-old male with achill clonus on physical examination and diagnosed as an acute stroke.

Olgu Sunumu (Case Report)

Geliş / Received: 30.11.2017 & **Kabul / Accepted:** 15.02.2018

* Dr. Öğr. Üyesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kahramanmaraş, Türkiye, E-posta: mhalid@mynet.com

ORCID ID <https://orcid.org/0000-0002-2974-8560>

** Dr. Öğr. Üyesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Kahramanmaraş, Türkiye, E-posta: muratbaykara@hotmail.com

ORCID ID <https://orcid.org/0000-0003-2588-9013>

*** Dr. Öğr. Üyesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kahramanmaraş, Türkiye, E-posta: tuba_baglan@yahoo.com

ORCID ID <https://orcid.org/0000-0002-4596-858X>

**** Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Ortez-Protez Bölümü, Türkiye, E-posta: draarslan@hotmail.com **ORCID ID** <https://orcid.org/0000-0001-5036-517X>

Keywords: Stroke, medical history taking, neuroradiologic imaging.

Giriş

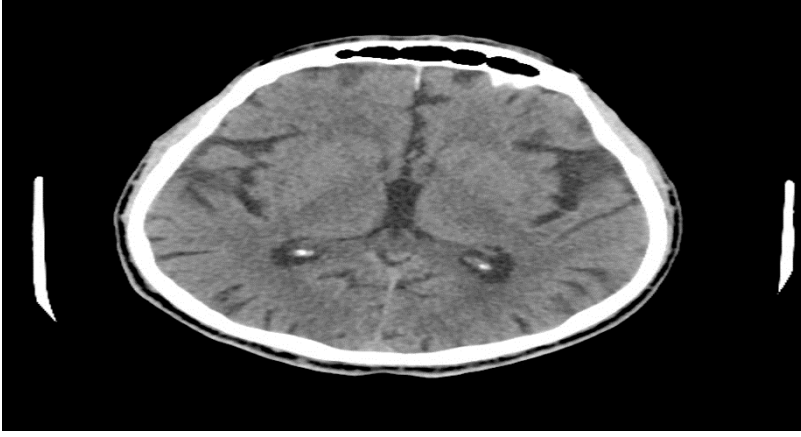
Klonus, üst motor nöron patolojilerine bağlı olarak ortaya çıkan, inme hastalarında sıklıkla görülen ve kas tonusu ile refleksin birlikte artışıdır¹. Bir kas ya da tendonun ani ve pasif olarak gerilerek uyarılmasına yanıt olarak bir dizi ritmik istemsiz kas kasılmaları olarak ortaya çıkar². İnmeli hastaların yaklaşık olarak %35’inde görüldüğü rapor edilmiştir, hastalarda denge ve yaşam kalitesini bozacak lökomotor anormalliklere neden olabilir³.

Anamnez, hastaların tanı almasında en az fizik muayene kadar önemlidir. Yeterli sorgulama yapılmadığında esasen göze çaracak patolojilerin tanısı gözden kaçabilir. Burada araba kullanamama yakınması ile kliniğimize başvuran ve fizik muayenesinde aşil klonusu tespiti ile akut serebral enfarkt tanısı koyduğumuz hastayı sunduk.

