

# Serebrovasküler Hastalık Öyküsü Olan Bir Olgu: Tekrarlayan İnme mi Psödonörolojik Bir Tablo mu?

## A Case with a History of Cerebrovascular Disease: Recurrent Stroke or a Pseudoneurological Disorder?

<sup>id</sup> Hüseyin Oğuzhan ASLANTAŞ<sup>a</sup>, <sup>id</sup> Birkan SONEL TUR<sup>a</sup>, <sup>id</sup> Çağatay ŞENOL<sup>b</sup>, <sup>id</sup> Canan TOGAY IŞIKAY<sup>b</sup>,  
<sup>id</sup> Berker DUMAN<sup>c</sup>, <sup>id</sup> Halise DEVRİMCİ ÖZGÜVEN<sup>c</sup>, <sup>id</sup> Ayşe Sevim KALIN<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD, Ankara, TÜRKİYE

<sup>b</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji ABD, Ankara, TÜRKİYE

<sup>c</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Ankara, TÜRKİYE

*Bu olgu sunumu, 7. Tıbbi Rehabilitasyon Kongresi'nde (4-6 Aralık 2020, Online) poster olarak sunulmuştur.*

**ÖZET** İnme ile psödonörolojik tabloların ayırt edilmesi her zaman kolay değildir. Altmış beş yaşında kadın hastaya, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği'nde osteoartrit tanısıyla fizik tedavi ve rehabilitasyon programı başlatıldı. Taburcu edilme zamanı söylendikten bir süre sonra aniden konuşamama ve vücudunun sol tarafında kuvvet kaybı gelişti. Öncelikle, özgeçmişinde hipertansiyon, diyabet, sağ orta serebral arter bifurkasyonunda anevrizma, sağ vertebral arterde oklüzyon ve sekel bırakmadan geçirilmiş bir şüpheli inme öyküsü nedeniyle inme tanısı düşünüldü. Nöroloji konsültasyonu ile tanısal süreç başlatıldı. Bu sırada öz geçmişi daha detaylı incelendiğinde, 7-8 yıldır tekrarlayıcı depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu tanılarıyla tedavi gördüğü öğrenildi. Ayrıca hastanın muayenesinde, psödonörolojik tablo lehine bazı ipuçları bulunması nedeniyle psikiyatri kliniğine de konsülte edildi. Hastaya mevcut bulgularıyla konversiyon bozukluğu, karışık anksiyete ve depresif bozukluk tanısı konuldu. İnmeden ayırt edilmesi güç olan bu tür konversif bozukluğun tedavisinde, multidisipliner yaklaşımla iş birliği içerisinde sürecin yönetilmesi gerekmektedir. Bu olgu sunumu, inmeyle psödonörolojik bir tablonun ayırıcı tanısında yaşanan güçlükleri ve multidisipliner yaklaşımın önemini tartışmak amacıyla hazırlanmıştır.

**ABSTRACT** It is not always easy to distinguish between stroke and pseudoneurological picture. A physical therapy and rehabilitation program was initiated for 65-year-old female patient with the diagnosis of osteoarthritis in the Ankara University Faculty of Medicine Physical Medicine and Rehabilitation Clinic. Just after being told about the time of discharge, the patient was suddenly unable to speak and lost strength on her left side. First of all, stroke diagnosis was considered due to the history of hypertension, diabetes, cranial aneurysm, occlusion of the right vertebral artery and a previous stroke without sequelae. The diagnostic process was initiated with neurology consultation. In the meantime, when the history of the patient was asked in more detail, it was learned that she had received depression and anxiety disorder treatment for 7-8 years. In addition, she was consulted to the psychiatry clinic due to some clues in favor of the pseudoneurological picture during the examination of the patient. Based on her current findings, the patient was diagnosed with conversion disorder and depression with anxiety. In the treatment of this form of conversion disorder, which is difficult to distinguish from stroke, the process should be managed in cooperation with a multidisciplinary approach. This case report is prepared to discuss the difficulties in the differential diagnosis of stroke and a pseudoneurological picture and the importance of a multidisciplinary approach.

