

Olgu Sunumu: Mezensefalik Uzanımlı Bilateral Talamik İnfarkt

Dr. Macit SELEKLER¹, Dr. Ahmet HAKYEMEZ², Dr. Erdem TOĞROL³,
Dr. Mehmet SARAÇOĞLU⁴, Dr. Arif ÇELEBİ⁵

ÖZET

OLGU SUNUMU: MEZENSEFALİK UZANIMLI BİLATERAL TALAMİK İNFARKT*

Diensefalik (talamik-subtalamik) lezyonlu hastalarda, lezyon bilateral olsa bile, koma sıklıkla geçicidir; çoğunlukla takiben somnolans görülür. Diensefalik ve mezensefalik pontin lezyonlu hastalarda şuur bozuklukları tegmentumdaki asendan retiküler aktive edici sistemin direkt hasarı ile ortaya çıkar. Mezensefalik pontin lezyonlu hastalarda, kalıcı stupor veya koma hipersomniye göre daha siktir ve genellikle bilateral tegmental hasarı telkin eder. Derin stupor a nöro-oftalmolojik bulguların eşlik ettiği; lateralizasyon bulgusu olmayan hastanın kranial BT'sinde her iki talamus paramedian bölümünden başlayarak, 3. ventrikül yan duvarları boyunca mezensefalon tegmentumuna uzanan infarkt alanları saptanmış olup, bir yılı aşan gözlem boyunca klinik tablo değişmeden kalmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bilateral paramedian talamik infarkt, mezensefalon, stupor, koma.
Bull.Clin.Psychopharmacol. 9:1 (57-59), 1999

SUMMARY

CASE REPORT : A PATIENT WITH BILATERAL PARAMEDIAN THALAMIC INFARCT

In patients with diencephalic (thalamic-subthalamic) lesions, even if bilateral, coma often is only transient, evolving frequently to a sleeplike somnolence. In patients with diencephalic and mesencephalic pontine lesions, disturbance of consciousness is due to direct disruption of the ascending reticular activating system in the tegmentum. In patients with mesencephalic pontine lesions, persistent stupor or coma is more frequent than hypersomnia, usually implying bilateral medial tegment damage. In the case with neuro-ophthalmologic signs accompanying deep stupor, infarct zones starting from the bilateral thalamic paramedian parts through the 3rd ventricle lateral walls down to bilateral paramedian mesencephalic tegmentum have been observed in the cranial CT of the patient who had no laterality sign. Neurologic findings of the patient throughout the observation over a year have remained constant.

Key Words: bilateral paramedian thalamic infarct, mesencephalon, stupor, coma.
Bull.Clin.Psychopharmacol. 9:1 57-59, 1999

Talamus eksteroseptif stimulusların en önemli subkortikal ileti merkezi olması dolayısıyla, kortekse giden bilgilerin toplanması ve koordinasyonunda ana rolü oynar. Bununla beraber asendan retiküler ve limbik sistemlerin temel parçasıdır.

Polar (tuberotalamik), talamik-subtalamik (talamoperforan), talamogenikülat ve posterior koroidal arterler talamusu besleyen dört ana arter grubudur.

Posterior komünikan ve proksimal posterior serebral arterlerin talamoperforan dalları medial talamik bölgeyi beslerler. Bu dallar ayrı ayrı proksimal posterior serebral arterlerden kaynaklanabilirler. Ya da arterler proksimal posterior serebral arter veya basiler kaput'tan tek gövde olarak çıkarlar. Bu pattern tek damar oklüzyonu ile bilateral paramedian talamik infarktların oluşmasından sorumludur. Bazen de bir arteriyel köprü bilateral talamo perforonlara katılır.

Görüldüğü üzere talamik kanlanma kompleks

ve değişken olup; niçin paramedian talamik infarktlara genellikle daha yaygın talamus ve mezensefalon infarktlarının eşlik ettiğini açıklarlar.

