

UNİLATERAL TALAMİK ENFARKT ve İLGİNÇ NÖROOFTALMOLOJİK BULGULAR Olgu Sunumu

Dr. Serap SAYGI, Dr. Okay SARIBAŞ, Dr. İ.Özcan ERTÜRK, Dr. Pinar KIRKALI, Dr. Tülay KANSU.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı ve Nörolojik Bilimleri ve Psikiyatri Enstitüsü
Nörooftalmoloji Ünitesi (PK, TK)

Türk Nöroşirürji Dergisi 1 : 91-95, 1989.

ÖZET : Akut gelişen konfüzyon, amnezi, vertikal bakış parezisi, skew deviasyon, sol parsiyel 3. sinir parezisi, kapak retraksiyonu ve konverjans parezisi gözlenen bir hastada BT'de sol talamik enfarkt sâptanmış ve anjiografisinde posterior serebral arterin paramedian dallarının dolmadığı gösterilmiştir. Hastanın anatomik özellikleri belirtilerek talamomezensefalik birleşim ve mezensefale lezyonlarında görülen nörooftalmolojik tablolar gözden geçirilmiştir.

Anahtar kelimeler : Enfarkt, nörooftalmoloji, talamomezensefalik birleşim, talamus.

SUMMARY : In a patient with acute confusion, amnesia, vertical gaze palsy, skew deviation, lid retraction, left partial 3. nerve palsy and convergence palsy, CT showed a left thalamic infarct. Paramedian branches of posterior cerebral arteries were not visualized in angiography. Anatomoclinic features of this case were discussed and neuroophthalmologic findings of thalamomesencephalic junction and mesencephalic lesions were reviewed.

Key-words : Infarct, neuroophthalmology, thalamomesencephalic junction, thalamus.

GİRİŞ

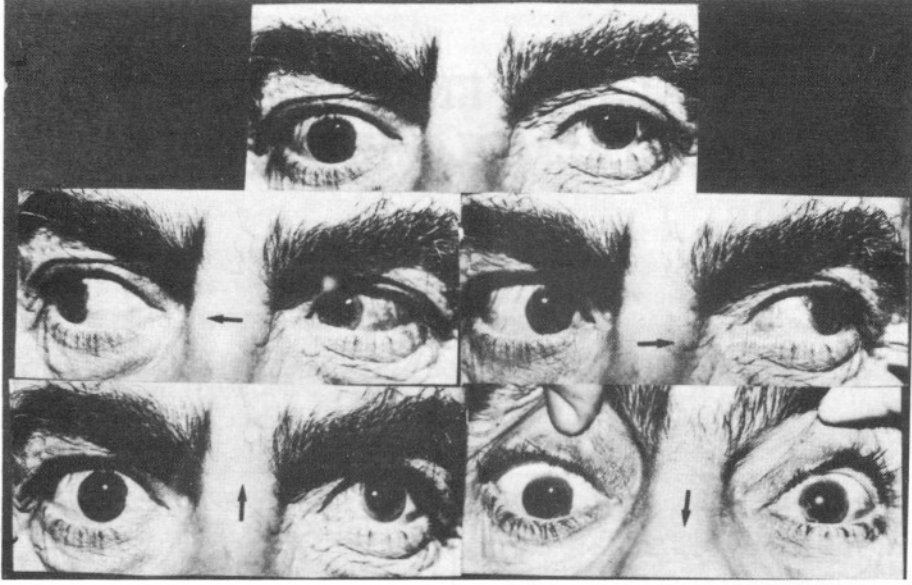
Rostral basiler arter sendromunun neden olduğu mezensefalon ve talamusun transient iskemisine veya infarktına bağlı durumlarda vertikal bakış bozuklukları, skew deviasyon, nistagmus, kapak retraksiyonu (Collier's sign), nükleer, supranükleer veya kombine şekilde 3. sinir tutulumuna bağlı sendromlar gibi çeşitli nörooftalmolojik bozukluklar tarif edilmiştir (2,9).

Bu yazıda kombine vertikal bakış paralizisi, parsiyel nükleer 3. sinir tutulumu, skew deviasyon, üst kapak retraksiyonu, konverjans paralizisi olan bir vaka takdim edilerek bu bulgular klinik-anatomik olarak tartışılmıştır.

