

Beyin Sapı İnfarktı Nedeniyle İzole Disfaji

Isolated Dysphagia Due to Brainstem Stroke: Case Report

**Dr. Ümit AYDIN,¹ Dr. Hamdi TAŞLI,¹ Dr. Bahtiyar POLAT,¹
Dr. Muammer KORKMAZ,² Dr. Sebahattin SARI,³ Dr. Serdar KARAHATAY¹**

¹ Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Kulak Burun Boğaz AD,
² Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Nöroloji AD,
³ Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Radyoloji AD, Ankara

ÖZET

Disfaji inme sonrası sık görülen bir problem olup ciddi morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. İnmeye bağlı disfaji sıklıkla diğer santral nörolojik bulgularla beraber görülmektedir. Bundan dolayı bu hastalar ilk olarak nöroloji veya acil servis uzmanları tarafından görülmektedir. Santral sinir sistemini ilgilendiren bir hastalığın yalnızca disfaji ile semptom vermesi nadir görülen bir durum olup tanıda güçlük arzedebilir. Burada izole disfaji şikayeti ile ayaktan kulak burun boğaz polikliniğine başvuran ve beyin sapında akut infarkt tespit edilen 66 yaşındaki erkek olgu sunuldu.

Anahtar Sözcükler
Disfaji, beyin sapı, infarkt

ABSTRACT

Dysphagia is a common problem after stroke and associated with high risk of morbidity and mortality. Stroke related dysphagia frequently occurs with other central neurological signs. Therefore, these patients initially examined by neurologist and emergency physicians. A central nervous system disorder presenting with isolated dysphagia is rarely seen and it may cause difficulty in diagnosis. Herein, we report a case of a 66-year-old male patient that diagnosed with acute brainstem stroke after admitted to our outpatient clinic with the complaint of isolated dysphagia.

Keywords
Dysphagia, brainstem, stroke

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: **06.07.2014**

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: **19.12.2014**

≈

Yazışma Adresi

Dr. Hamdi TAŞLI

Gülhane Askeri Tıp Akademisi,
Kulak Burun Boğaz AD,
06200, Etilik, Ankara
E-posta: hamditasli@gmail.com

GİRİŞ

İnmeye bağlı disfajiler genellikle diğer santral nörolojik bulgular ile beraber seyreder. Bu hastalar yutma güçlüğüyle beraber başka nörolojik bulgularla nöroloji veya acil servise başvururlar. Burada sunulan olgu sadece yutma güçlüğü şikayeti ardından kulak burun boğaz polikliniğine ayaktan başvurarak yapılan değerlendirmesinde beyin sapı bulbus bölgesinde infarkt saptanmış olması ile farklılık göstermektedir. Santral sinir sistemini ilgilendiren bir patolojinin nadirde olsa ilk ve tek semptomunun disfaji şeklinde ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır. Bu hastalarda erken tanı komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir.

OLGU SUNUMU

Altmış altı yaşında erkek hasta yaklaşık 10 gün önce başlayan yutamama şikayeti üzerine kulak burun boğaz polikliniğine başvurdu. Hasta özellikle sıvı gıda alımı çabası ile beraber kuvvetli öksürük ataklarının olduğunu ifade etti. Ses kısıklığı veya daha başka bir yakınma tariflemeyen hasta tıbbi öyküsünde Burger hastalığı nedeniyle tedavi gördüğünü ve 40 yıldır günde bir paket sigara kullandığını ifade etti. Hastanın orofarens muayenesinde yumuşak damakta esneme hareketi esnasında asimetrinin meydana geldiği ve uvulanın sola deviye olduğu izlendi (Resim 1). Yumuşak damak sağ yarısında hareket azlığı mevcut olup öğürme refleksi alınmadı.

Fiberoptik endoskopik muayenede sağ vokal kordun hareketinde azalma ile birlikte sağ aritenoid bölgeye dokunmakla refleks oluşmadığı izlendi. Sağ priform sinüste belirgin tükrük göllenmesi ve larengeal vestibüle tükrük penetrasyonu izlendi (Resim 2).