OLGU

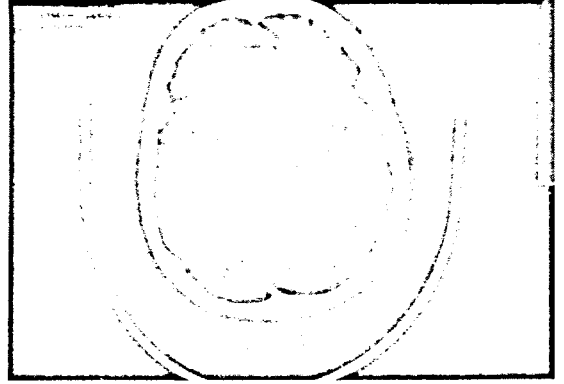
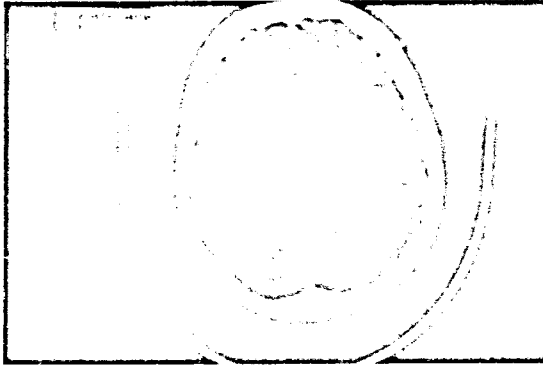
Uyandırılmama sebebiyle hastaneye getirilen hastanın bilinci kapalı, sözlü uyarılara yanıt vermiyor, ağırlı uyarıları lokalize ediyor ve bu sırada anlamsız sesler çıkarıyordu. Pupillalar dilate (6mm/6mm) ışık refleksi iki yanlı alınmıyor ve her iki göz küresi dışarı deviyeye idi. Okülusefalik refleks bakılırken hastanın başı sağa çevrildiğinde sol gözde addüksiyon olmasına karşın, sağ göz orta hatta kalıyordu; aynı şekilde baş sola çevrildiğinde sağ gözün addüksiyon yapmasına karşın sol göz orta hatta geçmiyordu. Başın öne ve arkaya hareketlerinde ise her iki göz orta hatta duruyordu. Kornea refleksi bilateral alınmıyordu. Fasiyal asimetri yoktu.

*Bu çalışma 34. Ulusal Nöroloji Kongresi'nde (1998, Bursa) poster olarak sunulmuştur.

¹ Nöroloji Uzmanı, ² Nöroloji Yardımcı Doçenti, ³ Nöroloji Doçenti, Vakıf Gureba Hastanesi Nöroloji Kliniği;

³ Nöroloji Yardımcı Doçenti, ⁴ Nöroloji Doçenti, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Nöroloji Kliniği-İstanbul.

Yazışma Adresi: Dr. Macit Selekler, Ataköy 4. Kısım S/206 9/37 Bakırköy-İst. Tel: 0212-560 26 34



Resim 1-2 : Hastanın kranial BT'sinde her iki talamus paramedian bölümünden 3. ventrikül yan duvarları boyunca mezensefalik hipodens alanları uzanan bilateral hipodens alanlar görülmekte.

Ağrılı uyanıklarla her dört ekstremitelerini de çekiyordu. Derin tendon refleksleri her dört ekstremitede de normoaktifti. Taban derisi bilateral fleksor yanıt veriyordu. Soygeçmişinde belli bir özellik olmayan hastanın özgeçmişinde sekiz yıldır diabetes mellitus ve düzensiz oral kontraseptif kullanımı dışında bir özellik yoktu.

Hastanın yatışından yaklaşık 20 saat sonra yapılan kontrastsız kranial BT incelemesinde; her iki talamusun ön bölümünde, 3. ventrikül yan duvarları boyunca mezensefalik hipodens alanları uzanan bilateral hipodens alanlar saptandı. (Resim 1-2)

Hastanın bir yılı aşan izlemi boyunca, ağrılı uyanıklarla uyandırılabilir; kooperasyon kurulamıyor; nadiren belli 1-2 kelime edebiliyordu. 3. kranial sinir paralizisi de bu dönem içinde değişmeden kaldı.

TARTIŞMA

Bilateral paramedian talamik infarkt akut olarak koma ile ortaya çıkan ve komayı izleyen dönemde uyanma, motivasyon ve mental yeteneklerdeki kalıcı defektlerin izlendiği nadir bir sendromdur. Bazen infarkt alanı, komşu paramedian mezensefalik bölgeye doğru bir genişleme gösterebilir. Bu tip infarktlı vakalar hayli nadirdir.

