Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi Olgu Sunumu

28 Eylül 2018 Cuma

İnt.Dr.Hanife Albayrak

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ÇOCUK SERVİSİ OLGU SUNUMU

İNT.DR. HANİFE ALBAYRAK

- 1 yaş erkek hasta
- Şikayeti:
- 2-3 dakika süren tüm vücutta kasılma ve gözlerde kayma
- Yürümede dengesizlik

- Hikaye:
- 7 gün önce akşam saatlerinde yaklaşık 3 dakika süren tüm vücutta kasılma ve buna eşlik eden gözlerde kayma şikayeti olmuş. 2 kez kusması da olmuş. Dış merkez aciline başvurmuşlar. Çocuk nörolojiye yönlendirilmişler.
- Kocaeli Üniversitesi Çocuk Acil'e başvurmuşlar.

- Özgeçmiş:
- G4P4Y2A1K1 ,miadında , 3650 g ,C/S ile doğmuş. Doğumdan 1 ay önce annenin sık olmamakla birlikte sigara içmesi ve mastit nedeniyle antibiyotik kullanımı olmuş.
- Doğar doğmaz ağlamış. YBÜ ,CPR, fototerapi ihtiyacı olmamış.
- Nöromotor gelişim geriliği olmamış, yaşıtlarıyla uyumlu imiş.
- Sünnet operasyonunu 6 aylıkken olmuş.

- SOYGEÇMİŞ:
- Anne:38 yaşında, sağ ve sağlıklı, sigara kullanıyor.
- Baba:37 yaşında, sağ ve sağlıklı, sigara kullanıyor.
- Anne ve baba arasında 3. dereceden akrabalık bağı var.
- Babaanne: Takayusu vasküliti, DM, HT
- Dede: Ac ca ,Kc ca (?) ,ex
- Anneanne: DM, HT
- Dede: Malign melanom, ex
- 1.çocuk: PFAPA
- 2.çocuk: Hastamız

FİZİK MUAYENE

- Ateş:36, SS:28/dk, KTA:120/dk, SPO2: %98
- Genel durumu: İyi,dehidratasyon yok, peteşi ,purpura, döküntü yok.
- KBB:Orofarenks doğal, tonsiller doğal.
- Gözler: Işık refleksi iki taraflı doğal, göz hareketleri her yöne doğal.

  Baş-boyun: Doğal, ele gelen LAP yok.
- Solunum dizgesi: Rahat, takipne yok. Her iki akciğer solunuma eşit katılıyor. Ral, ronküs yok, ekspiryum uzaması yok.
- Batın: Defans, rebound yok, hassasiyet yok, HSM yok.

FM

Dolaşım dizgesi: S1+,S2 +,ek ses yok, üfürüm yok. KDZ<2 sn.

Periferik nabızlar palpable.

Nörolojik dizge: Bilinci açık. Çevreyle iletişimi iyi. Komutlara uyuyor. Taraf bulgusu yok. Her iki elini ve ayağını aktif kullanıyor. **Desteksiz oturamıyor. Yürümede dengesizliği mevcut.** DTR aktif alınıyor. Başını tutuyor. Işık refleksi bilateral mevcut.

Hastanın ileri tetkik ve tedavisi için servise yatışı yapıldı.

PATOLOJİK BULGULAR

- **2-3 dakika süren tüm vücutta kasılma ve gözlerde kayma**
- **FM: Desteksiz oturamıyor. Yürümede dengesizliği mevcut.**

