

Parasagittal Meningioma Bağlı Gelişen ve Lomber Disk Hernisini Taklit Eden Düşük Ayak Olgusu

Foot Drop Mimicking Lumbar Disc Herniation as a Result of Parasagittal Meningioma: Case Report

Onur ÖZGÜRAL,^a
Ümit EROĞLU,^a
Melih BOZKURT,^a
Hakan TUNA^a

^aBeyin ve Sinir Cerrahisi AD,
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Ankara

Geliş Tarihi/Received: 15.05.2013
Kabul Tarihi/Accepted: 30.08.2013

Yazışma Adresi/Correspondence:
Onur ÖZGÜRAL
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Beyin ve Sinir Cerrahisi AD, Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
onurozgural@yahoo.com

ÖZET Düşük ayak, genellikle spinal ve periferik patolojilere bağlı gelişir. Fakat parasantral lobülle ilgili lezyonlar da (tümör, iskemik veya hemorajik inme) düşük ayak yapabilir. Bildiğimiz üzere parasantral lobül alt ekstremitte hareketleri ve miksiyonla ilgili fonksiyonlardan sorumludur. Nörolojik muayene ile radyoloji uyumsuz olduğu taktirde klinisyen santral olayları da düşünmelidir. Her ne kadar santral lezyonlarda klonus, hiperrefleksi, babinski işareti gibi üst motor nöron bulguları gerçekleşse de, bu olgularda bunu tespit edemeyiz. Olgumuzda, parasagittal meningioma yol açtığı düşük ayak bulgusunu ve bu durumun operasyon sonrası dramatik biçimde düzeldiğini tespit ettik.

Anahtar Kelimeler: Meningioma; yürüyüş bozuklukları, nörolojik

ABSTRACT Foot drop generally occurs in spinal and peripheric pathologies. But central lesions associated with paracentral lobule (tumor, ischemic or hemorrhagic stroke) may cause foot drop. As we know paracentral lobule is associated with movements of lower extremities and urinary function. If neurological examination does not explain to radiology, clinician should be considered with central lesions. Although in central lesions there are signs of upper motor neuron findings like babinski sign, hyperreflexia, klonus that we could not find any sign of upper motor neuron. In this case, we report a parasagittal meningioma result in foot drop and improved dramatically after operation.

Key Words: Meningioma; gait disorders, neurologic

Türkiye Klinikleri J Case Rep 2014;22(2):132-4

Düşük ayak, spinal sinir kökünün bir kompresyonu olarak akut disk hernisi, spinal dar kanal, travma (patlama kırığı vb.), metastatik veya primer spinal tümörler veya spinal enfeksiyon (epidural apse) durumlarında görülebilir.¹ Ana peroneal sinirin kompresyonu da ayak dor-sifleksiyon veya eversiyonunu etkileyerek düşük ayağa yol açabilir.² Parasagittal tümör veya anterior serebral arter tıkanmaları gibi parasantral lobül etkileyen santral olaylar da düşük ayak yapabilir. Radyolojik görüntüleme ile nörolojik muayenenin uyumsuz olduğu durumlarda santral olaylar akılda tutulmalıdır.

Bu olgumuzda, uzun süredir düşük ayak nedeniyle takip edilen hastanın tanı konulup cerrahi yapıldıktan sonra nörolojik defisitinin düzeldiğini tespit ettik.

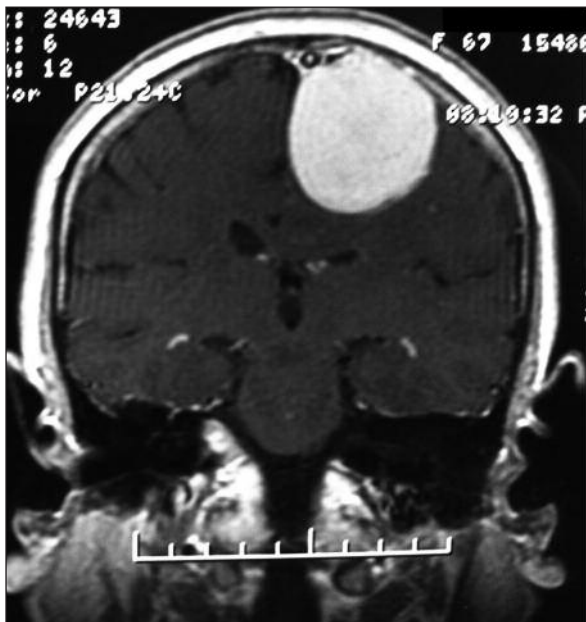
OLGU SUNUMU

Yetmiş yaşında kadın hasta, kliniğimize beş yıldır sağ ayağında düşüklük şikâyeti ile başvurdu. Ağrı veya duyu kaybı yoktu. Bu süre içerisinde birkaç defa fizik tedavi alan hastanın travma öyküsü de bulunmamaktaydı. Lomber manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile de hastanın şikâyetleri açıklanamadı. Üç aydır mevcut orta şiddette baş ağrısı nedeniyle çekilen kraniyal MRG'de sol parasagittal bölgede meningiomla uyumlu homojen kontrastlanan kitle tespit edildi (Resim 1-3). Nörolojik muayenesinde sağda düşük ayak dışında bulgu saptanmadı.

