

*Olgu Sunumu / Case Report***Talamik Hematom Sonrası Düzelen Parkinson Hastalığı Tremoru****Parkinson's Disease Tremor which Improved Following Thalamic Hematoma**

Serhat ÖZKAN, Özcan ÖZDEMİR

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

Sağ elde belirgin, şiddetli ve tedaviye dirençli istirahat tremoru olan bir Parkinson hastasında hipertansif sol talamik kanama sonrası istirahat tremorunun tam olarak düzeldiği gözlemlendi. Nörolojik muayenesinde akalkuli ile birlikte sağ hemihipoestezi, hemiparestezi ve hafif derecede hemiparezi saptandı. Daha önce izole küçük talamik laküner infarktlar sonrası düzelmeye gösteren istirahat tremoru olguları bildirilmesine karşın, hastamızın tremorunun, talamik hematom sonrası minör nörolojik defisitler ile iyileşme göstermesi ilginçtir. Hasta talamik lezyonların klinik olarak ne kadar farklı şekillerde olabileceğini göstermesi yönünden de düşündürücüdür.

Anahtar Sözcükler: Parkinson hastalığı; talamik hematom; tremor.

After hypertensive left thalamic hemorrhage, complete resolution of resting tremor was noted in a patient with Parkinson's disease who had severe tremor which was apparent on the right hand and resistant to treatment. His neurological examination revealed right hemihypoesthesia, hemiparesthesia, frust hemiparesis together with acalculia. Although there have been cases reported previously whose resting tremor improved after isolated small thalamic lacunar infarctions, it is interesting that in our patient, after the thalamic hematoma, tremor resolved and the patient had only minor neurological deficits. The patient is also thought-provoking by showing the diversity of clinical presentations of thalamic lesions.

Key Words: Parkinson's disease; thalamic hematoma; tremor.

Talamus lezyonlarının tremor üzerindeki iyileştirici etkisi, yaklaşık 70 yıldır bilinen bir durumdur ve tremor tedavisinde talamik bölge rutin bir uygulama alanı haline gelmiştir.^[1,2] İlaçlara dirençli Parkinson tremorunun cerrahi tedavisinde de talamus oldukça etkili bir hedeftir. Özellikle talamusun ventral intermediyer çekirdeğine uygulanan stereotaksik ablasyon ya da stimülasyon uygulamalarında, Parkinson tremorunda

%80'e varan oranlarda yanıt alınabilmektedir.^[3-6] Ender olarak talamusun vasküler lezyonları sonucu spontan iyileşme gösteren tremor olguları da daha önce bildirilmiştir.^[7,8] Ancak bunların çoğu talamusun belli çekirdeklerini tutan küçük arter enfarktlarıdır. Bu makalede, Parkinson hastalığı nedeniyle takipte iken, hipertansif talamik hematom geçiren ve ardından Parkinson tremoru kaybolan bir olgu sunuldu.

