

Globus Pallidus İnfarktı İlişkili Kore: Olgu Sunumu

Chorea Associated with Globus Pallidus Infarction: A Case Report

Dilek Aslan Öztürk, Yasemin Ünal, Gülser Karadaban Emir, Gülnihal Kutlu

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Muğla

Özet

Hareket bozuklukları serebrovasküler olaylar sonrası karşımıza çıkabilir. Bazal gangliyonlar ve talamusu tutan lezyonlarda kore en sık karşılaşılan hareket bozukluğudur. Korenin ani başlangıçlı olması vasküler olayları (iskemi, hemoraji, vasküler malformasyonlar) düşündürür. Bu makalede globus pallidus infarktı sonrası akut olarak sağ elde koreiform hareketleri ortaya çıkan, 24 saat içinde kendiliğinden gerileyen 75 yaşındaki kadın olgu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İstemsiz Hareket, Serebrovasküler Hastalık, Bazal Gangliyonlar, Hiperkinetik Hareket Bozukluğu

Abstract

Movement disorders may appear after cerebrovascular events. Chorea is the most common movement disorders seen after the basal ganglia and the thalamic lesions. The sudden onset of the chorea suggests vascular events (ischemia, hemorrhage, vascular malformations). A 75-year-old female patient, who had acute choreiform movements on the right hand which had a spontaneous remission in 24 hours after globus pallidus infarction is presented in this case.

Keywords: Involuntary Movement, Cerebrovascular Disease, Basal Ganglia, Hyperkinetic Movement Disorders

Başvuru Tarihi / Received: 19.03.2017
Kabul Tarihi / Accepted : 19.09.2017

Giriş

Serebrovasküler olaylar sonrası kore, distoni, tremor ve parkinsonizm gibi hareket bozuklukları ortaya çıkabilir. İskemik ve hemorajik inme, subaraknoid kanama, serebrovasküler malformasyonlar ve bazal gangliyonları etkileyen dural venöz fistül sebebiyle hareket bozuklukları gelişebilir (1). Akut inme sonrası hareket bozukluğu sık rastlanılan bir durum olmamakla birlikte akut inme sonrası kore ve hemiballismus gibi hiperkinetik, Parkinson hastalığı gibi hipokinetik hareket bozuklukları karşımıza çıkabilir (2). Hareket bozuklukları inmenin hemen sonrasında gelişebileceği gibi, geç dönemde görülebilir veya progresif seyir gösterebilir (1). Hemikore-hemiballismus akut inme sonrası erken dönemde en sık görülen hareket bozukluklarıdır (3). Korenin akut gelişmesi ön planda serebrovasküler etiyojolojiyi düşündürür. Kore en sık olarak talamus, putamen, globus pallidus lezyonları sonucu ortaya çıkar, subtalamik nukleusu ve korteksi tutan lezyonlarda da görülür (4). Burada nöroloji pratiği ve acil servislerde sık görülmeyen ve olası psikojenik nedenler ile ilişkilendirilebileceği için tanı ve tedavide yanlışlıklara neden olabilecek bir post strok kore olgusu sunulmuştur.

Olgu

75 yaşında, sağ eli kadın hasta acil servise konuşmada aralıklı bozulma, sağ kolda güçsüzlük, uyuşma şikayeti ile başvurdu. Hastanın ani başlayan sağ eldeki istemsiz hareketlerinin kore ile uyumlu olduğu gözlemlendi. Hastanın bir buçuk yıl

