

SOL TALAMİK VE MEZENSEFALİK PARAMEDİAN İNFARKT (VAKA TAKDİMİ)

Gülten Tunalı*

Özet: Talamusa kan taşıyan farklı arterlerin tıkanmasına bağlı olarak ortaya çıkan çeşitli sendromlar vardır. Literatürde, posterior talamo-subtalamik paramedian arter tıkanmasıyla ortaya çıkan klinik sendrom çok nadirdir. Biz bu yazımızda, talamus ve mezensefalonda paramedian infarkt tanıları BBT ile kanıtlanmış iki vaka sunduk. Vakalarımızdan bir tanesinde somnolans, oryantasyon kusuru, okulomotor bozukluk, motor transkortikal afazi ve hemiparezi vardı. Diğer vakamızda ise, stupor, okulomotor sinir felci ve hemipleji saptandı.

Arahtar Kelimeler: Talamus ve mezensefalon infarktı, posterior talamo-subtalamik paramedian arter

**Left paramedian Infarction of thalamus and midbrain
Case report**

Summary: There are various clinical syndromes of thalamic infarction due to occlusion of different arteries which supply blood to the thalamus. The clinical syndrome which is caused by occlusion of posterior thalamo-subthalamic paramedian artery is unusual in literature. In this paper we presented two cases in whom the diagnosis of paramedian infarction of the thalamus and midbrain was confirmed by CT scannig. Somnolence, disorientation, oculomotor disturbances, motor transcortical aphasia and hemiparesis were findings in one patient . Stupor, total oculomotor nerve paralysis and hemiplegia were present in the other case.

Key Words: Infarction of thalamus and midbrain, post. talamo-subthalamic paramedian artery.

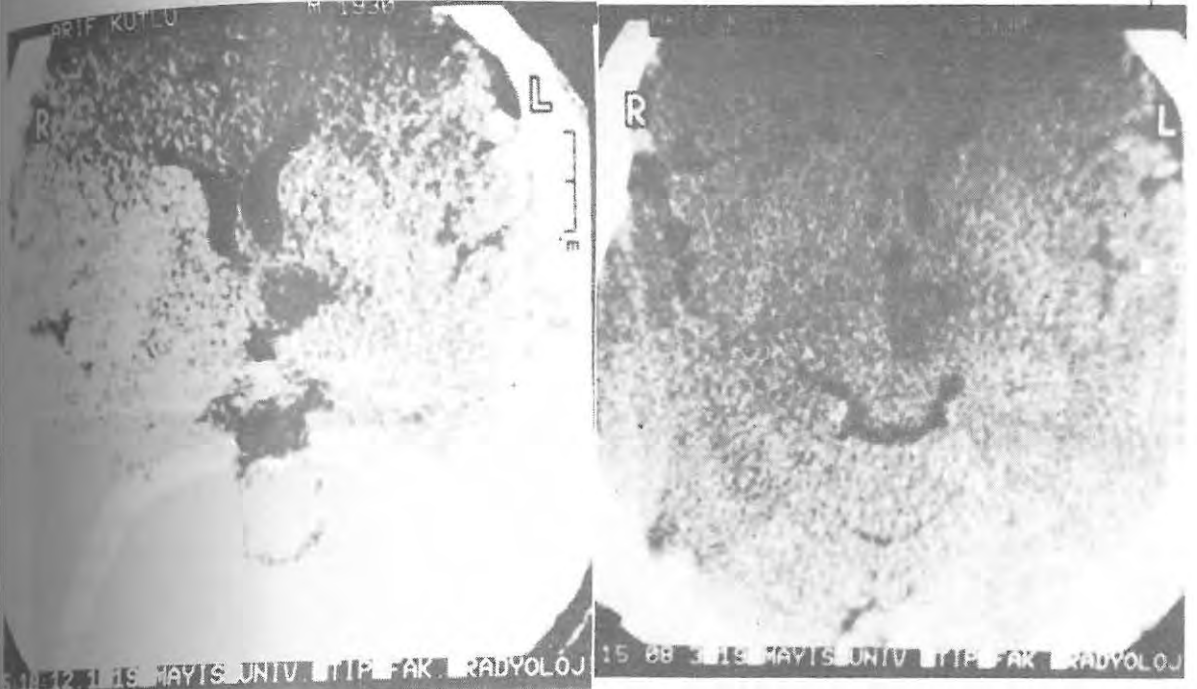
* Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Literatürde posterior talamo-subtalamik paramedian arter tıkanmasına bağlı olarak ortaya çıkan talamus ve mezensefalon infarktı nadirdir (2). Bu nedenle biz bu yazımızda, BBT ile sol talamus ve mezensefalonda infarkt saptadığımız iki vakanın klinik özelliklerini literatür bilgisinin ışığında tartışmayı amaçladık.

