

# İnmeye Bağlı İzole Monoparezi Olgusu

## A Case of Isolated Monoparesis Following Stroke

Dr. Çağatay ÖNCEL,<sup>a</sup>  
Dr. Sibel GÜLER,<sup>a</sup>  
Dr. İlay CAN,<sup>a</sup>  
Dr. Engin SANAL<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Nöroloji AD,  
<sup>b</sup>Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon AD,  
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
DENİZLİ

Geliş Tarihi/Received: 04.05.2007  
Kabul Tarihi/Accepted: 16.06.2007

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Çağatay ÖNCEL  
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Nöroloji AD, DENİZLİ  
cagatay\_ancel@yahoo.com

**ÖZET** İnmeye bağlı izole monoparezi çok nadirdir ve çoğunlukla küçük damar hastalığına sekonder gelişebilen laküner infarktılara veya küçük kanamalara bağlı olarak ortaya çıkar. Bu yazıda sol presantral girus infarktına bağlı sağ kolda monoparezi gelişen bir hastayı sunduk.

**Anahtar Kelimeler:** Önkol; parezi; beyin infarktı

**ABSTRACT** Isolated monoparesis is a rare symptom in stroke patients and is often caused by lacunar infarcts secondary to small artery disease or a small haemorrhage. We present a patient with a monoparesis of the right arm following an infarct in the left precentral gyrus.

**Key Words:** Forearm; paresis; cerebral infarction

**Türkiye Klinikleri J Neur 2008;3:64-66**

Üst ekstremitte monoparezisinin nedenleri arasında fokal amiyotrofi, brakiyal pleksus lezyonları, motor nöron hastalığı, multipl skleroz, servikal disk hernisi ve presantral girus lezyonları yer almaktadır.<sup>1</sup>

İskemik serebrovasküler hastalığa (SVH) bağlı, duyu kusurunun eşlik etmediği izole monoparezi nadir olarak görülmektedir ve karpal tünel sendromu gibi periferik süreçlerle karışabilmektedir. Sağ kolda monoparezi tablosu ile gelen, sol presantral girusta iskemik infarkt tesbit edilen 72 yaşında bir kadın hastayı literatür eşliğinde tartıştık.

### OLGU SUNUMU

Yetmiş iki yaşında kadın hasta sağ el 1. ve 2. parmaklarında belirgin olmak üzere sağ üst ekstremitte distalinde güçsüzlük tablosu ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın güçsüzlüğünün sabah ani geliştiği öğrenildi. Eşlik eden nörolojik semptom ve bulgu yoktu. Hasta 6 ay önce de dizartri ve sol hemiparezi tablosu ile kliniğimizde takip edilmişti.

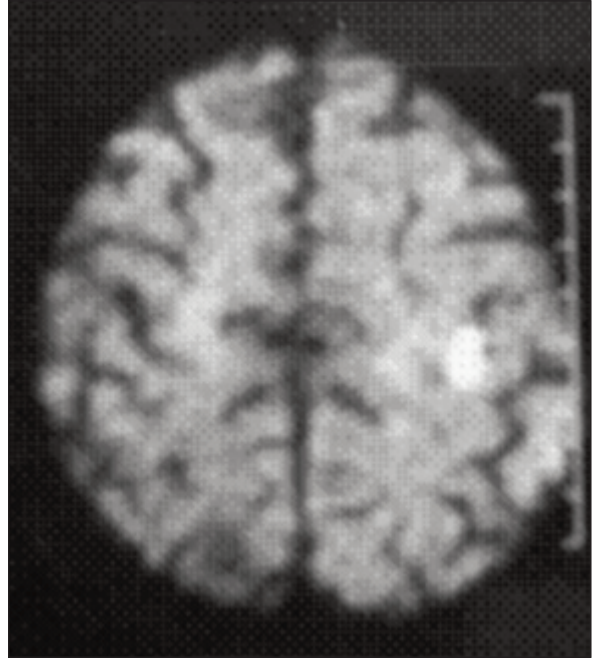
Özgeçmişinde tiroid Ca nedeniyle tiroidektomi operasyonu yanısıra, daha önce kliniğimizde yatışında tespit edilen, ancak sosyal konumu nedeniyle antikoagulan tedaviye geçemediğimiz paroksizmal atrial fibrilasyonu

