

INTERNÜKLEER OFTALMOPELJİ VE SEREBELLAR ATAKSİ: İKİ OLGU SUNUMU

Yakup KRESPİ, Ebru AYKUTLU, Oğuzhan ÇOBAN, Rezzan TUNCAY, Sara BAHAR

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Edip Aktin İnme Ünitesi, İstanbul

ÖZET

Klasik laküner sendromlar dışında derin hemisferik veya beyin sapı lokalizasyonlu küçük derin infarktlar sonucu ortaya çıkan birçok sendrom atipik laküner sendrom grubunu oluşturur. Bu sendromlar içinde tek taraflı internükleer oftalmopleji (INO) ile birlikte serebellar ataksi varlığı daha önce bildirilmemiştir.

Elli yedi yaşındaki kadın hasta akut yerleşimli bilateral serebellar appendiküler ataksi ve sağ INO, 67 yaşındaki erkek hasta da akut sağ serebellar appendiküler ataksi ve sol INO bulguları ile kliniğimize başvurdu. Her iki olguda da hipertansiyon dışında bir özgeçmiş özelliği yoktu ve MR incelemesiyle kaudal mezensefalon düzeyinde tegmentumda paramedyan yerleşimli lakün boyutlarında infarkt alanı gösterildi. Bu düzeyde medyal longitudinal fasikül tutulumunun INO'ya yol açtığı, bu bölgeye komşu brakium konjunktivumda seyreden ve çaprazlaşan serebellofugal liflerin ipsilateral tutulumunun kontralateral ataksiden, çapraz öncesi ve sonrası liflerin birlikte ipsilateral tutulumunun da bilateral ataksiden sorumlu olduğu düşünüldü. Etiolojik araştırmalarında bir özellik saptanmayan olgular olası küçük damar hastalığı tanısını alarak antiagregan ve antihipertansif tedaviyle izlendiler.

Anahtar Sözcükler: Internükleer oftalmopleji, serebellar ataksi, lakün

INTERNUCLEAR OPHTALMOPLÉGIA AND CEREBELLAR ATAXIA: TWO CASES

Deep hemispheric or brainstem small infarcts can lead to atypical lacunar syndromes. Unilateral internuclear ophthalmoplegia and cerebellar ataxia has not been reported previously.

Fifth seven years old hypertensive female presented bilateral cerebellar ataxia and right INO, and 67 years old hypertensive male patient was admitted with right cerebellar ataxia and left INO. Cranial MRI showed paramedian infarcts of lacunar size located in the tegmentum of caudal mesencephalon. At this level the lesion of medial longitudinal fascicle (MLF) was thought responsible for INO and lesion of brachium conjunctivum led to cerebellar ataxia. While the ipsilateral involvement of cerebellofugal fibers crossing the midline led to contralateral cerebellar ataxia, ipsilateral involvement of both cerebellofugal fibers before and after the decussation led to bilateral ataxia.

Key words: Internuclear ophthalmoplegia, cerebellar ataxia, lacune

GİRİŞ

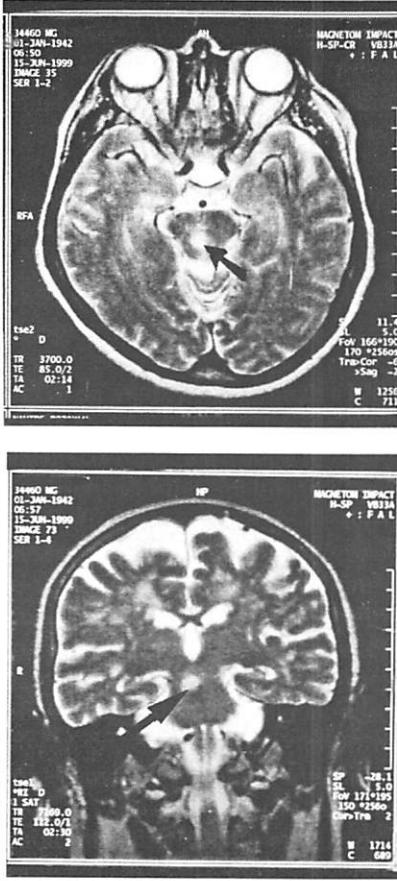
Literatürde klasik laküner sendromların yanı sıra hemisferik veya beyin sapı lokalizasyonlu küçük derin infarktlar sonucu ortaya çıkan yetmiş farklı nörolojik sendrom bildirilmiştir (1). Bu sendromlar atipik laküner sendrom grubunu oluşturur (2). Birlikte tek taraflı internükleer oftalmopleji (INO) ve serebellar ataksi daha önce bildirilmemiştir. Bu çalışmada küçük damar hastalığına bağlı, tek taraflı INO ve serebellar ataksi bulguları olan iki olgunun klinik ve radyolojik özellikleri sunulacak ve ilgili literatür bilgileri gözden geçirilecektir.

