

SOL TALAMİK İNFARKTA BAĞLI KLİNİK SENDROMLAR (Üç Vakanın Takdimi)*

Dr. Gülten Tunalı** Dr. Barış Diren***

Key words : Clinical Syndromes, Thalamic Infarction, Computerized Tomography
Anahtar terimler : Klinik sendromlar, Talamik infarkt, Bilgisayarlı Tomografi

Talamik infarktlar klinikte birbirinden farklı semptom ve bulgularla seyreden değişik sendromlara neden olmaktadır. Bu durum talamusa kan sağlayan arterlerin sayısının birden fazla olmasına, değişik damarlardan köken almalarına ve değişik anatomik yapıları beslemesine bağlıdır.¹ Biz bu yazımızda son bir yıl içerisinde kliniğimize başvuran ve EBT ile talamik infarkt tanısı koyduğumuz, semptom ve muayene bulguları ile birbirinden farklılıklar gösteren üç vakamızı sunmayı uygun bulduk.

Vaka takdimleri :

Vaka 1 : 48 yaşında sağ elini kullanan erkek hasta, sağ taraf kol ve bacağına kuvvet azlığı, bulantı, başdönmesi ve konuşma bozukluğu ile kliniğimize başvurdu. Hikâyesinden 20 yıldan bu yana günde 2 paket sigara içtiği, 5 ay önce böbrek taşı nedeniyle nefrektomi ameliyatı geçirdiği, son birkaç yıldır hipertansiyonunun bulunduğu fakat bu nedenle düzenli bir tedavi görmediği öğrenildi. Muayenesinde KB 180/120 mm Hg idi. Nabız 100/dak. ve ritmikti. Genel fizik muayenesi normaldi. Kranial sinirlerin muayenesinde daha sonra bahsedileceği gibi okulomotor bozukluk

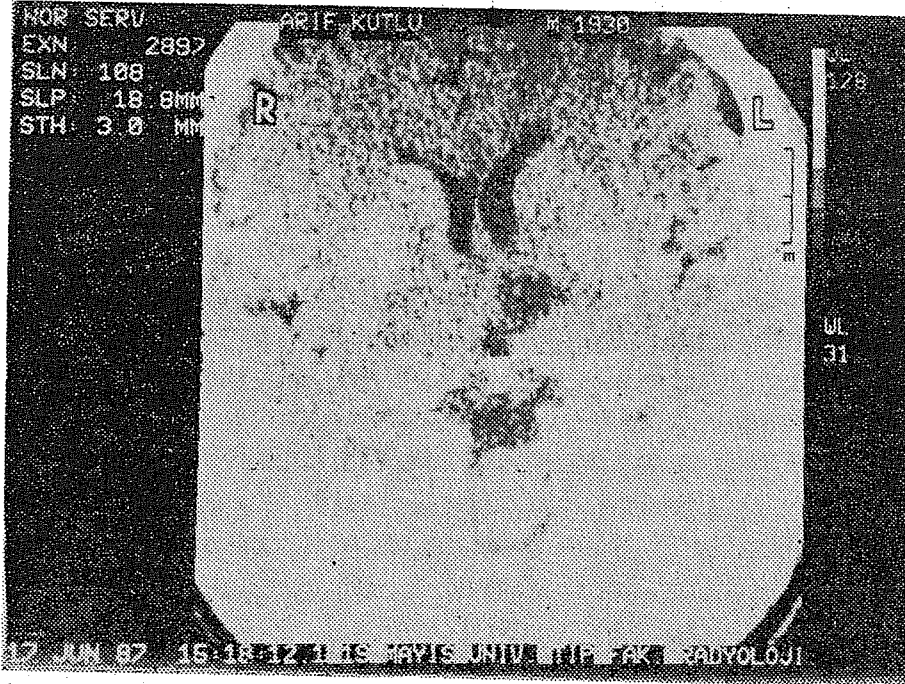
* Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji ve Radyoloji Anabilim Dalı çalışmalarından

** Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fak. Nöroloji Anabilim Dalı Doçenti.

*** Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fak. Radyoloji Anabilim Dalı Yrd. Doçenti

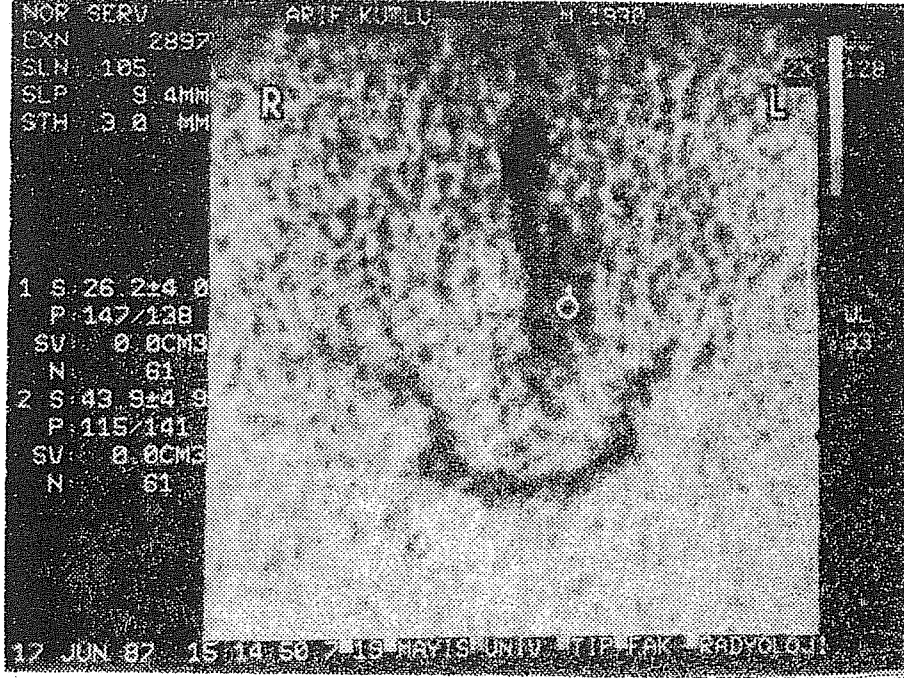
dışında sağ yüz yarısında hipoestezi ve santral fasial parezi vardı. Diğer kranial sinirler sağlamdı. Sağ vücut yarısında yüzeysel duyu bozukluğu vardı. Fakat derin duyu ve kortikal duyu normaldi. Sağ taraf kol ve bacakta parezi ve derin tendon reflekslerinde artma saptandı. Okulomotor bulgular : Sol tarafta total üçüncü kranial sinir felci vardı. Sağ tarafta ise göz yukarı bakamıyordu. Dışa bakışı sınırlı idi. Hasta uykuya meyilli idi. Zaman ve yere karşı oryantasyonu bozuktu. Konuşması nonfluent idi. Parafazi, neologizm ve perseverasyon vardı. Söylenilenleri tekrarlıyabiliyor ve basit emirleri anlayabiliyordu. Objeye isimlendirmesi ise bozuktu. Laboratuvar bulguları : Telegrafisinde aort arkusunda kalsifiye atherom plağı vardı ve kalp global olarak büyüktü. Rutin kan ve idrar tetkikleri normaldi. EKG sinde inkomplet sağ dal bloğu, sol ventrikül hipertrofisi ve yaygın myokard iskemisine ait bulgular saptandı. Sol talamus ile mezensefalonun paramedian parçalarında infarkt ile uyumlu olan ve kontrast madde tutmayan hipodens alanlar saptandı (Resim 1 ve 2). CSF bulguları normaldi. Hasta antiagregan tedaviye alındı. Nörolojik muayene bulgularında düzelme olmadı ve yakınlarının isteği ile taburcu edildi.

Vaka 2 : 53 yaşındaki kadın hasta sağ taraf yüz ve vücut yarısında şiddetli yanma hissi şikâyetiyle kliniğimize getirildi. Yaklaşık 1 yıl önce mide kanaması geçiren hastanın sağ tarafına felç gelmiş ve hiç konuşamamış.



