

OLGU SUNUMU

CASE REPORT

BİLATERAL TALAMİK ENFARKTLI İKİ OLGU SUNUMU

Utku CENİKLİ, Yasemin ÜNAL, Gülser KARADABAN EMİR, Gülnihal KUTLU

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, MUĞLA

ÖZET

Bilateral talamik enfarkt nadir görülen bir klinik durumdur. Yaklaşık 1/3 olguda talamo-perforan arterler, ortak bir daldan doğarlar ve oklüzyonunda bilateral enfarktlar ortaya çıkar. Klinik olarak bilinç durumu değişikliği, uyanıklıkta azalma, hafıza problemleri, duyu durum bozuklukları, kognitif problemler ve vertikal bakış paralizisi ile prezente olabilir. Bu yazıda, farklı klinik seyre sahip 2 bilateral talamik enfarkt olgusu sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Bilateral, talamik, enfarkt.

TWO CASE REPORT WITH BILATERAL THALAMIC INFARCT

ABSTRACT

Bilateral thalamic infarction is a rare clinical condition. Thalamo-perforan arteries are arise from the same vascular territory in nearly one third of the cases and occlusion of it causes bilateral infacts. Clinical presentation can be altered mental status, decrease alertness, memory problems, mood disorders, cognitive problems and vertical gaze palsy. In this report we present two cases with different clinical status.

Key Words: Bilateral, thalamic, infarct.

GİRİŞ

Bilateral paramedian talamik enfarktlar iskemik inme içinde %1-2 sıklığındadır (1). Bilateral talamik enfarkt etyolojisinde sıklıkla küçük damar hastalığı yatar (2). Paramedian talamik enfarktların akut gelişen bilinç durum değişikliği, nöropsikiyatrik ve vertikal bakış bozuklukları ile karakterize klasik bir triadı vardır (3). Biz bilinç bozukluğu dışında farklı kliniklere sahip 2 olgumuzu yazmayı uygun bulduk.

OLGU 1

60 yaşında erkek hasta bilinç bozukluğu ve sağ hemiparezi nedeniyle acil serviste değerlendirildi. Koroner arter hastalığı öyküsü olan hastanın nörolojik muayenesinde uykuya eğilim mevcuttu, uyandırıldığında basit emirleri yerine getiriyordu, sağ gözde aşağı deviasyon, sağda nazolabial olukta siliklik, sağ ekstremitelerde 3/5 kas gücü saptandı. Kranial bilgisayarlı tomografisi normaldi, kranial manyetik

rezonans görüntüleme (MRG) her iki talamusta akut enfarkt saptandı. Rutin kan tetkiklerinde açlık kan şekeri 213 mg/dl idi. Bunun dışındaki biyokimya, hemogram, vitamin B12, folik asit değerleri normaldi. Kranial MR Anjio ve servikal MR Anjio normaldi. Hastanın günler içerisinde oküler ve motor bulguları düzeldi, ancak hastada bilinç seviyesi düzeldikçe, dikkatte, spontanitede azalma, gerginlik, ani öfke patlamaları saptandı ve bu bulgular takiplerinde de devam etti.

OLGU 2

56 yaşında erkek hasta, acil servisimize ani gelişen bilinç bozukluğu, uyku hali, idrar kaçırma şikâyeti nedeniyle değerlendirildi. Nörolojik muayenesinde bilinç uykuya eğilimliydi, özel uyararla gözlerini açıyordu, uyandırıldığında kooperasyonu tamdı. Yer-zaman oryantasyonu bozuktu. Kranial sinir muayenesi, motor- duyu muayenesi normaldi. Patolojik refleks saptanmadı.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr. Utku Cenikli Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Muğla.