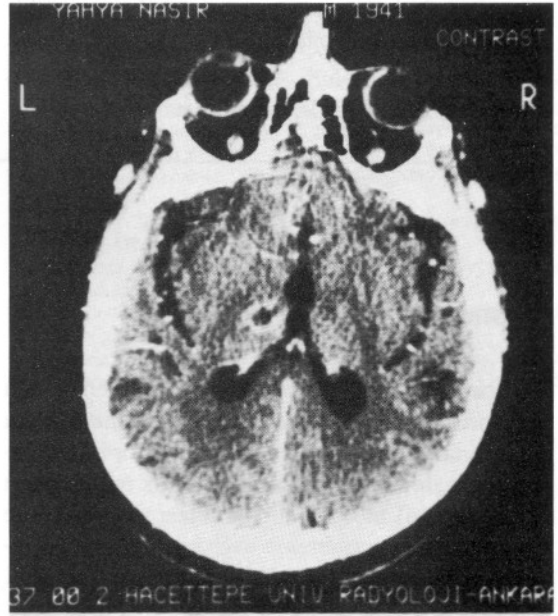
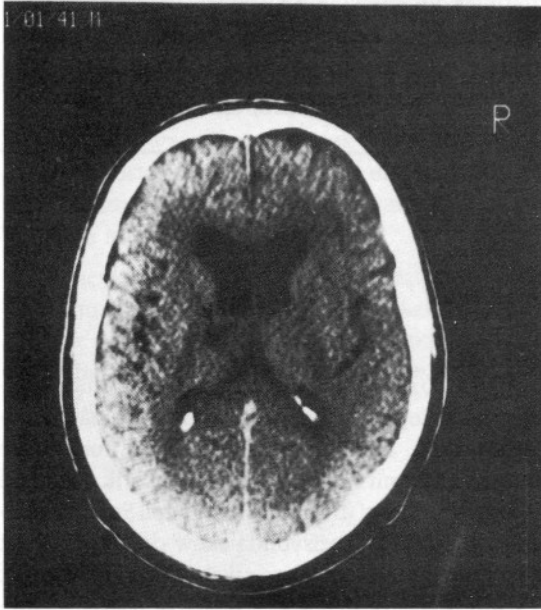
OLGU SUNUMU

47 yaşındaki sağ eli erkek hasta sağ tarafındaki güçsüzlük, konuşma güçlüğü, çift görme şikayetleri ile

yatırıldı. Özgeçmişinde hipertansiyonu olduğu öğrenildi. Nörolojik muayenesinde şuuru açık, zaman oryantasyonu bozuktu. Yakın hafıza kusuru ve konfabulasyonu vardı. Pupiller anizokorik, sağ pupil 3mm, ışık refleksi (IR) alınıyor; sol pupil 5mm, IR alınmıyordu. Primer pozisyonda skew deviasyonu, çift görmesi, sağda üst kapak retraksiyonu, sol gözde hafif exotropya vardı (Şekil 1). Yukarı ve aşağı bakamıyordu. Horizontal bakışı normaldi. - Konverjans yapamıyordu. Sağ hemiparezi ve hemihipoestezi vardı. Yapılan tetkiklerinde idrar, CBC, kan biyokimya sonuçları normal, lipid elektroforezinde low density lipoproteinleri yüksekti. VDRL (-), EKG normal, tiroid fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Kardiak ECHO'da kordalarda kalınlaşma ve kireçlenme, septum hareketlerinde azalma saptandı. BT'de solda paramedian ve lateral talamik enfarkt gösterildi (Şekil 2).



Şekil 1 : Hastanın ilk geliş muayenesindeki göz hareketleri: Solda midriasis, skew deviasyon, sağ üst kapak retraksiyonu sol gözde hafif ptozis, yukarı ve aşağı bakış kısıtlılığı var.

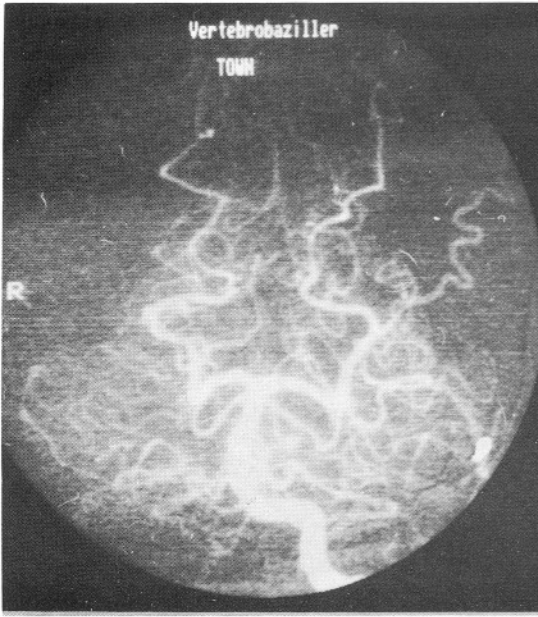


Şekil 2 : A-) ve B-) : BT'de sol talamik enfarkt.

