

İNME BENZERİ KLİNİK İLE PREZENTE OLAN BRAKİAL ARTER TROMBOZU: OLGU SUNUMU

Brachial Artery Thrombosis is that Presentation with Stroke Like Clinic: A Case Report

Hikmet SAÇMACI¹, Nermin TANIK¹, Tülin AKTÜRK¹, Eşref Kemal ÇELİK¹, Şenay Bengin ERTEM², Şiho HİDAYET³, Hasan EKİM⁴, Levent Ertuğrul İNAN¹

ÖZET

Monoparezi tek ekstremitede kuvvet kaybı olarak tanımlanan nöroloji polikliniğine başvuru sebeplerinden biridir. Etiyolojide; santral sinir sistemini etkileyen vasküler (iskemi, hemoraji) nedenler, yer kaplayıcı lezyonlar ve periferik sinir hastalıkları gibi nedenler yer almaktadır. Akut arteriyel oklüzyon ise nadir görülen ancak erken tanı ile sekelsiz iyileşebilen nedenlerdendir. Sol üst ekstremitede akut kuvvet kaybı yakınması ile başvuran akut arteriyel oklüzyona bağlı monoparezi olgusu; tedavi sonrasında normal kas gücü bulgularına ulaşmıştır. Monoparezi ile başvuran hastada, etyoloji araştırılırken nadir görülen sebeplerden biri olan arteriyel oklüzyon acil ve nöroloji hekimlerince göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: *Monoparezi; Arter; Tromboz*

ABSTRACT

Monoparesis is that one extremity strength loss is defined as one of the reasons to neurology clinic. Etiology; includes vascular (ischemia, hemorrhage) causes affecting the central nervous system, locoregional lesions and peripheral nerve diseases. Acute arterial occlusion is rare, but with early diagnosis can be recovered without sequelae. Acute arterial occlusion due to monoparesis admitted with acute loss of strength in the left upper extremity symptoms after treatment of patients reached the normal muscle strength findings. In patients with arterial occlusion, which is one of the reasons monoparesis rare etiology should be considered when investigating and neurology by emergency physicians.

Keywords: *Monoparesis; Artery; Thrombosis*

¹Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Nöroloji Anabilim Dalı, Yozgat

²Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Radyoloji Anabilim Dalı, Yozgat

³Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kardiyoloji Anabilim Dalı, Yozgat

⁴Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim
Dalı, Yozgat

Hikmet SAÇMACI, Dr. Öğr. Üyesi
Nermin TANIK, Doç. Dr.
Tülin AKTÜRK, Dr. Öğr. Üyesi
Eşref Kemal ÇELİK, Arş.Grv.
Şenay Bengin ERTEM, Dr. Öğr. Üyesi
Şiho HİDAYET, Dr. Öğr. Üyesi
Hasan EKİM, Prof. Dr.
Levent Ertuğrul İNAN, Prof. Dr.

İletişim:

Dr. Öğr. Üyesi Hikmet SAÇMACI
Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Nöroloji Anabilim Dalı, Yozgat
Tel: 0505221012
e-mail:
hsacmaci@hotmail.com

Geliş tarihi/Received: : 02.11.2017

Kabul tarihi/Accepted: 20.03.2018

DOI: 10.16919/bozoktip.348772

Bozok Tıp Derg 2018;8(2):112-14
Bozok Med J 2018;8(2):112-14

GİRİŞ

Monoparezinin nedenlerinden biri olan inme toplumda oldukça sık görülmektedir. Minimal özür lülük sağlamak açısından; erken tanı ve tedavinin hızlı bir şekilde yapılması gerekmektedir (1). Günümüzde tedavi yöntemleri oldukça gelişmiş olup inme tanısı ve tedavisinin aciliyeti de farkındalık gerektirmektedir (2). Diğer bir monoparezi nedeni olan akut arter tıkanıklığı da vasküler acil müdahale gerektirebileceği için; uyuşukluk ve kuvvet kaybı ile gelen hasta klinikler arası multisistemik yaklaşım ile değerlendirilmelidir. Akut oklüzyon, hızlı bir şekilde tedavi edilmezse hayatı tehdit eden ekstremit e iskemisine yol açabilir (3). Etiyolojik tanı için kaybedilen zaman altta yatan olası bir kardiyak emboli odağı söz konusu ise, mortalite ve morbiditenin artmasının önüne geçilemeyecektir (4).