Tel: 0252 214 13 23

E-posta: utkucenikli@yahoo.com

Geliş Tarihi: 08.08.2016

Kabul Tarihi: 15.11.2016

Received: 08.08.2016 **Accepted:** 15.11.2016

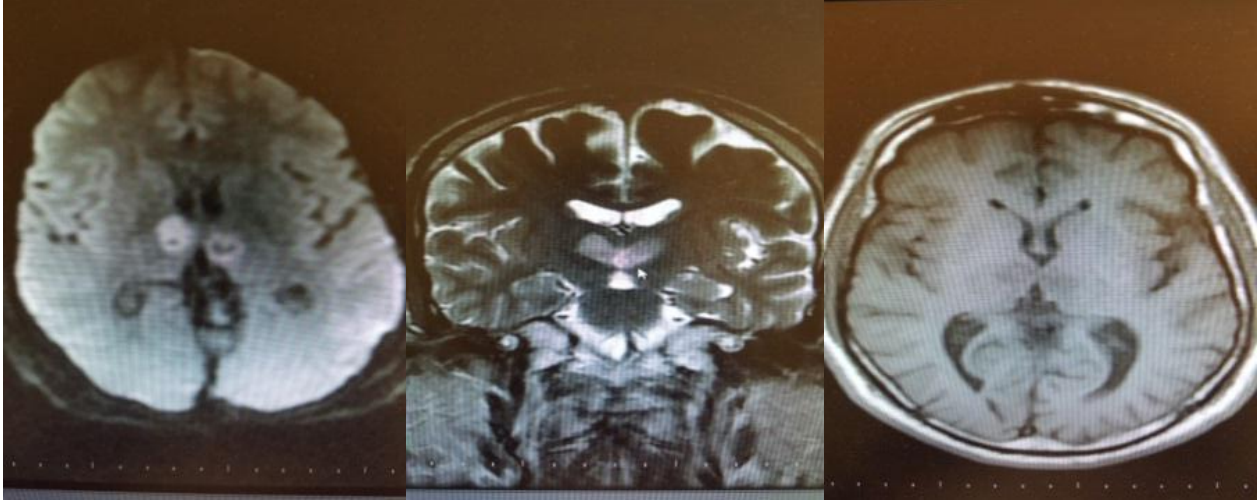
Bu makale şu şekilde atıf edilmelidir: Cenikli U, Ünal Y, Karadaban Emir G, Kutlu G. Bilateral talamik enfarktlı iki olgu sunumu. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi 2017; 23(1): 43-45. doi: 10.5505/tbdhd.2017.85570

Cenikli ve ark.

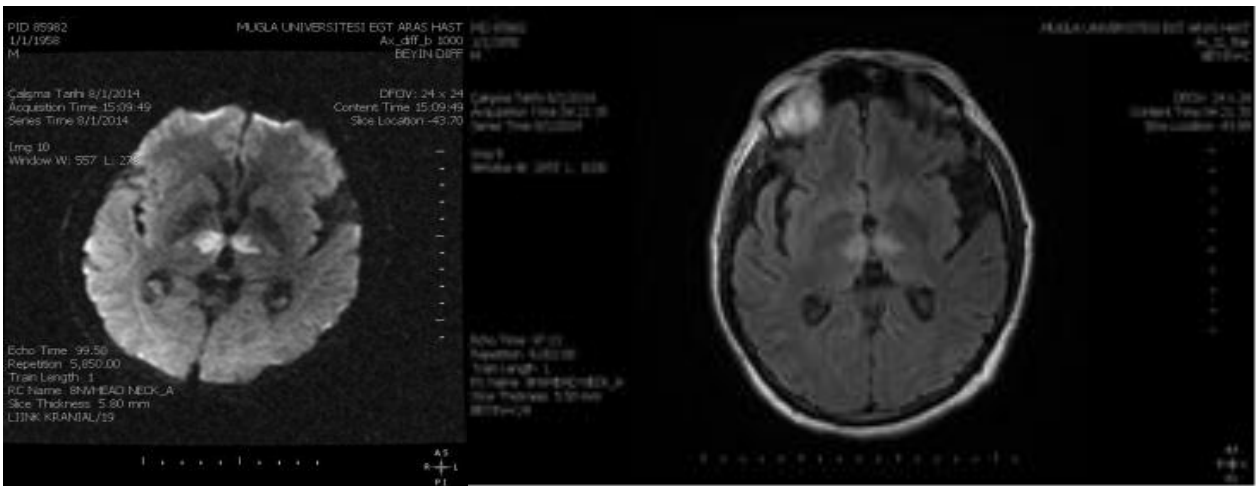
Serebellar testler değerlendirilebildiği kadarıyla olağandı. Hastanın acil serviste çekilen kranial BT'si normaldi. Çekilen difüzyon MRG de bilateral talamusta akut enfarkla uyumlu görünüm izlendi. Kontrastlı Kranial MRG de kontrast tutulumu izlenmedi. Rutin biyokimya, hemogram değerleri normaldi. Hastanın kranial MR Anjiografisinde sol ICA intrakavernözal segmentte minimal dolum defekti, sol ACA A2 ve A3 segmentleri sağ ile karşılaştırıldığında zayıf dolum göstermesi dışında normaldi. Servikal MR Anjiografisinde sağ vertebral arter intrakranial segmentte yaklaşık %50 oranında darlık ile uyumlu fokal hafif dolum defektleri izlendi.