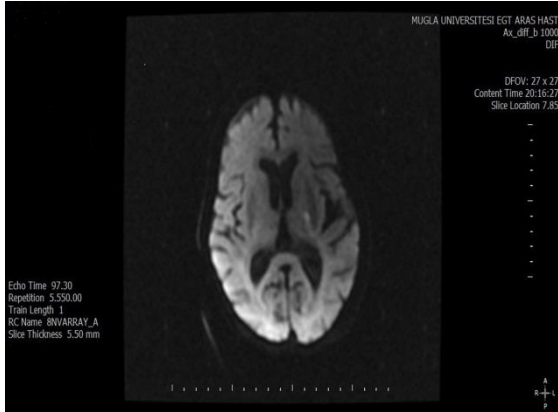
önce geçirilmiş iskemik serebrovasküler hastalık öyküsü ve hipertansiyonu vardı. Antihipertansif tedavi almıyordu, nöropatik ağrıları nedeni ile pregabalin 150 mg/gün kullanmaktaydı. Elektrokardiyografisi normal sinüs ritimdeydi. Nörolojik muayenesinde sağ silik hemiparezi mevcuttu, sağda taban derisi yanıtı lakayttı. Rutin biyokimyasal tetkikleri normaldi. Hastaya asetilsalisilik asit (ASA) 300 mg/gün oral ve enoksoparinsodyum 8000 Anti-XA/gün subkutan başlandı. Bilgisayarlı beyin tomografisinde akut patoloji tespit edilmemesi nedeniyle çekilen manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) sol globus pallidus bölgesinde akut iskemi (Şekil 1 ve 2) ile uyumlu difüzyon kısıtlılığı gösteren hiperintensite ve bu bulgu ile uyumlu ADC hipointensitesi izlendi. Klinikte yatırılarak takip edilen hastanın sağ eldeki koreiform hareketleri 24 saat süre ile devam etti, amplitüdü azalarak sonlandı ve daha sonrasında tekrarlamadı. Ritm holterde tespit edilen kısa süreli atrial taşikardi atakları nedeni ile propranolol 25 mg başlandı. Etiyoloji açısından yapılan karotis ve vertebral arter doppler ultrasonografide anlamlı darlık saptanmadı. Nörolojik tablosu stabil olan hasta ASA 300 mg/gün oral tedavi ile taburcu edildi.

Tartışma

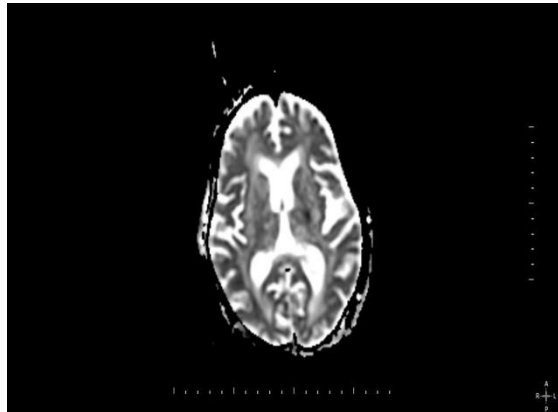
Kore hiperkinetik bir hareket bozukluğudur. Sıklıkla ekstremitenin distalinde izlenen, düzensiz, ritmik olmayan, rastgele, küçük amplitüdü istemsiz hareketlerdir. Kore primer olarak kontralateral bazal gangliyonlar ve talamus bölge lezyonlarından sonra ortaya çıkar ve genellikle unilateraldir (5). Korenin patogenezi komplekstir. Talamusun motor çekirdeği ve globus pallidus internanın da içinde olduğu subkortikal nukleusların arasındaki bağlantıların disfonksiyonu sonucu gelişir. Bazal gangliyon fonksiyonlarındaki yapısal, otoimmün, nörodejeneratif, farmakolojik ve metabolik olaylar kore etyolojisinde yer alır (6). Kore yapan sebepler

Adres / Correspondence : Bünyamin Güney
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Muğla
e-posta / e-mail : bunyaminguney@mynet.com