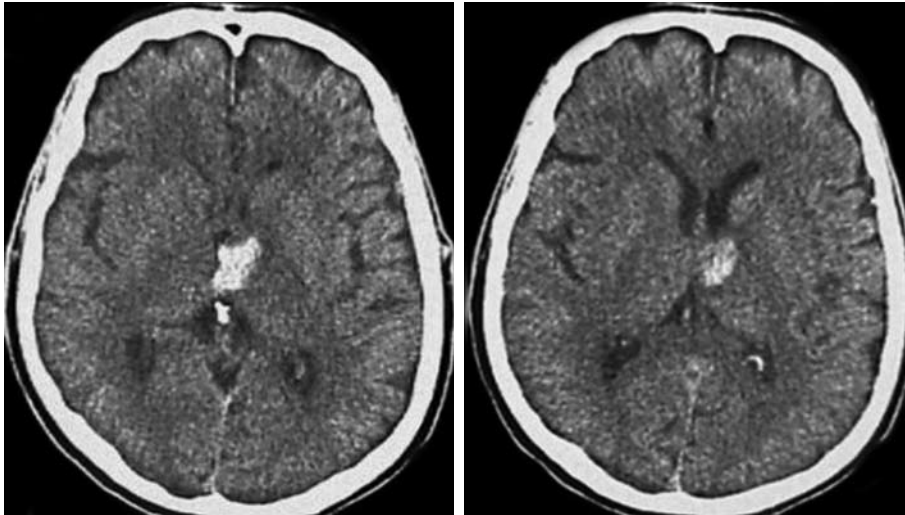
OLGU SUNUMU

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Hareket Bozuklukları polikliniğinde takip edilmekte olan 62 yaşındaki erkek hastaya; sağ elinde başlayan, istirahat halinde iken artan aktivasyon ile azalan tremoru ve sağ elin hareketlerinde yavaşlama nedeniyle yaklaşık yedi yıl önce Parkinson hastalığı tanısı konulmuştu. Başlangıçta dopamin agonisti monoterapisi uygulanan hastanın tedavisine özellikle sağ elinde artan titreme yakınması nedeniyle üç yıl önce de L-dopa eklenmişti. Hastaya halen günlük 500 mg (4 eşit dozda) L-dopa, 3 mg pramipeksol (3x1 mg) ve rasagilin 1 mg (1x1 mg) tedavisi uygulanmaktaydı. Acil servise başvurusundan dört hafta önce yapılan nörolojik muayenesinde; Birleştirilmiş Parkinson Hastalığı Değerlendirme Ölçeği (BPHDÖ) motor bölüm (on dönemi) puanı 33 olarak hesaplanmış ve sağ el istirahat tremoru 3, aksiyon tremoru 2, sol el için bu değerler 1'er puan olarak tespit edilmişti.^[9] Hastanın ayrıca sağ bacağına da 1 puan alan istirahat tremoru vardı. Hoehn Yahr evresi 2, Schwab & England günlük yaşam aktivitesi ise %100 olarak hesaplanmıştı.^[10,11] Hastanın ani gelişen bilinç bulanıklığı, bulantı ve kusma yakınması ile acil servise başvurmuştu. Acil servisteki muayenesinde hastanın bilinci bulanık ve kooperasyonu azalmıştı, hastada titreme, silkinme tespit edilmişti. Arteriyel tansiyon 240/120 mmHg olarak ölçülen hastanın çekilen bilgisayarlı beyin tomografisinde sol talamik

bölgede, orta hatta hafif şift etkisi yaratan intraparenkimal hematoma tespit edilmişti (Şekil 1). Nöroloji servisine yatırılan hastaya antiödem (%20 Mannitol 4x125 cc) ve arteriyel tansiyon kontrolü (Esmolol infüzyon) tedavisi uygulandı, anti parkinsonizm tedavisine devam edildi. Hastanın 12. saatten itibaren bilinç düzeyi normale döndü. Bu sırada yapılan nörolojik muayenesinde sağ hemihipoestezi, hemiparezezi, hafif derecede hemiparezi ve akalkuli bulunmaktaydı. Ancak hastanın daha önce kaydedilmiş sağ üst ekstremitedeki tremoru belirgin azalmış (istirahat halinde 1, aksiyon halinde 0) olarak bulundu. Diğer Parkinson hastalığı bulgularında değişiklik yoktu. Nöroloji servisinde 12 gün takip edilen hastanın 10. günde sağ el tremoru tam olarak düzeldi. Hasta mevcut tedavisine eklenen antihipertansif ilaç ile taburcu edildi. Birinci ayda çekilen tomografide hematoma tama yakın rezorbsiyon tespit edilen hastanın, hemihipoestezi ve akalkuli dışındaki talamik hematoma bağlı gelişen tüm bulguları düzeldi. Bir yıl sonraki takiplerinde tremorundaki tam iyilik hali halen sürmekteydi ve hemihipoestezi ile akalkuli de tam düzelmişti.

TARTIŞMA

Hastanın tomografik görüntülemesinde, hematoma hemen hemen tüm talamik bölgeyi tuttuğu görülmesine karşın; hastanın akut konfüzyonel durumunun düzelmesinin ardından tespit edilen hemihipoestezi ve hemiparezi



Şekil 1. Hastanın akut dönemde çekilen bilgisayarlı beyin tomografisi.

bulguları inferolateral talamik arter enfarktları kliniğini taklit etmekte idi. Inferolateral talamik arter, talamusun ventral ve lateral bölgelerini sulamakta idi.^[12] Bu alanlar ventral posteriyor çekirdekleri (lateral, medyal ve posteriyor) içerir ve hastalarda görülen hemihipoestezi ve paresteziden bu çekirdekler sorumludur. Geçici parezi ise internal kapsüle yakınlıktan kaynaklanabilir. Ancak hastanın bilinç düzeyindeki değişiklik ve akalkulisinin bulunması, tuberotalamik arter enfarktlarındakine benzer olarak, ventral intermedyal çekirdek ve ventrolateral çekirdek tutulumunun da bulunduğunu göstermektedir.^[12] Olasılıkla hastanın düzelen istirahat tremoru bu yerleşim yerlerinin tutulumuna bağlıdır.