Hastanın günler içerisinde bilinç bozukluğu düzeldi. Serviste yattığı sürece oryantasyon bozukluğu devam etti.

Her iki hastada uygun zamanda acil servise getirilmedikleri için trombolitik tedavi uygulanamadı, antiagregan tedavi verildi. Talamik enfarktların potansiyel sebepleri arasında olan arterden artere emboli, küçük damar hastalığı ve kardiyak emboli açısından yapılan tetkiklerinde MRG'de bilateral paramedian talamik enfarkt dışında bir patoloji saptanmadı. Hastaların bilateral paramedian talamik enfarkt MRG görüntüleri: Resim I'de (1. Olgu), Resim II'de (2. Olgu) verilmiştir.



Resim I. Olgu 1'e ait difüzyon (A), T2 (B) ve T1(C) MRG görüntüleri.



Resim II. Olgu 2'ye ait diffüzyon (A) ve FLAIR (B) MRG görüntüleri.

Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi 2017; 23(1): 43-45

TARTIŞMA

Bilateral talamik enfarktlar çoğunlukla paramedian arter sulama alanında görülür (2,4). Bilateral paramedian talamik enfarktlar iskemik inme içinde %0,1-2 sıklığındadır (1). Paramedian arterler, posterior serebral arterin baziler arterin bifürkasyonundan sonra posterior kommunikan arterle birleşme yeri arasında uzanan proksimal bölümünden ayrılırlar. Her bir posterior serebral arterden birer çift halinde çıkarlar fakat bazen tek dal olarak çıkıp iki dala ayrılarak yükselip bilateral olarak talamusu kanlandırabilirler (2,4). Bilateral talamik enfarktlar paramedian talamik arter dışında, talamogenikulat ve polar arter sulama alanlarında da olabilir. Bilateral talamik enfarkt etyolojisinde sıklıkla küçük damar hastalığı yatar, damardan damara veya kardiyemboliye bağlı da olabilir (2). Bu enfarktların enfeksiyon veya travmaya ikincil vertebral arter diseksiyonuna bağlı olabileceğine dair vaka bildirimleri de vardır (5-6). Paramedian talamik enfarktların akut gelişen bilinç durum değişikliği, nöropsikiyatrik ve vertikal bakış bozuklukları ile karakterize klasik bir triadı vardır (3). Literatürde bilateral paramedian talamik enfarktın statusla presente olabileceğine dair de yayınlar bulunmaktadır (7).