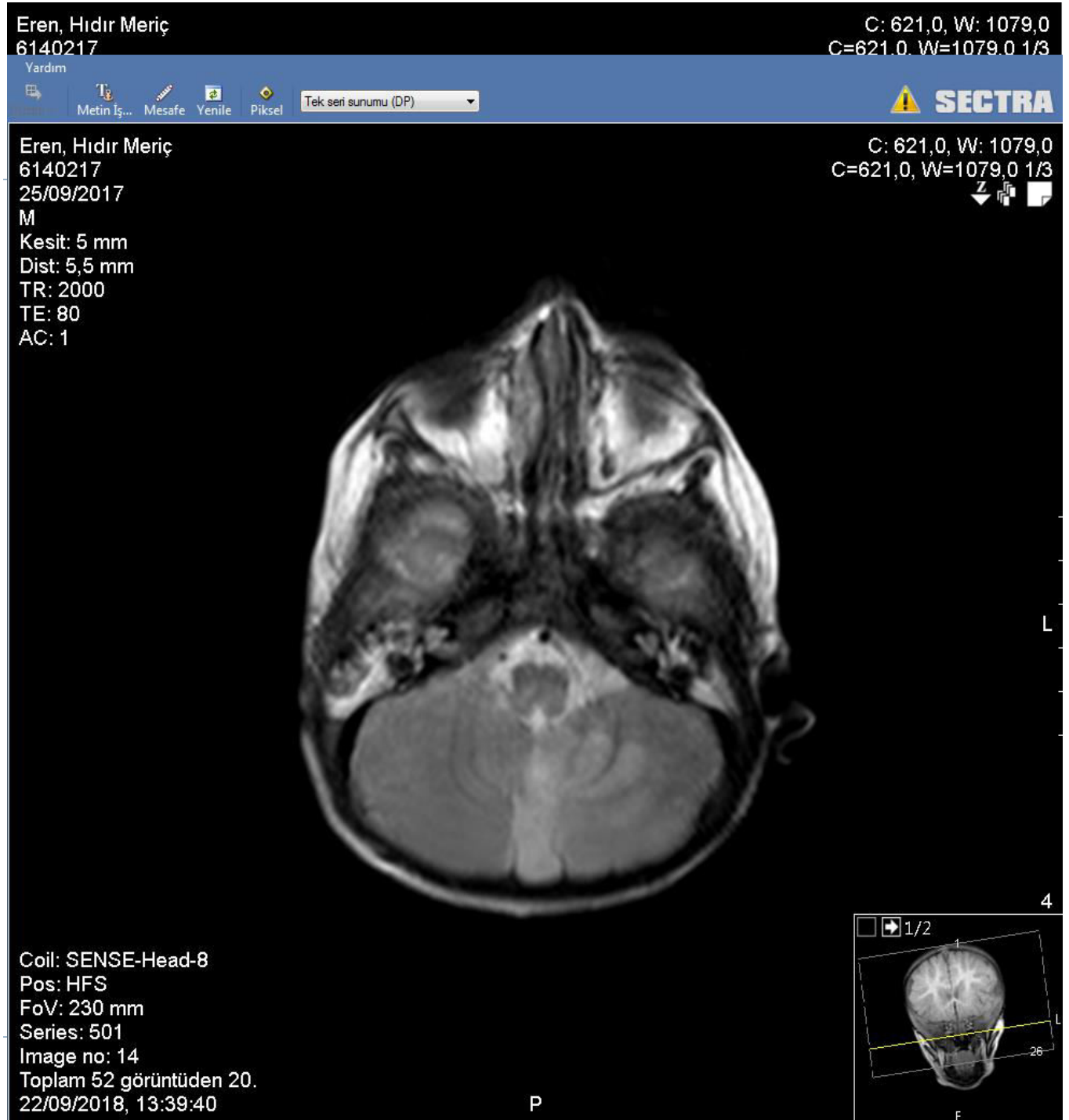
- ÖN TANI ?
- EK TETKİKLER?

