

HEMİPLEJİ

Hemipleji; algılama, motor ve duyuşal fonksiyonlar, konuşma ve mental yeteneklerde ortaya çıkan bozukluklarla karakterize bir sendromdur. Lezyona uğramış beyin hemisferinin karşı tarafındaki alt ve üst ekstremitelerde açığa çıkan hareket ve duyu kaybı ile birlikte tüm vücutta denge ve algı problemlerine ek olarak duyu, algı ve motor bütünleşme bozuklukları şeklinde kendini gösterir.

Beyin yaralanması olan kişilerde oryantasyon ve kavrama, dikkat, görsel algılama, motor planlama, kognitif beceri, fonksiyonel davranış olmak üzere altı kritik alanın değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Beyin lezyonu olan kişiler bilgilerin yapılandırılması ve organize edilmesinde zorluk çekerler . Hasta yapılması gereken iş sırasında planlama, otomatik dikkat ve işin gerektirdiği aşamalara uyum gösterme açısından yeterli dikkat göstermeyebilir. Bu nedenle beyin lezyonu olan kişilerde duyu algı fonksiyonlarının değerlendirilmesi önemlidir.

Klinik Bulgular

İnme klinik bulguları büyük ölçüde tutulan damarın beslediği alana bağlıdır.

İnmede en sık orta serebral arter (OSA) etkilenir ve tipik hemipleji tablosu ortaya çıkar. OSA ana çıkışında görülen inmede hemipleji üst ve alt ekstremiteleri ve yüzün alt kısımlarını eşit etkiler. Komplet hemianopsi, disfaji, inhibe edilemeyen işeme yaygın olarak bulunur. Duyusal kayıp çok şiddetli değildir. Dominant taraf infarktında global afazi ve apraksi de görülür. OSA üst dağılımındaki inmelerde hemipleji ve lisan anlama yetersizlikleri ana çıkıştaki infarktlar kadar şiddetli değildir. İskemi esas motor korteksin inferolateral bölümünde sınırlıdır. Bu nedenle motor güç ve kontrol, alt ekstremitede el ve yüze göre daha iyidir. Yine hemianopsi, disfaji, hemianestezi ve inhibe edilemeyen işeme görülür.

Klasik Broca tipi afazi ve apraksi dominant hemisfer inmesinde tipiktir. Aprosodi, görsel-uzaysal algılama kayıpları ve inkar sendromları baskın olmayan hemisfer inmesinde bulunur.

OSA alt dağılımındaki inmede dominant hemisferde Wernicke afazisi, baskın olmayan hemisferde agnozi görülür. Hastalarda lisan problemleri, görme sorunları ve yetersizliklerinin farkında olmamaları yüzünden anlamlı fonksiyonel özürlülük vardır.

Ön serebral arter inmesine bağlı hemiplejide el, bacak ve kola göre daha iyi korunmuştur ayrıca hemianestezi, göz ve başın lezyon tarafına dönmesi, ayırma apraksisi (korpuskal lozum ön kısmı infarktında), akinetik mutizm vardır.

Arka serebral arter infarktında hipoestezi, dizestezi, hiperestezi veya ağrıyı içeren duyuşal bozukluklara neden olabilir. Görme sorunları lateral genikulat, temporal, oksipitalvizuel radyasyon ve oksipital lob kalkarin korteksinde yaralanmadan olabilir.

Sağ görme alanı yetersizliği ile ilişkili yazma bozukluğu olmadan okumada bozukluk sol oksipital korteks ve arka korpus kallosum infaktı sonucu olabilir. Hafıza bozukluğu temporal lob ve hipokampal girus infaktı sonucunda olabilir.

Vertebro baziler sistemde klinik bulgular vertigo, nistagmus, quadripleji dahil herhangi bir şekilde ekstremitelerde motor fonksiyon anomalileri, tek veya çift taraflı kranial sinir felçleri görülür. En sık görülen beyin sapı sendromu posterolateral medullar infarkt “Wallenberg sendromu”dur. Vertebral arter okluzyonuna veya daha az sıklıkla posterior inferior serebellar arter tıkanıklığına bağlıdır. Semptomlar ani başlayan vertigo, disfaji ve disfoniden oluşur. Aynı yerde Horner sendromu, ipsilateral serebellar disfonksiyon, yüzde ipsilateral hipoaljezi, gövde ve ekstremitelerde kontralateral hipoaljezi görülür.

Lakuner inmeler orta serebral arter, arka serebral arter, vertebral ve baziler arterlerin perforan dallarının tıkanması sonucu serebral ak madde, bazal gangliada, talamus ve ponda yerleşirler. Başlıca lakuner sendromlar saf motor inme, saf duyuşal inme, duyuşal motor inme, dizartri-sarsak el, ataksik hemiparezidir.