**Anahtar Kelimeler:** İnme; konversiyon bozukluğu; hemipleji; difüzyon manyetik rezonans görüntüleme; afazi

**Keywords:** Stroke; conversion disorder; hemiplegia; diffusion magnetic resonance imaging; aphasia

**Correspondence:** Hüseyin Oğuzhan ASLANTAŞ

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD, Ankara, TÜRKİYE/TURKEY

**E-mail:** hoaslantas@ankara.edu.tr



Peer review under responsibility of Journal of Physical Medicine and Rehabilitation Science.

**Received:** 18 Aug 2021

**Received in revised form:** 08 Oct 2021

**Accepted:** 16 Oct 2021

**Available online:** 01 Nov 2021

1307-7384 / Copyright © 2022 Turkey Association of Physical Medicine and Rehabilitation Specialist Physicians. Production and hosting by Türkiye Klinikleri.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

İnme; ani başlangıçlı, 24 saatten uzun süren fokal nörolojik defisit olarak ifade edilir. İnmelerin %80-85'ini iskemik, %15-20'sini hemorajik inmeler oluşturur.<sup>1</sup> Akut iskemik olayın tedavisinde, rekanalizasyon amaçlı uygulanan trombolitik tedavi ve endovasküler trombektomi, iskemik hasarın azaltılmasına yönelik tedaviler, komplikasyonların tedavisi ve inme tekrarının önlenmesi yer alır. İskemik inme akut dönem tedavisinde, yaklaşık çeyrek asırdır intravenöz doku plazminojen aktivatörü [tissue plasminogen activator (tPA)] kullanılmaktadır. Semptom başlangıcından sonraki ilk 4,5 saat içinde tPA başlanmalıdır.<sup>2</sup> Bu sebeple tanının hızlı bir şekilde konulması ve ayırıcı tanının yapılması gerekmektedir. Çünkü inme tedavisinde yaşam kurtarıcı, morbiditeyi azaltan bu tedavinin etkinliği ne kadar erken uygulanırsa o kadar fazladır ve gecikmeli uygulamalar infarkt içi kanama riskini artırabilir. İskemik inme tanısı için psikojenik nedenler, nöbetler, hipoglisemi, komplike migren, hipertansif ensefalopati, Wernicke ensefalopatisi, santral sinir sistemi tümör ve abseleri, ilaç toksisitesi gibi durumların da dışlanması gerekir.<sup>3,4</sup> McClelland ve ark.nın 2019 yılında yayımlanan bir derlemesinde, akut inme kliniğine sebep olan inme dışındaki hastalıkların sıklığının, karakteristiklerinin ve etiyolojisinin incelendiği 79 çalışma ele alınmıştır. Bu çalışmada, muhtemel inme tanılarının %22'sinin inme olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Nöbetler, migrenler ve psikiyatrik bozukluklar, akut inme kliniğine sebep olan inme dışındaki hastalıklar arasında en sık bildirilen nedenlerdir. Akut inme tablosuna sebep olan hastalıkların geniş bir spektruma sahip olması, belirgin ayırt edici özelliklerin eksikliği ve iskemik inme için kısa tedavi penceresi erken teşhis için zorluklar meydana getirir.<sup>5</sup> Bu olgu sunumunda, geçirilmiş inme hikâyesi bulunan, intrakraniyal vasküler malformasyonları olan ve akut inme düşündürecek bir nörolojik tablo sergileyen bir hastada, ayırıcı tanı sürecinin tartışılması ve konversif belirtilerin yönetiminde çok boyutlu multidisipliner bir yaklaşımın öneminin hatırlatılması amaçlanmıştır.

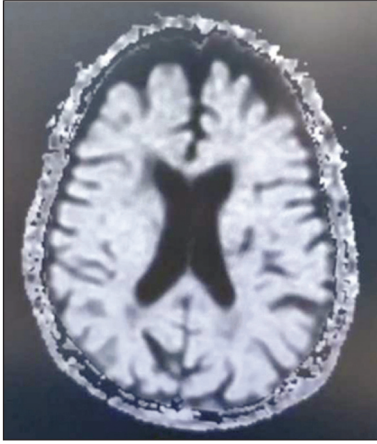
## OLGU SUNUMU

Altmış beş yaşında, sağ el dominant, kadın hasta Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Reha-

bilitasyon Kliniği'ne osteoartrite bağlı boyun, sağ omuz, bel ve her iki diz ağrısı nedeniyle fizik tedavi ve rehabilitasyon programı uygulanmak üzere yatırıldı. Özgeçmişinde hipertansiyon (HT), sağ orta serebral arter [middle cerebral artery (MCA)] bifurkasyonunda anevrizma ve 1 kez sekel kalmadan geçirilmiş inme bulunan hastanın, 7-8 yıldır tekrarlayan depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu tanılarıyla tedavi gördüğü öğrenildi.