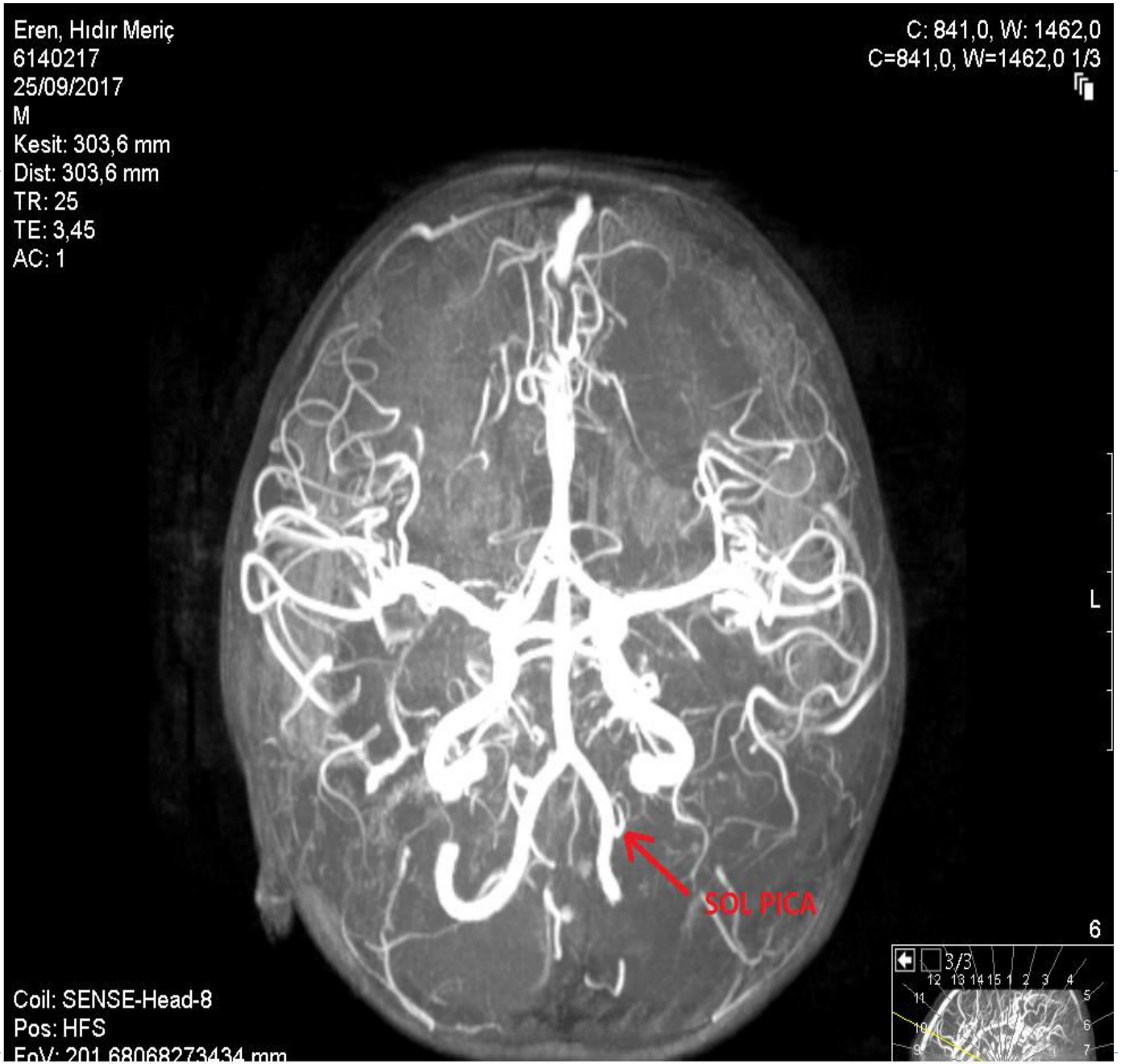
LABORATUAR

- WBC:14.000
  NEU:7.600
  LYM:4.400
  PLT:537.000
  HB:11.5 g/dl
  HCT:34.2
  MCV: 78.0
- Na: 141 mmol/L
  Ca:10.5 mg/dL
- K:4.58 mmol/L
- CRP:44.57 mg/L
- BUN:14 mg/dL
- Üre:29.04 mg/dL
- Kreatin:0.18 mg/dL
- Ph:7.402
- Pco2:36.6 mmHg
- PO2:31.5 mmHg
- HCO3:22.1 mmol/L
- Laktat:15

- B12 Vitamin Düzeyi - 415 pg/mL
- Homosistein - 8,11 µmol/L
- CPK - 63 U/L
- C3 - 1,73 g/L
- C4 - 0,47 g/L
- Kolesterol (Total) - 192 mg/dL
- Kolestrol (HDL) - 34,6 mg/dL
- Kolestrol (LDL) - 104 mg/dL
- Kolestrol (VLDL) - 54 mg/dL
- Trigliserid - 268 mg/dL
- Protein C ve protein S NORMAL
- ANCA (İFA) - NEGATİF(-)
- Anti ds DNA (İFA) - NEGATİF(-)
- Anti Kardiyolipin IgG - 3,88 NEGATİF(-) U/mL
- Anti Kardiyolipin IgM - <2 NEGATİF(-) U/mL
- Anti Nükleer Antikor (İFA) - NEGATİF(-)
- Hb elektroforez sonuç bekleniyor.
- Dış merkez metabolik tarama sonuç bekleniyor.
- Genetik mutasyon sonuç bekleniyor(F5 Leiden,protrombin ,20210A,MTHFR).

Sol serebellar hemisferde ve inferior vermisde akut - subakut enfarkt ile uyumlu diffüzyon kısıtlılığı izlenmektedir. Kitle bulgusu izlenmedi.



