

İKİ FARKLI OLGU NEDENİ İLE VASKÜLER PARKİNSONİZMİ YENİDEN TARTIŞMAK

Demet GÜCÜYENER, Özcan ÖZDEMİR, Nevzat UZUNER, Gazi ÖZDEMİR

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

ÖZET

Strok geçiren hastalarda strok sonrası subakut dönemde veya aylar yada yıllar sonra hiperkinetik veya hipokinetik hareket bozukluğunun ortaya çıktığını gösteren pek çok yayın vardır. Bu hastaların bazılarında strok öyküsü bulunamazken, hemen hemen hepsinde hipertansiyon ve diyabet ve buna bağlı olarak da serebral arteriosklerotik değişiklikler saptanmıştır. Tüm hastaların ortak özelliği küçük adımlarla yürüme, tremor yokluğu, aksiyel rijidite, diğer ekstrapiramidal semptomlardan bir veya birden fazlasının olması ve L-Dopa'ya yanıtızsızlıktır. Biz burada klinik olarak birbirine benzer biri strok öyküsü taşıyan diğeri arteriosklerotik değişiklikler sonucu oluşmuş iki vasküler parkinsonizm olgusunu sunduk ve literatürler eşliğinde tartıştık.

Anahtar Sözcükler: Parkinsonizm, strok, vasküler parkinsonizm.

DISCUSSING AGAIN TO VASCULAR PARKINSONISM OWING TO TWO DIFFERENT CASES

The hyperkinetic or hypokinetic movement disorders have been reported during the acute phase of stroke as well as after delays of up to months or years. The extrapyramidal syndromes reported in association with cerebrovascular lesions or not. The arteriosclerosis due to hypertension and diabetes mellitus is found in patients. The patients characterized short-stepped gait, axial rigidity, absence of tremor, one of or one more of other extrapyramidal signs and negative response to levodopa. We discussed two different vascular parkinsonism cases that one of both is associated with stroke, other only had the changes of arteriosclerosis, under the literature.

Key Words: Parkinsonism, stroke, vascular parkinsonism.

GİRİŞ

Vasküler parkinsonizm oldukça tartışılan bir klinik tablodur. Serebral infarktlı hastaların yaklaşık %2'sinde görülebilir ve bu hastaların yaklaşık %22'de hipertansiyon vardır(1-5). İlk kez 1960 ve 1970' lerde Schwab - England ve Parkers tarafından vasküler parkinsonizm tanımlaması yapılmıştır (6-7). Bununla beraber daha iyi tanımlanması Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRG) gibi nöro görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi ile mümkün olmuştur. Çekilen MRG' lerde hemisferik beyaz ve gri cevherlerde diffuz lezyonlardan, laküner infarktlara, lökoensefalopati görünümünden, multiple infarktlara kadar çok farklı görümlere rastlanabilir. Klinik olarak bradikinezi, rijidite veya spastisite, denge kaybı, yürüme bozukluğu görülebilir. Burada parkinsonizm tablosu ile Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji kliniğine başvuran farklı klinik ve farklı görüntülenme özelliklerine sahip olan ve her ikisi de vasküler parkinsonizm tanısı alan 2 hasta literatür eşliğinde sunulmuştur.

OLGU 1:

45 yaşında erkek hasta 11 ay önce geçirdiği ve tama yakın düzeldiği serebrovasküler olayın ardından hareketlerinde yavaşlama, yürümesinde bozulma, adım adım yürüme, konuşmasında anlaşılmazlık, ağzında salya miktarında artış ve

yemek yiyememe şikayetleri ile başvurdu. Tremoru olmayan hasta özellikle sandalyeden ve yataktan kalkarken zorlanıyordu. Görünüşte unutkanlığı olmayan hastada zaman zaman spontan ağlama ve gülme nöbetleri oluyordu. Bu şikayetleri nedeniyle bir başka merkezde hastaya L-Dopa 187.5 mg /gün başlanmış olup hasta bu tedaviden yarar görmediğini ifade ediyordu.