Serebral anjiyografide posterior serebral arterin paramedian dalları görülemedi (Şekil 3).

Yatışının 14. gününde her iki göz aşağı bakabiliyor, yukarı bakışta ise sol göz yukarı bakabilirken, sağ göz yukarı bakamıyordu. Diğer göz bulguları aynıydı (Şekil 4).

Hasta antiagregan ve antihipertansif tedavi ile 1 ay sonra taburcu edildi. Taburcu olduktan 2 ay sonraki kontrolünde ise hafıza kusuru, göz bulguları aynı şekilde devam ediyordu.



Şekil 3 : Vertebral selektif anjiyografide posterior serebral arterin paramedian dalları gösterilemedi.

TARTIŞMA

Vertikal göz hareketleri ile ilgili premotor bölgeler rostral mezencefalik tegmentumda yer alan Cajal interstiyel nükleusu (in C) ve onun önündeki rostral interstiyel medial longitudinal fasikulus (ri MLF) olup, in C'den karşı taraf 3. sinir, ri MLF'den aynı taraf 3. sinirine lifler gelir (13). (Şekil 5). Yukarı, aşağı veya kombine vertikal bakış paralizileri genellikle ri MLF bölgesini ve posterior komissürü ilgilendiren bilateral lezyonlarda görülmektedir (5). Yukarı bakış ve yukarı aşağı kombine bakış felci nadiren posterior komissür lateral liflerini de tutan mezencefalik retiküler formasyonun tek taraflı lezyonlarında da bildirilmiştir (1,5,6,7,11).

Üst beyin sapı ve talamomezencefalik birleşim bölgesi posterior serebral arterin posterior talamosub-talamik paramedian dalları tarafından beslenir (2,6). Bu bölgenin enfarktlarını BT ile gösterebilmek her zaman mümkün olamamaktadır (1,2). Bogousslavsky (1986)'nın klinikopatolojik çalışma yaptığı yukarı bakış felci, sağ hemiparezi - hemihipoestezisi, konfüzyonu olan 72 yaşındaki bir kadın hastanın BT'sinde sol talamik paramedian hipodens bir alan varken, otopsisinde lezyonun ri MLF, posterior komissür sol kısmı, in C'u da içerdiği gösterilmiştir (1). Talamik enfarktında yapılan gözlemler nörooftalmolojik bulguların talamusun direkt lezyonundan çok, komşu beyin sapı lezyonlarından dolayı olduğunu göstermektedir (1,6,10).

Bizim hastamızda da vertikal bakış parezisi, skew deviasyon, sol parsiyel 3. sinir tutulumu, kapak retraksiyonu ve konverjans parezisi gibi bulgular BT ile gösterilebilen sol talamik enfarktından çok talamomezencefalik birleşim ve mezencefalik tutuluş ile açıklanabilmektedir.

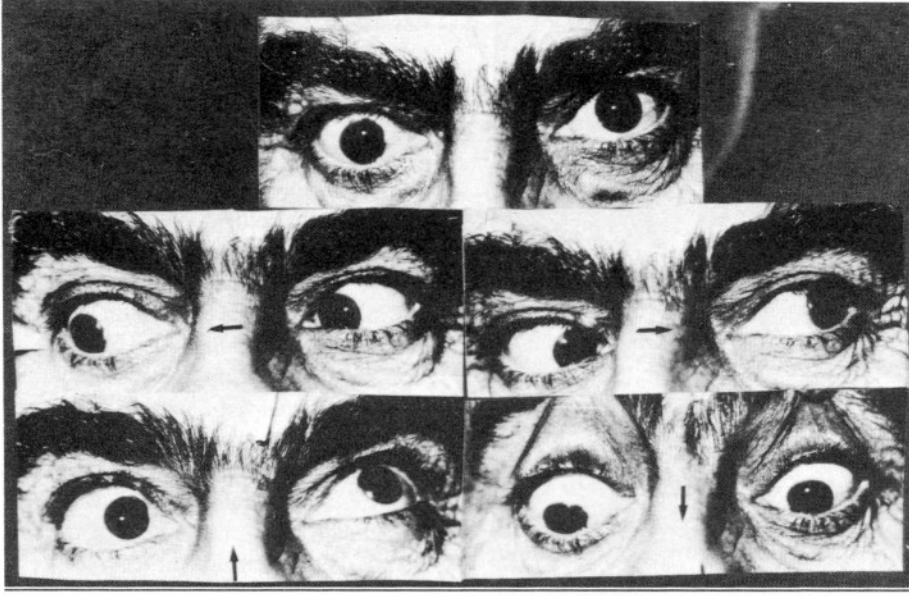
3. sinir nükleusu Warwick modeline göre birçok subnükleustan oluşmuştur (4). Hastanın sol gözdeki midriasisi 3. sinirin selektif olarak parasempatik subnükleusunun tutulumu nedeniyle olabilir. Hastada ayrıca vertikal bakış parezisinin varlığı, her iki gözde de yukarı bakış kısıtlılığın ne ölçüde 3. sinirin nükleer seviyede tutulumu ile ilgili olduğunu, söylemede güçlük yaratmaktadır. Lezyon tarafından 3. sinir paralizisi, kontrateral superior rektus innervasyonu nedeniyle, karşı gözde yukarı bakış parezisine neden olduğunda, vertikal bakış parezisinin var olduğu düşünülebilir ki bu tablo Pseudo Parinaud Sendromu olarak da adlandırılmıştır (2).

