**İNME VAKALAR**

**Vaka 1/Disfaji**

65 Yaşında erkek hasta ileri derecede halsizlik ve giderek artan kilo kaybı ile başvuruyor.

**Hastanın anamnezinde**;

5 ay önce birer ay arayla iskemik inme geçirdiği, ilk inmede sağ kol ve bacağında hafif kuvvetsizlik ve hafif konuşma bozukluğu olup, 10 günde düzeldiği, ikinci inmede ise sol kol ve bacağında orta derecede kuvvetsizlik olduğu, 15 gün nöroloji kliniğinde takip sonrası yardımla yürür durumda taburcu edildiği ve fizik tedavi rehabilitasyon tedavisi için başvurması yönünde öneride bulunulduğu öğrenildi.

Hasta yakını hastanın ikinci inmesi sonrası yutmasında problem yaşandığı, özellikle de sıvı gıdaları yutarken sık sık öksürük ve zaman zaman morarma olduğu belirtildi.

Son aylarda yutma zorluğu nedeniyle beslenmesinin daha da bozulduğu, kilo kaybının giderek belirginleştiği ifade edildi.

Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon, koroner kalp hastalığı olduğu ve bu nedenle de tedavi altında olduğu belirtildi.

Hastanın soy geçmişinde özellik yoktu.

**Fizik Muayenede:**

Kb: 130/80 mmHg, Nabız: 76, Ağırlık 58 kg, Boy: 178, Ateş: 37,7

Genel durum orta. Görünüm kaşektik. AC sesleri dinlemekle kabalaşmış, yaygın ral ve ronküsler mevcut.

**Nörolojik Muayene:**

Bilinç açık, konuşmada hafif dizartri, gag refleksi bozulmuş, sağ NLO silik, sağ kol ve bacakta 4+/5 kuvvet kaybı, DTR’leri bütün odaklarda hiperaktif, Babinski bilateral mevcut.

Yap›lan tetkiklerinde; Hgb 10.5g/dl, beyaz küre 20 800/mm3, eritrosit sedimantasyon hızı 29 mm/h, kan şekeri 224mg/dL, serum total bilirubin 1.6mg/dL(0.2-1.2), direkt bilirubin 0.7mg/dL(0- 0.5), indirekt bilirubin 0.9 mg/dL(0.2-0.8), alkalen fosfataz 220 IU/ml(38-126), alanin transaminaz 87 IU/L(10-49), aspartat transaminaz100 UI/L(15-46), gama glutamin transferaz 121 IU/L(7-50), laktat dehidrogenaz 570 IU/L(98-192) olarak bulundu. İdrar incelemesinde bol eritrosit ve 2-3 lökosit saptandı, ürobilinojen (+) idi. Anemisine yönelik olarak çalışılan serum demiri 58 mmol/L(8.9-30.4), serum doymamış demir bağlama kapasitesi 755 mmol/L(19.7-66.2), transferrin satürasyonu %7, serum Vit B12 düzeyi 146 pg/ml(197-866), serum folik asit düzeyi 11.98 ng/ml(4.2-19.9), ferritin 3561ng/ml(13-150) olarak saptandı.

AC Grafisi: Aspirasyon pnomonisi ile uyumlu olarak değerlendirildi.

**Bu hastada yorumunuz ne olurdu?**

**Vaka 2/Geçici İskemik Atak**

61 yaşında kadın hasta üç gün önce olan yaklaşık 3 saat süren sağ kolunda kuvvet kaybı ve konuşma bozukluğu olduğunu ifade ediyor, bu durumun kendisini ve çevresini kaygılandırdığını, son zamanlarda tansiyon ilaçlarını almayı aksatmış olduğunu belirtiyor, kan basıncının kontrolü amacıyla başvuruyor.