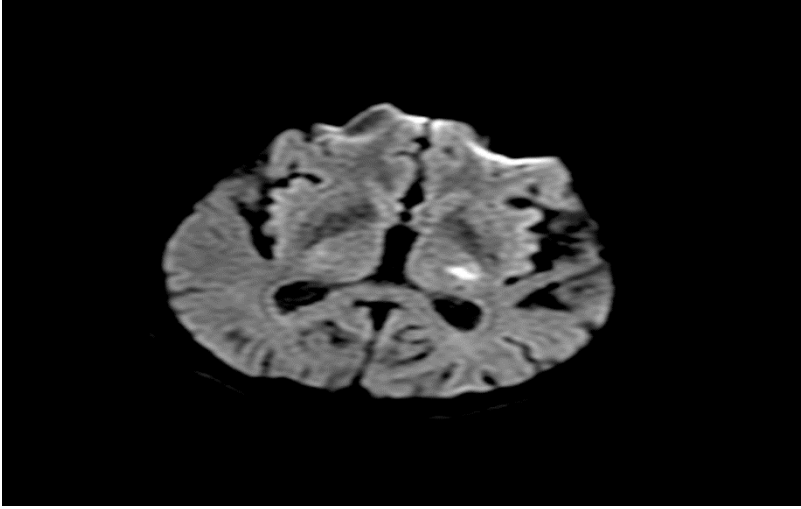
Olgunun Tanımı

Elli beş yaşındaki sağ elini kullanan erkek hasta polikliniğe esasen kendisinin bir şikâyeti olmadığını ve “bir motorcu ustanın önerisi ve ısrarıyla geldiğini” söyleyerek başvurdu. Olgunun öyküsü dikkate alınarak yapılan nörolojik muayenesinde sağda “aşil klonusu” saptandı. Sağda derin tendon refleksleri de hafif düzeyde artmıştı ve başka bir patolojik bulguya rastlanmadı. Olgunun kraniyal Bilgisayarlı Tomografisinde (BT) müphem bulgular olması nedeniyle Magnetik Rezonans Görüntülemeye (MRG) başvuruldu. MRG’de internal kapsül arka bacağında ~10x5 mm ölçülerde akut laküner enfarktla uyumlu alan saptandı (Resim 1) ve olgu tedaviye alındı. Olgu, öyküsündeki sorunun beyindeki küçük bir enfarkta bağlı olduğunu öğrenince tedavi sonrasında kendisini doktora yönlendiren tamirciye teşekkürüne gittiğini bildirdi. Olgudan yayımlanma için yazılı olur alınmıştır.

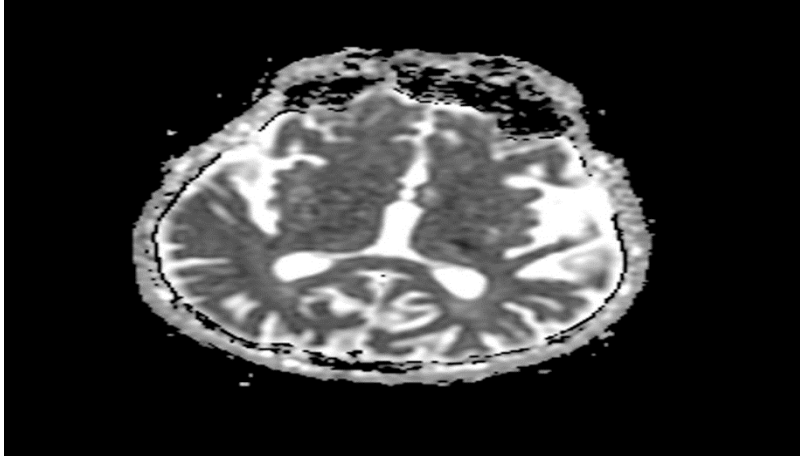
Resim 1a: Kraniyal bilgisayarlı tomografi



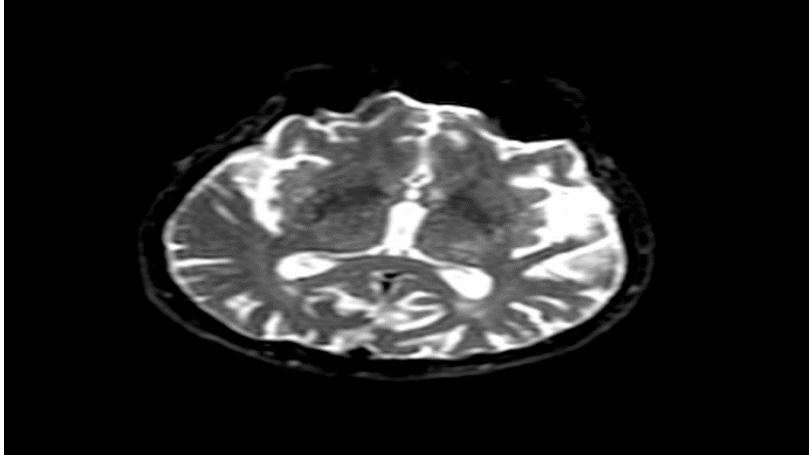
Resim 1b: Difüzyon ağırlıklı MRG



Resim 1c: ADC haritası MRG



Resim 1d: T2 ağırlıklı MRG görüntüleri



Sol internal kapsül posterior bacakta; difüzyon ve T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens, ADC haritasında hipointens olarak izlenen, BT'de ise MRG görüntüleriyle retrospektif olarak bakıldığında hipodens olarak yorumlanabilen akut enfarktüs görünümü saptandı.

Tartışma

Klonus, inen motor nöronlarda kalıcı bir hasara bağlı gelişen istem dışı ve ritmik kontraksiyonlardır. Ayak, patella, triseps surae, el bilek, çene, biceps brakii gibi lokalizasyonlarda ortaya çıkabilir. Klonusun asıl oluş mekanizması bilinmemektedir. İki farklı hipotez üzerinde durulmaktadır. En fazla kabul görüleni self-eksitasyon sebebi ile ortaya çıkan artmış gerim refleksleridir⁴. Klonus stroke, travmatik beyin hasarı,

multiple skleroz, serebral palsi, spinal kord tümörleri veya travmaları, beynin ve spinal kordun dejeneratif hastalıkları veya ciddi hepatik yetmezlik, serotonin sendromu gibi metabolik bozukluklara eşlik edebilmektedir^{5,6}.

