

POSTERİOR SEREBRAL ARTER TIKANMASINDA HEMİPLEJİ VE AGRAFİSİZ ALEKSİ

Vesile ÖZTÜRK, Kürşad KUTLUK, Fethi İDİMAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, İZMİR

ÖZET

Hemipleji ve agrafisiz aleksi posterior serebral arter sendromunda ender rastlanan klinik bulgulardır. Her iki klinik tablo ayrı ayrı olgu sunumları şeklinde bildirilmiştir. Bu yazıda seyrek görülen iki klinik tabloyu bir arada bulunduran posterior serebral arter tıkanması olan bir olgu sunulmuş ve literatür bilgileri eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Posterior serebral arter, hemipleji, agrafisiz aleksi.

HEMIPLEGIA AND ALEXIA WITHOUT AGRAPHIA IN POSTERIOR CEREBRAL ARTERY OCCLUSION

Hemiplegia and alexia without agraphia are rare manifestations of posterior cerebral artery occlusion. There are few recorded cases of hemiplegia or pure alexia in posterior cerebral artery syndrome. We report a patient with hemianopia, colour anomia, acalculia, hemiparesia and alexia without agraphia due to posterior cerebral artery occlusion. This patient is discussed with the review of literature.

Key words: Posterior serebral artery hemiplegia, alexia without agraphia.

GİRİŞ

Posterior serebral arter (PSA) sendromunda klinik bulgular lezyon yerine göre değişmekle birlikte sıklıkla tek bulgu homonim hemianopidir. Bundan başka kuadranopi, renk adlandırma bozukluğu, akalkuli, amnestik afazi, bellek bozukluğu, hemiparezi ve agrafisiz aleksi ortaya çıkabilir (1,2). Motor bulgular nadirdir ve piramidal traktusun internal kapsül, korona radiata düzeyinde hasarına veya orta beyin lezyonuna bağlıdır (3,4). Agrafisiz aleksi de ender görülür. İlk kez Dejerine'nin tanımladığı bu tablo, hastanın yazabilmesi, ancak kendi yazdıklarını okuyamamasıyla linguistik bir körlük olarak düşünülebilir (1,2). Bu olgularda sağ oksipital ile sol paryetal lob arasındaki bağlantıyı kesintiye uğratan lezyon, sol oksipital lob veya splenium bölgesindedir. Hastaların yazılı lisanı anlamayışlarının ve çoğu kez de yüksek sesle okuyamayışlarının nedeni, kelimelerin görsel imajlarının her iki oksipital lobdan dominant anguler girusa ulaşamayışıdır. Sol oksipital lobdaki lezyon sağ homonim hemianopiye yol açtığından, sol hemisferdeki konuşma alanlarını aktive edecek vizüel bilginin tümü, sağlam olan oksipital lobdan gelmelidir. Ancak splenium veya komşu beyaz cevherdeki bir lezyon yüzünden bu mümkün olamaz ve görsel bilgi sol anguler girusa geçemez. Yazıyı kopya etmede güçlük yoktur, çünkü sol motor kortekse gidecek olan vizüel bilgi, korpus kallozumun daha önünden geçmektedir.

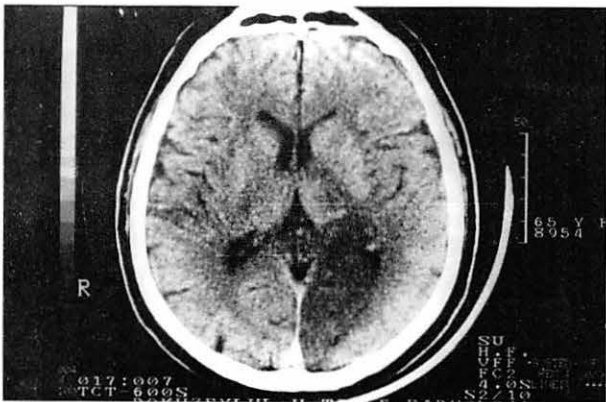
OLGU

H.P. 60 yaşında, sağ elini kullanan erkek hasta. Ani gelişen bilinç bulanıklığı, sağ yan