OLGU

Yetmiş iki yaşındaki erkek hasta bir gün önce olan sol el ve ön koldaki uyuşma ve güçsüzlük nedeniyle tarafımıza başvurdu. Özgeçmişinde bilinen diabetes mellitus (DM) ve astım hastalığı, yarım paket/gün sigara içiciliği vardı. Hastanın mevcut şikayetlerinin ani olarak başladığı, uyuşma ve güçsüzlük haricinde ek bir şikayetinin olmadığı öğrenildi. Nörolojik muayenesinde sol üst ekstremit e distalde 3/5, ön kolda 4/5 kas gücü saptandı ve dermatomal dağılım göstermeyen hipoestezi tarifliyordu. Akut serebrovasküler patoloji açısından beyin BT ve difüzyon MRG tetkikleri yapıldı. Serebral hemoraji veya iske mi ile uyumlu bulgu saptanmadı. Hastanın sol üst ekstremit e nabızları belirgin azalmıştı. Kalp damar cerrahisi bölümü ile yapılan konsültasyon sonucunda sol üst ekstremit e ye yönelik olarak yapılan doppler USG'de radial ve ulnar arterler görüntülenemedi. Hastaya düşük molekül ağırlıklı heparin ve pentoksifilin tedavisi başlandı. Etiyolojik açıdan yapılan kardiyak anjiyografide emboli odağı saptanmadı ve sol brakial arterin ulnar ve radial artere ayırım yerinde tromboze olduğu görüldü. İlaç tedavisine devam edildi ve işlem sonrası 48 saat sonra hastanın elinin ısındığı ve uyuşukluk şikayetinin gerilediği görüldü. Monoparezi ile gelen hastada; nadir olarak görülen sebepler arasında akut arteryel oklüzyonunun da olduğunu vurgulamak için vakamızı sunmaya değer bulduk.

TARTIŞMA

Akut arteryel oklüzyon (AAO) hastanın yaşı ve eşlik eden hastalıkları ile uyumlu olarak alt ve üst ekstremitenin herhangi bir arterinde olabilir. Etiyolojik tanı ve tedavi protokolü etkilenen artere bağlıdır ve tedavi de hastanın kullanmakta olduğu ilaç tedavisine göre değişkenlik göstermektedir (3). AAO; yüksek riskli hasta grubunda önemli bir disabilite nedenidir ve acil cerrahi müdahale gerektirebilir. Arter oklüzyonunun en yaygın nedeni de trombotik süreçte gelişen oklüzyondur. Akut kuvvet kaybı ile nöroloji polikliniğine başvuran hastada, oklüzyonun nihai kliniği oturmadığı için akut serebrovasküler hastalık (SVH) ayırıcı tanısı için hızlı bir şekilde beyin görüntülemesi yapıldı. SVH ekarte edildikten sonra ilave muayene bulguları eşliğinde arter oklüzyonu düşünüldü ve kalp damar cerrahisi konsültasyonu istendi.

Radial arterin palpabl olması oklüzyonu ekarte ettirmemektedir. Çünkü palmar arktaki kollateral sirkülasyon nedeniyle kanlanma devam etmekte ve klinik prezantasyon görülmemektedir (5,6). Çalışmalarda radial nabız kaybı son noktadır ve hasta bu evreye ulaştığında artan sıklıkta arteryel oklüzyon tanısı konulmaktadır (7).

Etiyolojik açıdan incelendiğinde; ileri yaş, DM, ve sigara içiciliği bizim hastamızda SVH ve AAO açısından risk faktörleridir. Uzun dönem DM ve sigara içiciliği arteriopati nedeniyle ateroskleroz sürecine hızlı bir şekilde götürmektedir (8). Ruengsakul ark. ile Chowdry ve ark. DM'li hastalarda ve yaşlılarda oluşan ateroskleroz ve intimal hiperplazinin endotelial disfonksiyona neden olarak arteryel oklüzyon oluşturduklarını göstermişlerdir (9,10).