genetik ve edinilmiş sebepler olarak iki gruba ayrılabilir. Huntington hastalığı korenin görüldüğü en sık genetik hastalıktır. Diğer genetik hastalıklar; nöroakantosis ve Wilson Hastalığı'dır (7). Kore yapan edinsel hastalıklar arasında ise vasküler hastalıklar, postinfektif otoimmün santral sistemi hastalıkları (PANDAS), ilaçlar, Sistemik Lupus Eritamatosus, Antifosfolipid sendrom, tirotoksikoz, AIDS ve polisitemia rubra vera vb. bulunur (8). Enfeksiyonlar sonrası özellikle merkezi sinir sistemi enfeksiyonları sonrası hareket bozuklukları görülebilmektedir (9). Hipo / hiperglisemi, hipo / hipernatremi, hipomagnezemi, hipo / hiperkalemi gibi metabolik durumlar nedeniyle kore gelişebilir (6). Kore yapan en sık metabolik olay nonketotik ya da ketotik hiperglisemidir (10). Subakut prezentasyon; genellikle serum glukoz ve elektrolit dengesizliği gibi metabolik bozukluklar veya enfeksiyon durumlarında ortaya çıkar. Yavaş progresyon nörodejeneratif hastalıkları akla getirmelidir. Nörodejeneratif hastalıklarda kognitif ve psikiyatrik semptomlar da eşlik eder. Epizodik kore ise paroksizmal hiperkinetik hareket bozukluklarını işaret eder (6).



Şekil 1. Diffüzyon ağırlıklı MRG' de sol globus pallidus bölgesinde diffüzyon kısıtlılığı görülmektedir.



Şekil 2. ADC haritasında sol globus pallidus bölgesinde hipointensite görülmektedir.

Korenin akut başlangıçlı olması özellikle ileri yaş hastalarında öncelikle vasküler olayları düşündürür (11). İskemik ve hemorajik inme sonrası birçok farklı tipte hipokinetik ve

hiperkinetik hareket bozuklukları görülebilir (12). Post strok hareket bozukluklarının patogeneğinde eksternal globus pallidusdan projekte olan striatal matriksteki gabaerjik ve enkefalinergic nöronların tutulumu rol oynar (13). Kore inme sonrası genellikle ilk günlerde striatotalamokortikal yollardaki striatal nöronların yıkımı sonrası, talamus ve kortikal yapılar üzerindeki inhibitör etkinin azalması sonucu ortaya çıkar (13).

Ghika-Schmid ve ark. yaptıkları çalışmada post strok hareket bozuklukları prevalansını %1 ve insidansını %0.08 olarak bildirmişlerdir. Bu hastaların %44'ünde striatum ve pallidum, %37'sinde talamus ve bir olguda da sublamik nukleus tutulumu saptanmıştır (14). Hemikore %38 oranla en sık post strok hareket bozukluğu olarak izlenmiş ve bunu distoni, myoklonus ve tremor takip etmiştir (14).

Alarcon ve ark. 1500 post strok hastasını içeren bir çalışmada toplam 56 hastanın %3.7'sinde hareket bozukluğu tespit etmişlerdir (3). Bu çalışmada da 20 hastada (%35.7) hemikore görülmüş olup tremor, parkinsonizm ve distoniye oranla en sık post strok hareket bozukluğu olarak tespit edilmiştir (3).

Kore çoğunlukla spontan olarak geriler. Akut dönemde korenin semptomatik tedavisi bazen gerekebilir. Tedavi başlanacaksa etiyolojiye yönelik olmalıdır. Farmakolojik tedavide D2 reseptör blokörü olan tipik antipsikotikler (haloperidol, pimozid, fluperazin), atipik antipsikotikler (ketiyapin, aripiprazol, ziprasidon) kullanılabilir. Antiepileptik ilaçlar, duyu durum düzenleyiciler de tercih edilebilir (6). Tetrabenazinin hiperkinetik hareket bozuklukları tedavisinde katkı sağladığı bildirilmiştir (15). Cerrahi tedavi vasküler sebepli kore tedavisinde nadir seçilmiş olgularda uygulanabilir (6).

Sunulan olgunun globus pallidus bölgesinde laküner infarkt nedeniyle sağda silik hemiparezisi ve koreiform hareketleri mevcuttu, mental muayenesi ise normaldi. Hastanın geriatrik yaş grubunda olması, semptomlarının ani başlangıçlı olması ve vasküler risk faktörlerinin bulunması nedeniyle öncelikle vasküler etiyoloji düşünüldü. Globus pallidus lezyonları sonrası hastalarda tipik olarak motor defisit geliştiği bilinmektedir, parkinsonizm, distoni, tremor da izlenebilir (16). Yürütücü işlev bozuklukları, verbal bellek kayıpları, emosyonel ifade azalma gibi kognitif etkilenme eşlik edebilmektedir (17,18).