güçsüzlüğü, ağzının kayması ve konuşma bozukluğu ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon, hiperlipidemi, diabetes mellitus, akut miyokard infarktüsü ve alkol, sigara içimi öyküsü olan hastanın, babasının serebrovasküler hastalık sonucu öldüğü öğrenildi. Yapılan ilk fizik muayenede TA: 190/90mmHg, Nabız 84/dk ritmik, kalpte 3/8 sistolik üfürüm, solunum seslerinde wheesing saptandı. Nörolojik muayenede; konfüzyonu (E4M6V1) olan hastada, sağ santral fasial parezi, sağ hemiparezi (1-2/5) saptandı. DTR sağda (+), solda (++), sağda Babinski (+) idi. Gözdibi bilateral aterosklerotikti ve sağ homonim hemianopi mevcuttu. Hasta sağlam görme alanı içindeki kelime ve rakamları, harfleri okuyamıyordu. Spontan ve kopya ederek yazma minimal literal hatalar dışında normaldi, ancak yazdıklarını okuyamıyordu. Renkleri ayırtmada ve isimlendirmede güçlük çekiyor, basit hesapları yapabiliyor ancak komplike işlemlerde zorlanıyordu. Hastanın akut dönemdeki bilgisayarlı beyin tomografisi normaldi. Olayın üçüncü günü çekilen tomografide sol oksipital PSA sulama alanına uyan bölgede hipodens lezyon saptandı (Resim). Karotis Doppler tetkikinde akım normal, her iki arteria karotis kommuniste intimal kalınlaşma mevcuttu. Elektrokardiografide geçirilmiş akut miyokard infarktüsü bulguları ve nonspesifik ST değişiklikleri mevcuttu. Antiödem, antiagregan tedavi verilen ve antihipertansif, antidiyabetik ilaçlarına devam edilen hastada bir hafta içinde hemiparezide belirgin düzelme saptandı, ancak sağ homonim hemianopi, aleksi devam ediyordu. 1,5 ay sonraki kontrolde hastada,

renklerde belirgin disnomi, agrafisiz aleksi, akalkuli saptandı. 3 ay sonraki kontrolünde minimal düzelmeye birlikte bulgular devam ediyordu. 10 ay sonraki son kontrolünde ise, hasta harf ve rakamları daha iyi okuyabiliyor, renkleri daha iyi biliyordu, yazması normaldi ama aleksisi sürüyordu.

Resim



TARTIŞMA

Hemipleji ve agrafisiz aleksi PSA sulama alanındaki lezyonlarda ortaya çıkan klinik tablolarda oldukça nadir rastlanan bulgulardır. Her iki semptom da ayrı ayrı olgu sunumları şeklinde bildirilmiştir. PSA lezyonlarında parezi yoktur veya hafiftir. Benson ve ark. (5), Caplan ve ark.(6), Hommel ve ark. (4), North ve ark. (6) PSA lezyonunda orta beyin tutulumuna bağlı Johansson ve ark. (7) ise piramidal traktusun internal kapsül ve korona radiata düzeyinde hasara uğramasına bağlı hemiparezi tabloları bildirmişlerdir. Bapuraj ve ark. (3) PSA tıkanıklığı ile birlikte hemiplejisi olan 5 olgunun 3'ünde internal kapsül, 1'inde serebral pedinkül-posterior medial talamus, diğerinde de medial-inferior temporal bölge lezyonu saptamışlardır.

İlk kez Dejerine 1891'de aleksiyle ilişkili klinikopatolojik bulguları, dominant angüler girusta lezyonu ve agrafili aleksisi olan bir hastada tanımlamış (1), bir yıl sonra da korpus kallozum spleniumu ve sol oksipital lob lezyonu olan agrafisiz aleksili bir hastayı sunmuştur (1). Bu hastanın önceden iyi bir müzisyen olduğu ve stroktan sonra müzik aleti çalıp, şarkı söyleyebilmesine rağmen notaları okuyamadığı bildirilmektedir. Lezyonun korpus kallozumun posterior inferiorunu, kalkarin korteksi hasara uğratmış olduğu, ventrikül duvarının altındaki beyaz cevhere doğru penetre olduğu gösterilmiştir. Dejerine infarktın subkortikal komponentinin angüler girusa hem ipsilateral hem karşı taraf vizüel korteksinden gelen projeksiyonları hasara uğrattığını vurgulamıştır. Daha sonra Violet ve sonra da Damassio ve Damassio (9) korpus kollozumun splenium, bölgesinin önemine dikkat çekmişlerdir. Gerçekten de bildirilen olguların çoğunda lezyonun ya interhemisferik diskonneksiyona neden olduğu ve vizüel bilgilerin sağdan sola aktarımını bozduğu, ya da intrahemisferik diskonneksiyonla sol oksipital lobdaki lezyonun sol vizüel assosiyasyon korteksiyle sol lisan korteksi ilişkisini bozduğu düşünülmüştür (1,2). Lezyon en sık oksipital veya splenooksipital bölgededir(8). Daha az sıklıkla oksipito-temporal paraventriküler beyaz cevherde veya daha superior ve rostralde paryeto-okspital veya paryetal beyaz cevherde bildirilmiştir (9). Özeren ve arkadaşlarının sunduğu 2 olgunun birinde ek olarak hemiplejiye de rastlanmıştır (10). Ancak bu motor defisit, eşlik eden orta serebral arter alanındaki geniş bir infarkt ile açıklanmıştır. Sağ PSA lezyonuna bağlı agrafisiz aleksi tablosu da tek olgu sunumları şeklinde yayınlanmıştır. Daha önce yayınlanmış 7 olgu dışında, son olarak Pilon ve ark. (11) sol el dominansı olan, sağ oksipital lezyonlu bir hastadaki bulguları tanımlamışlardır.