Talamik enfarktlarda bilinç değişikliklerinin nedeni retiküler aktivasyon merkezinin rostral uzantıları olan orta hat talamik çekirdeklerinin etkilenmesidir (8). Bilateral talamik enfarktlarda hastalarda göz bulgularına ek olarak subakut dönemde bellek ve yürütücü işlev bozukluklarının ön planda olduğu kognitif etkilenme saptanabilir. Talamus, hipokampus ve limbik sistem gibi bellek sistemleri ile fronto-paryetal bağlantıların kesişme noktasıdır. Talamik lezyonu olan hastalarda bilinç bozuklukları sık görülmekte ve düzelince nöropsikolojik bozukluklar, dezoryantasyon, ilgisizlik ve apati devam edebilmektedir (3,9). Biz de ilk olgumuzu göz deviasyonu ve parezisi olan ve bilinç bozukluğu düzeldikten sonra nöropsikiyatrik bulgularının öne çıktığı bir bilateral talamik enfarkt olgusu olarak yayınlamaya değer bulduk.

Paramedian arterin tıkanmasına bağlı olarak yukarı ve/veya aşağı bakış paralizisi, vertikal birbuçuk sendromu, skew deviasyon, talamik ezotropi, parsiyel veya tam üçüncü kranyal sinir tutuluşu, pitoz, bileteral internükler oftalmopleji, konverjans bozuklukları, yalancı altı sendromu, blefarospazm, parlak ışığı entolerans gelişebilir (10). Medial talamik lezyonların, motor ve premotor korteksten kalkan ve mezensefalonda bulunan Cajal'ın intertisyel nükleusu ile Darkschewitsch nükleusu arasında bağlantı oluşturan kortikofugal liflerin kesilmesine neden olarak vertikal göz hareketlerini etkiledikleri düşünülmektedir (11). Bilateral talamik enfarktlarda göz bulguları önemli bir yere sahiptir ancak bizim 2. olgumuzun göz bulgusu olmayışıyla dikkat çektiğinden yayınlamaya değer bulduk.

KAYNAKLAR

1. Hawkes MA, Arena JE, Rollán C, Pujol-Lereis VA, Romero C, Ameriso SF. Bilateral Paramedian Thalamic Infarction. *Neurologist* 2015 Nov; 20 (5): 89-92.
2. Kumral E, Evyapan D, Balkır K, Kutluhan S. Bilateral thalamic infarction. Clinical, etiological and MRI correlates. *Acta Neurol Scand* 2001; 103: 35-42.
3. Şenol MG, Göbel M, Özdağ F, Saraçoğlu M. Bilateral Talamik İnfarkt: Dört Olgunun Analizi. *Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi* 2008; 14: 53-6.
4. Schmahmann JD. Vascular Syndromes of the Thalamus. *Stroke* 2003; 34: 2264
5. Kamaşak T, Sahin S, Eyüboğlu İ, Reis GP, Cansu A. Bilateral paramedian thalamic syndrome after infection. *Pediatr Neurol* 2015 Feb;52(2):235-8.
6. Jung SL, Choi HS, Jang J, Koo J, Shin YS, Ahn KJ, Kim BS. Bilateral thalamic infarction after traumatic vertebral artery dissection. *Can J Neurol Sci* 2015 May;42(3):208-9.
7. Lin SF, Lin TC, Hu HH, Chen CI. Bilateral Paramedian Thalamic Infarction Presenting as Status Epilepticus: A Case Report and Review of the Literatures. *Acta Neurol Taiwan* 2015 Dec;24(4):125-30.
8. Matheus M G, Castillo M. Imaging of Acute Bilateral Thalamic and Mesencephalic Infarcts. *Am J Neuroradiol* 2003;24: 2005-2008.
9. Bakar M. Post Stroke Demans (Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri). *Demans* 2003; 1: 15-20.
10. Emre Kumral. Santral Sinir Sisteminin Damarsal Hastalıkları. *Güneş Tıp Kitapevleri* 2011. Bölüm 30. Talamik İnfarkt sf:398
11. Schmahmann JD. Vascular syndromes of the thalamus. *Stroke* 2003; 34: 2264-78.