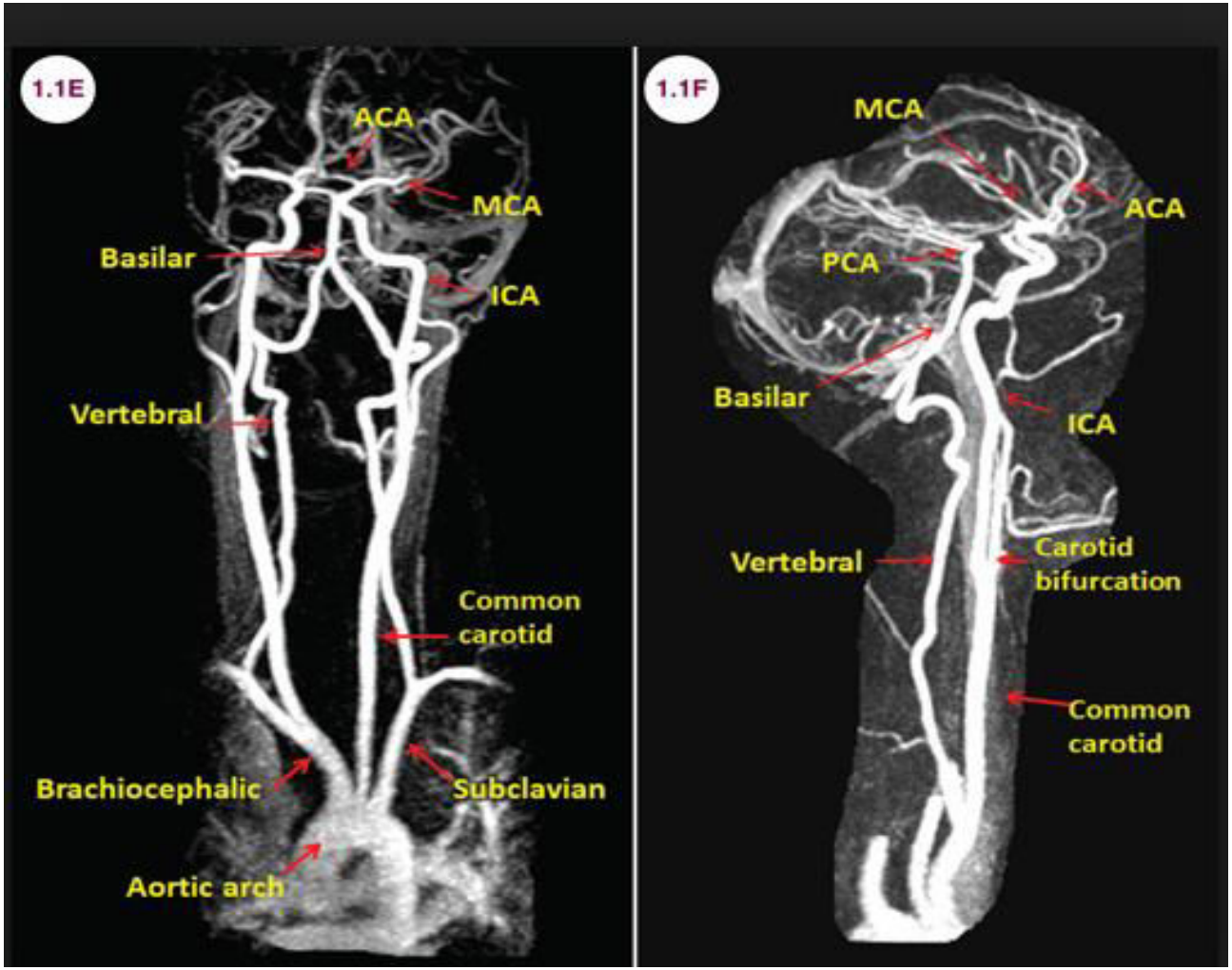

Eren, Hıdır Meriç
6140217
25/09/2017
M
Kesit: 303,6 mm
Dist: 303,6 mm
TR: 25
TE: 3,45
AC: 1
C: 841,0, W: 1462,0
C=841,0, W=1462,0 1/3
L
SOL PICA
6
3/3
Coil: SENSE-Head-8
Pos: HFS

- Her iki tarafta intrakranial internal karotis arter segmentleri normal seyir ve kalibrasyon göstermektedir. Her iki tarafta A1 ve A2 segmentleri normaldir. Anterior komünikan arter alanında anevrizmal dilatasyon saptanmamıştır. Her iki taraf orta serebral arterler ve bifurkasyonları normaldir. Anevrizmal dilatasyon saptanmamıştır. Her iki vertebral arter, AICA, superior serebellar, posterior serebral arterler normaldir. Baziler arter ve baziler uç normaldir. Anevrizmal dilatasyon saptanmamıştır. **Sol PICA ince kalibrasyonda izlendi.**

- Video-EEG monitörizasyon incelemesinde, normal uyku aktivitesine karışan sağ santral- ön temporal şüpheli fokal epileptiform anomali dikkati çekmiştir.