Hastanın nörolojik ve diğer kraniyal sinir muayenesinde başka bir bulgu yoktu. Diğer kulak burun boğaz ve baş boyun muayenesi tabii idi. Hastada eşlik edebilecek hipofarengal kitle lezyonu açısından transnazal özefagoskopik değerlendirme yapıldığında postkrikoid bölge ve özefagusa ait kitle lezyonu veya mukozal düzensizlik izlenmedi. Hastada ani başlangıçlı disfaji ile beraber 9. ve 10. kraniyal sinir paralizilerinin olması nedeniyle santral patoloji açısından beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tetkiki planlandı. Beyin MRG’de beyin sapında bulbus seviyesinde sağ posterolateralde T1 serilerde hipointens, T2 serilerde hiperintens görünen küçük lezyon alanı



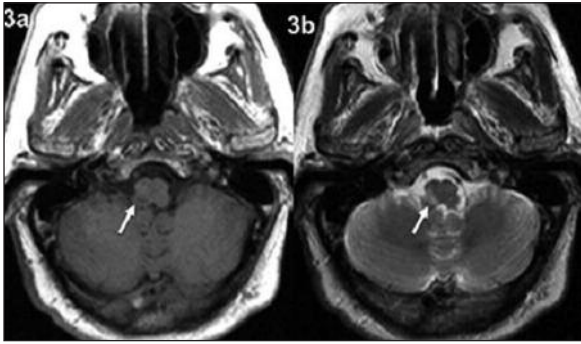
Resim 1. Yumuşak damağın esneme hareketi ile asimetrik ve uvulanın hafif sola deviye olduğu görülmektedir.



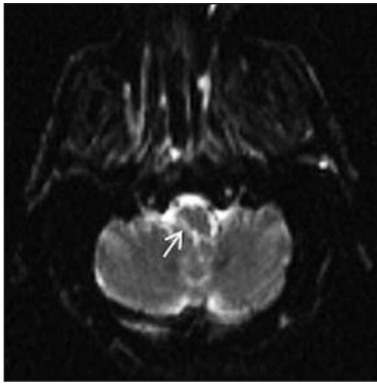
Resim 2. Fiberoptik endoskopik muayenede sağ priform sinüste belirgin tükrük göllenmesi ile tükrüğün larengeal penetrasyonu izlenmektedir.

saptandı. Difüzyon ağırlıklı MRG kesitlerinde hiperintens görünen bu alan akut infarkt ile uyumlu olup hastanın semptomlarını açıklamakta idi (Resim 3 ve 4). Hastadan bu yazının yazılması ile ilgili olarak onamı alınmıştır.

Hem katı hem de sıvı gıdalarda yutma güçlüğü ve aspirasyonu olduğu için oral yolla beslenmesi kesilen hasta, nazogastrik sonda uygulaması ile beslenmeye başlandı. Nöroloji kliniği konsültasyonu sonucunda hastaya 300 mg/gün asetilsalisilik asit tedavisi verildi. Hastaya yutma rehabilitasyonuna yönelik egzersizler planlandı. Yutma egzersizleri ile beraber aspirasyon problemi oldukça azalan hasta yaklaşık 45 gün sonra oral beslenmeye başladı. Takibin dördüncü ayında sağ yumuşak damak ve vokal kord paralizisi devam etmekle beraber hasta yutma manevraları ile oral gıda alabilmektedir.



Resim 3. T1 aksiyal kesitte (3a) hipointens ve T2 aksiyal kesitte (3b) hiperintens olan infarkt alanı beyaz oklarla gösterilmiştir.



