



Fibromusküler Displaziye Bağlı Serebral Enfarkt Olgusu

Cerebral Infarct due to Fibromuscular Dysplasia: A Case Report

Arzu Tay¹, Yusuf Tamam², Abdullah Acar²

¹ Diyarbakır Devlet Hastanesi, Diyarbakır

² Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji A.B.D., Diyarbakır

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Cukurova Medical Journal) 2013; 38 (2):305-307.

ABSTRACT

The course of cervicocephalic fibromuscular dysplasia is mainly asymptomatic. It is often found as an incidental finding on autopsy or angiography mostly in women and is commonly located in extracranial region of carotid artery. In the present article, we reported a 21 year-old man who has been initially accepted to our intensive care with a tentative diagnosis of cerebrovascular infarct after having symptoms of loss of consciousness and right hemiparesis. He later received a certain diagnosis of fibromuscular dysplasia after neuroimaging findings. This disorder should be considered in differential diagnosis of young stroke patients.

Key Words: Cervicocephalic fibromuscular dysplasia, stroke, infarct

ÖZET

Servikosefalik Fibromusküler displazi çoğunlukla asemptomatiktir. Kadınlarda daha sık olup çoğunlukla rastlantısal olarak otopside ya da anjiyografide tanı konulur. Karotis arterin en sık ekstrakranial karotis arter bölgesinde saptanır. Şuur kaybı, sağ yan güçsüzlüğü yakınması ile kabul edilen, inme ön tanısı ile yatırılan 21 yaşındaki erkek hasta nörogörüntüleme bulguları ışığında servikosefalik fibromusküler displazi olarak tanınmıştır. Nadir görülen servikosefalik Fibromusküler displazin genç inmeli hastalarda inmenin bir nedeni olarak akılda tutulmalı ve ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Servikosefalik Fibromuskuler displazi, inme, enfarkt

GİRİŞ

Fibromuskuler displazi (FMD), displastik, ateromatöz ve inflamatuvar olmayan özellikle genç ve orta yaşlı kadınları etkileyen bir angiopatidir. FMD, müsküler orta çaplı damarları tutar¹. Periadventisyal, damar duvarı katlarında anormal gelişme ve organizasyonla birliktedir. Damar segmentinde stenoz ve anevrizma görülür. Distal internal karotid arter ve renal arter, vertebral, subklavian, axiller, external iliak, koroner arterler tutulur. Etyoloji bilinmemektedir.

Servikosefalik FMD, popülasyonun %1'inden azını oluşturur. Beyaz ırkta daha sık görülür. Servikosefalik FMD, C1-2 vertebral korpus seviyesinde karotis arterinin servikal segmentini etkiler. FMD'ye bağlı serebral iskemi genel olarak alta yatan arteriyel stenoz veya arteriel tromboembolizm ile ilişkilidir¹. FMD genellikle kadınlarda görülür.

Bu makalede FMD olarak tanınan genç erkek hasta klinik, laboratuvar ve prognoz özellikleri ile irdelenmiştir.

OLGU

21 yaşında erkek hasta, ani şuur kaybı, sağ yan güçsüzlüğü nedeni ile kliniğe kabul edildi. Öz-soygeçmişinde özellik tanımlanmadı. Nörolojik muayenede konuşma dizartrik, sağda yüzüde içine alan 3/5 düzeyinde hemiparezi mevcut idi. Babinski sağda (+)'di. Olgu genç inme olarak değerlendirildi.

Laboratuvar; tam kan sayımı, biyokimya ve trombofili paneli, otoimmün markerlar, antifosfolipid antikoları, Protein C ve S değerleri normaldi. Elektrokardiyografi (EKG) ve Ekokardiyografi normal olarak değerlendirildi. Serebral magnetik rezonans görüntüleme (MRG) sol frontoparietal lob ve sol kaudat nukleusta akut enfarkt saptandı. Dijital subtraction anjiyografi (DSA)'de sol arteria karotis interna (İCA) servikal segmentinde tesbih tanesi görünümü düzenli darlıklar gözlemlendi. FMD olarak tanınan olguya düşük molekül ağırlıklı heparin, antiagregan sağaltım yanı sıra antiödem tedavisi uygulandı. Takip periyodunda yakınması olmayan ve nörolojik muayenesinde kısmi düzelmesi olan olgu antiagregan tedavi ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

FMD, her yaşta (5-69 yaş) ve cinsde görülebilmekle birlikte, daha çok genç kadınları etkilemektedir². En sık renal, iliak, mezenterik, subklavyan ve karotis arterler etkilenmektedir. Nadiren aortanın kendisini ve koroner damarlar da tutulabilmektedir^{3,4,5,6}. Tanı konan hastaların % 60-75'inde renal, yaklaşık % 25-30'unda ise serebrovasküler tutulum izlenmektedir^{6,7,8}.