Resim 1

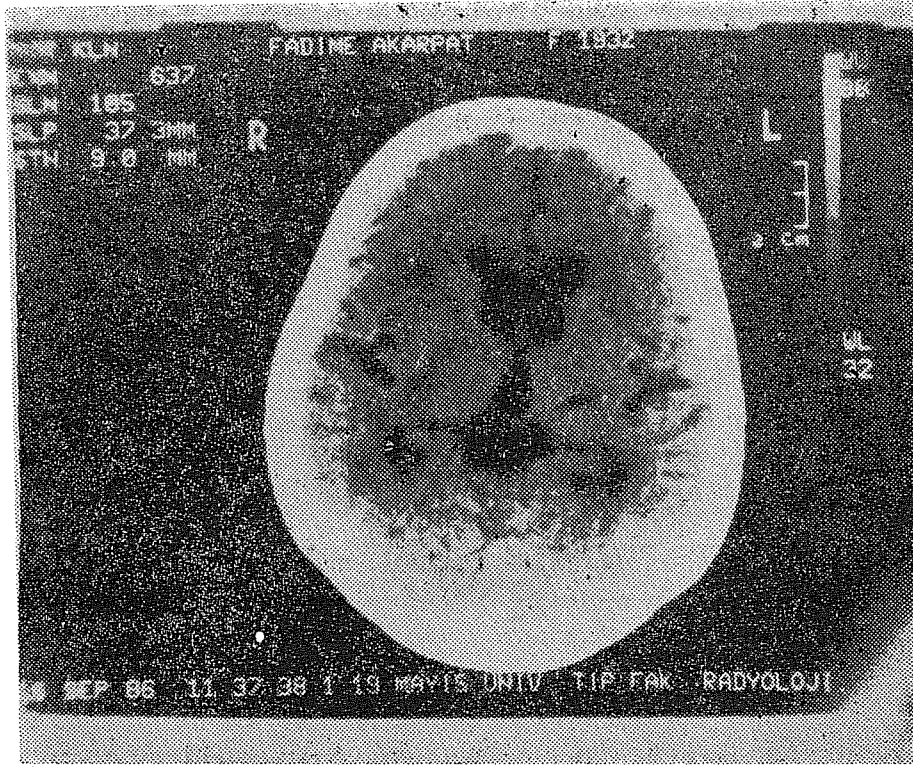
Birinci vakamızda çekilen BBT de sol talamik infarkt görülmektedir.



Resim 2

Birinci vakamızda çekilen BBT de mezansfolonun sol paramedian parçasında infarkt ile uyumlu hipodens alan görülmektedir.