**Hastanın anamnezinde;**

Üç gün önce öğleden sonra bahçe işlerinin tamamlayıp eve dönerken sağ kolunda önce bir uyuşma, sonra kuvvet kaybı olduğunu fark ediyor. Rastladığı komşusuna durumu anlatmaya çalışırken komşusu yüzünde de felç benzeri eğilme olduğunu fark ediyor. Konuşmasını anlamakta da zorlanıyor. Hastayı eve alıp, soğuk bir bardak su içiriyorlar, bir yarım saat dinlenmesi sağlanıyor. Bu durumu yorgunluğa bağlanıyor. Bir iki saat daha geçiyor. Bu arada tansiyonunu ölçüp, 130/85 mmHg olması üzerine her zaman kullanmakta olduğu tansiyon ilacından bir adet veriliyor. 3 saat dolmak üzere iken ambulansı çağırmayı düşünüyorlar ancak, hastanın şikayetlerinin düzelmeye başlaması üzerine vaz geçiyorlar. Hasta çalışırken göğsünde arar ara hissettiği kuş çırpınır gibi bir durumdan söz ediyor.

Hastanın üç gün önce olan geçici konuşma bozukluğu ve sol kolda kuvvetsizlik yakınmasının daha önceki aylarda da birkaç kere ortaya çıktığı ve kendiliğinden düzeldiği ifade ediliyor. Daha önceki benzer yakınmalarının 2-3 saat arası sürdüğü belirtiliyor.

**Hastanın özgeçmişinde;**

 Hipertansiyon olduğu ve bu nedenle de tedavi altında olduğu belirtiliyor. Kalp hastalığı yönünden doktora gitmemiş olan hastanın sık sık çarpıntılarının ortaya çıktığı, en çok da efor sonrası belirginleştiği ifade ediliyor. Başka bir kronik hastalığı olmadığını, sadece antihipertansif olarak bir ilaç kullandıyor.

Hastanın soy geçmişinde babada kalp hastalığı ve hipertansiyon olduğu belirtiliyor.

**Fizik Muayenede:**

Kb: 140/85 mmHg, Nabız: 76, aritmik, Ağırlık 65 kg, Boy: 160, Ateş: 36.7

Genel durum iyi. Kalp sesleri dinlemekle aritmik, diğer sistemler normal.

**Nörolojik Muayene:**

DTR lerde bütün odaklarda hiperaktivite dışında normal.

**Laboratuvar incelemesinde:**

Yapılan tetkiklerinde; Hgb 12.5g/dl, beyaz küre 10 800/mm3, eritrosit sedimantasyon hızı 29 mm/h, kan şekeri 110 mg/dL, alanin transaminaz 33 IU/L(10-49), aspartat transaminaz 42 UI/L(15-46), gama glutamin transferaz 70 IU/L(7-50), laktat dehidrogenaz 145 IU/L(98-192) olarak bulundu. Lipid paneli normal sınırlar içinde bulundu.

EKG: Atriyal fibrilasyon

**Bu hastada yorumunuz ne olurdu?**

**Vaka 3/** **Hiperlipidemi**

55 yaşında erkek hasta ailesinde çok sık ortaya çıkan ve nispeten genç yaşta kayıplara neden olan inme geçirme kaygısı ile başvuruyor.

**Hastanın anamnezinde;**

Bir işyerinde masa başı görev yapan erkek hasta, işi dolayısı ile çok hareket edemediğini, beslenmesinde de özellikle fast food tarzı bir beslenme yaptığını belirtiyor. Birkaç kere kan şekerinin ve kan yağlarının yüksek tespit edildiğini belirtiyor ancak, bu durumların tetkiklerini takip edemediğini ifade ediyor.

Özgeçmişinde kaza,travma yer almıyor. Soy geçmişinde baba ve amcada hiperlipidemi, birisi inme ile kaybedilmiş.

**Fizik Muayenede:**

Kb: 130/80 mmHg, Nabız: 76, Ağırlık 90 kg, Boy: 170, Ateş: 36.6 BMI: Obezite düzeyinde

**Nörolojik Muayene:**

DTR leri hafif azalmış, ekstremitelerde distal hipoesteziler dışında normal.

