

TEMPORAL LOB TÜMÖRLERİNDE GÖRÜLEN TEMPORAL LOB EPİLEPSİLERİ

Dr. Yıldırım Aktuna (*)

Temporal lob epilepsileri, genel epilepsilerin 1/3'ünü teşkil ederler ve klinik semptomatolojileri çeşitlilik gösterdiğinden, ayırıcı tanıda hekimleri sık sık yanılgıya uğratırlar. T.L.E.'leri Temporal Lob Tümörlerinin klinik belirtileri arasında küçümsenmeyecek bir yer tutarlar. T.L.E.'leri, fokal serebral patoloji sebebiyle ortaya çıkan sö-konder (semptomatik) bir epilepsi türüdür.

Etyoloji : Doğum sırasında, hippokampus'un tentorium serebel-li serbest kenarından herniye olması, bebeklerde beyin ödemi sebebiyle herniye olan temporal lob, a. koroidea anterior ve posterior'ları taz-yik ederek kan dolanımına engel olur ve böylelikle anoksik bir lezyon husule gelir. Buna da insisüral sklerozis veya ammon boynuzu sklero-zisi denir. Hipoglisemi sebebiyle husule gelen anoksiler, akselerasyon-deselerasyon kafa yaralanmalarında temporal lobun alt yüzünün leze olması, orta kulak ve mastoid'e ait enfeksiyonların komşuluk yolu ile temporal loba uzanması, enfarktlar, vasküler malformasyonlar ve ni-hayet neoplazmlar bu bölgede epileptojenik potansiyel yaratarak T.L.E.'ne sebep olurlar.

Klinik Belirti ve Semptomları : Epigastrik sansasyon (somatik hallüsinasyon), karından başlayıp, epigastrium, göğüs, boğaz, ağız ve dudaklara kadar yayılabilen, tuhaf, tarifi güç bir duygudur. Hastalar ekseri bunu korku olarak tanımlarlar. Koku, tad, işitme, görme ve hareket şeklinde muhtelif illüzyon ve hallüsinasyonlar husule gelir. Déja-vue, jamais-vue, zaman durması, zaman hızlanması, bazı olay ve kelimelerin istek dışı zorlu hatırlanması, yeni olayların unutulması şeklinde hafıza bozuklukları görülür. Rüya gibi hal (Dreamy State), derealizasyon, depersonalizasyon, primer otomatizm, anksiyete, depresyon, paranoid fikirler ve ekstazi hali şeklinde affektif bozukluklar ortaya çıkabilir. Bu kortikal belirtileri bazan büyük krizler takip edebilir. Bunlar genellikle noktürnal vasıftadır. Bazan absans nöbetlerine benzerler. Yalnız Petit Mal de krizden sonra konfüzyon hali görülmez.

(*) Şişli Çocuk Hastanesi Asabiye Kliniği Şef Muavini.

Temporal Lob Tümörleri, beyin tümörleri arasında oldukça yüksek bir yekûn tutarlar. (Tablo: 1)

| Bölge | Sayı | | | | | Total | Yüzde |
|--------------------------------------|-------|-----|----------------|-------------------|---------------------|-------|-------|
| | Tooth | Dew | Olive crona | Purves Stewart | Dowman and Smith | | |
| Frontal | 100 | 18 | 9 | 26 | 12 | 165 | 20,5 |
| Rolandic: Parietal | 63 | 9 | 8 | 14 | 26 | 120 | 14,9 |
| Temporal | 49 | 7 | 13 | 6 | 11 | 86 | 10,7 |
| Occipital | 14 | 3 | 1 | 6 | 2 | 26 | 3,2 |
| Corpus callosum and centrum ovale | 10 | 0 | — | 8 | 2 | 23 | 2,8 |
| Basal ganglia | 6 | 4 | 5 | 3 | — | 18 | 2,2 |
| Ventricular, choroid | 5 | 2 | 2 | 4 | 1 | 14 | 1,7 |
| Mesencephalon | 26 | 1 | — | 1 | — | 28 | 3,4 |
| Pons | 43 | 2 | — | 3 | 1 | 49 | 6,1 |
| Cerebellum | 77 | 19 | 12 | 17 | 18 | 143 | 17,8 |
| Extracerebellar | 40 | 1 | 14 | 12 | 7 | 74 | 9,2 |
| Pitiutary | 14 | 2 | 2 | 8 | 10 | 36 | 4,4 |
| Pineal | 4 | — | — | 1 | 2 | 7 | 0,8 |
| Multiple | — | — | 2 | 4 | 6 | 12 | 1,4 |
| Yekûnlar | 451 | 71 | 68 | 113 | 98 | 801 | — |