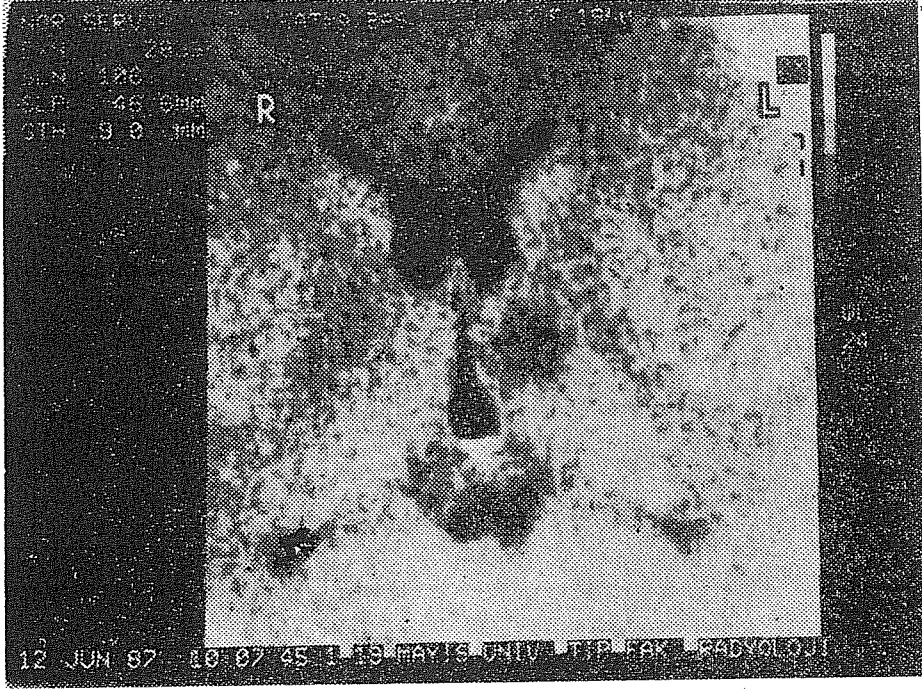
Daha sonra felcinde kısmî düzelme olmuş ve yardımla yürüyebilir hale gelmiş. Kliniğimize müracaatından 7 ay önce başlayan ve ilaçlara cevap vermeyen yanıcı tarzda ağrıları olmaya başlamış. Uzun süreden beri 200-220 mm Hg civarında seyreden hipertansiyonu varmış ve bu nedenle anti-hipertansif ilaç kullanıyormuş. Nörolojik muayenesinde KB 180/125 mm Hg, nabız 80/dak. ve ritmik. Bilinç açık, oryantasyonu ve kooperasyonu iyi idi. Gözdibinde hipertansif damar değişiklikleri, sağ tarafında spastik hemiparezi ve derin tendon reflekslerinde artma, sağ tarafta yüz dahil tüm vücut yarısında hipoestezi vardı. Laboratuvar bulguları : Rutin kan ve idrar tetkikleri normaldi. Total lipid ve kolesterol seviyelerinde hafif artma saptandı. EKG ön duvar myokard iskemisi ve sol ventrikül hipertrofi bulguları saptandı. BT sol talamusta infarkt varlığını gösterdi. (Resim 3). Hastaya parestezi ve hiperpati şikâyetleri için Norodool 3x5 mg, akineton 3x1 tab. ve diazem 3x5 mg verildi fakat yakınmalarında çok belirgin bir düzelme olmadı.



Resim 3

İkinci vakamızda yapılan BBT tetkikinde sol talamik infarkt görülmektedir.

Vaka 3 : 23 yaşında kadın hasta, çift görme ve sağ tarafına doğru düşme şikâyetleri ile kliniğimize müracaat etti. Müracaatından bir gün önce başdönmesi ve baş ağrısından şikâyet etmiş. Ertesi gün sabah kalktığında çift gördüğünü farketmiş. Ayağa kalktığında sağa doğru düşecek gibi olmuş ve ancak yardımla yürüyebilmiş. 6 yıl önce mitral darlığı nedeniyle mitral valv replasmanı yapılan hastaya ameliyat sonrası digoxin ve coumadine tedavisi uygulanmış. Hastanın genel fizik muayenesinde geçirdiği ameliyata bağlı skar, kalpte mitral odakta sistolik üfürüm ve metalik valv sesi dışında anormal bulgu saptanmadı. Nörolojik muayenesinde pupiler izokorik idi. Işığa ve akomodasyona reaksiyonları zayıftı. Sağ gözün yukarı ve dışa bakışı, sol gözün ise yukarı ve aşağı bakışları ileri derecede kısıtlıydı. Sağ yana bakışta rotatuvar nistagmus, sağda santral fasial parezi saptandı. Serebellar testler sağ tarafta beceriksizdi. Rutin kan ve idrar tetkikleri normaldi. Yapılan BBT tetkikinde sol talamusta infarkt ile uyumlu hipodens alan saptandı. Bu alan kontrast madde tutmuyordu. (Resim 4). Hasta antikoagülan tedaviye alındı. Göz bulguları 3. günde düzelmeye başladı ve hasta bir hafta sonra tam şifa ile taburcu edildi.



Resim 4

Üçüncü vakamızda BBT tetkikinde sol talamusun paramedian kısmında infarkt ile uyumlu hipodens alan görülmektedir.