Yapılan sistemik sorgulamasında; hâlsizlik, baş ağrısı ve noktüri (2-3 kez/gece) mevcuttu. Fizik muayenede; genel durumu iyi, bilinci açık, oryante ve koopereydi. Vital bulguları stabildi. Sağ omuz eklem hareket açıklığı [range of motion (ROM)] tam, orta derecede ağrılıydı. Sağ omuzda impingement testleri pozitif. Bel ROM her yöne tutuk, ağrılıydı. Lomber lordoz düzleşmişti. Düz bacak kaldırma testi negatifti. Spinöz süreç hassasiyeti ve paravertebral spazmı mevcuttu. Her iki diz ROM'ları açık, hareket sonu ağrılıydı. Krepitasyon ve krakman bilateral pozitif. Genu valgumu mevcuttu. Fibromiyalji hassas noktalarının 16'sında hassasiyet vardı. Nörolojik muayenesinde herhangi bir özellik yoktu. Rutin laboratuvar tetkiklerinde vitamin B<sub>12</sub> düzeyi düşüklüğü (116 pg/mL) dışında patoloji saptanmadı.

Hastanın boyun, sağ omuz ve diz bölgesine yönelik fizik tedavi programı düzenlendi. Tedavi seanslarının tamamlanmasına yakın bir zamanda, hasta başının sol arka tarafında giderek artan ağrı, yüzünün sol yarısı, sol kol ve bacakta uyuşma olduğunu ifade etti. Tekrarlanan nörolojik muayenesinde yüzün sol yarısını da içeren sol hemihipoestezi dışında bulgusu olmayan, ancak öyküsünde sağ MCA'da anevrizma ve şüpheli inme öyküsü olan hasta nöroloji kliniği ile konsülte edildi. Beyin bilgisayarlı tomografisinde (BT) kanama bulgusu saptanmadı. Difüzyon manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) de akut süreçte iskemi bulgusu gözlenmedi (Resim 1). Ancak sol internal kapsülde kronik laküner infarkt ve sağ serebellar hemisferde kronik iskemik alanlar gözlemlendi. Şikâyetleri kısa sürede gerileyen hastaya nöroloji kliniği tarafından elektif şartlarda mevcut kraniyal anevrizmaya ve inme öyküsü etiyolojisine yönelik beyin BT anjiyografi istenmesi önerildi.



**RESİM 1:** 13.01.2020 tarihli beyin difüzyon manyetik rezonans görüntülemesi. Olaydan 20 dk sonra çekilmiştir. Akut süreçte iskemik bulgusu saptanmamıştır.

