



Non Ketotik Hiperglisemik Hiperozmolar Duruma Bağlı Hemikore: Olgu Sunumu

Hemichorea due to Non Ketotic Hyperglycemic Hyperosmolar Condition: Case Report

Şeval ÖZAYDINLI (1), Burcu GÖKÇE ÇOKAL(1)

ÖZET

Hemikore vücudun bir tarafında istem dışı, kısa süreli, sıçrayıcı hareketlerin görüldüğü nörolojik bir durumdur. Kore tablosu Huntington hastalığı gibi birincil nörolojik bir genetik bozukluğun belirtisi olabilir veya hipo/hiperkalsemi veya hiperglisemi gibi sistemik, toksik veya metabolik bir nedenin nörolojik komplikasyonu olarak ortaya çıkabilir. Hiperglisemi ilişkili hemikorenin tipik üçlüsü, istemsiz hareketler, nörogörüntülemelerde striatal anormallikler (diyabetik striatopati) ve diyabetle birlikte non-ketotik hiperglisemidir. Bu olgu sunumunda nonketotik hiperglisemik hiperozmolar durum nedeniyle hemikore gelişen 69 yaşında bir kadın hasta beyin görüntüleme bulguları ve laboratuvar verileri ile birlikte sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Diyabetes Mellitus, nörolojik komplikasyon, kore

ABSTRACT

Hemichorea is a neurological condition characterized by involuntary, brief, and rapid movements on one side of the body. Chorea can be a manifestation of primary neurological genetic disorders, such as Huntington's disease, or it may occur as a neurological complication of systemic, toxic, or metabolic causes, such as hypo/hypercalcemia or hyperglycemia. The typical presentation of hyperglycemia-associated hemichorea includes involuntary movements, striatal abnormalities on neuroimaging (diabetic striatopathy), and non-ketotic hyperglycemia in conjunction with diabetes. In this case report, a 69-year-old female patient who developed hemichorea due to non-ketotic hyperglycemic hyperosmolar state is presented, along with her neuroimaging findings and laboratory data.

Keywords: Diabetes Mellitus, neurological complications, chorea

(1) SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara, Türkiye,

Makale geliş tarihi / Submitted: Şubat / February 2025

Sorumlu Yazar / Corresponding Author:

Şeval ÖZAYDINLI
Adres: SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Hacettepe Mah.
Ulucanlar Cad. No: 89, 063230, Altındağ, Ankara, Türkiye,
E-posta: seval.ozaydinli@gmail.com
Tel: +90 0551 652 2158

Makale kabul tarihi / Accepted: Haziran / June 2025

Yazar bilgileri:

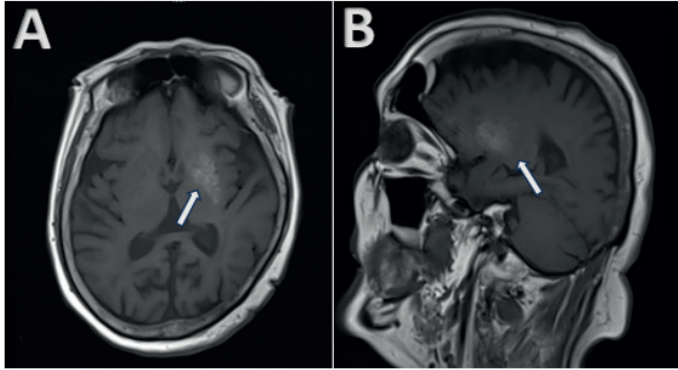
Şeval ÖZAYDINLI: seval.ozaydinli@gmail.com, 0009-008-5662-8266
Burcu GÖKÇE ÇOKAL: gokceburcu@gmail.com, 0000-0002-7365-5070