Hastanın özgeçmişinde son 6 ayda belirginleşen diabetes mellitus ve 11 ay önce geçirilmiş iskemik strok öyküsü mevcuttu. Soy geçişinde bir özellik bulunmayan hasta 20 yıldan beri günde 1 paket sigara içmekteydi.

Hastanın nörolojik muayenesinde sağ hemiparezi (alt ve üst eşit 1/5 kas gücü), uvula ve farinks reflekslerinde artış, bilateral tüm kadranlarda karın cildi reflekslerinde kayıp, tüm ekstremitelerde derin tendon reflekslerinde artış, glabellar palmomenta ve somurtma refleksinin ortaya çıkışı, aksiyel rijidite, sağda belirgin olmak üzere heriki üst ekstremitede rijidite, bradimimi, bradikinezi, disfoni ve monoton konuşma, seboreik cilt görünümü saptandı.

Laboratuvar bulgularında hiperkolestrolemi ve kan şekerinde yükseklik dışında anormal bir bulgu yoktu. Kan şekeri yüksekliği oral antidiyabetikler başlandıktan sonra düzeldi. Kan hormon düzeyleri, ayakta ve yatarak bakılan renin düzeyleri normaldi.

Hastanın otonomik testleri; R_R mesafesi, yatarak ve ayakta tansiyon arteriyel sonuçları, Transcranial doppler (TCD) ile yapılan ortostatik

testi normaldi.

Görüntüleme yöntemlerinde, hastaya çekilen MRG yaygın multiple subkortikal plaklar gözlemlendi (Resim 1). TCD'de her iki orta serebral kan akım hızı (OSA) normalken, her iki arka serebral arter kan akım hızları (ASA) azalmış buna karşın pulsatilite indeksleri artmış olarak yaygın antherosklerozla uyumlu bir sonuç elde edildi. Hastada bir saatlik izlemde mikroembolik signal (MES) artışı saptanamadı.

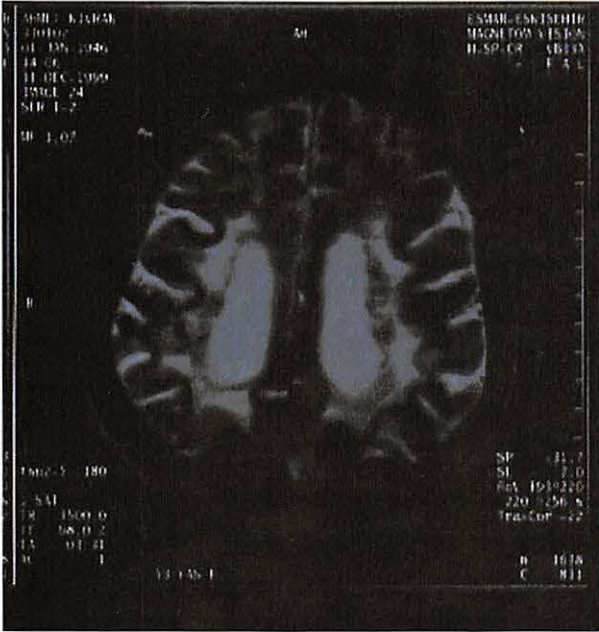
Hastanın karotis dopler ve transtorasik ekografi sonuçları normal olarak değerlendirildi. Uyarılmış potansiyellerden P300 latansı normaldi.

Single Photon Emmission Tomografi (SPECT) ile yapılan beyin perfüzyon incelemesinde sol frontal ve temporoparietal bölgede hipoperfüzyonla uyumlu görüntü mevcuttu.

OLGU 2:

52 yaşında, erkek hasta, hareketlerde yavaşlama şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hikayesinde üç senedir hareketlerinde yavaşlama ve unutkanlığı, son 8 aydır da konuşmasında monotonlaşma belirtildi.