Hiperrefleksi, Hoffman refleksi, klonus ve Babinski gibi bulgular piramidal patolojilerin tanısında anahtar role sahiptirler⁷⁻⁹. Servikal miyelopati gibi kord sorunlarını ise erken dönemde yakalamak zor olabilir, klonus bu tür durumlarda erken bir tanı sağlayabilir⁸. Organik olmayan klonus nadiren görülür. Psikojenik bozukluklarda yalancı klonusun (psödoklonus) devamlılığı zayıf olup hızı ve ritmi gelişigüzel, düzensizdir. Aşıldeki gerçek klonus genellikle ayak ya da ayak başparmağının keskin pasif plantarfleksiyonu ile durdurulabilir; yalancı klonus böyle bir manevra ile durmaz². Klonus'un tedavisi için fizik tedavi, oral medikasyon (dantrolen, benzodiazepin, klonidin, tizanidin) veya botoks uygulamaları yapılabilir⁷.

Olgunun bu sunuma gerekçe olan, oldukça ilginç ve karikatürize sayılabilecek bir öyküsü vardı. Öyküsünde; iki gün önce akşam aracına yakıt alıp evine gittiğini ve sabah aracına bindiğinde aracın tekleyerek durduğunu, bu durumun aldığı yakıt nedeniyle olduğunu düşündüğünü ve yakıt istasyonuna giderek kavga ettiği öğrenildi. Hastaya, araç muayenesi normal bulunması sonrası doktora gitmesi önerilmiş.

Bu olgu sonrasında, nörolojik problem ile gelen her hastada arabasının tekleyip teklemediğini de sorguladık. En az 5 farklı olguda (servikal miyelopati, multipl skleroz vb) daha hasta ve önceki sağlık uzmanlarınca fark edilmemiş olan klonus varlığını saptadık.

Literatürde farklı presentasyonlarda ortaya çıkan az sayıda inme vakalarına rastladık. Akut inme nörolojik defisit olmadan sadece konfüzyon, amnezi, baş ağrısı ve kişilik bozukluğu ile veya afazi, baş dönmesi, görme kaybı şeklinde farklı klinik bulgularla karşımıza çıkabilmektedir^{10,11}.

Sonuç

Anamnez, fizik muayene kadar önem taşımaktadır. Hastanın tanısı hakkında ipuçları içeren sıradışı öyküler bize yol gösterici olabilir.

KAYNAKLAR

1. Lance JW. What is spasticity? *Lancet*. 1990;335:606.
[https://doi.org/10.1016/0140-6736\(90\)90389-M](https://doi.org/10.1016/0140-6736(90)90389-M).
2. Gilman S. *Clinical Examination of the Nervous System*. New York: McGraw-Hill, Health Professions Division; 2000.
3. Mori F, Koch G, Foti C, Bernardi G, Centonze D. The use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for the treatment of spasticity. *Prog Brain Res*. 2009;175:429-439. doi: 10.1016/S0079-6123(09)17528-3.
4. Boyraz I, Uysal H, Koc B, Sarman H. Clonus: Definition, mechanism, treatment. *Med Glas (Zenica)*. 2015;12(1):19-26.
5. Fareedy SB, Pathak R. Ankle clonus. *Clin Case Rep*. 2015;3(6):520. doi: 10.1002/ccr3.251. Epub 2015 Apr 9.
6. Hong JC, Kim MS, Chang CH, et al. Long term results of microsurgical dorsal root entry zontomy for upper extremity spasticity. *J Korean Neurosurg Soc*. 2008;43(4):182-185. doi: 10.3340/jkns.2008.43.4.182.
7. Stevenson VL. Rehabilitation in practice: Spasticity management. *Clin Rehabil*. 2010;24:293-304. doi: 10.1177/0269215509353254.
8. Kamata M, Satomi K. Classification of cervical myelopathy. *MB Orthop*. 1997;10:1-6.
9. Rothman RH, Simeone FA. *The Spine*. 2. baskı. Philadelphia:WB Saunders Company; 1982.
10. Salam A, Sanmuganathan P, Pycocock C. Unusual presentation of basilar artery stroke secondary to patent foramen ovale: a case report. *J Med Case Rep*. 2008;7(2):75. doi: 10.1186/1752-1947-2-75.
11. Hidalgo MB, Rodríguez E, Wojna V. Atypical presentation of basilar artery thrombosis due to hypercoagulable state and incidental patent foramen ovale: A case report. *Bol Asoc Med P R*. 2010;102(2):54-57.