- EKO:Normal ekokardiyografik bulgular
- Göz Muayenesi: Normal göz bulguları

PICA İNFARKTÜSÜ



PIKA İNFARKTÜSÜ

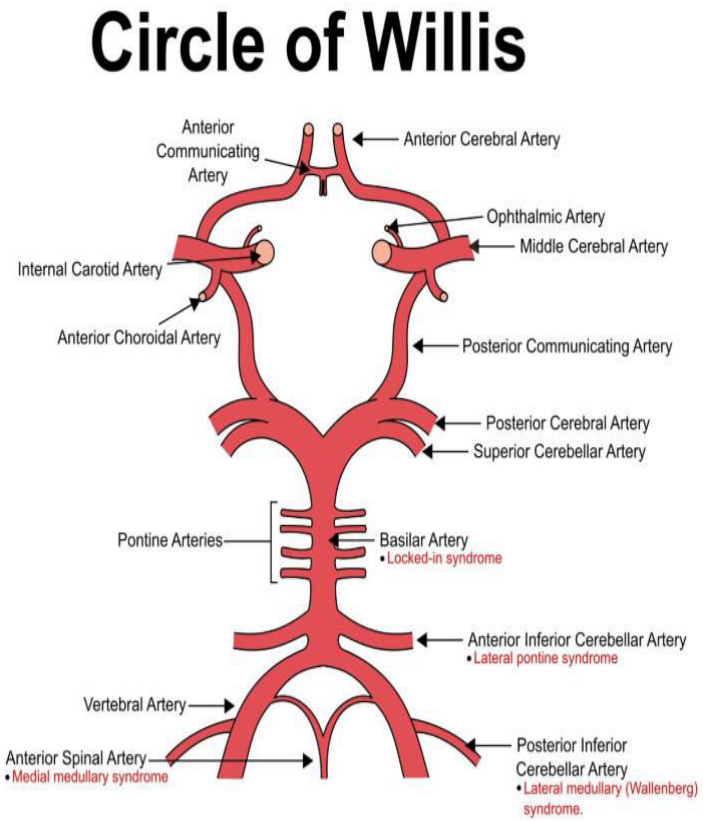
- Beyindeki iskemik olaylar, yüzde yirmi civarında posterior dolaşımı oluşturan damarlardaki sorunlardan kaynaklanır.

- Bu iskemik olaylar, büyük aortik ark, boyun ve intrakranial arterlerin daralması veya tıkanması ile ilişkilidir.

- Bu damar yapılarında iskeminin en sık nedeni ateroskleroz,emboli ve diseksiyondur. Ateroskleroz en sık boyundaki vertebral arterin proksimal kısmında gözlenir.

POSTERİOR İNFERİOR CEREBELLER ARTER İNFARKTI

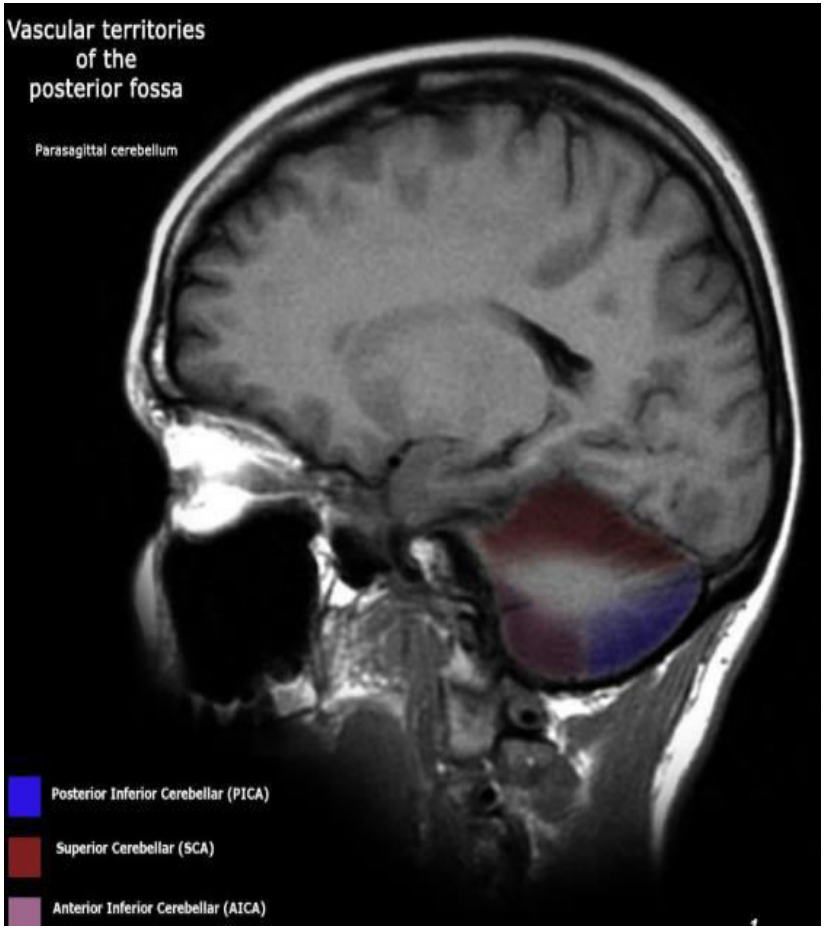
- PİKA, vertebral arterden ayrılan ve serebellumun alt yüzü ile çekirdeklerini besleyen serebellum arteridir.
- Ayrıca bulbusa ve 4. ventriküldeki pleksus koroideusa dallar verir.
- Bulbusun lateral bölümü PİKA veya vertebral arterin V4 segmentinden çıkan perforan dallarla beslenir.