Bu olaydan 1 hafta sonra, tedavi programının 24. seansında olan hastaya yatak başı viziti sırasında taburculuk planı olduğu belirtildi. Hasta yakınmalarının hâlen devam ettiğini ifade etti; ancak taburculuğuna yönelik herhangi bir itirazda bulunmadı. Aynı günün akşamında hastanın konuşmadığı ve gözlerini açmadığı nöbetçi doktora iletilti. Vital bulguları stabildi, kapiller glukoz düzeyi 95 mg/dL idi. Muayenesinde, komutla sağ elini ve başını az miktarda hareket ettiremediği, sol üst ve alt ekstremitelerini hiç hareket ettiremediği tespit edildi. Nöbetçi hekim ayrıca ışık refleksi sırasında, hastanın her iki gözünü sıkı bir şekilde kapattığını fark etti. Ancak bu tutarsız ve atipik nörolojik muayene bulgularına karşın olası yeni bir inme şüphesini ekarte etmek amacıyla yeniden nöroloji kliniği nöbetçi doktoru tarafından değerlendirilen hastanın muayenesinde; kranial sinirler normaldi, sol üst ekstremitede 4/5 ve sol alt ekstremitede 3/5 düzeyinde kuvvet kaybı, sol tarafta yüzü içine alan hemihipostezi saptandı. Hasta ilk değerlendirildiği esnada hiç konuşmuyor ve uyarılara tepki vermiyordu. İlk olarak global afazik olabileceği düşünüldü. Yeni gelişen kas güçsüzlüğü, geçirilmiş inme hikâyesi olması sebebiyle hastaya nöroloji kliniği tarafından olası bir akut iskemik inme olasılığı ve bunun tedavisinin de bu durumda intravenöz trombolitik tedavi olabileceği fakat tedavinin olası yan etkileri de olabileceği anlatıldı. Bu esnada hasta kısık sesle konuşmaya başlayıp tedaviyi istemediğini belirtti. Bu sırada yapılan beyin ve boyun BT-anjiyografisinde

sağ vertebral arterin V1 ve proksimal V2 segmentlerinde oklüde olduğu, vertebral arterlerin distal kesimlerinin açık olup, oldukça ince kalibrede olduğu gözlemlendi. Sol internal karotid arter supraklinoid segmentinde, 1-2 mm çaplı 1 adet ve sağ MCA bifurkasyonunda 2,5 mm çaplı olmak üzere 2 adet sakküler anevrizmasının olduğu tespit edildi. Ancak mevcut durum, bu bulgularla açıklanmadı. Hastada fasiyal asimetri olmaması, hemiparezi saptanan tarafta tonus veya derin tendon reflekslerinde farklılık saptanmaması, Babinski işaretinin eşlik etmemesi ve beyin görüntülemesinde akut iskemik lehine bulgu saptanmaması nedeniyle olayın primer nörolojik bir patolojiye bağlı olmayabileceği düşünüldü. Kontrol difüzyon MRG'sinde ek bir patolojik bulgu saptanmadı. Hastanın tedavisine ilk gün 300 mg ve sonrasında 75 mg 1x1 devam etmek üzere klopidogrel eklendi.

Takiben yeniden servise alınan hastada, daha sonra psikojen nonepileptik nöbet olarak kabul edilen bir tablo gözlemlendi. Hastanın ertesi sabah yapılan kontrol muayenesinde yine spontan konuşma yoktu, sol üst ve alt ekstremitesinde kas gücü 3/5, taban deri refleksi bilateral fleksör, derin tendon refleksleri normal olarak değerlendirildi. Yatak başı vizit sırasında hasta yakınına bilgi verilirken, hastanın göz hareketleriyle dikkatlice konuşulanları dinlediği gözlemlendi. Öğle saatlerine doğru her iki kol ve bacağında ritmik olmayan, düşük amplitüdümlü kasılmaları oldu. Yaklaşık 3 dk süren kasılmalar sırasında sorulara yanıt alınamadı. Muayene sırasında sol tarafı tutulduğunda kolunu aniden serbestleştirdiği, gözlerini sıkıca yumduğu, kasılmaları asimmetrik yaptığı gözlemlendi.

Tüm ekip ve konsültanlar ile yapılan değerlendirilmede; vizit sırasında hasta yakınına bilgi verilirken hastanın göz hareketleriyle dikkatlice konuşulanları dinlemesi, sabah kahvaltı yapması ancak vizit saatinde genel durumunun kötüleşmesi, önceki gün nöroloji kliniği tarafından ilk değerlendirildiğinde konuşamaz ve tepki vermez hâldeyken trombolitik tedavi gündeme geldiğinde konuşarak tedaviyi reddetmesi, yapılan tetkiklerde ve görüntülemelerde herhangi bir patoloji saptanmaması nedeniyle hastada konversiyon bozukluğu tablosu olabileceği düşünüldü.