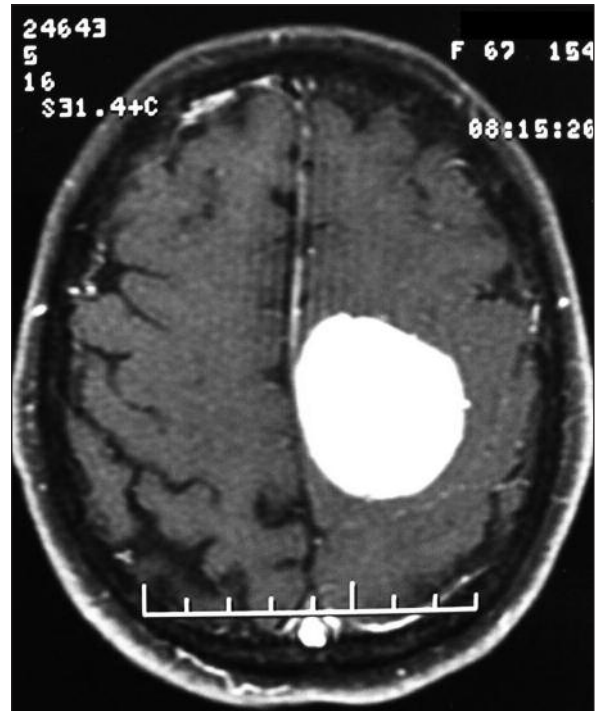
Kliniğimizde sol paryetal kraniotomi ve total tümör eksizyonu yapıldı. Hastanın operasyon sonrası ilk gün düşük ayak şikâyeti büyük oranda düzeldi. Nörolojik muayenede %80 düzelme saptanan hastanın patoloji sonucu birinci derece meningiom olarak rapor edildi. Fizik tedavi sonrası birinci ayda nörolojik defisiti tamamen düzeldi.

TARTIŞMA

Düşük ayak genellikle periferik lezyonlarla ilişkili olsa da santral hadiseler de bu duruma yol açabilir. Babinski işareti veya klonus gibi üst motor nöron bulguları santral olayları periferik nedenlerden ayır-



RESİM 1: T1 kontrastlı MR, koronal görüntü.



RESİM 2: T1 kontrastlı MR, aksiyel görüntü.



RESİM 3: T1 kontrastlı MR, sagittal görüntü.

rılırlar.³ Motor korteks lokalizasyon çalışmaları ayak bileği ve baş parmak hareketlerinin parasagittal bölgede yer aldığını göstermiştir.⁴ Parasagittal lobül, medyal yüzeyde santral sulkusun uzantısını saran pre ve post santral girusu kapsar. Bu bölge karşı-

taraf ekstremite hareketleri ile miksiyon, defekasyon kontrolünden sorumludur.⁵

Lomber disk hernisinde hastada bacak ağrısı, motor veya duyu defisit olabilir. Düz bacak kaldırma testi müspetliği veya reflekslerde değişiklik saptanabilir. EMG'de etkilenen kök gösterilebilir.

Bu olguda radyolojik görüntüleme ile herhangi bir spinal patoloji gösterilemedi. Babinski işareti veya klonus gibi bir üst motor nöron bulgusu yoktu. Düşük ayak nörolojik muayenede saptanan tek bulguydu. Birçok klasik kitapta santral olayların da, düşük ayak yapabileceği bilgisi mevcut olsa

da, klinisyenler çoğu zaman bu bilginin farkında olamamaktadırlar. Bu olgu, parasagittal bölge tümörleri gibi santral lezyonların da düşük ayak yapabileceğini vurgulamaktadır. Düşük ayak yapan birçok santral lezyon olgumuzda olduğu gibi rezeksiyon veya dekompresyonu takiben dramatik biçimde düzelebilmektedir.^{6,7}

Sonuç olarak; düşük ayak olan hastalarda nörolojik muayene ve radyolojik bulguların birlikte değerlendirilmesi gerekir. Eğer uyumsuzluk varsa santral lezyonların olabileceği de akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Edward CB. Cauda Equina Syndrome, Chapter 73. Benzel Spine Surgery: Techniques, Complication Avoidance and Management. 2nd ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2005. p.978-91.
2. Borenstein DG, Wiesel SW, Boden SD. Neurologic and psychiatric disorders of the spine. Low Back and Neck Pain, Chapter 16. 3rd ed. Philadelphia, PA: Saunders; p.653-88.
3. Talbert OR. General methods of clinical examination. In: Youmans ER, ed. Neurological Surgery. 3rd ed. Vol 1. Philadelphia: WB Saunders; 1990. p.3-36.
4. Eberhard EF. Motor function of cerebral cortex. In: Patton HD, ed. Textbook of Physiology. Vol 1. 21st ed. Saunders: University of Michigan; 1989. p.608-31.
5. Rhoton AL Jr. The cerebrum. Neurosurgery 2002;51(4 Suppl):S1-51.
6. Eskandary H, Hamzei A, Yasamy MT. Foot drop following brain lesion. Surg Neurol 1995;43(1):89-90.
7. Pozzessere G, Valle E, Tomaselli M, D'Alessio M, Bianco F, Pierelli F, et al. Crural amyotrophy associated with a parietal lesion: a case report. Acta Neurol Belg 1995;95(2):96-100.