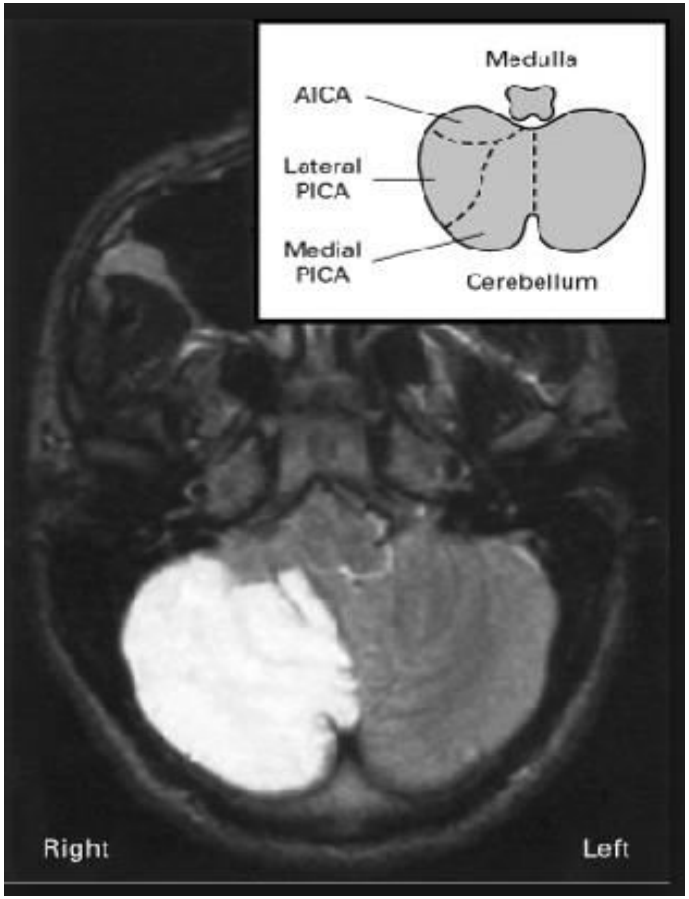


- PICA veya vertebral arterin V4 parçasının tıkanmasında lateral bulber infarkt (Wallenberg sendromu) görülür. Vakaların yaklaşık %40'ı akut olarak başlar. Ancak yarıdan fazlasında ise klinik tablo düzgün progresif veya basamaklar halinde 24-48 saatten daha uzun bir sürede yerleşir.
- Vestibüler nukleusların ve bağlantılarının iskemisine bağlı olarak şiddetli vertigo, bulantı, kusma ile başlar. Aynı nedenlerle ataksi ve nistagmus görülür. Vertigodan yakınan hastaların hemen hepsinde nistagmus vardır. Nistagmus hem horizontal hem de rotatuvar karakterde olabilir.

- Aynı tarafta ortaya çıkan Horner sendromu (pitoz, miyozis, anhidroz) desendan sempatik liflerin tutulumuna bağlıdır. Miyozis ve pitoz sık olmakla birlikte anhidroz nadirdir.
- Ayrıca beşinci sinirin inen nukleus ve traktusunun lezyonuna bağlı olarak ipsilateral yüzde, lateral spinotalamik traktus lezyonu sonucu da kontralateral kol, gövde ve bacakta ağrı ve ısı duyusunda azalma ortaya çıkar.
- Yutma güçlüğü, çatallanmış ses, dizartri, aynı tarafta farenks ve vokal kord parezisi ise nukleus ambigius lezyonu sonucudur.
- İnferior serebellar pedünkül lezyonuna bağlı olarak ipsilateral serebellar bulgular ortaya çıkar.