Hastanın öyküsünde geçirilmiş inme ve serebral arterlerde aterosklerotik tıkanıklıkların olması, temkinli davranılmasını ve öncelikle primer nörolojik etiyojilerin düşünülmesini gerektirmişti. Hatta bu nedenle psödonörolojik bir tablo olabileceği ihtimali de akıldan çıkarılmadan hastaya atak sırasında nöroloji kliniği tarafından trombolitik tedavi teklif edilmişti. Ancak muayene bulgularındaki tutarsızlıklar, tetkik sonuçları ve sonrasında gelişen psikojen nöbetlerin varlığı sebebiyle inme tanısı ekarte edildi.

Taburcu olmak istemediği öğrenilen ve belirlenmiş psikososyal stresörlerinin olduğu anlaşılan hastanın öyküsünde de konversif nitelikte nöbetlerinin olduğu tespit edildi. Sonrasında çekilen beyin MRG ve elektroensefalografide (EEG) patoloji saptanmayan hasta için psikiyatri konsültasyonu istendi. Yapılan konsültasyon muayenesinde hastaya konversiyon bozukluğu [yeni sınıflandırmada fonksiyonel nörolojik belirti bozukluğu (FNBB)] ve karışık anksiyete ve depresif bozukluk tanılarıyla hâlen kullanmakta olduğu essitalopram 20 mg/gün tedavisine ek olarak 15 mg/gün buspiron başlandı. Hastanın akşam vizitinde semptomlarının gerilediği, yürüyebildiği, kısık sesle konuşma dışında patolojik nörolojik bulgusunun kalmadığı gözlemlendi. İnme etiyojisine yönelik yapılan Holter monitörizasyon ve ekokardiyografi tetkiklerinde de patoloji saptanmadı. Hastanın kontrol muayenesinde herhangi bir nörolojik muayene bulgusu saptanmadı. Hasta önerilerle taburcu edildi. Hastanın taburculuğundan sonra tedavisine psikiyatri kliniğinde yatırılarak devam edildi. Yatışında, psikososyal stresörleri ayrıntılı olarak ele alındı. Bireysel ve grup psikoterapilerine etkin olarak katıldı. Mevcut tedavisi essitalopram 20 mg/gün şeklinde düzenlendi. Anksiyöz ve depresif belirtilerinde belirgin düzelme gözlenen ve herhangi bir konversif belirtisi olmayan hasta, psikiyatri poliklinik kontrolü önerisiyle taburcu edildi. Hastadan aydınlatılmış onam alınmıştır.

## TARTIŞMA

Bu olguda, inme ve akut inme kliniğine sebep olan inme dışındaki durumların en sık sebeplerinden biri olan FNBB arasında ayırıcı tanının ayrıntılı bir in-

celeme ve multidisipliner bir tedavi yaklaşımı gerektirdiği gözlenmiştir.<sup>6,7</sup> İnme olgusunu tespit ederken psikojenik nedenler, nöbetler, hipoglisemi, komplike migren, hipertansif ensefalopati, Wernicke ensefalopatisi, santral sinir sistemi tümör ve abseleri, ilaç toksisitesi gibi durumları akıldan çıkarmamak gerekir. İnme tanısı konulmasında ve psödonörolojik tabloların dışlanmasında hızlı karar vermek önemlidir. Çünkü tPA tedavisinin etkinliği zamanla azalmakta ve 4,5 saatten sonra tPA verilmemektedir. Zamanında tPA uygulaması, inme morbiditesinin azaltılmasında en etkili yöntemlerdendir.<sup>2</sup> İnme hikâyesi ve inme risk faktörleri olan bu olguda da atipik nörolojik bulgulara karşın inme tam olarak dışlanamadığı için tPA uygulanması düşünülmüş, hasta reddettiği için yapılmamış ve hasta ilerleyen süreçte FNBB tanısı almıştır. Chernyshev ve ark.nın 2010 yılında yayımlanan ve tPA verilen 512 kişilik bir kohort çalışmasında, hastaların %21'inde inme dışında tanılar saptanmıştır. Bunların büyük kısmına nöbet, komplike migren ve konversiyon bozukluğu tanıları konmuş ve hiçbirisinde yan etki ortaya çıkmamış.<sup>6</sup> Winkler ve ark.nın 2009 yılında yayımlanan bir çalışmasında, 250 tPA verilmiş hastadan 7'sine sonradan inme dışında tanılar konmuş. Tanı konusunda arada kalındığında, iskemik inme olgularında tPA'nın potansiyel faydalarının, inme dışı durumlardaki potansiyel zararlarına göre daha ağır bastığı ifade edilmiş ve tPA uygulaması önerilmiştir.<sup>8</sup> Förster ve ark.nın 2012 yılında yayımlanan bir çalışmasında, tPA verilmiş 648 hastanın 42'sinin inme olmadığı, bunlar arasında hemiparezinin az, afazi ve konvülsiyonun sık görüldüğü, 1 hastada gelişen orolingual anjiyoödem dışında herhangi bir advers etki görmediklerini bildirmişler.<sup>9</sup> Liang ve ark.nın 33 olguyu incelediği 2008 yılında yayımlanan bir çalışmasında ise tPA ile ilişkili dava süreçlerinin çoğunluğunun tPA sonrası advers etkilerden değil, tPA yapmamaktan ileri geldiği belirtiliyor.<sup>10</sup>