Resim 4. Difüzyon MRG kesitinde hiperintens infarkt alanı beyaz okla gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Yutma fonksiyonu istemli ve refleks fazlardan oluşan, kompleks nörosensöriyel olaylar zinciridir. Serebral korteksten bulbus düzeyine kadar olan santral sinir sisteminin yapıları yutma olayına katılmaktadır. 5, 7, 9, 10 ve 12. kranial sinirler ile yaklaşık otuz adet kas çifti yutmanın orofarengeal dönemini gerçekleştirerek ağız içindeki lokmanın özefagusa geçişini sağlarlar.¹

Korteks ve beyin sapına yerleşik nöral yapıların oluşturduğu kompleks bir yapıya sahip olan yutma merkezi yutma ile ilişkili kasların fonksiyonunu koordine etmektedir. Yutma merkezinin beyin sapı ile ilgili bölümleri olan nükleus traktus solitarius ve nükleus ambiguus bulunduğu bulbus yutma işlevinin gerçekleştirdiği en önemli bölgedir. Özellikle inme sonrasında oluşabilecek bulbus infarktı oral ve farengeal yutmayı olumsuz yönde etkiler.

Serebral korteksten beyin sapında bulbusa ve ardından kaslara uzanan nöromusküler zincirin herhangi bir noktasındaki hastalık karşımıza yutma ile ilgili anormallikler olarak çıkmaktadır. Bu durum hastada yutamama veya yutma güclüğü olarak bulgu verir ve genel bir terim olarak disfaji olarak adlandırılır. Disfaji yutma evrelerindeki bozukluğa göre; oral, farengeal ve özefageal faz bozukluğu olarak sınıflandırılabilir. Disfaji oluşma nedenine göre ise mekanik ve nörojenik olmak üzere ikiye ayrılır. Nörolojik hastalıklara bağlı yutma bozuklukları tüm yutma bozukluklarının yaklaşık %75-80'i oluşturmaktadır.² Akut nörolojik hastalıklardan olan inme nörolojik kökenli disfajinin en sık nedenidir. Orofarengeal kaslarda zayıflama, larengeal his kaybı, zayıf kas koordinasyonu bu durumun nedenleridir. Mann ve ark. inmeli hastaların yarısında ilk on gün içinde disfaji ortaya çıktığını ve bu hastaların %13'ünün altı ay sonra inme öncesi diyetlerine geri dönemediğini bildirmiştir.³ İnme hastalarında disfaji kötü prognozun bir göstergesidir. Çünkü bu hastalarda aspirasyona bağlı olarak akciğer enfeksiyonu ile beslenme bozukluğuna bağlı malnütrisyon ve dehidratasyon olabilir. Bunlara bağlı olarak hastanede kalış süresinde uzama ve mortalite görülebilir.⁴

Akut inme sonrası hastalarda iskemik alanın yeri ve büyüklüğü ile orantılı olarak, ani başlayan kranial sinir paralizileri, tek yanlı parezi ve parali, afazi gibi kognitif sorunlar ve duyu kayıpları ortaya çıkar. Disfaji sıklıkla diğer nörolojik semptomlar ile beraberdir. Disfajiden önce hastanın diğer nörolojik semptomları ön planda gelir ve hastalar sıklıkla acil servise başvururlar. Acil servise başvuran akut inmeli hastaların aksine burada sunduğumuz olgu yalnızca yutma güclüğü şikayeti ile kulak burun boğaz polikliniğine ayaktan müracaat etmiştir.

Beyin sapı medulla oblongata (bulbus) bölgesi posterolateralindeki küçük infarktların da izole disfaji ile seyredebileceği bildirilmiştir.^{5,6} Beyinde kortikal seviye infarktlarına bağlı olarak disfaji görülebilir.⁷ İnme ile ilişkili disfaji ani gelişmesi ve başlangıçta değişkenlik göstermemesi ile farklılık göstermektedir. Diğer nörolojik hastalıklarda ise disfaji farklı özellik gösterebilir. Amyotrofik lateral skleroz gibi motor nöron hastalıklarında ve miyopatilerde ilerleyici disfaji görülür. Miyastenia gravis hastalarında başlangıç bulgusu gün içinde dalgalanma gösteren yutma güclüğü şeklinde olabilmektedir. Guillain-Barre sendromunda ekstremitelerdeki duyu ve motor kayba ek olarak hastalarda ilerleyen dönemde yutma kaslarının etkilenmesi nedeniyle yutma

güçlüğü görülebilmektedir. Multipl skleroz gibi demiyelinizan hastalıkların beyin sapı tutulumu bulgularından biri yutma güçlüğü olabilmektedir.