Aynı güçlük sağda gözlenen kapak retraksiyonu için de söz konusudur. Burada muhtemelen mezencefalik olaylarda görülen ve Collier belirtisi olarak bilinen kapak retraksiyonu vardır, fakat sol tarafta parsiyel bir sinir parezisinin (ptozisin) varlığı ile maskelenmekte ve yalnızca sağda gözlenmektedir.

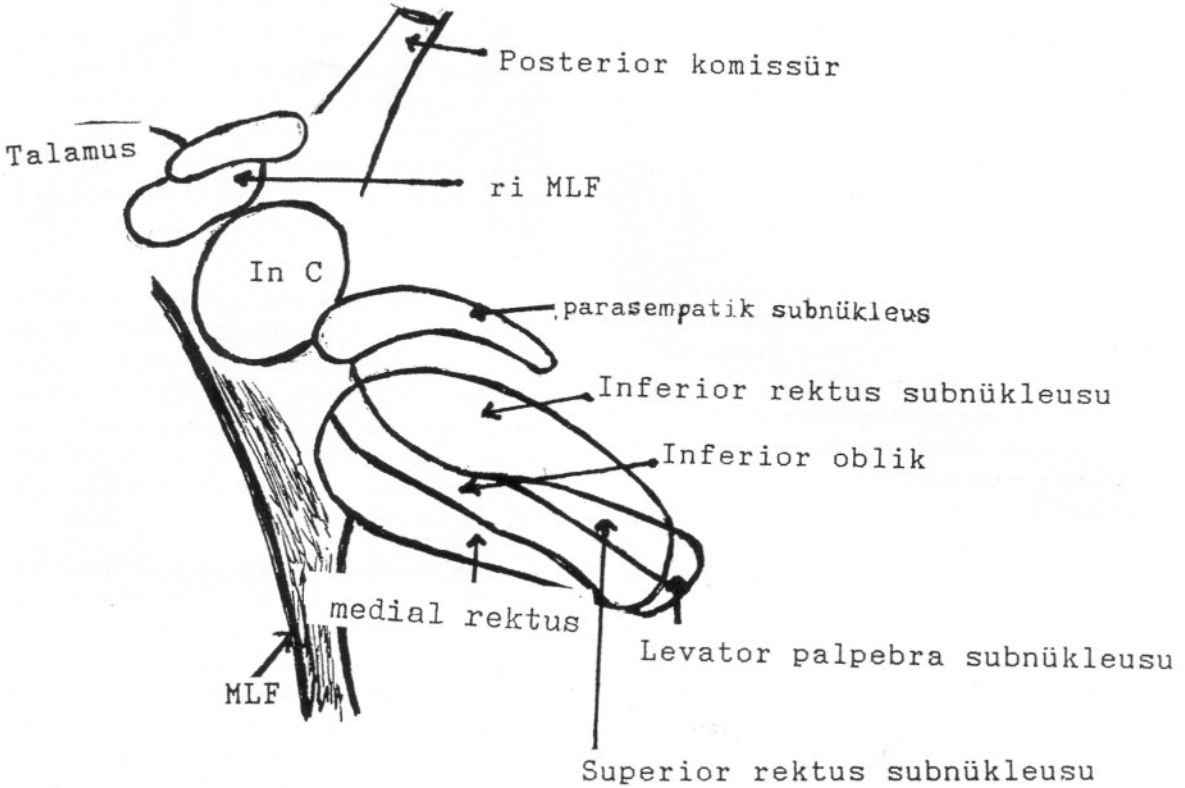
Hastamızda da görülen skew deviasyon, gözlerin vertikal diverjansı ile ilgili bir nörooftalmolojik anti-tedir. Labirentlerden orta beyine kadar herhangi bir yerdeki patolojiye bağlı olarak otolitik ve prenükleer inputların bozukluğu ile ilgilidir (8). Kesin lokalizasyon değeri olmayan bu bulgu talamomezencefalik junction ve mezencefalon lezyonlarında bildirilmiştir (9,12).