Yapılan tetkiklerinde; Hgb 12.5g/dl, beyaz küre 10 800/mm3, eritrosit sedimantasyon hızı 29 mm/h, kan şekeri 224mg/dL, serum total bilirubin 1.1mg/dL(0.2-1.2), direkt bilirubin 0.4mg/dL(0- 0.5), indirekt bilirubin 0.7 mg/dL(0.2-0.8), alkalen fosfataz 220 IU/ml(38-126), alanin transaminaz 87 IU/L(10-49), aspartat transaminaz100 UI/L(15-46), gama glutamin transferaz 121 IU/L(7-50), laktat dehidrogenaz 250 IU/L(98-192) olarak bulundu. Serum Vit B12 düzeyi 550 pg/ml(197-866), serum folik asit düzeyi 11.98 ng/ml(4.2-19.9).

Serum kolesterol düzeyleri yüksek (410 mg/dl, normali 45-182 mg/dl), trigliseridi yüksek (750 mg/ dl, normali; 30-86 mg/dl), HDL düşlük (28 mg/dl, 35-85 mg/dl) düşük.

EKG: İskemik değişiklikler.

Karotid USG: İntimal kalınlaşma.

**Bu hastada yorumunuz ne olurdu?**

**Vaka 4/ Hipertansiyon**

55 yaşındaki kadın hasta ani bilinç kaybı durumu ile acil servise getiriliyor.

**Anamnez:**

Hastanın 3-4 saat önce bir ev temizliği dönemini takiben başlayan uyku hali tarifleniyor. Yorulduğu düşünülen hasta bir saat sonra uyandırılmak istendiğinde sesli uyarılara tepki vermediği, hastanın idrarını kaçırmış olduğu fark ediliyor. Hastanın gözleri açılmak istendiğinde gözlerin bir tarafa dönük olduğu izleniyor. Hemen 112 aranarak ambulans isteniyor.

Hastanın özgeçmişi: Yaklaşık 10 yıldan beri hipertansiyon nedeniyle takipte olduğu ancak düzenli bir kan basıncı kontrolü sağlanamadığı öğrenildi. Hastanın ilaçlarını düzensiz kullandığı ve verilen önerilere (zayıflama, beslenme şekli, fiziksel aktivite) uymadığı yakınlarınca belirtildi.

Hastanın anne ve babasında da hipertansiyon olduğu belirtildi. Erken yaşta kardiyak nedenlerle kaybedildiği belirtildi.

**Fizik Muayene:**

Hastanın obez görünümde olduğu izlendi.

Vücut ağırlığı 83, Boy: 158, KB: 190/145 mmHg, Nabız 76/dk, ateş 37 C derece.

**Nörolojik Muayene:**

Bilinç kapalı. Gözler kapalı, sola deviye. Sol NLO silik. Ekstremitelerde spontan hareket yok.

DTR’ leri abolik. Babinski bilat mevcut. Ağrılı uyarana hafif sağ elde lokalizan hareket.

**Laboratuvar tetkikler:**

Yapılan tetkiklerinde; Hgb 14.5g/dl, beyaz küre 11. 800/mm3, eritrosit sedimantasyon hızı 28 mm/h, kan şekeri 130 mg/dL, alanin transaminaz 78 IU/L(10-49), aspartat transaminaz 80 UI/L(15-46), gama glutamin transferaz 150 IU/L(7-50), laktat dehidrogenaz 160 IU/L(98-192) olarak bulundu.

Serum kolesterol düzeyleri yüksek (310 mg/dl, normali 45-182 mg/dl), trigliseridi yüksek (450 mg/ dl, normali; 30-86 mg/dl), HDL düşlük (30 mg/dl, 35-85 mg/dl) düşük.

EKG: Kronik koroner iskemi bulguları.