Hastanın Bilgisayarlı Beyin Tomografileri

Beyin Damar Hastalıkları Dergisi 1997, 3: 27-29

Agrafisiz aleksi bizim vakamızda olduğu gibi en sık serebrovasküler hastalığa bağlı olarak bildirilmişse de multiple skleroz, toksoplazma ansefaliti, arterio-venöz malformasyon, travma, tümör ve karbonmonoksit zehirlenmesine bağlı olarak gelişen olgular da vardır(1).

Bizim olgumuz birçok risk faktörünün hazırladığı ateroskleroz zemininde gelişen serebral infarkt olgusudur. Sol PSA sulama alanına uyan bölgede, vizüel korteks, medial oksipital lob, paraventriküler paryeto-oksipital beyaz cevher, talamusun posterolateral bölümü ve korpus kallozumun splenium bölümünü etkileyen infarkt saptanmıştır. Lezyonun orta beyin ve/veya internal kapsül düzeyine uzanmasıyla piramidal yolun etkilendiği ve hemiparezinin ortaya çıktığı düşünülmüştür. Sonuç olarak sağ homonim hemianopi, sağ hemiparezi, agrafisiz aleksi, renk anomisi ve akalkuli ile belirlenmiş nörolojik tablo ortaya çıkmıştır.

Ayrı ayrı ender görülen bulgular olan agrafisiz aleksi ve hemiplejinin aynı hastada bir arada görülmesi ilginç bulunmuş ve olgu tartışılmıştır.

KAYNAKLAR

- 1) Benson DF, Geschwind N. Aphasia and related disorders: a clinical approach. Edit by MM Mesulam. Principles of Behavioral Neurology. Ch 5, Philadelphia, Copyright, FA Davis Company, 1985: 193-228.
- 2) Mohr JP, Pessin MS. Posterior cerebral artery disease. Edit by HJM Barnett, JP Mohr, BM Stein, FM Yatsu. Stroke. Vol III, ch 17. Tokyo, Churchill Livingstone Inc, 1992; 419-442.
- 3) Bapuraj JR, Mishra NK, Mohan KK, Goulatia RK, Maheshwari MC. Hemiplegia in posterior cerebral artery strokes, Acta Neurol Scand. 1993; 88: 316-319.
- 4) Hommel M, Besson G, Pollak P, Kahane P, Le Bar JF, Perrent J. Hemiplegia in posterior cerebral artery occlusion. Neurology. 1990; 40: 1496-1499.
- 5) Benson DF, Tomlinson EB. Hemiplegic syndrome of the posterior cerebral artery. Stroke. 1971; 2: 559-564.
- 6) North K, Kan A, Silva M, Ouvrier R. Hemiplegia due to posterior cerebral artery occlusion. Stroke. 1993;24(11): 1757-1760.
- 7) Johansson T. Occipital infarctions associated with hemiparesis. Eur Neurol. 1985; 24: 276-280.
- 8) Stommel EW, Friedman RJ, Reeves AG. Alexia without agraphia associated with spleniogeniculate infarction. Neurol. 1991;41:587-588.
- 9) Damasio AR, Damasio H. The anatomic basis of pure alexia. Neurol. 1983; 33: 1573-83.
- 10) Özeren A, Araç N, Akyürekli Ö, Kansu T, Yavuz B. Pür aleksi. Hacettepe Tıp Dergisi. 1988; 2: 121-127.
- 11) Pillon B, Bakchine S, Lhermitte F. Alexia without agraphia in a left-handed patient with a right occipital lesion. Arch Neurol. 1987; 44: 1257-1262.