

Eş zamanlı bilateral talamik enfarktların gözden geçirilmesi

Gülay Kenangil, Dilek Necioğlu, Zeynel Tak, Hulki Forta

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ÖZET:

Eş zamanlı bilateral talamik enfarktların gözden geçirilmesi
Bilateral eşzamanlı paramedian talamik enfarktlar (BPTI) nadir görülen tablolardır. Hastalar ani bilinç bulanıklığı, bakış paralizileri ve kognitif bozukluklarla tanınabilirler. Biz bu sunumda acile bilinç bulanıklığı ile başvuran ve mantetik rezonans görüntülemelerinde (MRG), difüzyon kesitlerde parlayan ve ADC haritalamada sönen bilateral paramedian talamik enfarkt saptanan 6 vakanın klinik ve radyolojik özellikleri ile ve prognozunu sunmayı amaçladık.

Anahtar sözcükler: Bilateral talamik enfarkt, ani bilinç kaybı, inme

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2009;43;93-95

ABSTRACT:

Bilateral simultaneous thalamic infarctions
Bilateral simultaneous thalamic infarction (BPTI) is a rare syndrome. Patients attend to the hospital with acute unconsciousness, gaze palsies and cognitive deficits. Here we presented clinical and radiological features and prognosis of 6 cases. They were admitted to the hospital with sudden onset of unconsciousness. Diffusion weighted MRI showed hyperintensity on bilateral paramedian thalamic region and hypointensity on ADC mapping consistent with acute infarction.

Key words: Bilateral thalamic infarctions, acute unconsciousness, stroke

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2009;43;93-95

GİRİŞ

Talamik enfarktlar, lezyonun lokalizasyonuna bağlı olarak çok değişik klinik tablolarla başvurabilirler (1-3). Eşzamanlı bilateral paramedian talamik enfarktlar (BPTI) nadir görülen ancak iyi tanımlanmış tablolardır. Klinik olarak ani gelişen bilinç değişikliği, vertikal bakış paralizileri ve kognitif bozukluklarla kendini gösterirler (4-7). Çalışmamızda 6 vaka dolayısıyla BPTI daki etyolojik faktörler, klinik tablo ve prognostik özelliklerinin radyolojik bulgular ile birlikte değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

OLGULAR

İncelenen altı hastanın üçü kadındı ve yaş ortalaması 59±22 idi. Olguların demografik özellikleri Tablo 1’de gösterildi. Tümü bilinç bulanıklığı ve aşırı uykuya meyil

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Dr. Gülay Kenangil,
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul-Türkiye

Telefon / Phone: +90-212-231-2209/6460

E-posta / E-mail: kenangil@superonline.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 27 Mart 2009 / March 27, 2009

Kabul tarihi / Date of acceptance: 29 Mayıs 2009 / May 29, 2009

ile başvuran hastaların, 4’ünde vertikal planda bakış paralizisi vardı. Hastaların klinik özellikleri Tablo 2’de gösterildi. BPTI etyolojisinde 3 hastada kardiyak emboli, 2 hastada küçük damar hastalığı saptandı, 1 hasta da etyolojik faktör bulunamadı. Hastaların beyin manyetik rezonans görüntülemelerinde (MRG), Difüzyon sekanslarda parlayan ADC sekansta sönen akut iskemi ile uyumlu bilateral paramedian talamik arter alanında lezyonları (Şekil 1) tesbit edildi. Hastalara ait tüm radyolojik tetkikler Tablo 3’te görülmektedir. Akut dönemde afazileri nedeniyle hastalara kognitif değerlendirme yapılamadı. Altıncı ayda hastalar tekrar değerlendirildi. Olayın başlangıcında da parezisi olmayan bu hastalar motor olarak sağlamdılar. Kognitif durumları ele alındığında ise hastaların yarısında afazileri düzelmediği için kognitif değerlendirme yapılamadı. Bu 3 hasta premorbid iş ve sosyal yaşamlarına dönemmediler. En genç olan 2. vaka mental olarak tamamen düzeldi ve günlük yaşamına dönebildi. Yapılan kısa akıl muayenesi testinde 30/30 puan aldı. Diğer 2 hasta ise kognitif bozuklukları devam ediyordu, yardımla özbakımlarını yapabilmekteydiler. Herikisinin de zaman ve yer yönelimi bozuktü. Bellek muayenesinde geri çağırma bozuklukları vardı, görsel-mekansal