Vaka Takdimi

Vaka 1: 48 yaşında sağ elini kullanan erkek hasta, sağ taraf kol ve bacağında kuvvet azlığı, bulantı, baş dönmesi ve konuşma bozukluğu yakınmalarıyla kliniğimize başvurdu. Öyküsünden, 20 yıldan beri sigara içtiği, 5 yıldan beri tansiyonun yüksek olduğu öğrenildi. Hipertansiyon dışında (180/120 mm Hg) genel fizik muayene bulguları normaldi. Kranial sinirlerin muayenesinde okulomotor bozukluğa ek olarak sağ taraf yüz yarısında hipoeztezi ve sağ santral fasial paraei saptandı. Fundoskopik muayene ile görme alanı muayeneleri normaldi. Sağ tarafta hemiparezi ve refleks artımı saptandı. Okulomotor bulgular: Her iki göz yukarı doğru bakamıyordu. Ayrıca sol tarafta total üçüncü sinir felci bulguları vardı. nöropsikolojik bulgular: Hastanın somnolansı vardı. Yer ve zaman oryantasyonu bozuktu. Spontan konuşma azalmıştı ve konuşması nonfluentti. Parafazi, neologizm ve perseverasyon saptandı. Söylenenleri tekrarlıyabiliyordu. Objeleri adlandırması bozuktu. Hasta basit emirleri anlıyabildiği halde karışık emirleri anlamakta güçlük çekiyordu.

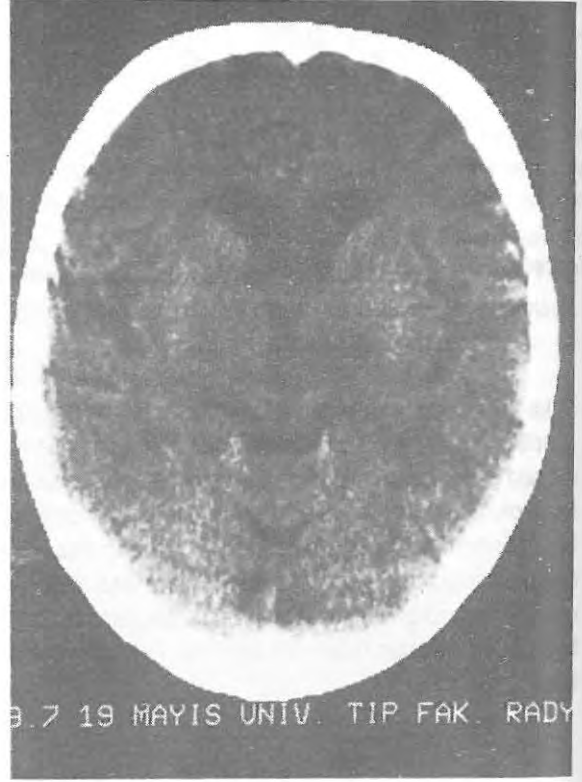
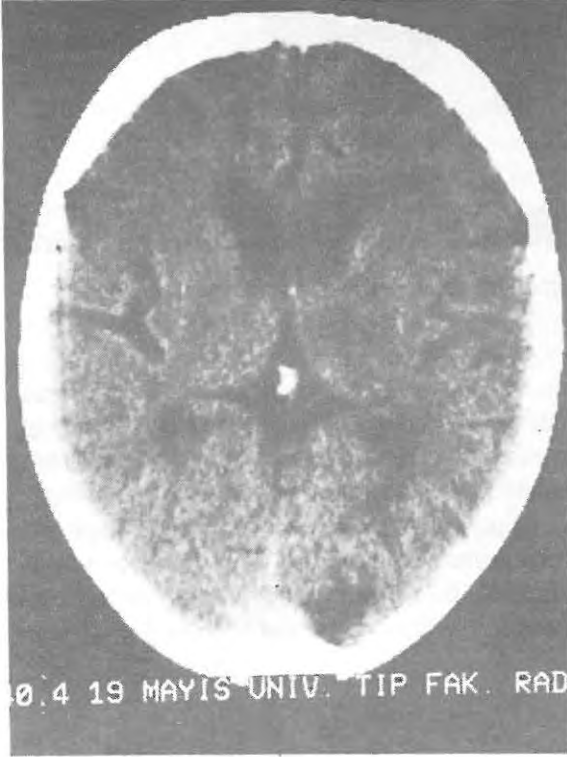
Laboratuvar bulguları: Telegrafide aorta arkusunda kalsifiye atherom plağı vardı ve kalp büyüktü. Rutin kan ve idrar tetkikleri normaldi. EKG de sağ dal blogu ve yaygın iskemik değişiklikler vardı. BBT sol talamus ile mezensefalonun solunda infarkt ile uyumlu, kontrast madde tutmayan hipodens alanların varlığını gösterdi (Resim 1a ve 1b). Hastaya İV dextran ve oral antiagregan tedavi uygulandı. Kliniğe yatırılışının 10. gününde nörolojik bulgularında düzelme olmaksızın taburcu edildi.



