

OLGU SUNUMU**CASE REPORT****OPALSKİ SENDROMU****Erdem YAKA, Özlem ŞAHİN, Vesile ÖZTÜRK****Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı, İZMİR****ÖZET**

Opalski sendromu, lateral meduller sendrom (Wallenberg sendromu) bulgularına ek olarak ipsilateral hemiparezinin eşlik ettiği, vertebral arter tıkanıklığına bağlı olarak gelişen, piramidal çaprazdan sonra kortikospinal yolları etkileyen alt medullar lezyonun yol açtığı bir sendromdur. Klasik klinik özelliklerine ek olarak, bu nadir sendromda az sayıda hastada solunum yetmezliği de görülebilir. Bu makalede, solunum yetmezliği gelişmiş bir Opalski sendromu vakası sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Opalski sendromu, medulla oblongata, iskemik inme

OPALSKİ SYNDROME**ABSTRACT**

Opalski syndrome which is due to a lesion of the lower medulla involving the corticospinal tract after the pyramidal decussation, results from an occlusion of the vertebral artery and in this syndrome ipsilateral hemiparesia is associated with symptoms of lateral medullary syndrome (Wallenberg syndrome). In this rarely seen syndrome, respiratory insufficiency can also be seen in a few patients in addition to classical clinical findings. In this manuscript, a case with Opalski syndrome who has respiratory insufficiency is presented.

Key Words: Opalski syndrome, medulla oblongata, ischemic stroke

GİRİŞ

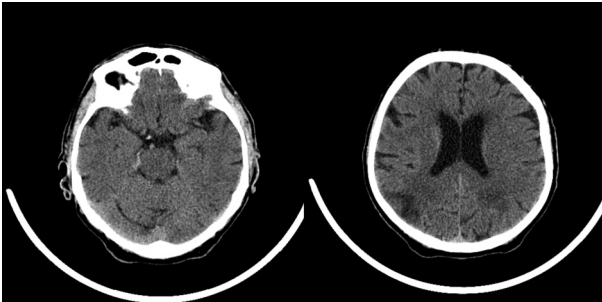
İlk kez, 1946'da Opalski, alternan hipoestezi (ipsilateral fasiyal ağrı, ısı duyusu kaybı, kontrlateralektremite ve gövdede ağrı, ısı duyusu kaybı), ipsilateral Horner sendromu, hemiparezi ve hemiataksi bulguları olan ve lateral medullar infarkt saptanan iki hasta tanımlamıştır (1). Opalski sendromunun lateral medullar sendromun bir varyantı olduğu düşünülmüş ve lateral medullar sendromun semptomlarına ipsilateral hemiparezi de eşlik ediyorsa, Opalski sendromundan söz edilmiştir. Bugüne değin bildirilen olgularda, bu sendroma bağlı solunum yetmezliğinden söz edilmemiştir. Bu makalede, lateral medullar sendromda nadir de olsa görülebilen bir bulgu olan solunum yetmezliğinin gelişmiş olduğu, Opalski sendromlu bir olgu sunulmuştur.

OLGU

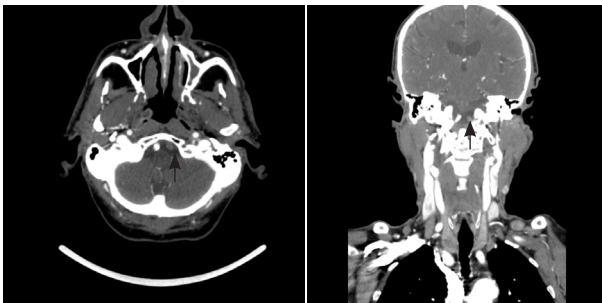
74 yaşında erkek hasta, baş dönmesi, başağrısı, dengesizlik ve sol tarafında güçsüzlük yakınmalarıyla acil servise başvurdu. Önce, aniden başlayıp bir saat içinde şiddetlenen baş dönmesi, ardından başının sol tarafında ağrı olduğunu ve daha sonra, dengesizlik ve sol tarafında güçsüzlük yakınmalarının bunlara eklendiğini belirtiyordu. Özgeçmişinde diabetes mellitus, hiperlipidemi, kronik obstrüktif akciğer