Talamik enfarktları olan hastalarda bazen amnezi, konfabülasyon, konfüzyon, davranış değişikliği gibi nöropsikiyatrik bozukluklar bildirilmiştir (3,6). Hastamız bu yönden de ilginç özellikler gösteriyordu. Zamanla dezoryante ve yakın hafıza kusuru olan hastamızda ayrıca konfabülasyon da vardı. Hafıza defektleri mammillotalamik yolların tutulumuyla açıklanmaya çalışılmaktadır (6).

Sonuç olarak talamomezencefalik birleşim ve mezencefalik lezyonlar BT ile gösterilemese bile talamik enfarktında bu bölgenin de tutulabileceğini, buranın lezyonlarına bağlı değişik nörooftalmolojik bulguların ortaya çıkabileceğini, Magnetic resonance Imaging (MRI) tekniğinin gelişmesi ile bu bölge lezyonlarının göz hareketlerinin klinikopatolojik açıklamasının daha iyi yapılabileceğini söyleyebiliriz.



Şekil 4 : 14 gün sonraki göz hareketleri : Aşağı bakabiliyor. Sağ göz yukarı bakamıyor. Sol gözde de üst kapak retraksiyonu. Diğer bulgular aynı.



Şekil 5 : Vertikal bakış ile ilgili nükleuslar ve 3. sinir nükleusu. [Bogousslavsky J., Meienberg O. (1987)'den]

KAYNAKLAR

- 1) Bogousslavsky J, Miklossy J, Deruqz JP et al: Unilateral left paramedian infarction of thalamus and midbrain: a clinicopathological study. *J. Neurol. Neurosurg Psych.* 49:686-694,1986.
- 2) Bogousslavsky J., Meienberg O.: Eye-movement disorders in brain-stem and cerebellar stroke. *Arch. Neurol.* Vol 44:141-148,1987.
- 3) Bogousslavsky J, Regli F, Uske A: Thalamic infarcts: Clinical syndromes, etiology and prognosis. *Neurology* 38:837-848,1988.
- 4) Burde RM, Savine PJ, Trobe JD, Trobe JD: Clinical decisions in Neuroophthalmology, The CV Mosby Co, St Louis 1985.
- 5) Büttner-Ennever JA, Büttner, U, Cohen B et al.: Vertical gaze palsy and the rostral interstitial nucleus of the medial longitudinal fasciculus. *Brain* 105: 125-149,1982.
- 6) Castaigne P, Lhermitte F, Buge A et al: Paramedian Thalamic and Midbrain infarcts: Clinical and Neuro-pathological study. *Ann. Neurol* 10:127-148,1981.
- 7) Gomez CR, Gomez SM, Selhorst JB: Acute thalamic esotropia *Neurology* 38:1759-1962,1988.
- 8) Leigh RJ: Brainstem control of vertical gaze: Physiological Aspects of Clinical Neuroophthalmology (Ed. Kennard C, Rose FL). Year book Medical Publishers Inc. Chicago 1988.
- 9) Mehler M.: The Neuro-opthalmologic spectrum of the rostral basilar artery syndrome. *Arch. Neurol.* Vol 45:966-971,1988.
- 10) Reagan JT, Trautmann JO. Combined Nuclear and Supranuclear defects in ocular motility. *Arch. Neurol.* Vol 35:133-137,1978.
- 11) Serdaru K, Gray F, Lyon-Laen P, et al: Syndrome de Parinaud et déviation tonique verticale du regard: Trois observations *Rev Neurol.* 138:601-617,1982.
- 12) Smith LJ, David JN, Klintworth G: Skew deviation. *Neurology.* 14:96-105,1964.
- 13) Steiger HJ, Büttner-Ennever JA.: Oculomotor nucleus afferents in the monkey demonstrated with horseradish peroxidase. *Brain research* 160:1-15,1979.