Bulgular:

Olgu 1

Elli yedi yaşında, on beş yıldır hipertansiyon dışında hastalığı olmayan kadın hasta, yatışından altı gün önce ani gelişen baş dönmesi, dengesizlik, peltek konuşma ve çift görme yakınması ile başvurdu. Sistemik muayenesinde kan basıncının 190/130 mmHg olması dışında özellik yoktu.

Nörolojik muayenesinde sola konjuge bakışta sağ gözde içe bakış kısıtlılığı (sağ INO), sol gözde sola vuran horizontal nistagmus, vertikal yukarı bakışta her iki gözde yukarı vuran nistagmus saptandı. Ptoz yoktu, pupillalar izokorik, direkt ve indirekt ışık refleksi, akomodasyon cevabı iki yanlı alınmaktaydı. Solda daha belirgin olmak üzere iki taraflı appendiküler ataksisi, oturur durumda ve yürürken sola yıkılma şeklinde trunkal ataksisi vardı. Kranyal magnetik rezonans görüntülemesinde (MRG) sağda mezensefalon kaudalinde, rostral ponsa uzanan, tegmental ve paramedyan yerleşimli 15 mm çapında infarkt alanı izlendi (Şekil 1). Etiolojik incelemelerinde ekstrakranyal boyun Doppler ultrasonografi (DUS), intrakranyal magnetik rezonans anjiyografi (MRA) incelemesinde bir özellik yoktu. Elektrokardiyografide (EKG) ve transtorasik ekokardiografi (TTE) incelemesinde sol ventrikül hipertrofisi vardı. Küçük damar hastalığı tanısına varılan hasta antiagregan ve antihipertansif tedaviyle çıkarıldı.

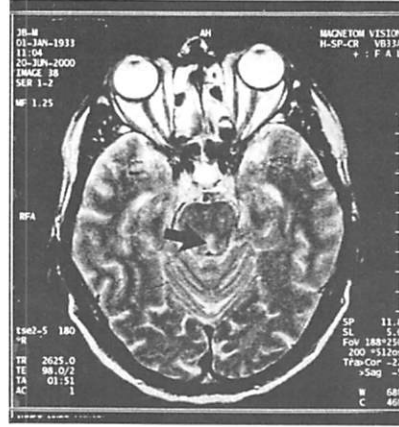


Şekil 1: a Aksiyal ve b koronal planda T2-ağırlıklı kesitlerde ponto-mezansefalik bileşke düzeyinde, kaudal mezensefalın tegmentumunda sağda lakün boyutlarında paramedyan yerleşimli infarkt alanı görülüyor.

Olgu 2

67 yaşında, on beş yıldır hipertansiyon dışında bilinen bir hastalığı olmayan erkek hasta baş dönmesi, dengesizlik ve çift görme yakınmaları ile başvurdu. Kan basıncının 170/90 mmHg olması dışında sistemik muayenesinde özellik saptanmadı. Nörolojik muayenesinde nötral pozisyonda sol göz hipertropik olacak şekilde skew deviasyon saptandı. Sağa konjuge bakışta sol gözde orta hattı geçmeyecek şekilde içe bakış kısıtlılığı (INO), sağ gözde sağa vuran horizontal nistagmus ve vertikal yukarı bakışta her iki gözde yukarı vuran nistagmus vardı. Ptoz yoktu, pupillalar izokorik, direkt ve indirekt ışık refleksi ve akomodasyon cevabı simetrik olarak alınmaktaydı. Hastanın belirgin trunkal ataksisi ve sağda appendiküler ataksi vardı. Kranyal MRG'de pontomezensefalik bileşke düzeyinde, beyin sapı ile brakium konjuktivumun birleştiği bölgede, sol tegmental ve paramedyan yerleşimli 10 mm

çapındaki küçük infarkt alanı görüldü (şekil 2). Etiolojik incelemelerde ekstrakranyal boyun DUS ve intrakranyal MRA normaldi. Transtorasik ekokardiografi'de sol ventrikül hipertrofisi vardı. Küçük damar hastalığı tanısıyla antiagregan ve antihipertansif tedaviyle çıkarıldı. Klinik tablonun üçüncü günü nörolojik bulgular tümüyle düzeldi.