- Seyrek olarak kalp hızı ve kan basıncı değişiklikleri gibi, otonomik fonksiyon bozuklukları ile otomatik solunum yetersizliği görülebilir. Otomatik solunum yetersizliği sonucu uyku sırasında uzun süreli apneler, hatta ölüm olabilir (Ondine'nin Laneti).
- Bu bulguların hepsinin birlikte bulunmadığı parsiyel sendromlar da vardır.
- Genel olarak iyi seyirli bir sendromdur. Ancak, birlikte serebellar infarktların bulunması, pıhtının baziler arter içine ilerlemesi, iki yanlı vertebral arter hastalığı, kardiovasküler ve respiratuvar fonksiyon bozukluklarının ortaya çıkması prognozu kötüleştiren nedenlerdir.


Vascular territories of the posterior fossa
Parasagittal cerebellum
Posterior Inferior Cerebellar (PICA)
Superior Cerebellar (SCA)
Anterior Inferior Cerebellar (AICA)


Medulla
AICA
Lateral PICA
Medial PICA
Cerebellum
Right
Left

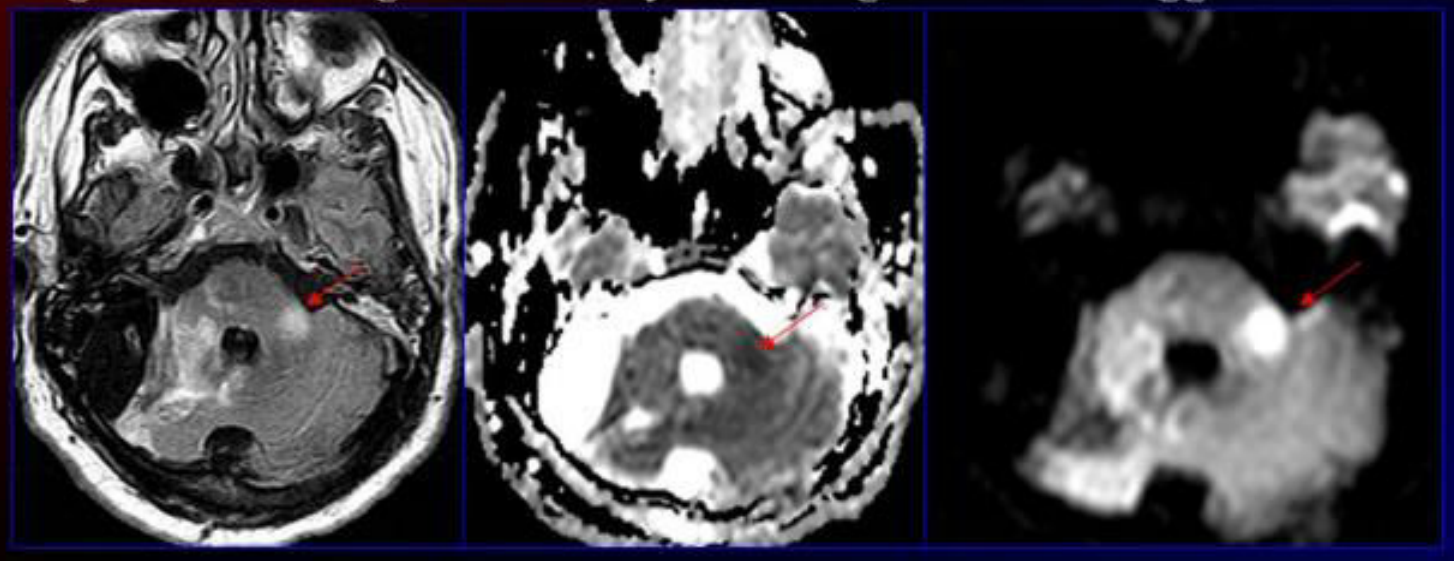
AİKA

- AIKA baziler arterin alt bölümünden orijin alır. Rostral bulbus ve pons tabanı ile rostral serebellar yapıları besler.
- İzole AIKA infarktı nadirdir. Genellikle baziler arter tıkanması sonucu görülür.
- Klinik belirtiler vertigo, kusma, tinnitus ve dizartridir. İpsilateral fasyal parezi, işitme kaybı, trigeminal alanda duyu kusuru, Horner sendromu, ipsilateral serebellar bulgu ve kontralateral ekstremite ve gövdede ağrı, ısı duyusunda azalma görülür.
- Seyrek olarak ipsilateral horizontal konjuge bakış kusuru ve ipsilateral hemiparezi de görülebilir.
- Parsiyel AIKA infarktlarında labirentiti hatırlatan izole vertigo ortaya çıkabilir. Bazı vakalarda da izole serebellar belirtiler görülebilir.