Resim 1. Birinci vakamızda talamus (a) ve mezensefalon(b) seviyesinden geçen kesitlerde infarkt ile uyumlu hipodens alanlar görülmektedir.

Vaka 2:70 yaşında sağ elini kullanan kadın hasta, bilinç kaybı ve sağ taraf vücut yarısı felci yakınmalarıyla kliniğimize getirildi. Öyküsünden bu yakınmalarının dört gün önce ve aniden geliştiği öğrenildi. Hipertansiyon (180/120 mm Hg) dışında genel fizik muayene bulguları normaldi. Nörolojik muayenesinde bilinci kapalı olup stuporda idi. Ağrılı uyaranlara lasiovokal cevap veriyor ve ağrılı uyararı lokalize edebiliyordu. Anlamli sözel cevap alınmadığı için konuşması hakkında bilgi edinilemedi. Sol göz kapağı ptotik, sol göz dışa deviyeye ve sol pupil dilate idi. Yani sol tarafta üçüncü sinir felci bulguları saptandı. Sol tarafta pupil ışık refleksi kaybolmuş, sağ tarafta azalmıştı. Hasta ile kooperasyon kurmak mümkün olmadığı için göz hareketlerine bakılamadı. Sağ tarafta santral fasial parezi ve sağ hemipleji saptandı. Sağ tarafta derin tendon refleksleri canlı idi. Patolojik refleks alınamadı. Hastada ense sertliği ve menenjal irritasyon bulguları yoktu.

Laboratuvar bulguları: Orta derecede hiperkolesterolemi dışında kan kimyası normaldi. Telegrafide aorta arkusunda kalsifiye atherom plağı saptandı. EKG normaldi. Sol talamus ve mezensefalon sol tarafında paramedian infarkt saptandı (Resim 2a ve 2b). Hastaya dexametazon, dextran ve antiagregan tedavi uygulandı. Durumu giderek bozulan hasta yatışından on gün sonra eksitus oldu.



Resim 2. İkinci vakamızda talamus (a) ve mezensefalon (b) seviyesinden geçen kesitlerde paramedian infarkt alanları görülmektedir.

Tartışma

Bu yazımızda posterior talamo-subtalamik paramedian arter tarafından kanlandırılan yapılarda yani talamus ile mezensefalunun paramedian parçalarında infarkt olduğu BBT ile gösterilmiş olan iki vaka sunulmuştur. Birinci vakamızda somnolans, zamana ve yere karşı oryantasyon bozukluğu, motor transkortikal afazi, iki taraflı yukarı bakış felci ile sol tarafta total üçüncü sinir felci ve sağ tarafta spastik hemiparezi vardı. İkinci vakamızda bilinç bozukluğu daha şiddetli idi. Kuvvetli ve tekrarlayıcı uyarılara yüzünü buruşturarak ve ses çıkararak cevap veriyordu. Anlamlı sözel cevap alamadığımız için konuşmasını, kooperasyon kuramadığımız için vertikal yöndeki göz hareketlerini değerlendiremedik. Ancak hastamızda sol tarafta total üçüncü sinir felci bulguları ile sağ tarafta spastik hemipleji vardı.

Talamusa kan taşıyan dört arter vardır:1)Posterior kommunikan arterin 1/3 orta kısmından köken alan Tuberotalamik arter 2) Posterior serebral arterin ilk segmentinden köken alan posterior talamo-subtalamik paramedian arter 3)Posterior serebral arterin ikinci segmentinden köken alan talamogenikulat pedikül 4)Posterior serebral arterden köken alan posterior koroideal arterler (8).

Talamusa kan taşıyan bu arterlerden herbirinin tıkanması farklı klinik sendromların ortaya çıkmasına neden olur. Bunlardan talamogenikulat arter tıkanmasına bağlı olarak ortaya çıkan infarkt en sık rastlanılan olup hemisensöri sendromlara ağırlı ataksik hemiparezilere neden olur (4,5).

Tuberotalamik arter tıkanmasına bağlı talamik infarktlar daha seyrek olarak ortaya çıkar ve nöropsikolojik bozukluklarla transkortikal afaziye neden olur. Fakat talamusun infralaminar nukleusları ile mezensefalın sağlam kaldığından bilinç bozukluğu, supranuklear vertikal bakış felci ve kontralateral hemipleji ortaya çıkmaz (1,3).

Posterior talamo subtalamik paramedian arter posterior serebral arterin ilk segmentinden çıkar. Bu arter üst mezensefalunun paramedian parçası ile talamusun infralaminar nukleuslarını, dorsamedial nukleusunu ve ventral posterior nukleusun iç kısmını besler(8). Bu arterin tıkanmasına bağlı olarak gelişen klinik sendrom son derece nadirdir(2).