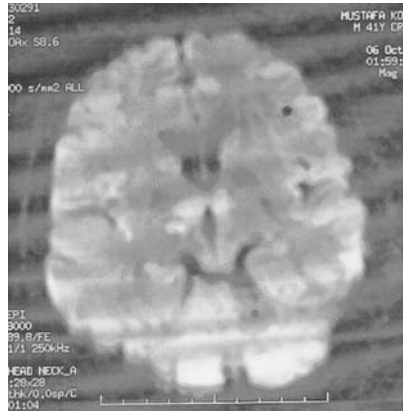
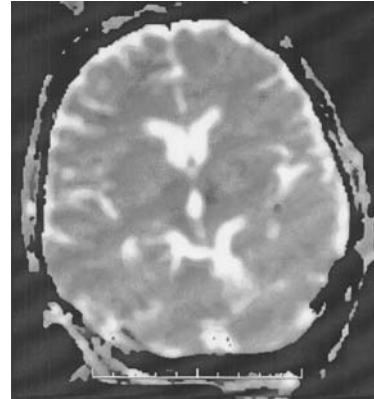
Tablo 1: Olguların demografik özellikleri

| Hasta no | Cinsiyet | Yaş | Özgeçmiş | Etyoloji | Prognoz |
|----------|----------|-----|-------------|-----------------------|---------------------|
| 1 | K | 77 | KKH, HT, K | Kardiak emboli, AF | Minimal iyileşme |
| 2 | E | 25 | Özellik yok | Bulunamadı | Tama yakın iyileşme |
| 3 | E | 58 | HT, DM | Küçük damar hastalığı | Kısmi iyileşme |
| 4 | E | 41 | Özellik yok | Kardiak emboli | Kısmi iyileşme |
| 5 | K | 78 | HT, PAH | Küçük damar hastalığı | Kısmi iyileşme |
| 6 | K | 75 | HT, KH | Kardiak emboli, AF | Kısmi iyileşme |

KKH: Kalp kapak hastalığı, HT: Hipertansiyon, K: Kanser, DM: Diabetes Mellitus, PAH: Periferik Arter Hastalığı, AF: Atrial fibrilasyon

Tablo 2: Olguların klinik özellikleri

| Hasta no | Nörolojik muayene bulguları |
|----------|---|
| 1 | Ani bilinç bulanıklığı, uyandırılmama, afazi, gözler diverge, parezi yok, taban derisi bilateral ekstansör |
| 2 | Aşırı uyuklama, afazi, sol göz aksı yukarıda, vertikal bakış paralizisi, parezi yok, taban derisi bilateral ekstansör |
| 3 | Aşırı uyku hali, afazi, vertikal bakış paralizisi, parezi yok, taban derisi bilateral fleksör |
| 4 | Aşırı uyku hali, afazi, vertikal bakış paralizisi, parezi yok, taban derisi bilateral fleksör |
| 5 | Aşırı uyku hali, afazi, sağ göz dışı deviyeye, sol göz aksı yukarıda, vertikal bakış paralizisi, parezi yok, taban derisi bilateral fleksör |
| 6 | Bilinci kapalı, afazi, sağ sentral fasial parezi, parezi yok, taban derisi bilateral fleksör |

