

İKİ VAKA NEDENİYLE HEMİPLEJİK MİGREN

Dr. Suat TOPAKTAŞ*
Dr. M. Fikret ERGÜNGÖR**
Dr. Şefik DENER***
Dr. Aytekin AKYÜZ****

ÖZET : Nadir görülmesi nedeniyle iki hemiplejik migren vakası takdim edilmiştir. Heriki vakada da CT normal bulunmuştur. İlginç olduğu düşünülen bu bulgu, ilgili literatür gözden geçirilerek tartışılmıştır.

HEMİPLEGIC MIGRAINE : REPORT OF TWO CASES

SUMMARY : Two cases of hemiplegic migraine are presented here. CT scans were done and no abnormality was seen. The possible causes of this interesting finding were discussed in the light of the relevant literature.

KEY WORDS. Migraine, hemiplegic migraine.

Migrenli hastalarda prodromal dönemde beyin ve retina iskemisine bağlı olarak geçici nörolojik bulguların görülmesi olağan dır, ancak bir migren atağını takiben uzayan ya da kalıcı bir nörolojik defisit in oluşması çok ender görülen bir durumdur. 600.000 genç erişkinden oluşan bir popülasyonda yılda bir migren vakasının inme şeklinde sonuçlandığı bulunmuştur (6).

Kliniğimizde son zamanlarda gördüğümüz 2 hemiplejik migren vakasını, literatürdeki patogenezele ilgili görüşleride gözden geçirerek sunmanın ve konuyu hatırlatmanın ilginç olacağını düşündük.

(*) Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Yardımcı Doçenti

(**) C.Ü. Tıp Fakültesi Nöroşirürji Yardımcı Doçenti

(***) C.Ü. Tıp Fakültesi Nöroloji Doçenti

(****) C.Ü. Tıp Fakültesi Nöroloji Araştırma Görevlisi

VAKA TAKDİMİ

VAKA 1 : 23 yaşında kadın hasta. 5 yıldır genellikle başın sağ bazen de sol tarafına giren zonklayıcı vasıfta baş ağrısı ve beraberinde bulantı oluyormuş. Parlak yıldızlar şeklinde vizüel aura tarif ediyordu. Ağrı ayda 1-2 kez geliyormuş. 15 yıl önce ağrı krizini takiben dilinin ve vücudunun sol tarafı uyuşmuş, sol elinde ve bacağında kuvvetsizlik olmuş, yürümesi bozulmuş. Konya'da hastaneye yatırılmış. Yatışının 3. günü düzelmeye başlamış, 10 gün sonra hastaneden çıktığında sol elinde uyuşukluk hissinden başka bir şikayeti yokmuş. Hasta 6 ay önce kontrol amacıyla kliniğimize başvurdu. Yapılan nörolojik muayenesinde objektif bir bulgu saptanmadı, ancak sol elinin çabuk yorulduğunu ifade ediyordu. Hastanın hastaneye yatışının 5. günü çektiği olduğu CT'si tarafımızdan normal olarak değerlendirildi. EKG ve Ekokardiyografiler normaldi. Hasta halen Sandomigren kullanıyor, aralıklı olarak baş ağrılarının geldiğini belirtiyor.

Vaka 2 : 17 yaşında kız. Baş ağrısı ve sol tarafında güçsüzlük şikayetleriyle geldi. 2 yıldan beri genellikle başın sağ tarafında, şiddetlenince heriki tarafında içine alan zonklayıcı vasıfta, beraberinde bulantı, kusma ve bulanık görmenin de eklendiği, ortalama 1 saat süren baş ağrıları oluyormuş. Vizüel ya da sensöriyel aura tarif etmiyordu. 1,5 yıl önce benzer bir baş ağrısı atağı ile birlikte sağ tarafında uyuşma, güçsüzlük, dilinin sağ tarafında keçeleşme olmuş. Şuur kaybı ve konvülsiyon olmamış. Kuvvetsizlik baş ağrısı geçtikten 15 - 20 gün sonra tamamen düzelmiş. Müracaatından 1 ay önce başın sağ yarısında zonklayıcı vasıfta baş ağrısı, bulanık görme, baş dönmesini takiben sol tarafında keçeleşme ve kuvvetsizlik olmuş, 4 gün sonra tamamen düzelmiş. 15 gün evvel şiddetli sağ yarım baş ağrısını takiben sol tarafında keçeleşme ve kuvvetsizlik olmuş. Kuvvetsizliğin düzelmemesi üzerine kliniğimize müracaatla yatırıldı.