FNBB, başka nörolojik veya medikal koşullarla açıklanamayan nörolojik semptomlarla karakterizedir.<sup>11</sup> FNBB, sıklıkla, zorunlu olmamakla birlikte, psikososyal stresörlerden sonra başlar. Burada incelenen olguda da psikososyal stresörlerin tabloya eşlik ettiği görülmüştür. FNBB tanı ölçüt-

leri, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5'te nörolojik muayenenin önemini daha da vurgulayacak ve tanı anında psikolojik faktörlerin bulunamayabileceğini gösterecek şekilde değiştirilmiştir.<sup>12</sup> Bu yazıda incelenenler gibi kompleks olgularda psikiyatristlerin olguya dâhil edilmesi önemlidir.<sup>7,13</sup> Scheidt ve ark.nın 2014 yılında yayımladığı bir olgu sunumunda, psikososyal stresörlerin bulunduğu, 32 yaşında bir erkek hasta sağ taraflı sensörimotor paralizisi ile başvurmuş. MRG, elektromiyografi, EEG, lomber ponksiyon, serebral arterlerin ultrasonografisi ve laboratuvar bulguları normalken; transözofageal ekokardiyoğrafisinde persistan foramen ovale (PFO) düşündürülecek sağdan sola akım saptanmış. Beyin sapında şüpheli iskemi ve şüpheli PFO tanılarıyla 100 mg/gün dozda asetil salisilik asit başlanıp taburcu edilmiş. Üç ay sonra hasta geçici olarak konuşma bozukluğu ve sağ taraflı uyuşma yaşamış ve acil servise başvurmuş. Nörolojik muayenesinde, sağ üst ekstremitede minör hipoestezi dışında bulgusu yokmuş. MR-anjiyografisi normal rapor edilince; konsültasyon liyezon kliniğine danışılmış, hastanın hayatında geçmişte psikososyal stresörler olduğu ancak mevcut nörolojik tablosu ile temporal asosiyasyon göstermediği ve FNBB düşünülmediği belirtilmiş. Sonrasında hastanın sağ bacakta hafif olan ağrısına yönelik D-dimer negatif olmasına rağmen ultrasonografi yapılmış ve femoral vende tromboz görülmüş. Sonuç olarak bu tablo, muhtemelen paradoksik emboli ile sonuçlanan diz üzerinde (femoral ven) derin ven trombozu olduğu şeklinde değerlendirilmiş ve hasta oral antikoagülasyon ile taburcu edilmiş.<sup>13</sup> Chou ve ark.na ait 2006 yılında