T.L.T.'lerinin özellikleri : 1 — Genellikle Kafa İçi Basınç Artma Sendromu geç olarak ortaya çıkar.

II — Eğer tümör, hipokampal girusun arkasında ise, 3. vantrikülü bloke ederek veya beyin sapının üst kısmını (Midbran) tazyik ederek akuadüktus silvii'yi tıkayarak erken K.İ.B.A. Sendromu meydana getirebilir.

III — En sık ve erken verdiği belirtiler şunlardır: Rüya gibi hal (Dreamy State), absans halleri veya primer otomatizm, muhtelif görme, işitme ve somatik illüzyon ve hallüsinasyonları, uncinat krizleri (koku ve tad illüzyon ve hallüsinasyonları) operküler bölge leze olursa yüzde, dilde ve bazan kolda spastik tipde paralizisi husule gelebilir. Herniasyon ile n. okülomotoryus'u leze ederek buna ait parezi belirtileri verebilir. Eğer tümör daha derinlere giderse, internal kapsülü de içine alarak komple hemipleji yapabilir. Temporal lobda genel lezyon, psişik bozukluklar yaratır. Şahsiyet değişiklikleri olur. İrritabilite, depresyon, öfori, mental retardasyon, zayıf muhakeme, lakaydı ve çocuklaşma gibi haller ortaya çıkar. Tümör dominant hemisferde

ise, işitme agnozisi yapar. İnsula'ya yayılırsa müphem visseral ağrılar husule gelir. Hasta, iç organlarının yer değiştirdiğini, midesinin yandığını söyler. Eğer bazal strüktürler leze olursa, ipsilateral tremor ve koreo-atetoz meydana gelebilir.

Vak'a : F.A., 30 yaşında kadın, evli. Protokol no: 6466/134, 22.5.1973 tarihinde, 3 aydan beri devam eden ve zaman zaman gelen sıkıntı, çarpıntı ve baygınlık hallerinden şikayetle tetkik edilmiş. Tarif ettiği krizler her gün gelirmiş ve 2-3 dakika sürermiş. O zaman yapılan genel fizik ve nörolojik muayenesinde patolojik bir bulgu tesbit edilmemiş. Laboratuvar tetkikleri normal sonuç vermiş. Hasta, Sıkıntı Nevrozu teşhisiyle ve tranquilizan ilaç kullanması tavsiyesiyle 2.6.1973 tarihinde taburcu edilmiş.

Hasta şikâyetleri düzelmediğinden ve korku halleri, baş ağrısı gibi bazı diğer şikâyetler ilâve olduğundan 24.9.1973 tarihinde kliniğimize yatırılmıştır. Hasta ayrıca son günlerde grand Mal tipinde epileptik konvülziyonların geldiğini de tarif etmiştir. Yapılan nörolojik muayenesinde, hafif derecede letarji hali bulunmuştur. Verilen emirlere tam olarak itaat etmiyordu. Sağ gözde orta derecede ptöz hali vardı. Yüzün sol tarafı ile sol kolda parezi hali dikkati çekiyordu. Ayrıca sol kolda rijidite mevcuttu. Sol üst ve alt ekstremitelerde kanat çırpışı şeklinde (flapping tremor) şeklinde tremor mevcuttu. Yattığından 4 gün sonra ense sertliği belirmeğe başladı. 26.9.1973 günü yapılan fundus tetkikinde patolojik bir husus tesbit edilmemişti. 2.10.1973 tarihinde yapılan muayenede ise her iki tarafta da staz papiller teşekkül etmekte olduğu görüldü. Kranyografi normaldi.