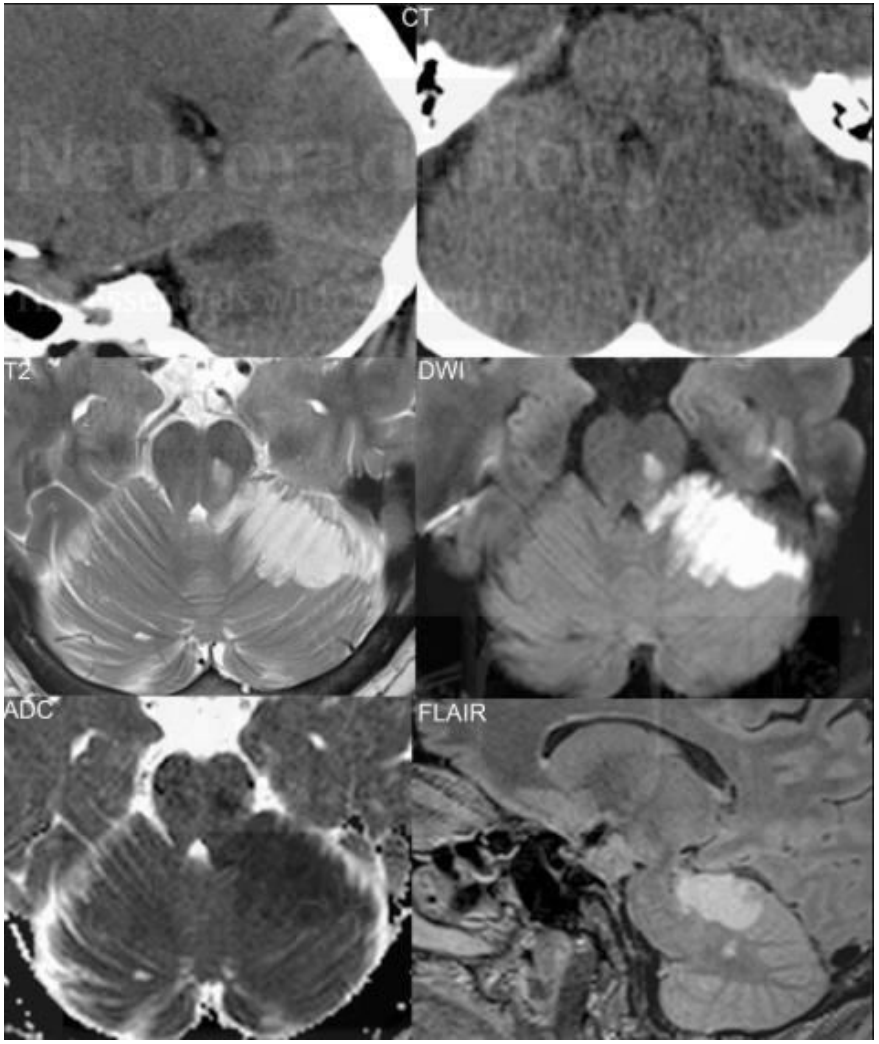
AICA

anterior inferior cerebellar artery syndrome

The AICA syndrome is usually accompanied by vertigo and unilateral ipsilateral deafness from labyrinthine artery ischemia, ipsilateral facial weakness and ataxia. It is the second most common brainstem stroke, after PICA stroke. The distribution of the classical AICA infarction involves the lateroinferior pons; middle cerebellar peduncle; flocculus; and a small portion of the anterior, medial, and inferior aspects of the cerebellar hemisphere. The extent of this stroke is extremely variable. S/S: fluctuating hearing, tinnitus, vertigo. Bilaterality of hearing fluctuation suggests a vascular cause.



- **Süperior serebellar arter ;**
- Baziler arter bifurkasyonundan hemen önce baziler arterden çıkar. Mezensefalonun dorso-lateral yüzünü, superior serebellar pedünkülü ve serebellar hemisferlerin superior yüzünü besler.
- Klasik sendromunda ipsilateral Horner, ekstremite ataksisi ve tremor, kontralateral spinotalamik duyu kusuru, üst motor nöron tipi fasiyal parezi, seyrek olarak da 4. sinir felci görülür.
- Saf şekli nadirdir. Baziler arterin distal dallarının infarktı ile birlikte görülür ise prognozu kötüdür.
- SCA'nın sadece serebellumu tutan infarktlarında ise prognoz iyidir. Bu vakalarda baş ağrısı, kusma, dizartri, ekstremite ve gövde ataksisi vardır.


CT
T2
DWI
ADC
FLAIR

Hastaya:

- Levetirasetam 2x90 mg po
- Enoksaparin sodyum 2x9 mg sc başlandı.
- Hastanın takibinde desteksiz oturmaya başladığı ve annesinin elinden tutarak dengeli yürüyebildiği görüldü.
- Hastanın ilaç tedavisine devam ediliyor.

Teşekkürler…