GİRİŞ

Kore; ekstremitelerde distallerinde, kısa süreli, sıçrayıcı, düzensiz ve ön-görülemez bir şekilde sürekli devam eden kas aktivasyonunun neden olduğu istemsiz, ani ve hızlı hareketlerin varlığıyla karakterize bir tür hiperkinezi (1). Kore tablosu Huntington hastalığı gibi birincil nörolojik bir genetik bozukluğun belirtisi olabilir veya hipotansiyon veya hiperkalsemi gibi sistemik, toksik veya metabolik bir nedenin nörolojik komplikasyonu olarak ortaya çıkabilir (2). Hiperkalsemi ilişkili hemikorenin tipik üçlüsü, istemsiz hareketler, nörogörüntüleme striatal anormallikler (diyabetik striatopati) ve diyabetle birlikte non-ketotik hiperkalsemi (3). Nadir de olsa tedavi edilebilir bir durum olduğu için tanınması önemlidir. Bu olgu sunumunda nonketotik hiperkalsemi hiperkore (NKHH) durum ile gelen kore hastasını sunmayı amaçladık.

OLGU

69 yaşında kadın hasta, sağ kolunda 6 gündür istem dışı hareketleri olması nedeni ile polikliniğimize başvurdu. Hastaya 2020 yılında HbA1c değerinin 10 saptanması üzerine Diabetes Mellitus (DM) tanısı konulduğu, oral antidiyabetik başlandığı ancak hastanın ilaçlarını kullanmadığı ve takiplerine gitmediği öğrenildi. Hastanın vitallerinde parmak ucu kan şekeri 596 saptandı. Tam idrar tetkikinde keton negatif, glukoz pozitif, kan gazında pH değeri 7.38 (normal aralık: 7.35-7.45) saptandı. Serum ozmolalitesi 299 mosm/L (normal aralık: 275-295 mosm/L) olarak hesaplandı. Nörolojik muayenesinde sağ üst ve alt ekstremitelerde koreiform hareketler izlendi. Bu durum dışında nörolojik muayenesi doğaldı. Beyin Manyetik Rezonans görüntüleme (MRG) T1 sekansında sol korpus striatumda asimetrik intensite artışı izlendi.



Resim 1. A. Kranial MRG T1 sekansı aksiyal kesitinde sol korpus striatum intensite artışı,

B. Kranial MRG T1 sekansı sagittal kesitinde sol korpus striatumda intensite artışı

Hastada klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgular eşliğinde non-ketotik hiperkalsemi hemikore düşünüldü. Tedavi planlaması açısından endokrinolojiye konsülte edildi. Kan şekeri intravenöz kristalize insülin ile regüle edildikten bir gün sonra hastanın bacaklarındaki, iki gün sonra kolundaki istem dışı hareketler azaldı ve üçüncü gün hemikore tablosunda tamamen düzelme görüldü. Hasta diyabet tedavisi düzenlendikten sonra taburcu edildi. Takiplerinde istem dışı hareketlerde tekrarlaması görülmedi. Hastaya 10 ay sonra çekilen beyin MRG'de, ilk incelemedeki T1 hiperintens sinyal artışının tamamen düzeldiği görüldü.

Olgunun ve görüntülemelerin sunumu için hastamızdan sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