hastalığı ve sigara kullanım öyküsü mevcuttu. Acil serviste yapılan ilk nörolojik muayenesinde, ağır dizartrik konuşma, solda Horner sendromu, solda hemiparezi (4/5 düzeyinde kas gücü), solda artmış derin tendon refleksleri saptanan ve sol Babinski refleksi pozitif olan hastada, solda dismetri, disdiadokokinezi, öğürme refleksinde azalma, sol yüz yarısında ve sağ vücut yarısında ağrı, ısı duyusunda kayıp gözlemlendi. Nörolojik bulgular; ipsilateral 9. ve 10. kranial sinirler ve/veya bağlantıları, vestibuler sistem, piramidal, serebellar ve duysal yolların etkilendiğini gösteriyordu. Akut gelişimli bu klinik tabloda, vasküler hastalık yönünden risk faktörleri de olan hastada, ön planda alt medullar bölgeyi etkileyen serebrovasküler hastalık düşünüldü. Bu ön tanıyla acil serviste çekilen bilgisayarlı beyin tomografisinde, sağ arka kortikal sınır zonunda kronik infarkt dışında patolojik bulgu yoktu. Bilgisayarlı beyin tomografi anjiografisinde, sol vertebral arterin intrakraniyal parçasının tıkalı olduğu izlendi (Resim 1). Hasta Nöroloji Servisine yatırılarak antiödem ve antiagregan tedaviyle izleme alındı. Nazogastrik beslenme sondası takılan hastaya minidoz insulin ve intravenöz sıvı tedavisi başlandı. Çekilen beyin manyetik rezonans görüntülemesinde, bulbus sol lateral yarısında (Resim 2) akut infarkt ile uyumlu görünüm, sağda temporoparietal alanda kronik infarkt

alanı, kronik iskemik ve atrofik değişiklikler saptandı. Hastanın izleminde, ikinci gün yutma güçlüğü, solunum sıkıntısı ortaya çıktı. Arteriyel kan gazında parsiyel oksijen basıncı (PaO₂) %60'a kadar düştü. Maske ile O₂ desteği verilen hastanın oksijen saturasyonunun düşük seyretmesi üzerine, hasta Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesine (NYB) alındı, entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlandı. Çekilen akciğer grafisinde, sağ alt lobda infiltrasyonla uyumlu görünüm ve C-reaktif protein, beyaz küre değerlerinde artış olması nedeniyle intravenöz (İV) antibiyotik tedavisine (Tazocin+Ciprofloksasin) başlandı. Antiödem tedavisi azaltılarak kesilen, enfeksiyonu da gerileyen hasta beşinci günü ekstübe edildi. O₂ desteği ile izleme alındı, bronkodilatatör tedavi başlandı. Genel durumunun iyi olması üzerine tekrar Nöroloji Servisine alınan hastanın iki gün sonra solunumu tekrar yüzeyleşti ve NYB'a geri alındı. Noninvaziv mekanik ventilasyonla tablosu düzelmeyen hasta tekrar entübe edildi. Tekrar ateş yüksekliği olan hastanın trakeal sekretinde Pseudomonas aereginosa üredi, antibiyoterapisi linezolid+ imipenem olarak değiştirildi. Mekanik ventilasyonun uzaması üzerine, NYB'da yatak başında tarafımızca perkütan trakeostomi açıldı. İzleminde hastanın kan gazları stabil seyretti, ev tipi ventilatör ile izlemi yapılan hasta bu cihaza bağlı şekilde taburcu edildi.

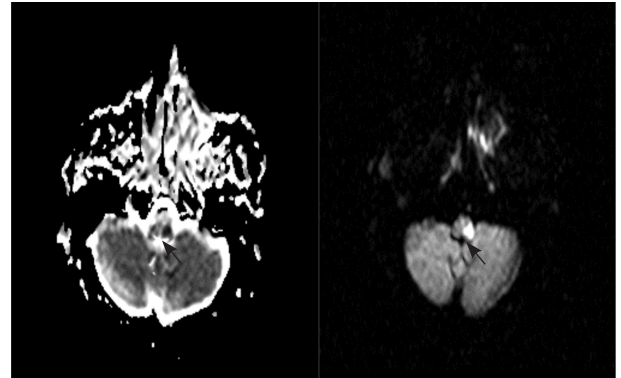


A



B

Şekil 1: A) Hastanın bilgisayarlı beyin tomografi (BT) incelemesinde; sağ arka kortikal sınır zonunda kronik infarkt dışında patolojik bulgu izlenmemiştir. B)BT anjiyografi'de aksiyel ve koronal kesitlerde sol vertebral arterde tıkanıklık görülmektedir.



Şekil2:Diffüzyonağırlıklımanyetikrezonansgörüntülemesinde, bulbus sol yarısında akut infarkt ile uyumlu görünüm izlenmektedir.

TARTIŞMA

Opalski sendromu, klinik özellikleriyle özel bir öneme sahip, nadir rastlanan bir beyin sapı sendromudur. Orijinal tanımlamada, motor defisit, iskemik lateral medülladan üst servikal korda uzanması ve kortikospinal liflerin piramidal çaprazdan sonra etkilenmesi nedeniyle ortaya çıktığı, posterior spinal arter tıkanıklığının buna yol açtığı düşünülmüştür. (1) Nöropatolojik olgu sunumlarında Wallenberg sendromundan daha aşağı seviyede infarkt gösterilmiş, piramidal traktusun çaprazdan sonra lezyona uğradığı ve bazı olgularda vertebral arter oklüzyonunun sendroma neden olduğu belirtilmiştir (2). Daha sonraki yıllarda Nöroradyoloji alanındaki gelişmelerle birlikte diffüzyon manyetik rezonans görüntüleme (DMRG) ve MR anjiyografide (MRA)'da akut medullar infarkt ve vertebral arter tıkanıklığı gösterilmiştir (3). Ayrıca travma sonrası vertebral arter diseksiyonuna bağlı bir olgu da rapor edilmiştir (4). Bununla birlikte tipik Opalski sendromu bulguları olan, DMRG'de benzer lokalizasyonda infarkt saptanmış, ancak damar tıkanıklığı ya da düzensizliği gösterilememiş olgu bildirimleri de vardır (5).