E.E.G. tetkikinde, sağ fronto temporalde delta fokus ve zaman zaman kısa spike'ler tesbit edildi. Sağ karotis anjiyografisinde, A. Se-rebri Media hafifçe yukarı kalkmış ve sola itilmiş bulundu.

Hastanın Çapa Tıp Fakültesi Nöro-Şirürji kliniğinde yapılan ameliyatında, sağ temporal lobu tamamen işgal eden, öne (frontal) ve derine (bazal strüktürlere ve beyin sapının üst kısmına-midbrain-) doğru uzanmış, yaygın bir tümör tesbit edildi. İmkân nisbetinde eks-tirpe edildi. Hasta operasyondan 3 gün sonra eksitus oldu. Histopatolojik tetkikte, tümörün Grade III Astrositoma olduğu anlaşıldı.

Tartışma ve Sonuç : T.L.E.'leri muhtevaları bakımından farklılıklar gösterirler. Basit bir psişik bozukluk (anksiyete reaksiyonu, fobik reaksiyon veya N.V.D. v.s.) şeklinde görünebilirler. Bu belirtilerin kriz tarzında gelişi dikkatimizi çektiğinde E.E.G. tetkikinin yapılması ihmal edilmemelidir.

Gerek nörolojik muayenede ve gerekse E.E.G. tetkikinde, şüpheli odak bulgusu tesbit edildiğinde, T.L.T.'leri bakımından gerekli bütün tetkikleri süratle tamamlamalıdır.

Erken teşhis hayat kurtarıcı olabilir.

Özet

Yazımızda T.L.E.'leri ile T.L.T.'leri arasındaki yakın ilişki ortaya konulmağa çalışılmış ve kliniğimizde tetkik edilmiş olan 30 yaşındaki bir kadın hastada mevcut T.L.T.'ünün sebep olduğu Anksiyete ve Fobiler şeklinde beliren T.L.E. krizleri anlatılmıştır.

Summary

A case of temporal lobe tumor in a 30 year-old female patient has been presentend. In this connection the temporal lobe seizures and their relations to temporal lobe tumors have been reviewed.

LİTERATÜR

- 1 — Cavanah, J. B., Falconer, M.A., and Meyer, A.S. : «Some Pathogenic Problems of temporal Lobe Epilepsy» in Baldwin, M., and Bailey, P. (eds) : Temporal Lobe Epilepsy, Springfield: Charles C Thomas, Publisher, 1958, p. 140.
- 2 — Earle, K.M., Baldwin, M., and Penfield, W. : Incisural sclerosis and temporal lobe seizures produced by hippocampal herniation at birth, Arch Neurol Psychiat 69:27, 1953.
- 3 — Falconer, M.A., Serafetinides, E.A., and Crsellis, J.A. : The etiology, and pathogenesis of temporal lobe epilepsy, Arch Neurol 10:233, 1964.
- 4 — Forster, F.M., and Liske, E. : Role of environmental clues in temporal lobe epilepsy, Neurology 13:301, 1963.
- 5 — Gastaut, H., Toga, M., Roger, J., and Gibson, W.C. : A correlation of clinical electroencephalographic and anatomic findings in nine autopsied cases of «temporal lobe epilepsy,» Epilepsia 1:56, 1959.
- 6 — Gastaut, H., and Vigoroux, M. : «Electro-clinical Correlations in 500 Cases of Psychomotor Seizures» in Baldwin, M., and Bailey, P. (eds) : Temporal Lobe Epilepsy, Springfield: Charles C Thomas, Publisher, 1958.
- 7 — Golub, L.M., Guhleman, H.V. and Merlis J.K. : Seizure patterns in psychomotor epilepsy, Dis Nerv Syst 12:73, 1951.
- 8 — Marsan, C.A., and Stoll, J. : Subcortical connections of the temporal lobe in relation to temporal lobe seizures, Arch Neurol Psychiat 66:669, 1951.
- 9 — Meyer, A., Falconer, M.A., and Beck, E. : Pathological findings in temporal lobe epilepsy, J. Neurol Neurosurg Psychiat 17:276, 1954.
- 10 — Williams, D. : Temporal Lobe epilepsy, Brit Med J. 1-1439, 1966.