**Şekil 1: Diffüzyon kesitinde bilateral talamik hiperintensite****Şekil 2: ADC haritalamada aynı bölgede akut infarktif sönme uyumlu olduğu görülmektedir.****Tablo 3: Hastaların radyolojik, ultrasonografik ve ekokardiografik incelemeleri**

| | MRG | Doppler USG | Ekokardiografi | MRA | DSA |
|--------|--------------------------------------|----------------------------------|---|---------------------------------|--------|
| Vaka 1 | Bilateral paramedian talamik enfarkt | Normal | Romatizmal kapak hastalığı | Sağ vertebral arter hipoplazisi | Ø |
| Vaka 2 | Bilateral paramedian talamik enfarkt | Normal | Normal | Normal | Normal |
| Vaka 3 | Bilateral paramedian talamik enfarkt | Diffüz intima-media kalınlaşması | Ø | Ø | Ø |
| Vaka 4 | Bilateral paramedian talamik enfarkt | Diffüz intima-media kalınlaşması | Sol ventrikül segmenter duvar hareket bozukluğu | Sol vertebral arter hipoplazisi | Ø |
| Vaka 5 | Bilateral paramedian talamik enfarkt | Normal | Ø | Ø | Ø |
| Vaka 6 | Bilateral paramedian talamik enfarkt | Normal | Ø | Ø | Ø |

USG: Ultrason, MRA: Manyetik rezonans anjiyografi, DSA: Digital substraksiyon anjiyografi

fonksiyonları da etkilenmişti. Saat ve şekil çizemiyorlardı. KAMT'den birisi 16, diğeri ise 20 puan aldı.

TARTIŞMA

Bu çalışmada 6 bilateral talamik paramedian talamik enfarkt (BPTE) vakası ortak özellikleri ile birlikte sunulmuştur. BPTE lar nadir görülen ve ani gelişen bilinç değişikliği, vertikal bakış paralizileri ve kognitif bozukluklarla kendini gösteren tablolardır (4-7). BPTE ların zemininde genelde talamusu besleyen arterlerdeki konjenital anomali söz konusudur. Talamusa kan veren arterler; paramedian, tuberotalamik, inferolateral ve posterior koroidal arterlerdir. Normalde her paramedian arter her iki posterior serebral arterin (PCA) P1 segmentinden çıkar. Ancak bazen bu arter anomali olarak tek ortak PCA gövdesinden çıkabilir. Bu anatomik varyant Percheron varyantı olarak bilinir (4,8,9). Bilateral talamik enfarktlarda bu anatomik varyanta bağlı olarak tek bir taraftaki patoloji her iki talamusu da etkiler. Damar patolojinin etyolojisi aterotrombotik ya da embolik olabilir. Bizim vakalarımızda etyolojide, hastaların yarısında kardiak emboli, iki hastada küçük damar hastalığı saptandı. Sadece 1 genç hastada ayrıntılı incelemeye rağmen etyolojik neden tesbit edilemedi.

BPTE genellikle somnolanstan komaya kadar değişiklik gösteren bilinç bozukluklarına neden olur. Bu hastalar genellikle acil servislerde akut bilinç bozukluğu olarak değerlendirilir ve ayırıcı tanı yapılır. MRG gibi gelişmiş görüntüleme yöntemlerinden önce BPTE tanısını akut dönemde koymak daha zordu. Günümüzde teknolojinin geliş-

mesi ile bu hasta grubu daha kolay tanınmaktadır (7,10-12). Acil servislere ani bilinç bozukluğu ile başvuran hastalarda göz bulgularının saptanması bu tanıyı akla getirmelidir.

Talamik enfarktlarda bilinç değişikliklerinin nedeni retiküler aktivasyon merkezinin rostral uzantıları olan orta hat talamik çekirdeklerinin etkilenmesidir (9). Paramedian talamus uyanıklığın sağlamasında önemlidir (13).