Servikal vertebra osteofitik dejenerasyonlarıyla seyreden forestier hastalığı, sarkoidoz gibi mediastinal lenf nodlarında büyüme yapan durumlar özefagusa bası yaparak izole disfaji nedeni olabilirler.^{8,9} Polimiyozit gibi kas hastalıkları, Crohn gibi inflamatuvar barsak hastalıkları nadiren başlangıç olarak disfaji ile bulgu verebilir.^{10,11} Krikofarengal kas spazmı, özefagus tümör ve divertikülleri de öncelikle disfaji ile bulgu verir.

Bizim hastamızda yutma probleminin aniden gelişmesi, gün içinde dalgalanma göstermemesi ve hastanın başlangıçta kendi tükürüğünü bile yutamayıp nörolojik muayenesinde gag refleksinin sağda alınmaması nedeniyle akut gelişen nörolojik patoloji düşünülerek MRG tetkiki planlandı. MRG'de bulbus sağ yarısında akut infarkt ile uyumlu lezyon saptandı.

Disfajili hastanın değerlendirilmesinde öncelikle anamnez önemli bir yer tutmaktadır. Semptomların başlangıç zamanı, yemeklerle ilişkisi, kilo kaybı, alkol ve sigara kullanımı, beslenme alışkanlıkları ve kronik rahatsızlıkları ile ilgili olarak hastaların verdikleri bilgiler değerlidir. Anamnez esnasında ayrıca ses kalitesi de değerlendirilebilir. Gıda alımında öksürük atakları, ses kalitesinde değişiklik, sırt ve göğüs ağrısı, ateş yüksekliği, kesik kesik öksürük, sık akciğer enfeksiyonu geçirme öyküsü aspirasyon açısından anlamlıdır.

Anamnezden sonra hastaya rutin kulak burun boğaz muayenesi yapılmalıdır. Burada öncelikle yüz kaslarının durumu, dudak sfinkter fonksiyonu, dişlerin ve oral mukozanın durumu, dil hareketleri, tükürük sekresyonunun durumu ve öğürme refleksi değerlendirilir. Daha sonra hastaya indirekt larengoskopik muayene yapılarak vokal kordların hareketliliği ve larengeal yapılarda herhangi bir lezyon olup olmadığına bakılır. Larengoskopik muayene ardından yapılan fiberoptik endoskopik yutma çalışması (FEYÇ) disfajili hastaların değerlendirilmesinde çok önemli bir yer tutmaktadır.¹² FEYÇ'de hastaya değişik kıvamlı yemek boyası ile boyanmış gıdalar verilerek larengeal lümen aspirasyon varlığı, verilen gıdaların larengeal yapılarda göllenip göllenmediği, larengeal yapıların koordinasyonu ve la-

renksin duyuusal fonksiyonu değerlendirilir. FEYÇ; yutma değerlendirmesi esnasında anatomiyi direkt olarak göstermesi ve hasta başında hastanın transportuna gerek duymaksızın yapılabilmesi gibi önemli avantajlara sahiptir. Son dönemde kulak burun boğaz pratiğinde disfajili hastaların değerlendirilmesinde yeni bir yöntem olarak transnasal özefagoskopi (TNE) kullanılmaya başlanmıştır. TNE ile özellikle hipofarenks ve özefagusa ait tümör, özefajit, divertikül gibi disfaji nedenleri ortaya konulabilir.¹³ Floroskopik değerlendirme, manometrik çalışmalar, ultrasonografi ve tomografi gibi radyolojik görüntüleme yöntemleri disfajili hastaların değerlendirilmesinde kullanılabilecek diğer incelemeler arasında yer alır.¹²