Atipik Wallenberg sendromundaki hemiparezinin lateral medullar infarktın piramidal traktusa uzanmasının bir sonucu mu olduğu, yoksa motor yolların hipotonik disregülasyonundan mı kaynaklandığı tartışılmış, bugüne değin tanımlanmış hastaların çoğunda refleks asimetrisi ve patolojik refleks olmadan hemiparezi rapor edilmiştir. Bu olgularda hemiparezinin piramidal lezyona mı bağlı olduğu, yoksa spinoserebellar

hipotonik hemisendromun bir göstergesi mi olduğu tartışmalı kalmıştır. 2009'da Herman ve arkadaşları bizim olgumuza, ilk tanımlanan orijinal olgulardan daha çok benzeyen, başağrısı, diziness, yutma ve konuşma bozukluklarıyla başvuran ve muayenesinde sağ Horner sendromu, fasiyal hipoestezi, glossofaringeal felç, fasiyo-brakio-krural hemiparezi, hiperrefleksi, Babinski bulgusu, hafif ataksi, brakiokrural hemihipoestezi saptadıkları, manyetik rezonans görüntülemesinde ventrale lateral piramidal traktusa, kaudalde üst spinal korda uzanan lateral medullar infarkt göstermişlerdir (6). Yazarlar, refleks asimetrisi ve patolojik reflekslerin bugüne değin tanımlanmış olguların çoğunda olmadığını, bu nedenle motor defisitinin gerçek kortikospinal traktus lezyonu yansıtmadığının tartışmalı olduğunu belirterek, Opalski sendromunun, sadece refleks asimetrisi ve patolojik refleksi olan hastalar için kullanılmasını önermişlerdir (6). Olgumuz, derin tendon reflekslerinde artış ve patolojik reflekslerle birlikte hemiparezinin olduğu, piramidal traktus etkilenmesinden kuşku duyulmayan tipik bir Opalski olgusudur. Literatürde sıklıkla belirtildiği şekilde ipsilateral vertebral arter tıkanıklığı bu sendromdan sorumlu tutulmuştur. Çok nadir rastlanan bu sendromun hatırlanması, nöroanatomik bilgilerin gözden geçirilmesi açısından önemlidir. Ayrıca, olgumuzda gelişen solunum yetmezliği de, bugüne değin bildirilmiş olgular arasında söz edilmeyen ciddi bir klinik semptomatolojidir. Hastamızda gelişen akciğer enfeksiyonunun bu derecede akut solunum yetmezliğine neden olması pek olası

görünmemektedir. Olasılıkla nükleus traktus solitarius'un kaudal ve medial bölgesinin etkilenmesi buna neden olmuştur (7). Wallenberg sendromu da farklı klinik tablolarla klinik olarak karşımıza gelebilir. Wallenberg sendromuna ek olarak ipsilateral hemiparezi de olan olgularda daha aşağı seviyede, mediale doğru da uzanan bir lezyonun ortaya çıkacağını bilmek, bu hastalarda solunum fonksiyonlarının bozulabileceği konusunda öngörümüz olması bakımından önemlidir. Bu hastaların yoğun bakım şartlarına gereksinimi olacağını düşünerek izlemlerini planlamak hayat kurtarıcı olabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Opalski A. A new sub-bulbar syndrome: partial syndrome of the posterior vertebral artery. *Paris Medical* 1946; 214-220
2. Osetowska E, Krasnicka Z. [On Opalski's sub-bulbar syndrome with an anatomical study. (Contribution to the paradoxical aspects of the Wallenberg syndrome)] *Rev Neurol (Paris)* 1961;104:314-20
3. Montaner J, Alvarez-Sabin J. Opalski's syndrome. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 1999; 67: 688-689
4. García-García J, Ayo-Martín O, Segura T. Lateral medullary syndrome and ipsilateral hemiplegia (Opalski syndrome) due to left vertebral artery dissection. *Arch Neurol.* 2009 Dec;66(12):1574-5
5. Kimura Y, Hashimoto H, Tagaya M, Abe Y, Etani H. Ipsilateral hemiplegia in a lateral medullary infarct--Opalski's syndrome. *J Neuroimaging.* 2003 Jan;13(1):83-4
6. Hermann DM, Jung HH, Bassetti CL. Lateral medullary infarct with alternating and dissociated sensorimotor deficits: Opalski's syndrome revisited *European Journal of Neurology* 2009;16:72-74
7. Brazis PW, Masdeu JC, Biler J. Brainstem, In: *Localization in Clinical Neurology.* Fifth edition. Philadelphia:Lippincott Williams and Wilkins 2007;349-367