Diensefalik (talamik- subtalamik) lezyonlu hastalarda, lezyon bilateral olsa bile, koma sıklıkla geçicidir; çoğunlukla takiben somnolans görülür. Diensefalik ve mezensefalik pontin lezyonlu hastalarda şuur bozuklukları tegmentumdaki asendan retiküler aktive edici sistemin direkt hasarı ile ortaya çıkar. Mezensefalik pontin lezyonlu hastalarda, kalıcı stupor veya koma, hipersomniye göre daha sıkırtır ve genellikle bilateral tegmental hasarı telkin eder. İnfarktlı mezensefalonun tegmentumunu tuttuğunu unilateral veya bilateral pupil dilatasyonu ve üçüncü sinir nükleuslarının ve onlardan çıkan yolların tutulmasına bağlı olarak görülen ışık refleksi kaybı ve okülomotor disfonksiyon gibi nöro-oftalmolojik bulgular belirler.

Klinikopatolojik verilerin analizi, insanda bilinç için kritik olan mezensefalik ve pontin bölgelerin, ventriküler sistemin hemen ventralinde, paramedian tegmental bölgede yer aldığını göstermektedir. Serebral aktivasyonu kesmek için bu kritik bölgenin ne kadarının harabolması gerektiğini belirlemek

zordur. Castaigne ve Escourolle'e göre ise infratrigeminal pontin ve meduller lezyonlar tipik olarak uyanıklık halini etkilemez.

Mevcut olguda; görüntüleme olarak bilateral paramedian talamik alandan başlayarak 3. ventrikül yan duvarları boyunca bilateral paramedian mezensefalik bölgeye uzanan infarkt; klinik olarak da bir yılı aşan derin stupor ve okülomotor bulguları vardı.

Gentilini ve arkadaşlarının çalışmasında mezensefalik retiküler formasyonu da tutan 7 bilateral paramedian talamik infarkt olgusunda; en ağır şuur bozukluğu, iki hastada bir yılı aşan hipersomni hali şeklinde gözlenmiştir. Bizim olgumuzda ise görüntüleme olarak bilateral paramedian talamik alandan başlayarak 3. ventrikül yan duvarları boyunca bilateral paramedian mezensefalik bölgeye uzanan infarkt; klinik olarak da bir yılı aşan derin stupor, ışık refleksi kaybı, bilateral midriasis ve okülomotor disfonksiyon bulguları vardı. Bu bulgularla beraber kornea refleksinin alınması; klinik bulgular ışığında lezyonun mezensefalonun aşmamış olduğu düşünülmüş olup; şuur bozukluğunun daha ağır seyretmesi, daha yaygın mezensefalik tutulumu akla getirmiştir.

Sonuçta, olgudaki bilateral diensefalik tutulum kalıcı şuur bozukluğunu açıklamamakla beraber mezensefalonun bilateral paramedian tegmental lezyonu, mevcut olguda stupor halinin kalıcılığı için yeterli olmuştur.

KAYNAKLAR

1. Barnett HJM, Mohr JP, Stein BM et al: Stroke. Churchill Livingstone, New York, p.491-492, 1992.
2. Bogousslavsky J, Caplan L : Stroke Syndromes. Cambridge University Press, New York, p.109-110, 1995.
3. Gentilini M, De Renzi E, Crisi G : Bilateral paramedian thalamic artery infarcts. J Neurol Neurosurg Psychiatry 50:900-909, 1987.
4. Meissner I, Sapir S, Kökmen E et al: The paramedian diencephalic syndrome: A dynamic phenomenon. Stroke 18:380-385, 1987.
5. Mesulam M : Principles of Behavioral Neurology. FA Davis Company, Philadelphia, p.135, 1985.
6. Plum F, Posner JB (Çevirenler: Öztekin N, Öztekin FM) : Stupor ve Komada Tanı. 1. baskı, Bizim Büro Basımevi, Ankara, s.154-155, 1997.
7. Plum F, Posner JB (Çevirenler: Öztekin N, Öztekin FM) : Stupor ve Komada Tanı. 1. baskı, Bizim Büro Basımevi, Ankara, s.31-32, 1997.
8. Szeli B, Herholz K, Powlik G et al: Widespread functional effects of discrete thalamic infarction. Arch Neurol 48:178-182, 1991.