Posterior talamo-subtalamik paramedian arter tıkanması sonucu gelişen infarktta bilinç bozukluğu ARAS'dan(ascending reticular activating system) gelen impulsların kesilmesi ile açıklanmaktadır. Ventral anterior/ (VA) nukleusu ARAS'dan talamusun intralaminar ve orta hat nukleusları aracılığıyla input alır ve korteks ile globus pallidusa diffüs bir şekilde projekte olur. VA nukleusun resiprokal olarak intralaminar ve retiküler nukleuslarla efferent bağlantısı vardır(6).

Birinci vakamızda saptadığımız önemli bulgulardan biri transkortikal tipte afaziydi. Dominant hemisferdeki talamik infarktlarda afazi sık rastlanan bir bulgudur (6,7). Bu konuşma bozukluğunun izahı spekülatif olmaktan öteye gidememektedir. Primatlarda ve diğer laboratuvar hayvanlarında yapılan eksperimental çalışmalar, talamusun ventrolateral nukleusunun konuşmanın motor komponentinde önemli fonksiyon gördüğünü göstermektedir. Ventrolateral nukleus, serebellum ve globus pallidus'dan afferent lifler alır. Efferent projeksiyonu ise motor korteksdeki 4. ve 6. alanlara olur(7).

Tek taraflı talamik ve mezensefalik paramedian infarktı olan bir hasta klinik ve patolojik bulgularıyla takdim edilmiştir(2). Bu hastada da aynen bizim hastamızda olduğu gibi vertikal bakış felci, sommolans, oryantasyon bozukluğu, motor transkortikal afazi ve hemiparazi saptanmıştır. Bizim hastamızda yukarıdaki bulgulara ek olarak sol tarafta üçüncü sinir felci vardı. Biz bunu okulomotor nukleus lezyonuna bağladık.

Sunduğumuz vakalardan bir tanesinde iki taraflı yukarı bakış felci saptadık. İkinci vakamızda daha şiddetli olan bilinç bozukluğu hasta ile iletişim kurmamızı engellediği için göz hareketlerini değerlendiremedik. Vertikal bakış merkezi mezensefalonda ile diensefalonda arasında bulunmaktadır. MLF(medial longitudinal fasciculus)'in rostral inerstitiel nukleusu ile Cajal'ın interstitiel nukleusu ve Darkschewitsch nukleusları vertikal bakışın kontrolünde önemli rol oynar ve bu yapılar posterior talamo-subtalamik paramedian arter ile beslenir (9).

Hastalarımızda saptadığımız üçüncü sinir felcini mezensefalonda bulunan okulomotor sinir nukleus kompleksinin lezyonu ile açıkladık. Sağ taraftaki spastik hemiparezi/plejiyi ise talamik infarkt sonucu gelişen ödemin internal kapsüle yaptığı bası ile ilgili olabileceğini düşündük. Ancak vakalarımızın bu seviyeden geçen BBT kesitlerinde belirgin ödem etkisinin görülmemesi nedeniyle, bu bulgunun mezensefalonda ventral kısmının lezyonu ile açıklanabileceği kanısına vardık.

Kaynaklar

1. Biller J, Merchut M, Emanuele MA: Nonhemorrhagic infarction of the thalamus. **Neurology** 34:1269-1270,1984.
2. Bogousslavsky J, Miklossy J, Deruaz JP, et al: Unilateral left paramedian infarction of thalamus and midbrain: a clinicopathological study. **J Neurol Neurosurg Psychiatr** 49:686-694, 1986.
3. Bogousslavsky J, Regli F, Assal G: The syndrome of unilateral tuberothalamic artery territory infarction. **Stroke** 17:434-441,1986.
4. Bogousslovsky J, Regli F, Ghika J, Feldmeyer JJ: Painful ataxic hemiparesis. **Arch Neurol** 41:892-893,1984.
5. Fisher CM: Thalamic pure sensory stroke: a pathologic study. **Neurology** 28:1141-1144,1978.
6. Gorelick PB, Hier DB, Benevento L, et al: Aphasia after left thalamic infarction. **Arch Neurol** 41:1296-1298,1984.

Mc Farling D, Rothi LJR, Heilman KM: Transcortical aphasia from ischaemic infarcts of the thalamus: a report of two cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 45:107-112,1982.

Percheron G: The anatomy of the arterial supply of the human thalamus and its use for the interpretation of the thalamic vascular pathology. *Rev Neurol* 205:1-13,1973.

Wall M, Slamovits TL, Weisberg LA, Trufant SA: Vertical gaze opthalmoplegia from infarction in the area of the posterior thalamo-subthalamic paramedian artery. *Stroke* 17:546-553,1986.