mevcuttu. Nörolojik muayenesinde: Bilinç açık, kooperasyonu ve yönelimi tamdı. Kranial sinir muayenesi normal olan hastanın motor sistem muayenesinde: Kas gücü sağ üst ekstremitede proksimalinde +4/5, sağ el 1. ve 2. parmakların abduksiyonunda 3/5, oppozisyonunda 3/5, 3. 4. ve 5. parmakların abduksiyonunda 4/5, sağ el bileği fleksiyonunda +3/5, ekstansiyonunda +4/5 olarak tespit edildi. Yüzeysel ve derin duyu muayenesi normaldi. Solda sekel 4/5 kas gücü mevcuttu. Derin tendon refleksleri normoaktif. Diğer nörolojik sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi.

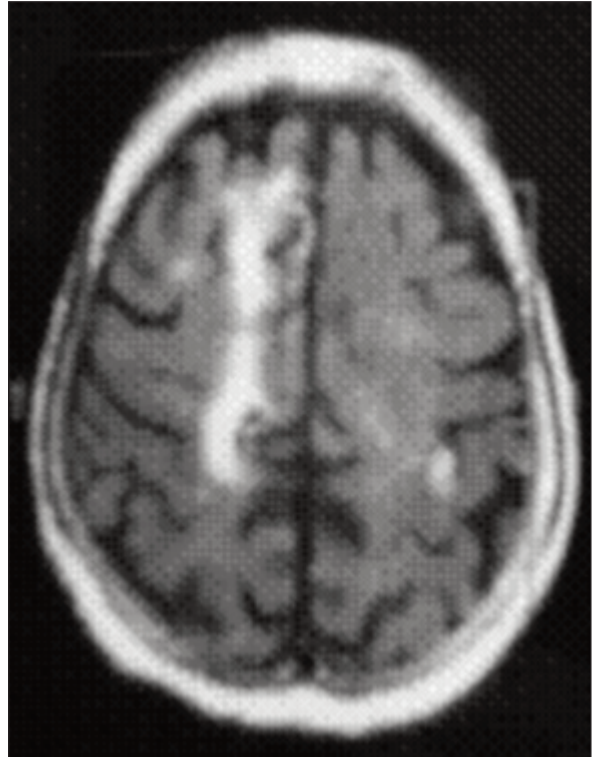
Kan biyokimyasında anormal bulgu saptanmadı. Tiroidektomi öyküsü olan ve Levotiroksin 0.1 mg. po kullanan hastanın tiroid fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Akut dönemde çekilen beyin tomografisinde kanama ve infarkt görünümü saptanmadı. Sol bazal gangliyonda kalsifikasyon, sağ serebral hemisferde frontal lobda parasajittal alanda daha önceki serebrovasküler atağını açıklayan multipl fokal kronik infarkt alanları izlendi. İki gün sonra çekilen beyin manyetik rezonans incelemesinde "flair" kesitlerde belirgin olan ve difüzyon MR'da sol parietal bölge presentral girus lokalizasyonunda akut iske mi ile uyumlu yaklaşık 1x1 cm boyutunda difüzyon kısıtlılığı gözlemlendi (Resim 1 ve 2). Hastanın kardiyak monitörizasyonunda paroksizmal atriyal fibrilasyon tespit edildi. Hastanın ekokardiyografisi ve karotis ile vertebral arterlerin Doppler incelemesi normal sınırlardaydı.

## TARTIŞMA

Serebral süreçlere bağlı saf motor monoparezi (SMM) beyin tümörü, abse, küçük kanama ve iskemik infarktlar sonucu görülen ender bir durumdur. Ashizawa kontralateral frontoparietal korteksteki yer kaplayan lezyonlara bağlı olarak görülen SMM'nin iskemik SVH'ya bağlı görülenlere göre daha sık olduğunu bildirmiştir.<sup>2</sup> Melo ve ark. saf motor parezili 255 hastalık serisinde %9.8 olguda üst ekstremitede, %1.6 olguda alt ekstremitede monoparezi tesbit ettiklerini bildirmiştir.<sup>3</sup> Paciaroni ve ark. 34 hastadan oluşan üst ekstremitede monoparezi serisinde lezyonun yerinin 19 hastada orta serebral arterin kortikal ve derin perforan dallarının tutulumuna bağlı, 12 hastada korona radyata ve



RESİM 1: Difüzyon MR'da sol presantral girusta difüzyon kısıtlılığı gözlenmektedir.