Pandey ve ark. globus pallidus infarktı sonrası tek ekstremitede izlenen koreiform hareketleri olan bir olguyu bildirmişlerdir (2). Hastaya klonezepam ve triheksifenidil tedavisi başlanmasından 3 ay sonra hareket bozukluğunun düzeldiğini gözlemişler (2). Başka bir olgu sunumunda tek başına hemikore ile prezente olan, sol putamende lakün infarktı saptanmış bir olgu paylaşılmış, klonezepam başlanmış ve bir haftada büyük ölçüde

semptomları düzelmiştir (19). Sunduğumuz olgunun koreiform hareketlerinin 24 saat içinde kendiliğinden gerilemesi nedeniyle semptomatik tedavi planlanmadı.

Sonuç olarak, korede birçok etyolojik faktör rol oynayabilir. Özellikle ileri yaş hastalarda akut korede serebrovasküler hastalık mutlaka akla gelmelidir ve nörogörüntüleme yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Mehanna R, Jankovic J. Movement disorders in cerebrovascular disease. *Lancet Neurol*. 2013;12(6):597-608.
2. Pandey S, Gupta S. Lower limb monochorea from a globus pallidus infarct. *J Clin Neurosci*. 2014;21(8):1455-1457.
3. Alarcon F, Zijlmans JC, Duenas G et al. Post-stroke movement disorders, report of 56 patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004;75(11):1568-74.
4. Chung SJ, Im JH, Lee MC et al. Hemichorea after stroke: clinical-radiological correlation. *J Neurol* 2004;251(6):725-9.
5. Handley A, Medcalf P, Hellier K et al. Movement disorders after stroke. *Age Ageing*. 2009;38(3):260-6.
6. Walker RH. Chorea. *Continuum*. 2013;19(5):1242-63.
7. Pandey S. Chorea. *J Assoc Physicians India*. 2013;61(7):471-4.
8. Wild EJ, Tabrizi SJ. The differential diagnosis of chorea. *Pract Neurol*. 2007;7(6):360-73.
9. Jhunjhunwala K, Netravathi M, Pal PK. Movement disorders of probable infectious origin. *Ann Indian Acad Neurol*. 2014;17(3):292-7.
10. Chen C, Zheng H, Yang L et al. Chorea-ballism associated with ketotic hyperglycemia. *Neurol Sci*. 2014;35(12):1851-5.
11. Zijlmans JC. Vascular chorea in adults and children. *Handb Clin Neurol*. 2011;100:261-70.
12. Siniscalchi A, Gallelli L, Labate A et al. Post-stroke Movement Disorders: Clinical Manifestations and Pharmacological Management. *Curr Neuropharmacol*. 2012;10(3):254-62.
13. Zagnoli F, Rouhart F, Perotte P et al. Hemichorea and striatal infarction. *Rev Neurol (Paris)*. 1996;152(10):615-22.
14. Ghika-Schmid F, Ghika J, Regli F et al. Hyperkinetic movement disorders during and after acute stroke, the Lausanne stroke registry. *J Neurol Sci*. 1997;146:109-16.
15. Chen JJ, Ondo WG, Dashtipour K et al. Tetrabenazine for the treatment of hyperkinetic movement disorders: a review of the literature. *Clin Ther*. 2012;34(7):1487-504.
16. Münchau A, Mathen D, Cox T et al. Unilateral lesions of the globus pallidus: report of four patients presenting with focal or segmental dystonia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2000;69(4):494-8.
17. Giroud M, Lemesle M, Madinier G et al. Unilateral lenticular infarcts: radiological and clinical syndromes, aetiology, and prognosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1997;63(5):611-5.
18. Kim SH, Park KH, Sung YH et al. Dementia mimicking a Sudden cognitive and behavioral change induced by left globus pallidus infarction: review of two cases. *J NeurolSci*. 2008; 15;272(1-2):178-82.
19. Turkel Y. Hemikore İle Prezente Olan İskemik İnme: Olgu Sunumu. *Deney Klin Tıp Derg*. 2012;29:153-4.