Annesinde de migren tipi baş ağrıları olan hastanın fizik muayenesinde genel durum iyi, bilinç açık, koopere ve oryante idi. Kan basıncı 110/70mmHg nabız 30/dk. ritmik, sistemik muayeneleri doğaldı.

Nörolojik muayenesinde, mental fonksiyonlar iyi, ense sertliği yoktu, göz dipleri normaldi. Sol nazolabial sulkus hafif silik, solda distallerde hakim hemiparezi vardı. DTR'ler iki taraflı canlı olarak alınıyordu. Solda yüzü de içine alan hemihipoestezi vardı. Planter cevap solda alınmıyordu.

Hastanın rutin laboratuvar tetkikleri, kraniyografileri EKG, ekokardio-grafileri normaldi. Yatışının 9. günü CT'si normaldi.

Hastaya Sandomigren ve Parol başlandı. FTR programına alındı. Baş ağrısı olmadı. Bulgularda düzelme oldu. 15. günü herhangi bir defisiti kalmamıştı.

TARTIŞMA : Önceleri, migrenle beraber görülen kalıcı nörolojik defisitlerin, altta yatan serebrovasküler patolojinin bir belirtisi olduğu düşünülüyordu. Ancak Blend ve Bull (1) serebral anjiom tesbit edilen 222 vakada migren insidansının %5 olduğunu göstermişlerdir. Bu rakam genel popülasyondaki migren sıklığından farklı değildir. Walton (9) subaraknoid kanamalı 312 vakada migren insidansını %5 olarak bulmuştur. Bu da serebral anevrizmaların nadiren migrene neden olduğunu göstermektedir. CT yapılan 2 vakamızda da herhangi bir vasküler anomali görülüyordu.

Patogeneizde değişik görüşler vardır. Migren atağı ile birlikte bir hemiparezinin yerleşmesi kalıcı bir trombozun oluştuğunu telkin ettirmektedir. Gerçekten Connor'un (2) yayınladığı 18 komplikasyonlu migren vakasının beşinde retinal lezyon, on hemisferik, üç vakada da beyin sapı lezyonu vardı ve yazar nörolojik defisitlerin spazm sonucu oluşan lokalize infarktlara bağlı olduğunu belirtiyordu. Graveson (3) şiddetli retinal arter spazmı sonucu değişen retina infarkı ve kalıcı görme alanı defekti olan 4 migren vakası yayınladı. O'Connor (6) kalıcı nörolojik defisiti olan 3 migrenli hastasında anjiyografi ile tutulan alana ait arterlerin açık olduğunu gösterdi ve kalıcı defisite penetran ya da küçük kortikal damarlardaki spazm sonucu irreversible doku iskemisinin yol açtığını ileri sürdü. Migrenöz bir hemianopsi vakasında inmeden yıllar sonra lokalize serebral infarkt saptanmıştır ve bu vakanın patolojik olarak incelenebilen literatürdeki tek vaka olduğu kabul edilmiştir. (7)

Whitty (10) ise reversibl lokalize serebral ödem hipotezini ileri sürmüştür. Tıpkı anjionörotik ödem gibi beyinde oluşan «allerjik» ödemin serebral disfonksiyona yol açtığını iddia etmiştir. Hastalarda serebral infarktta olması beklenenden daha az defisit kalmasını ya da tamamen düzelmesini, serebral ödemin azaldıkça bulguların gerilemesine bağlamaktadır. Yazar ayrıca, aynı makalesinde kendi 5 hemiplejik migren vakasının dördünün birinci dereceden akrabalarında da hemiplejik migren olduğunu belirterek, kuvvetli bir genetik geçişe işaret etmiş ve herediter bir faktörün sorumlu olduğunu öne sürmüştür.