RESİM 2: MR-T1 görüntüde sol presantral girusta fokal hiperintensite gözlenmektedir.

sentrum semiovale lezyonlarına bağlı, 3 hastada talamokapsüler lezyonlara bağlı olduğunu bildirmiştir.

tir.<sup>4</sup> Olası infarktın küçüklüğü nedeniyle bilgisayarlı tomografi incelemesinde %40'ının görüntülenemediği, ideal görüntüleme yönteminin MR görüntüleme olduğu bildirilmiştir.<sup>4</sup>

Elin motor fonksiyonunun kortikal prezentasyonunun superior presentral girusda olduğu Foerster (1936) ve Penfield (1937, 1950)'in çalışmalarından beri bilinmektedir.<sup>5</sup> MR görüntülemenin fonksiyonel nöroanatomide kullanımının yaygınlaşması da Foerster ve Penfield'in anatomik lokalizasyonlarını doğrulamıştır. Fonksiyonel MR ve transkranyal manyetik stimülasyon çalışmaları, presentral girusdaki "ters omega" şeklindeki bölgenin elin motor sahası olduğunu tekrar göstermiştir.

Hastamızın kraniyal görüntülemesinde sol presentral girus "ters omega" olarak isimlendiril-

len bölgede akut infarkt ile uyumlu görünüm saptandı. Paroksizmal atrial fibrilasyonu olan hastada kalp kökenli bir emboliye bağlı olarak monoparezi gelişmiş olduğu düşünüldü. Dağ köyünde yaşayan hastanın INR takiplerine gelemeyeceği öğrenildi. Amerikan İnme Birliği'nin 2006 yılı iskemik inme tedavi kılavuzunda, atriyal fibrilasyonu olan, ancak çeşitli sebeplerle antikoagulan tedavi uygulanamayan hastalara 325 mg Asetil salisilik asit (ASA) po. önerilmektedir.<sup>7</sup> Hastaya 300 mg. ASA po. ve kardiyoloji kliniğinin önerisiyle Metoprolol 100 mg po. başlandı ve takibe alındı.

Sonuç olarak, ani gelişen ekstremitte monoparezisinde periferik süreçlerle birlikte serebral süreçlerde değerlendirilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Freeman FR. Hemiplegia and monoplegia. In: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Marsden CD (eds). *Neurology in Clinical Practice*. 2nd edition. Newton: Butterworth-Heinemann, 1996; 335-344.
2. Kohno Y, Ohkoshi N, Shoji S. Pure motor monoparesis of a lower limb due to a small infarction in the contralateral motor cortex. *Clin Imaging* 1999;23:149-51.
3. Melo TP, Bogousslavsky J, van Melle G, Regli F. Pure motor stroke: a reappraisal. *Neurology* 1992;42:789-95.
4. Pacioni M, Caso V, Milia P, Venti M, Silvestrelli G, Palmerini F, et al. Isolated monoparesis following stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76:805-7.
5. Yousry TA, Schmid UD, Alkadhi H, Schmidt D, Peraud A, Buettner A, et al. Localization of the motor hand area to a knob on the precentral gyrus. A new landmark. *Brain* 1997;120:141-57.
6. Borojerdi B, Foltys H, Krings T, Spetzger U, Thron A, Töpper R. Localization of the motor hand area using transcranial magnetic stimulation and functional magnetic resonance imaging. *Clin Neurophysiol.* 1999;110:699-704.
7. Sacco RL, Adams R, Albers G, Alberts MJ, Benavente O, Furie K, et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke: co-sponsored by the Council on Cardiovascular Radiology and Intervention: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. *Stroke*. 2006;37:577-617.