Özgeçmişinde, 2 yıl önce geçirilen hepatid B dışında bir şey yoktu.



Resim 1: Yaygın subkortikal plaklar

Hasta günde 1.5 paket sigarayı 10 yıldır kullanıyordu. Nörolojik muayenesinde her iki üst ekstremitede ve alt ekstremitede solda daha fazla olmak üzere rijidite mevcut. Tremor yok. Adım adım yürüme mevcut. DTR ler dört ekstremitede hiperaktif, uvula ve farenks refleksleri artmış, bradimimi ve seboreik cilt görünümü mevcut.

Minimental test 14 olarak bulundu. İlkel refleksler alınmaya başlamıştı.

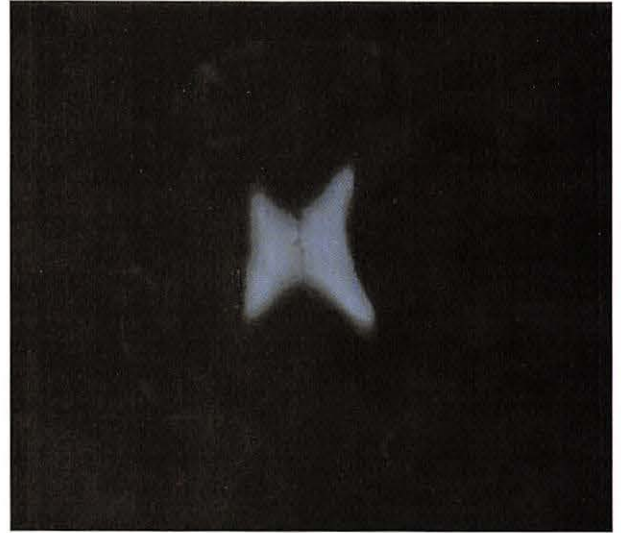
Biyokimyasında HDL kolesterol düşüklüğü dışında anlamlı bir veri yoktu.

Tansiyon ölçümleri ve EKG ile yapılan ortostatik testler normal olarak bulundu.

Elektroensefalografi normal trase, TCD' de her iki OSA kan akım hızları azalmış, PI lar yüksek, ASA 'da kan akım hızı ve PI'leri normaldi. MES gözlenmedi.

Bu sonuçlar ön dolaşım sisteminde arterioskleroz ile uyumlu olarak değerlendirildi.

Her iki karotis dopler incelemesinde akım paternleri normal ve hız spektrumları normal değerlerde izlenmekteydi. MRG, her iki kortikal ve subkortikal alanda yaygın laküner enfaktları gösteriyordu (Resim 2).



Resim 2: Yaygın kortikal, subkortikal atrofi ve laküner enfaktlar

SPECT'te yaygın temporoparietal hipoperfüzyon alanları mevcuttu.

TARTIŞMA

Ekstrapiramidal sendromlar serebrovasküler lezyonlara bağlı klinik tablolar olarak pek çok yayında rapor edilmiş olup bunların bilinen dejeneratif idyopatik parkinsondan farkları tanımlanmıştır (8-12). Başlangıç semptomları yaygın, lateralizasyon göstermeyen, yavaş ilerleyicidir. Pseudobulber işaretler, artmış refleksler, ekstensor plantar cevap, sifinkter inkontinansı ve demans bulunabilir. Ataksi sıklığı daha az görülür. Tremor karakteristik olarak görülmez. Rijidite dişli çark olmaktan çok, kurşun boru veya gegenhalten rijiditesi gibi farklı şekillerde olabilir. Bradikinezi, akinezi, hipokinezi tipik olarak görülür. Hastaların hikayelerinde