Şekil 2: Aksiyal planda T2-ağırlıklı kesitte ponto-mezansefalik bileşke düzeyinde, beyin sapı ile brakium konjuktivumun birleştiği bölgede sol tegmental ve paramedyan yerleşimli küçük infarkt alanı görülüyor.

TARTIŞMA

Klasik laküner sendromlar dışında beyin sapında özellikle mezensefalona yerleşim gösteren küçük infarktlar çok sayıda klinik sendroma yol açar (3). Bu sendromlar atipik laküner sendromların önemli bir grubunu oluşturur. Mezensefalik tegmentumda paramedyan küçük infarktlar sonucunda izole INO (4), tek başına trunkal, tek taraflı appendiküler veya tetra ataksi şeklinde izole serebellar ataksi olguları (5) daha önce literatürde bildirilmiştir. Bir olguda sol INO ile sağ ataksik hemiparezi saptanmıştır (2). Serebellar taksisi ile birlikte INO çok nadir görülen bir sendromdur ve bildirilmiş olgularda serebellar ataksiye bilateral INO (6,7) bulguları eşlik eder. Bir olguda INO ve ataksi dışında rubral tremor da görülmüştür (6). İngilizce literatürde tek taraflı INO ve serebellar ataksi olguları hiç bildirilmemiştir. MLF ile birlikte taşınan vestibular yolların kesintiye uğraması nedeniyle ikinci olgumuzda INO'ya skew deviasyon eşlik edebilir. Mezensefalik lezyonlarda lezyonla aynı taraftaki gözün olgumuzda olduğu gibi hipertropik olması beklenir (4). Her iki olgumuzda saptanan vertikal yukarı vuran nistagmusun da tek taraflı INO'ya eşlik edebileceği

bilinmektedir (4). Her iki olgumuzdaki kaudal mezensefalon düzeyindeki paramedian tegmental infarkt alanları klinik tablodan sorumludur. Bu düzeyde MLF tutulumunu İNO'ya yol açtığı, bu bölgeye komşu brakium konjunktivumda seyreden ve çaprazlaşan serebellofugal liflerin ipsilateral tutulumunun kontralateral ataksiden, çapraz öncesi ve sonrası liflerin birlikte ipsilateral tutulumunun da bilateral ataksiden sorumlu olduğu düşünülmüştür (şekil 3)

KAYNAKLAR

1. Fisher CM. Lacunar infarcts A. review *Cerebrovasc Dis* 1991, 1: 311-320.
2. Hommel M, Besson G, Le Bas JF, Gaio JM, Polak P, Borgel F, Perret J. Propective study of lacunar infarction using magnetic resonance imaging. *Stroke* 1990, 21: 546-554.
3. Stroke syndromes Marc Hommel Gerard Besson Midbrain infarcts Sf 336-340.
4. Randolph S, Sacco RL, Kreuger R, Odel J. Dissociated vertical nystagmus and internuclear opthalmoplegia from a midbrain infarction. *Arch Neurol* 1991, 38: 1304-1305.
5. Bogousslavsky J, Maeder P, Regli F, Meuli R. Pure midbrain infarction: Clinical syndromes, MRi, and etiologic patterns. *Neurology* 1994, 44: 2032-2040.
6. Okuda B, Tachibana H, Sugita M, Maeda Y. Bilateral internuclear opthalmoplegia, ataxia and tremor from a midbrain infarction. *Stroke* 1993, 24: 481-482.
7. Sakakibara S, Sakato S, Shima T, Ide Y, Takamori M. Brainstem infarcts presented MLF syndrome and cerebellar ataxia. Report of three cases. *Clin Neurol. (Tokyo)* 1990, 30: 533-539.