İnme sonrası istirahat tremoru ender de olsa bildirilmiştir.^[8,13-15] Ancak bu olguların çoğu izole küçük arter enfarktları sonrası spontan remisyon göstermiş hastalarda tespit edilmiştir. Bizim olgumuzda, zaman zaman oldukça ağır bilinç bozuklukları ve kognitif yıkım ile seyrebilen talamik hematomun, sadece minör nörolojik bulgulara neden olması, bununla birlikte istirahat tremorunun da tam olarak düzelmesi oldukça ilginçtir. Bu durum talamik lezyonların, aynı yerleşim yerlerini tutsa dahi, ne kadar farklı klinik tablolara neden olabileceğini düşündürmektedir.^[12] Daha önce bildirilmiş olgularda da farklı arteriyel bölgelerin tutulmuş olmasına karşın (inferolateral, tuberotalamik, vb), hastaların istirahat tremorlarında tam düzelmeler bildirilmiş olması da, cerrahi tedavide talamustaki hedeflerin de çeşitliliğini düşündürmektedir.

KAYNAKLAR

- Gabriel EM, Nashold BS Jr. Evolution of neuroablative surgery for involuntary movement disorders: an historical review. *Neurosurgery* 1998;42:575-90.
- Schuurman PR, Bosch DA, Bossuyt PM, Bonsel GJ, van Someren EJ, de Bie RM, et al. A comparison of continuous thalamic stimulation and thalamotomy for suppression of severe tremor. *N Engl J Med* 2000;342:461-8.
- Kelly PJ, Ahlskog JE, Goerss SJ, Daube JR, Duffy JR, Kall BA. Computer-assisted stereotactic ventralis lateralis thalamotomy with microelectrode recording control in patients with Parkinson's disease. *Mayo Clin Proc* 1987;62:655-64.
- Atkinson JD, Collins DL, Bertrand G, Peters TM, Pike GB, Sadikot AF. Optimal location of thalamotomy lesions for tremor associated with Parkinson disease: a probabilistic analysis based on postoperative magnetic resonance imaging and an integrated digital atlas. *J Neurosurg* 2002;96:854-66.
- Benabid AL, Pollak P, Gervason C, Hoffmann D, Gao DM, Hommel M, et al. Long-term suppression of tremor by chronic stimulation of the ventral intermediate thalamic nucleus. *Lancet* 1991;337:403-6.
- Jankovic J, Cardoso F, Grossman RG, Hamilton WJ. Outcome after stereotactic thalamotomy for parkinsonism, essential tremor and other types of tremor. *Neurosurgery* 1995;37:680-6.
- Barbaud A, Hadjout K, Blard JM, Pagès M. Improvement in essential tremor after pure sensory stroke due to thalamic infarction. *Eur Neurol* 2001;46:57-9.
- Choi SM, Lee SH, Park MS, Kim BC, Kim MK, Cho KH. Disappearance of resting tremor after thalamic stroke involving the territory of the tuberothalamic artery. *Parkinsonism Relat Disord* 2008;14:373-5.
- Fahn S, Elton RL, UPDRS program members. Unified Parkinsons disease rating scale. In: Fahn S, Marsden CD, Goldstein M, Calne DB, editors. *Recent developments in Parkinsons disease. Vol 2. Florham Park: Macmillan Healthcare Information; 1987. p. 153-63.*
- Hoehn MM, Yahr MD. Parkinsonism: onset, progression and mortality. *Neurology* 1967;17:427-42.
- McRae C, Diem G, Vo A, O'Brien C, Seeberger L. Schwab & England: standardization of administration. *Mov Disord* 2000;15:335-6.
- Schmahmann JD. Vascular syndromes of the thalamus. *Stroke* 2003;34:2264-78.
- Barbaud A, Hadjout K, Blard JM, Pagès M. Improvement in essential tremor after pure sensory stroke due to thalamic infarction. *Eur Neurol* 2001;46:57-9.
- Lee MS, Lee SA, Heo JH, Choi IS. A patient with a resting tremor and a lacunar infarction at the border between the thalamus and the internal capsule. *Mov Disord* 1993;8:244-6.
- Probst-Cousin S, Druschky A, Neundörfer B. Disappearance of resting tremor after "stereotaxic" thalamic stroke. *Neurology* 2003;61:1013-4.