yayımlanan bir olgu sunumunda ise 50 yaşında koroner arter hastalığı, diabetes mellitus (DM), HT'si ve daha önce 2 kez serebrovasküler olay hikâyesi olan, evinin yandığını duyduktan sonra sağ hemipleji ile başvuran erkek hastanın MRG'si inme ile uyumlu değilmiş. Hastanın semptomları 1 haftadan uzun sürdüğü için geçici iskemik atak tanısı ekarte edilmiş. Psikiyatri bölümüne danışılmış ve rekürren inme, HT ve DM hikâyeleri olan sağ hemipleji ile başvuran hastaya konversiyon bozukluğu tanısı konulmuş. Tanı sürecinde hasta nörolojik rehabilitasyona alınmış ve 1 hafta sonra, önceki inmelerinden kalma sekelleri dışında, defisiti kalmamıştır. Bu durumun da konversiyon bozukluğu tanısını desteklediği belirtilmiştir.<sup>14</sup> Bu şekilde kompleks olgularda tanısal değerlendirme, "var ya da yok" şeklinde bir karardan ziyade nörolojik ve psikososyal bulgu ile perspektifleri entegre etme süreci olarak değerlendirilmiştir.<sup>13</sup> Sonuç olarak bu yazıda, FTR kliniğinde rehabilitasyon amacıyla yatırılarak izlenen ve öyküsünde nörolojik ve psikiyatrik rahatsızlıkları olan bir hastada, yatışı sırasında stresörle tetiklenen bir FNBB tablosu sunulmuştur. Hastanın yönetiminde inme öyküsünün ve DM ile hiperlipidemi gibi vasküler risk etmenlerinin, intrakraniyal anevrizma ve vertebral arter oklüzyonunun bulunması, atipik nörolojik belirtilere karşın öncelikle serebrovasküler olayların dışlanmasını gerektirmiştir. Klinik açıdan yönetimi oldukça güç olan konversif belirtilerin tedavisinde, çok boyutlu multidisipliner bir yaklaşımın benimsenmesi ve ilgili kliniklerle iş birliği içerisinde sürecin yönetilmesi hastanın yararına ve çok önemlidir.

## KAYNAKLAR

1. Togay Işıkay C. [Acute stroke management]. J Turk Soc Intens Care. 2003;3:225-35. [Link]
2. Topçuoğlu MA, Arsava EM, Özdemir AÖ ve ark. [Intravenous thrombolytic therapy in acute stroke: problems and solutions]. Turk J Neurol. 2017; 23:162-75. [Crossref]
3. Vilela P. Acute stroke differential diagnosis: Stroke mimics. Eur J Radiol. 2017;96:133-44. [Crossref] [PubMed]
4. Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, et al; American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Nursing; Council on Peripheral Vascular Disease; Council on Clinical Cardiology. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2013;44:870-947. [PubMed]
5. McClelland G, Rodgers H, Flynn D, Price CI. The frequency, characteristics and aetiology of stroke mimic presentations: a narrative review. Eur J Emerg Med. 2019;26:2-8. [Crossref] [PubMed]
6. Chernyshev OY, Martin-Schild S, Albright KC, et al. Safety of tPA in stroke mimics and neuroimaging-negative cerebral ischemia. Neurology. 2010;74:1340-5. [Crossref] [PubMed] [PMC]

7. Kranick SM, Gorrindo T, Hallett M. Psychogenic movement disorders and motor conversion: a roadmap for collaboration between neurology and psychiatry. *Psychosomatics*. 201;52:109-16. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
8. Winkler DT, Fluri F, Fuhr P, et al. Thrombolysis in stroke mimics: frequency, clinical characteristics, and outcome. *Stroke*. 2009;40:1522-5. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
9. Förster A, Griebe M, Wolf ME, et al. How to identify stroke mimics in patients eligible for intravenous thrombolysis? *J Neurol*. 2012;259: 1347-53. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
10. Liang BA, Zivin JA. Empirical characteristics of litigation involving tissue plasminogen activator and ischemic stroke. *Ann Emerg Med*. 2008; 52:160-4. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
11. Dimsdale JE, Levenson JL, Irwin MR. Somatic symptom disorders. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington (DC): Am. Psychiatr. Assoc; 2013. p.318-21. [[Link](#)]
12. Fobian AD, Elliott L. A review of functional neurological symptom disorder etiology and the integrated etiological summary model. *J Psychiatry Neurosci*. 2019;44:8-18. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
13. Scheidt CE, Baumann K, Katzev M, et al. Differentiating cerebral ischemia from functional neurological symptom disorder: a psychosomatic perspective. *BMC Psychiatry*. 2014;14: 158. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
14. Chou HY, Weng MC, Huang MH, et al. Conversion disorder in stroke: a case report. *Kaohsiung J Med Sci*. 2006;22:586-9. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]