strok olabilir veya olmayabilir. Bazı hastaların öykülerinde sadece hipertansiyon ve diyabet rapor edilmiştir (13-14). Hastalar tedavi amaçlı L-dopaya cevapsızdır. BT ve MRG'da farklı dağılımlara sahip pek çok vasküler lezyon görülür. Tam klinik ve görüntüleme yöntemlerindeki vasküler değişikliklere bakılarak konulabilir. Bazı kişilerde parkinsonizm kaudat, putamen, globus pallidus veya beyin sapında gelişen akut infarktın hemen ardından gelişir. Hastaların vasküler lezyonlarının yayılımı ile klinik tablonun ciddiyeti arasında bir korelasyon olmayabilir. Bazı hastalarda hakim bulgu tek taraflı serebrovasküler hastalık (SVH) bulgularıdır. Bazı vakalarda spontan düzelme görülebilir.

Biz burada vasküler parkinsonizm başlığı altında farklı klinik ve görüntüleme özelliklerine sahip 2 olguyu sunduk. Olgularımızdan birinde bariz SVH öyküsü vardı. Diyabet en önemli risk faktörü olarak görülüyordu. Diğer olguda SVH öyküsü yoktu ancak açık bir hipertansiyon ve diyabet öyküsü vardı. Bu hastada ek olarak belirgin bir demans vardı. Her iki hastanın ekstrapiramidal bulguları, özellikle yürüyüş, duruş, tonus, rijidite özellikleri birbirlerine oldukça benziyordu. Ancak MRG görüntüleri birbirinden oldukça farklıydı. Bu farklılık ise kognitif değişim dışında kliniğe paralel şekilde yansımıyordu. Her iki hastanın tedaviye olan cevapsızlığı da benzer bir diğer özellikleriydi. Bu hastalar izlemeye alındı ve dopa agonistleri verilerek taburcu edildi. Her iki olguda bu geniş klinik tablonun çeşitliliğini göstermek açısından özellikli örnekler olduğu için sunmayı uygun gördük.

KAYNAKLAR

1. Winikates J, Jankovic J. Clinical correlates of vascular parkinsonism. Arch Neurol 1999; 56(1):98-102
2. Yamanouchi H. Vascular Parkinsonism. Nippon Rinsho 1997; 55(1):106-11
3. Fenelon G, Houeto JL. Vascular Parkinson syndromes : a controversial concept. Rev Neurol, 1998 ; 154(4):291-302
4. Sambrook MA. Parkinsonism. Nurs Times 1076,25;72 (12):454-5
5. Inzelberg R, Bornstein NM, reider I, Korczyn AD. Basal ganglia lacunes and parkinsonism. Neuroepidemiology 1994;13(3):108-12
6. Schwab RS, England AC. Parkinson syndromes due to various specific causes. In handbook of clinical Neurology, vol 6, ed PJ, Vinken-Brugyn pp.227-47, Amsterdam: North Holland.
7. Parkers JD, Marsden CD, Rees JE. Parkinson's disease, cerebroarteriosclerosis and senile dementia. Quarterly Journal of medicine 1974; 43: 49-61.
8. Friedman A, Kang U, Tatemichi TK. A case of parkinsonism following striatal lacuner infarct. Journal of neurology, Neurosurgery and Psychiatry 1986, 49:1087-8
9. Ferbert A, Gerwich M. Non rubral Tremor of vascular origin. Movement Disorders. 1990, 5:78-82
10. Kim JS, Delayed onset hand tremor caused by cerebral infarction. Stroke; 1992, 23: 292-4
11. Kudo M, Fukai M, Asterixis due to pontine hemorrhage. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 1985; 48; 705-7
12. Maranganore DM, Lees AJ. Complex stereotypies after right putaminal infarct a case report. Movement Disorders, 1982; 6; 358-61
13. Martilla RJ, Rinne UK, Level of blood pressure in patients with Parkinson disease. A case control study. European Neurology, 1977;16:73-78
14. Horner S, Niederkorn K. Evaluation of risk factors in patients with Parkinson syndrome. Nervenarzt 1997;68 (12):967-71