BPTE da hastalarda göz bulgularına ek olarak subakut dönemde bellek ve yürütücü işlev bozukluklarının ön planda olduğu kognitif etkilenme saptanabilir. Biz hastalarımıza akut dönemde uykuya eğilimleri ve afazileri nedeniyle ayrıntılı mental muayene yapamadık. Olaydan 6 ay sonra yapılan muayenede ise bu hastaların büyük çoğunluğunda günlük yaşam aktivitelerini yapmalarına ve eski yaşamlarına dönmelerine engel teşkil edecek kognitif defisitler saptadık.

BPTE larda prognoz değişkendir, bazı hastalar tamamen iyileşirken (4,7,14), bazılarında ise ciddi defisitler kalır (15). Krolak-Salmon (7) hastasında kognitif bozukluklar tam olarak iyileşse de vertikal bakış parezisinin persiste ettiğini bildirmiştir. Bizim vakalarımızın 2'sinde de vertikal bakış paralizisi altıncı ayda dahi devam etmiştir. Global olarak değerlendirildiğinde de 6 hastadan sadece 1 hasta tam düzelme göstermiştir.

Sonuç olarak BPTE nadir görülür ama MRG ile kolay tanı konabilir. Klinisyenler acil polikliniklere ani bilinç bozukluğu ve vertikal bakış paralizisi ile gelen hastalarda BPTE tanısını da akılda tutmalıdır. Bu hastalara hızlı tanı konabilmesi, doğru tedavinin seçilmesinde ve gereksiz tetkikleri önlemede önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Ghika-Schmid F, Bogousslavsky J. The acute behavioral syndrome of anterior thalamic infarction: a prospective study of 12 cases. *Ann Neurol* 2000;48:220-227
2. Bogousslavsky J, Regli F, Assal G. The syndrome of unilateral tuberothalamic artery territory infarction. *Stroke* 1986; 17:434-441
3. Bogousslavsky J, Regli F, Uske A. Thalamic infarcts: Clinical Syndromes, etiology and prognosis. *Neurology* 1988;38:837-848
4. Swanson RA, Schmidley JW. Amnesic syndrome and vertical gaze palsy: Early detection of bilateral thalamic infarction by CT and NMR. *Stroke* 1985;16:823-827
5. Kumral E, Evyapan D, Balkır K, et al. Bilateral thalamic infarction. Clinical, etiological and MRI correlates. *Acta Neurol Scand* 2001;103:35-42
6. Schmahmann J D. Vascular syndromes of the thalamus. *Stroke* 2003;34:2264-2278
7. Krolak-Salmon P, Croisile B, Houzard C, et al. A Total recovery after bilateral paramedian thalamic infarct. *Eur Neurol* 2000;44:216-218
- 8-. Gerber O, Gudesblatt M. Bilateral paramedian thalamic infarctions: a CT study. *Neuroradiology* 1986;28:128-131
9. Matheus M G, Castillo M. Imaging of Acute Bilateral Thalamic and Mesencephalic Infarcts. *Am J Neuroradiol* 2003 ;24: 2005-2008
10. Basetti C, Mathis J, Gugger M, et al. Hypersomnia following paramedian thalamic stroke: A report of 12 patients. *Ann Neurol* 1996;39:471-480
11. Bjornstad B, Goodman SH, Sirven JI, et al. Paroxysmal Sleep as a presenting symptom of bilateral paramedian thalamic infarctions. *Mayo Clin Proc.* 2003 ;78:347-349
12. Giannopoulos S, Kostadima V, Selvi A, Nicolopoulos P, Kyritsis A P. Bilateral Paramedian Thalamic Infarcts. *Arch Neurol* 2006; 63:1652
13. Lövblad KO, Bassetti C, Mathis J, et al. MRI of paramedian thalamic stroke with sleep disturbance. *Neuroradiology* 1997;39:693-698
14. Khoiny A, Goldberg M, Khoiny N. Atypical presentation with Good Outcome in a Bilateral Paramedian Thalamic Infarction. *J Neurol Science* 2006; 23: PAGE
15. Gentilini M, Renzi E, Crisi G. Bilateral paramedian thalamic artery infarcts: report of eight cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1987;50:900-909