Tartışma

Talamus arterleri : 1) Tuberotalamik arter) bu artere talamusun polar arteri ve anterior talamosubtalamik paramedian arter gibi isimler de verilmektedir) posterior kommunikan arterin 1/3 orta kısmından çıkar. İnsanların % 30-40'ında bu arter posterior talamosubtalamik paramedian arterin dalıdır. 2) Posterior talamo-subtalamik paramedian arter, posterior serebral arterin ilk segmentinden köken almaktadır. 3) Talamogenikulat arter posterior serebral arterin posterior kommunikan arterden sonraki ikinci parçasından köken alır. 4) Posterior koroideal arterler posterior serebral arterden köken alırlar ve iki dala —mezensefaloposterolateral ve hipokampoposterolateral— ayrılırlar.²

Bu 4 arter sisteminden herbirinin tıkanmasıyla farklı klinik sendromlar ortaya çıkmaktadır. Bunlardan talamogenikulat arter tıkanmasına bağlı olarak ortaya çıkan sendrom en sık rastlanan sendrom olup hissi felç (sensory stroke) ile seyreder. Parestezi ve hiperpati yakınmalarıyla gelen ve muayenesinde motor ve hissi defisit saptadığımız ikinci hastamız bu sendroma örnektir. Bu arter, ventral posterior nukleusu, ventral lateral nukleusun bir parçasını ve pulvinar'ı besler. Venral posterolateral ve

ventral posteromedial nukleusun tutulması ile hemisenöri sendromlar (Dejerine-Roussy sendromu ve saf hissi felç gibi) ortaya çıkar². Bu nukleuslar karşı taraf vücut yarısından gelen ve yüzeysel hissiyeti taşıyan spinotalamik traktın sonlandığı ve talamokortikal liflerin köken aldığı nukleuslardır. Fisher saf hissi felç geçiren ve bundan 6 ay ile 4 yıl sonra ölen iki hastanın postmortem patolojik değerlendirmelerini yaptı ve talamusun hissi nukleuslarında laküner infarktların varlığını gösterdi³.

Okulomotor ve nöropsikolojik bulguları baskın olan ve BT ile hem talamusta ve hem de mezansafalonun paramedian parçasında infarkt saptadığımız birinci vakamızda klinik sendromun posterior talamosubtalamik paramedian arter tıkanmasına bağlı olduğunu düşündük. Bu arter, posterior serebral arterin ilk segmentinden köken alır ve mezensefalonun paramedian parçası ile talamusun intralaminar nukleusların, dorsomedial nukleusunu ve ventral posterior nukleusun iç kısımlarını besler.⁴

Bizim vakamıza benzer nörolojik semptom ve bulguları olan ve postmortem patolojik tetkik sonucu posterior talamosubtalamik paramedian arter tıkanması olduğu gösterilen bir hastada, somnolans ve oryantasyon kusurunun talamusun intralaminar nukleuslarının, transkortikal tipdeki afazinin talamusun dorsomedial nukleusunun, vertikal bakış felcinin mezensefalonun üst kısmının harabiyetine bağlı olduğu bildirilmiştir.⁴

Her iki gözde yukarı bakış felcine ek olarak sol gözde aşağı bakış felci olan üçüncü hastamızda yine posterior talamo-subtalamik paramedian arter tıkanması düşündük. BBT ile mezensefalon seviyesinde infarkt gösteremediğimiz bu hastada emboli kaynağı vardı ve muayene bulguları anti-coagülan tedavi ile süratle düzeldi.

Vertikal bakış merkezi mezensefalon ile diensefalonun birleşim yerinde bulunur. Bu bölgenin kan akımı ise posterior talamosubtalamik paramedian arter tarafından sağlanmaktadır. Vertikal bakışta en önemli fonksiyonu MLF in rostral interstitiel nukleusu görmektedir. Bu nukleusun rostral dorsolateral parçası aşağıya, kaudal ventromedial parçası ise yukarı bakışta fonksiyon görmektedir. MLF in interstitiel nukleusu, Cajal'ın interstitiel nukleusu ve Darkschewitsch nukleusunun lezyonu vertikal bakış felcine neden olur.⁵