İnmeye bağlı disfajisi olan hastaların yaklaşık yarısında önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olan aspirasyon görülmektedir. Bu nedenle inmeli hastalarda erken dönemde yutma fonksiyonu açısından yapılacak olan değerlendirme ile aspirasyonun saptanması ve buna yönelik tedbirlerin alınması önemlidir. Bu hastalara öncelikle yutma rehabilitasyonuna yönelik manevra ve egzersizler başlanmalıdır.¹⁴ Yüksek aspirasyon riski olan ve yeterli kalori alımı sağlanamayan hastalarda nazogastrik yolla beslenmeye geçilmeli, iyileşme süreci uzayan hastalarda ise perkutan endoskopik gastrostomi tercih edilmelidir. Bu hastaların tanı ve tedavisi kulak burun boğaz ile beraber nöroloji, gastroenteroloji, radyoloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerini içeren multidisipliner bir yaklaşımı gerektirir.

SONUÇ

Beyin sapı infarktı gibi santral patolojilerin izole ani başlangıçlı disfaji ile bulgu verebileceği akılda tutulmalıdır. Bu nedenle yutma güçlüğü ile gelen her hastanın detaylı kulak burun boğaz ve nörolojik muayenesi yapılmalıdır. Hastalar muayene esnasında yumuşak damak asimetrisi, vokal kord paralizisi, priform sinüslerde tükürük göllenmesi açısından değerlendirilmelidir. Ani başlangıçlı disfajilerin etyolojisinde beyin sapı infarktı gibi santral bir patoloji olabileceği düşünülerek diffüzyon ağırlıklı serileri de içeren MRG ile değerlendirme yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Ertekin C, Aydogdu I, Ozdemirkiran T. Ofaringiyal yutmanın fizyoloji ve nörolojisi. Ege Tıp Dergisi 2002;41(3):163-75.
2. Trate D, Perkinens H, Fisher R. Dysphagia: Evaluation, diagnosis and treatment. Gastroenterology 1996;23(3):417-32.
3. Mann G, Hankey GJ, Cameron D. Swallowing function after stroke: prognosis and prognostic factors at 6 months. Stroke 1999; 30(4):744-8.
4. Roth EJ. Medical complications encountered in stroke rehabilitation. Phy Med Rehab Clin North Am 1991;2(1):563-78.
5. Lee BC1, Hwang SH, Chang GY. Isolated dysphagia due to a medullary infarction:a new lacunar syndrome. Eur Neurol 1999;41(1):53-4.
6. Zand R, Ganta K, Afshani M. Isolated dysphagia after a small posterolateral medullary infarct: a case report. Can J Neurol Sci 2012;39(3):398-9.
7. Çelikkilek A, Karakurum GB. Dysphagia of acute onset due to unilateral capsulothalamic infarction: Case Report. Türkiye Klinikleri J MedSci 2013;33(2):564-7.
8. Şahin C, Yılmaz FY, Aydil U, Özcan M. Forestier hastalığı ve disfaji: olgu sunumu. KBB ve BBC Dergisi 2009;17 (2):66-9.
9. Abdallah T, Abdallah M, Elsayegh D, Chalhoub M, Khoueiry G, Glatman A, et al. Isolated dysphagia unmasking bulbar neurosarcoidosis and pulmonary sarcoidosis. Arab J Gastroenterol. 2014 ;15(2):85-7
10. Palace J, Losseff N, Clough C. Isolated dysphagia due to polymyositis. Muscle Nerve 1993;16(6):680-1.
11. Remes-Troche JM, Argote-Greene M, Rubio-Tapia A, Martínez-Benitez B, Reyes E, Medina-Franco H, et al. Progressive dysphagia caused by isolated esophageal involvement of Crohn's disease. Inflamm Bowel Dis 2005;11(5):515-7.
12. Gerek M, Çiyiltepe M, Atalay A, Özkaptan Y. Yutma bozukluğunda fiberoptik endoskopik tanı yöntemi ve değerlendirme protokolü. KBB ve BBC Dergisi 2004; 12(1):25-42.
13. Bush CM, Postma GN. Transnasal esophagoscopy. Otolaryngol Clin North Am 2013;46(1):41-52.
14. Selçuk B. İnmede yutma bozuklukları. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2006;52(Özel Ek B):B38-B44.