Mathew ve arkadaşları (5) hemiplejik migrenli 4 vakalarının CT'lerinde karşı hemisferlerinde klinik olarak uyumlu sahalarda ödem olarak nitelendirdikleri, kontrol CT'lerde kaybolan, düşük dansiteli alan saptamışlardır. Hungrefrod ve arkadaşlarının (4) CT yapılan 13 hemiplejik migren vakasının 7'sinde yaygın ya da fokal atrofi ve infarkt görülmesine karşın kalan 6 vakada CT'de herhangi bir anormallik saptanmamıştır (4). Yazarlar CT'lerin normal olmasına bir açıklık getirmemişlerdir.

Vakalarımızın, hikaye ve klinik bulgularına dayanarak, hemiplejik migren olduklarını kabul ediyoruz. Ross Russel (8) migrenli bir hastada vücudun bir ya da diğer tarafını etkileyen önceki bir inme hikayesi ile hemiplejik migren tanısının güvenle konulabileceğini belirtmektedir.

2 nolu vakamızın üst üste aynı taraftan geçirdiği hemiparezi atakları serebral infarkta bağlı olsa idi CT'lerde buna ait minimal de olsa belirti olmasını beklerdik. Diğer taraftan nörolojik bulguların çabuk düzelmesi defisitinin serebral ödeme bağlı olduğunu düşündürebilir, ancak CT'ler ilk 10 gün içinde yapılmıştır ve bilindiği gibi iskemik bir olayı takiben gelişen ödem ilk 3-4 gün içinde maksimum olup, enaz 15 gün devam etmektedir (5). CT'lerin normal olması, nörolojik bulguların kapiller perfuzyonun bozulmuş olmasına bağlı olabileceğini telkin ettirmektedir.

Sonuç olarak, vakalarımızı hem nadir görüldüleri hem de CT'lerin normal oluşu nedeni ile hemiplejik migren patogenezi

literatürde belirtilen görüşlerin dışında bir başka açıklama daha getirebileceği için yayınlamak istedik.

KAYNAKLAR

1. Blend R, Bull JWD : The radiological investigations of migraine. In Cummings JN (ed) : Background to migraine. Heineman, London 1973, p 41.
2. Connor RCR : Complicated migraine. A study of permanent neurological and visual defects caused by migraine. Lancet 2 : 1072-1075, 1972.
3. Graveson GS : Retinal arterial occlusion in migraine. Brit Med J 2 : 838-840, 1949.
4. Hungerford GD, du Boulay GH, Zilkha KJ : Computerized axial tomography in patients with severe migraine : A preliminary report. J Neurol Neurosurg Psychiat 39 : 990-994, 1976.
5. Mathew NT, Meyer JS, Welch KMA, et al : Abnormal CT scan in migraine. Headache 16 : 272-279, 1977.
6. C,Connor PJ : Strokes in migraine. In Cummings JN (ed) : Background to migraine. Heineman, London 1973 pp 40-44.
7. Polyak S : Vascular diseases of central nervous system. In Ross Russel RW (ed) : Vascular diseases of central nervous system. Livingstone, Edinburgh 1983, p 393.
8. Ross Russel RW : Vascular Disease of Central Nervous System. Livingstone Edinburgh 1983, p 393.
9. Walton JN : Subarachnoid hemorrhage. Livingstone, Edinburgh 1956, p 41.
10. Whitty CWM : Familial hemiplegic migraine. J Neurol Neurosurg Psychiat 16 : 172-177, 1953