Hastanın beyin BT ‘sinde sol bazal ganglia bölgesinde beyin sapına da bası yapan, ödem etkisi olan, hemoraji ile uyumlu hiperdens alan izlendi. Hasta dekompresyon açısından değerlendirilmek üzere beyin cerrahi ile konsulte edildi.

**Bu hasta ile ilgili yorumlarınız nedir?**

**Vaka 5/ Sevk Zinciri**

70 yaşındaki kadın hasta evinde öğle yemeği sonrası aniden kendini kötü hissediyor. Konuşması dakikalar içinde bozuluyor, sağ kol ve bacakta güçsüzlük ve yüzde sağ tarafta kayma bir saat içinde yerleşiyor. Hasta yakınları daha önce hipertansif olduğu bilinen hastanın kan basıncını ölçüyor, 130/75 mmHg olduğunu tespit ediyorlar. Hastaya yien de iyi gelir düşüncesi ile kullanmakta olduğu ilaçtan veriliyor. Bu arada hastanın genel durumu da bozulmaya başlıyor. Hastanın oğluna telefonla haber veriliyor ve oğlu bir saat sonra eve ulaşıyor. Annesini o halde görünce o da telaşlanıyor ve hemen hastaneye götürmeleri gerektiğini ifade ediyor. Hastayı komşuların da yardımı ile oğlun arabasına arka koltuklara yatırıyorlar. Eve 20 dakika mesafedeki ikinci basamak hastaneye doğru hızla yola çıkıyorlar.

Hastaneye ulaştıklarında hasta hemen acile alınıyor. Nöroloji uzmanı bulunmayan hastanede hasta acil uzmanlarınca değerlendiriliyor ve dahiliye konsultasyonu isteniyor. Bu arada hastanın konuşması daha da kötüleşiyor ve sağ tarafını hareket ettiremez duruma geliyor. Hastanın konsultasyonu sonucu inme olabileceği belirtiliyor ve inme ünitesi veya merkezine götürülmesi isteniyor. Hastane ambulansı sağlanarak hastanın 30 dakika uzaklıktaki inme merkezine götürülmesi için hazırlık yapılıyor.

Hasta inme merkezine şikayetlerinin başlamasından 5 saat sonra ulaşabiliyor. İnme merkezinde acil servise hızla alınan, vital bulguları hızla kontrol edilen ve acil ekibi ve nöroloji uzmanı tarafından ilk değerlendirilmesi yapılan hasta hızla beyin BT ve difüzyon MR çekilmek üzere radyoloji bölümüne gönderiliyor.

Hastanın beyin BT ‘sinde sol orta serebral arter alanı 1/3 oranınında tutan enfarkt alanı saptanıyor. Diffüzyon MR görüntülemede de aynı alanda hiperintens enfarkt alanı saptanıyor. İV trombolitik tedavi için geç kalmış olan hastaya endovasküler girişim yönünden değerlendiriliyor ve destek tedavi yanı sıra girişim için hızla hazırlık yapılıyor.

**Hastanın anamnezi:**

Hastanın beş saat önce ortaya çıkan konuşma bozukluğu dışında benzer yakınması olmadığı öğrenildi. Hipertansif olan ve hiperlipidemi yönünden takipte olan hastanın diyetine uymadığı öğrenildi.

Ailede benzer yakınmaların olduğu belirtildi.

**Hastanın Fizik Muayenesinde;**

Kb: 120/85 mmHg, Nabız: 76, ritmik, Ağırlık 69 kg, Boy: 160, Ateş: 36.7

Genel durum iyi. Kalp sesleri dinlemekle ritmik, diğer sistemler normal. BMI: 27 kg/metrekare

**Nörolojik Muayene:**

Bilinç açık, konuşma dizartrik. Sağ NLO silik. Sağ üst ekstremite plejik, alt ekstremite 2/5 motor kayıp. Sağ hemihipoestezi. Babinski sağda mevcut.

**Bu hastada yorumunuz ne olurdu?**