Sunduğumuz birinci vakada transkortikal tipde afazi vardı. Hasta söylenilenleri anlayabiliyor ve tekrar edebiliyordu. Konuşma nonfluent idi ve neologizm, parafazi ve perseverasyon vardı. Dominant hemisferdeki talamik infarktlarda afazi sık rastlanan bir bulgu olmasına rağmen talamusun konuşma fonksiyonu ile ilgili rolü spekülatif olmaktan öteye gideme-

mektedir. Laboratuvar hayvanlarında yapılan deneysel çalışmalar ventrolateral nukleusun konuşmanın motor komponentinde önemli rolü olduğunu, bu nukleusun serebellum ve globus pallidusdan afferent lifler aldığını, motor korteksin 4. ve 6. aarı ile efferent bağlantısı olduğunu ortaya koymaktadır.⁵

Sunduğumuz üçüncü vakamızdaki ataksik hemipareziyi talamik infarkta sekonder olarak gelişen ödemin basısı ile açıklamak mümkündür. Çünkü kapsula internanın arka bacağında seyreden piramidal trakt ile serebellumdan kortekse giden dentato-rubro-talamo-kortikal yol birbirine yakın seyretmektedir.⁷

Takdim ettiğimiz 3 vakamızdan 2 tanesinde yüksek hipertansiyon vardı ve diyastolik basınç 120 mm Hg idi. Hipertansiyon saptımadığımız genç hastamızda ise emboli kaynağı vardı. Bu hastamıza daha önce mitral valv raplasmanı yapılmıştı. Hastalarımızın iki tanesinde yüksek seviyelerdeki hipertansiyonun varlığı bize vasküler patolojinin hipertansif lipohyalinotik serebral anjiopati olabileceğini düşündürdü. Saf hissi atak geçiren iki hastanın postmortem patolojik tetkikinde lipohyalinotik vasküler lezyonların gösterilmesi bu görüşümüzü desteklemektedir.²

Özet

Talamusa kan taşıyan arterlerin tıkanmasıyla ortaya çıkan çeşitli klinik sendromlar vardır. Biz bu yazımızda sol talamik infarkt tanısı BT ile kanıtlanmış 3 vaka sunduk. Birinci vakamızda nörolojik muayene, somnolans, motor transkortikal afa ve okulomotor bozuklukların varlığını gösterdi. Parestezi ve hiperpati yakınmasıyla gelen ikinci vakamızda motor ve hissi defisit vardı. Üçüncü vakamızda ise vertikal bakış felci ve ataksik hemiparezi saptandı.

SUMMARY

Clinical syndromes of left thalamic infarction

There are various clinical syndromes of thalamic infarction due to occlusion of different arteries which supply blood to the thalamus. In this paper, we presented three cases with left thalamic infarction confirmed by CT scan. Neurological examination revealed somnolence, disorientation, motor transcortical aphasia and oculomotor disturbances in the first case. There were sensory and motor deficits in the second case who complained paresthesia and hyperpathy. Vertical gaze palsies and ataxic hemiparesis were found in the third case.

KAYNAKLAR

- 1 — Percheron, G. The anatomy of the arterial supply of the human thalamus and its use for the interpretation of the thalamic vascular pathology. *Rev. Neurol.*, 205, 1-13, 1973.
- 2 — Fisher, C.M. Pure sensory stroke involving face, arm and leg, *Neurology*, 15, 76-80, 1965.
- 3 — Fisher, C.M. Thalamic pure sensory stroke : A pathological study. *Neurology*, 28(11), 1141-1144, 1978.
- 4 — Bogousslavsky, Y., Miklossy, J., Deruaz, J.P. et al Unilateral left paramedian infarction of thalamus and midbrain : A clinicopathological study, *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.*, 49 : (6) 686-694, 1986.
- 5 — Wall, M., Slamotivs, T.L., Weisberg, L.A. et al Vertical gaze ophthalmoplegia from infarction in the area of the posterior thalamusubthalamic paramedian artery, *Stroke*, 17 (3), 546-553, 1986.
- 6 — Mc Farling, D., Rothi, L.S., Heilman, K.M. Transcortical aphasia from ischaemic infarcts of the thalamus : a report of two cases, *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.*, 45, 107-112, 1982.
- 7 — Bogousslavsky, J., Gegli, F., Glika, J. et al Painful ataxic hemiparesis, *Arch. Neurol.*, 41(8), 892-893, 1984.