Ekstremit e iskemisinin 6 P belirtisi vardır Bunlar; pallor (solgunluk), pain (ağrı), parestesi (karıncalanma), paralizi (kuvvet kaybı), pulsenessless (nabızsızlık) ve poikilotermidir (ısı değişikliği)'dir. Ağrı son evrede karşımıza çıktığı için iskemisinin ilk dönemleri gözden kaçabilmektedir. Trombotik iske mi süresi uzadıkça parestesi ve paralizi oluşmaktadır. Emboliye bağlı gelişen oklüzyonda ise kollateraller gelişmediği için iske mi süreci hızlı gelişir ve klinik erken prezente olabilir. Olgumuzda emboli etyolojisi açısından yapılan

kardiyak anjiyografide emboli odağı saptanmamıştır. Tedavide ise reperfüzyonu sağlamak esastır. Kateter bağlı trombolizis, endarterektomi, embolektomi, cerrahi bypass yapılmaktadır. Trombüsü küçültmek için düşük molekül ağırlıklı heparin ya da antikoagülasyon gereklidir (3). Bizim olgumuzda da düşük molekül ağırlıklı heparin ve pentoksifilin tedavisine cevap alınmıştır.

Akut kuvvet kaybı ve uyuşukluk şikayeti ile gelen hastada SVH ön planda düşünülse de nadir olarak görülen ve basit bir muayene ile tanısı konabilecek olan AAO göz önünde bulundurulmalıdır. Bu vaka bize akut kuvvet kaybı ile başvuran hastada arteriyel ve venöz patolojileri daha dikkatli incelememiz gerektiğini ve hastayı sadece nörolojik açıdan değil de, tüm fiziksel muayenelerini detaylı bir şekilde yapmamız gerektiğini hatırlattı.

KAYNAKLAR

1. Manners J, Steinberg A, Shutter L. Early management of acute cerebrovascular accident. *Curr Opin Crit Care*. 2017 Oct 20. doi: 10.1097/MCC.0000000000000462.
2. Fromm A. No time to hesitate in acute in-hospital stroke. *Eur J Neurol*. 2017 Oct 20. doi: 10.1111/ene.13492.
3. Holmstedt C, Chimowitz M. E-pearl: Brachial artery embolus mimicking acute stroke. *Neurology*. 2011;3;76(18):86-7.
4. Howard DP, Banerjee A, Fairhead JF, Hands L, Silver LE, Rothwell PM. Oxford Vascular Study. Population-Based Study of Incidence, Risk Factors, Outcome, and Prognosis of Ischemic Peripheral Arterial Events: Implications for Prevention. *Circulation*. 2015;132(19):1805-15.
5. Pancholy S, Coppola J, Patel T, and Roke-Thomas M. Prevention of radial artery occlusion-patent haemostasis evaluation trial (PROPHET study): a randomized comparison of traditional versus patency documented haemostasis after transradial catheterization. *Catheter Cardiovasc Interv* 2008;72(3):335-40.
6. Saito S, Ikei H, Hosokawa G, Tanaka S. Influence of the ratio between radial artery inner diameter and sheath outer diameter on radial artery flow after transradial coronary intervention. *Catheterization and Cardiovascular Interventions*. 1999;46:173-178.
7. Stella PR, Kiemeneij F, Laarman GJ, Odekerken D, Slagboom T, van der Wieken R. Incidence and outcome of radial artery occlusion following transradial artery coronary angioplasty. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1997;40(2):156-8.
8. Sinha SK, Jha MJ, Mishra V, Thakur R, Goel A, Kumar A, Singh AK, Sachan M, Varma CM, Krishna V. Radial Artery Occlusion-Incidence, Predictors and Long-term outcome after TRANsradial Catheterization: clinico-Doppler ultrasound-based study (RAIL-TRAC study) *Acta Cardiol*. 2017;72(3):318-327.
9. Ruengsakulrach P, Sinclair R, Komeda M, Raman J, Gordon I, Buxton B. Comparative histopathology of radial artery versus internal thoracic artery and risk factors for development of intimal

hyperplasia and atherosclerosis. *Circulation* 1999; 100(19 Suppl): 139-44.

10. Chowdhury UK, Airan B, Mishra PK, Kothari SS, Subramaniam GK, Ray R, Singh R, Venugopal P. Histopathology and morphometry of radial artery conduits: basic study and clinical application. *Ann Thorac Surg* 2004;78(5):1614-21.