FMD, tutulan damara göre semptom verir. Renal arter tutulursa; renovasküler hipertansiyon (kadınlarda sıklıkla), karotis ve vertebral arter tutulursa; başağrısı, baş dönmesi, kulak çınlaması ve inme, viseral tutulumda; abdominal angina, yeme korkusu, kilo kaybı, extremitte tutulumunda; kladikasyon, nabız azalması, " blue toe" sendromu görülür.

Intrakranial arterlerin FMD'si nadir olup internal karotid arterin intrapetrozal bölümünde

veya karotid arterin sifonunda sınırlıdır. FMD'nin nedeni bilinmemektedir. Arter duvarında immünolojik ve östrojenik etkiler muhtemel mekanizmalar olabilir¹. İntimal fibroplazi, medial hiperplazi, medial fibroplazi ve perimedial displazi olmak üzere dört farklı histolojik tip tanımlanmıştır. Medial fibroplazi FMD'nin en sık formudur.

Servikosefalik FMD çoğunlukla asemptomatiktir, ve genellikle rastlantısal olarak tanı konulur. Servikosefalik FMD'nin tanısı MR anjiyografi, BT anjiyografi veya konvansiyonel katater serebral anjiyografi ile koyulabilir¹. Servikosefalik FMD'de bu görüntüleme yöntemleri ile karotid arterde 'tesbih dizisi' görünümü izlenir. Karotid FMD'si konvansiyonel anjiyografilerin sadece %1-2'sinde saptanan nadir bir durumdur. FMD'li hastaların sadece %10'unda komplikasyonlar vardır. FMD'de internal karotid arterin orta ve distal kısmı daha sık etkilenmektedir. Ancak FMD'de proksimal karotid arter tutulumu da sık olmamakla birlikte görülebilmektedir^{8,9}. Servikosefalik FMD'de serebral iskemi genel olarak altta yatan arteriyal stenoz veya arteriyal tromboembolizm ile ilişkilidir¹. Sağ hemiparezi bulguları ile kliniğe kabul edilen olgumuzda yapılan konvansiyonel anjiyografide tesbih dizisi görünümü izlenmiştir.

FMD'li olgularda karotid arter tıkanıklığı minimal ise genellikle antiagregan ve antikoagülan verilir. Fakat yine de servikosefalik FMD'nin optimal tedavisi saptanamamıştır. Anjioplasti ve stent ile cerrahi girişim, kademeli arterial dilatasyon, rezeksiyon ve rekonstrüksiyon veya interpozisyon greftleme nadiren gerekmektedir¹. Bizim olgumuza da sadece antikoagülan ve antiagregan tedavi uygulanmış, ve takiplerinde nörolojik tabloda kısmi düzelme saptanmış olup poliklinik takiplerinde antiagregan sağaltım uygulanmış, cerrahi girişim planlanmamıştır.

Sonuç olarak; Genç inme etyopatogenezinde FMD akılda tutulmalıdır. Ayrıca genellikle kadınlarda görülen bu hastalık olgumuzun erkek olması nedeni ile de dikkat çekicidir.

KAYNAKLAR

1. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. Neurology in Clinical Practice, 5. Baskı, Ankara: Veri Medikal Yayıncılık. 2008; 1187.
2. Abrams H. Angiography. Boston: Little-Brown and Company. 1971; 859-63.
3. Andersen PE. Fibromuscular hyperplasia in children. Acta Radiol. 1970;10:203-8.
4. Harrington OB, Crosby VG, Nicholas L. Fibromuscular hyperplasia of the internal carotid artery. Ann Thorac Surg. 1970; 9:516-24.
5. Houser OW, Baker HL Jr, Sandok BA, Holley KE. Cephalic arterial fibromuscular dysplasia. Radiology. 1971;101:605-11.
6. Extensive Carotid Fibromuscular Dysplasia With Dissections and Aneurysm of the Ascending Aorta. Neurosurgery Quarterly. 2006;16:77-80.
7. Luscher TF, Lie JT, Stanson AW, et al. Arterial fibromuscular dysplasia. Moya Clin Proc. Oct. 1987; 62: 931-52.
8. Gray GH, Young JR, Olin JW. Miscellaneous arterial diseases. İn: Young JR, Olin JW, Bartholomew J, eds. Peripheral Vascular Diseases, 2nd ed. St Louis: Mosby-Yearbook. 1996:425-40.
9. Spengos K, Vassilopoulou S, Tsivgoulis G, Papadopoulou M, Vassilopoulos D. An uncommon variant of fibromuscular dysplasia. J Neuroimaging. 2008;18:90-2.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Dr. Arzu Tay
Diyarbakır Devlet Hastanesi
DIYARBAKIR
e-mail:drarzuay@yahoo.com

geliş tarihi/received :19.07.2012
kabul tarihi/accepted:07.12.2012