NKHH durumunun neden olduğu kore nadir bir durumdur. İleri yaşlı kadınlarda daha sık görülen NKHH durum, genellikle kontrolsüz diyabet hastalığı ve çok yüksek kan şekeriyle ilişkilidir (4). NKHH duruma bağlı korenin kesin patofizyolojisi henüz aydınlatılamamış olsa da kan hiperviskozitesi, peteşiyal kanama, gama-aminobütirik asit (GABA) tükenmesi ve serebral kan akım yetersizliği gibi birçok hipotez öne sürülmüştür (5). Hiperkalsemi tablosunun düzeltilmesi genellikle tedavi edicidir ancak hiperkalseminin düzelmesinden sonra nadiren kore tablosu aylarca devam edebilir. Korenin uzun süre devam etmesinin nedeninin striatal kalıcı damar değişiklikleri olduğu düşünülmektedir (6). NKHH durumunda içinde bulunduğu metabolik korelerin birçoğunda MRG taramalarında anormallik görüldü. Görüntüleme anormalliklerini açıklamak için çeşitli hipotezler ortaya atılmıştır. Kalsifikasyonlar, peteşiyal kanama, paramagnetik maddelerin birikmesi, miyelin yıkımı bu hipotezler arasındadır. Ancak MR değişikliklerinin etiyolojisi net olarak anlaşılamamıştır (5). Hiperkalsemi korenin MRG görüntüsü çoğunlukla T1 sekanslarında striatum ve pallidumda sinyal artışı şeklindedir (4). Hastaların yaklaşık %90'ında lezyonların ve semptomların tek taraflı olduğu; yalnızca %9,70'inin çift taraflı olduğu bildirilmiştir (7). Anamnez, kapsamlı muayene, laboratuvar bulguları ve destekleyici kraniyal görüntüleme, metabolik korenin teşhis ve tedavisinin temel araçlarıdır. Patofizyoloji tam olarak aydınlatılamamış olmasına rağmen çoğu hastada kan şekeri regülasyonu ile semptomlar düzelmektedir. Bizim hastamızda da literatür ile uyumlu olarak kan şekeri regülasyonu ile kore tablosu tamamen düzelmiştir. Kore ile gelen diyabet hastalarda uygun tedavinin ve semptom kontrolünün sağlanabilmesi için NKHH durumunun akıldan bulundurulması gerekir.

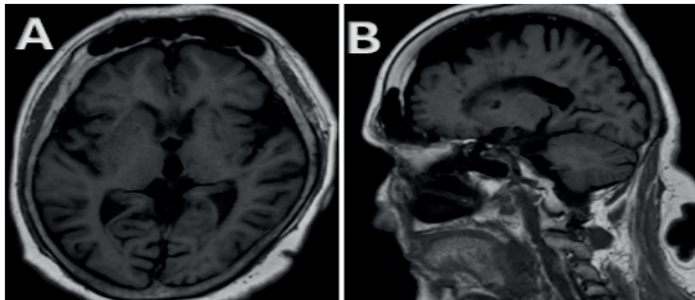
Yazar Katkıları:

Ş.Ö: Yazıyı yazan, literatür taraması, veri toplanması

B.G.Ç: Ana fikir, denetleme, eleştirel inceleme

KAYNAKLAR

1. Vasudevan V, Laway BA, Wani AI, Wani MM. Chorea Associated with Nonketotic Hyperglycemia (Diabetic Striatopathy) in an Elderly Male. *Indian J Endocrinol Metab.* 2018 Nov-Dec;22(6):859-860.
2. Cardoso F. Curriculum of Movement Disorders. Viyana: Springer; 2017. Chorea, ballism and athetosis; s. 275-282.
3. Hemichorea as a first clinical manifestation of diabetes type 2: case report and review of literature. Sonia M-P, Catalina A, Sandra C, Javier M. *J Neurol Stroke.* 2018;8:270-271.
4. "Hyperglycemic Hemichorea: A Case Series". Moon S, Kim HE, Oh TJ, Ahn CH, Choi SH, Jang HC. *Ann Geriatr Med Res.* 2021;25:222-225
5. Hemichorea and hemiballism an unrecognized presentation of hyperosmolar hyperglycemic syndrome. Ticona J, Zacccone V, Zaman U, Kashani D, Chung Z, McFarlane IM. *Am J Med Case Report* 2020;8:159-161
6. Walker RH. Differential diagnosis of chorea. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2011;11(4):385-95.
7. Chua, C. B., Sun, C. K., Hsu, C. W., & Hsu, N. W. (2020). Diabetic striatopathy: Clinical presentation, neuroimaging, and outcomes. *Journal of Clinical Neuroscience*, 72, 122-128.



Resim 2. A. 10 ay sonra çekilen kranial MRG T1 sekansı aksiyal kesiti

B. 10 ay sonra çekilen kranial MRG T1 sekansı sagittal kesiti