

# İNME Lİ HASTAYA YAKLAŞIM

## 46. BÖLÜM

Serkan ŞANLI<sup>1</sup>

### GİRİŞ

İnme; vasküler kökenli olan ve etkilenen beyin bölgelerine göre semptomların değişiklik gösterdiği akut nörolojik disfonksiyon olarak tanımlanmaktadır. Serebral damarların tıkanmasıyla veya yırtılmasıyla meydana gelen inme; motor kontrol kaybı, duyu bozuklukları, algısal ve kognitif problemler veya koma gibi nörolojik durumlarla karakterize travmatik olmayan klinik bir sendromdur (1). İnme, Türkiye’de %15 sıklığıyla ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (2). İnmelerin yaklaşık %87’sini iskemik inme, %13’ünü de hemorajik inmeler oluşturur (3).

### AKUT İSKEMİK İNMENİN ETİYOPATOGENEZİ

İskemik inme heterojen bir hastalıktır ve alt tiplerinin belirlenmesi özellikle tedavi yönteminin belirlenmesi açısından önemlidir. Akut iskemik inme alt tipleri, genellikle TOAST çalışmasının araştırmacıları tarafından, altta yatan nedene dayalı olarak geliştirilen bir sınıflandırmadır. Bu sınıflandırma, 1) Büyük arter ateroskleroza, 2) Kardiyembolizm, 3) Küçük damar oklüzyonu, 4) Belirlenen diğer nedenlere bağlı inme, 5) Nedeni belli olmayan inme olarak ayrılır.

Tüm infarktların yaklaşık %99’u trombotik ya da embolik olayların sonucunda oluşur ve hemen hepsi arter tıkanması sonucu gelişir. Bazen infarkt lokal

<sup>1</sup> Uzman doktor, SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, s.serkansanli@hotmail.com

fonksiyonel sonucu iyileştirdiği gözlenmiştir. Bununla birlikte, spontan intraserebral kanama başlangıcından sonraki ilk saatlerde sistolik kan basıncının 140 mmHg'nin altına düşürülmesinin, ölüm veya özürlülüğü azaltmada faydası gösterilememiştir. Sistolik kan basıncı > 220 mmHg ile başvuran akut spontan intraserebral kanamalarda, sürekli intravenöz antihipertansif ilaç infüzyonu ve sık kan basıncı takibi ile kan basıncı düşürülmelidir. Optimum hedef kan basıncı belirsizdir, ancak 140 ile 160 mmHg arasında sistolik kan basıncı hedeflenmelidir (19).

### KONSÜLTASYON VE ACİL NOTLARI

- Serviste yatan veya acil servise başvuran hastalarda ani gelişen; fasiyal asimetri, bir kolda, bacakta kuvvetsizlik veya konuşmada bozulma olması durumlarında inmeden şüphelenilmelidir.
- Bu durumda hızlıca gerekli kan tetkikleri istenip hemen kontrastsız beyin BT çekilmelidir.
- Akut iskemik inme tanısı koyulan hastalarda IV-tPA ve mekanik trombekтоми uygunluğu açısından değerlendirilmeli ve endikasyon var ise hemen inme ünitesi veya inme merkezi olan birime yönlendirilmesi gerekir.

### KAYNAKLAR

1. Ceren AN, Adın RM, Armutlu K. İnme. Armutlu K, editör. Nörolojik fizyoterapide klinik ölçümler ve değerlendirmeler. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021.p.67-74.
2. Öztürk Ş. Serebrovasküler hastalık epidemiyolojisi ve risk faktörleri. Dünya ve Türkiye perspektifi. Turkish Journal of Geriatrics.2009;13(1): 51-8
3. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics.2017 update: a report from the American Heart Association Circulation. 2017 March 07; 135(10): e146–e603.
4. Caplan LR. Basic pathology, anatomy, and pathophysiology of stroke. In: Caplan's Stroke: A Clinical Approach, 4th edition, Saunders Elsevier, Philadelphia 2009. p.22.
5. Kutluk K. İnme tanı ve tedavi. 1. Baskı, O' Tıp Kitabevi, İzmir. 2016:34-9.
6. Özdemir G. İskemik serebrovasküler hastalıklar ve önlenilebilir acil durumlar. Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics 2016;9(2):19-24
7. Kunt R. Bir devlet hastanesi bakış açısıyla akut iskemik inmede intravenöz trombolitik tedavi. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi 2016; 22(3): 91-9
8. Kutluk K. İnme tanı ve tedavi. 1. Baskı, O' Tıp Kitabevi, İzmir. 2016:68-9
9. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 Update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals

- from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2019; 50:e344.
10. Chia NH, Leyden JM, Newbury J, et al. Determining the number of ischemic strokes potentially eligible for endovascular thrombectomy: A population-based study. *Stroke* 2016; 47:1377.
  11. Paciaroni M, Agnelli G, Micheli S, Caso V. Efficacy and safety of anticoagulant treatment in acute cardioembolic stroke: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Stroke* 2007; 38:423.
  12. Rodriguez-Garcia JL, Botia E, de La Sierra A, et al. Significance of elevated blood pressure and its management on the short-term outcome of patients with acute ischemic stroke. *Am J Hypertens* 2005; 18:379.
  13. Ropper AH. Management of raised intracranial pressure and hyperosmolar therapy. *Pract Neurol* 2014; 14:152.
  14. Lindsberg PJ, Ronie RO. Hyperglycemia in acute stroke. *Stroke* 2004; 35:363
  15. Amin AN, Lin J, Thompson S, Wiederkehr D. Rate of deep-vein thrombosis and pulmonary embolism during the care continuum in patients with acute ischemic stroke in the United States. *BMC Neurol* 2013; 13:17.
  16. Ginsberg MD, Busto R. Combating hyperthermia in acute stroke: a significant clinical concern. *Stroke* 1998; 29:529.
  17. Gross BA, Jankowitz BT, Friedlander RM. Cerebral intraparenchymal hemorrhage: A review. *JAMA* 2019; 321:1295.
  18. Hemphill JC 3rd, Greenberg SM, Anderson CS, et al. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2015; 46:2032
  19. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation and management of high blood pressure in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical practice guidelines. *Circulation* 2018; 138:e484.