

9. Foa EB, Steketee G, Milby JB: Differential effects of exposure and response prevention in obsessive-compulsive washers. *J Consult Clin Psychology* 48: 71-79, 1980.

10. Insel TR, Aksikal HS: Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: A phenomenologic analysis. *Am J Psychiatry* 143:1527-1533, 1986.

11. Insel TR, Zohar J: Psychopharmacologic approaches to obsessive compulsive disorder. In Meltzer HY (ed) *Psychopharmacology, the third generation of progress*, Raven Press, New York, 1987, pp. 1205-1210.

12. Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, et al : Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder. *Am J Psychiatry* 143:530-532, 1986.

13. Joffe RT, Swinson RP, Regan JJ: Personality features of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 145:1127-1129, 1988.

14. Kaplan HI, Sadock BJ: Obsessive - compulsive disorder. *Synopsis of Psychiatry, fifth edition*, Williams and Wilkins, Baltimore, Hongkong, London, Sydney, 1988, pp. 326-329.

15. Marks IM, Lelliott P, Başoğlu M, et al : Clomipramine, self-exposure and therapist-aided exposure for obsessive-compulsive rituals. *Brit J Psychiatry* 152: 522- 534, 1988.

16. Nemiah CJ : Obsessive - Compulsive disorder. In Kaplan HI and Sadock BJ (eds) *Comprehensive Textbook of Psychiatry IV, volume 1, fourth edition*, Williams and Wilkins, Baltimore / London, 1985, pp. 904-917.

17. Öztürk, O: Saplantı-zorlantı bozukluğu. *Ruh sağlığı ve bozuklukları*, Nural Matbaacılık A.Ş. , Ankara , 1988, sayfa 248-254.

18. Pato MT, Zohar-Kordouch R, Zohar J, Murphy DL : Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 145:1521-1525, 1988.

19. Perse T, Greist JH, Jefferson JW, et al : Fluvoxamine treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 144:1987.

20. Perse T: Obsessive - compulsive disorder : A treatment review. *J Clin Psychiatry* 49:48-55, 1988.

21. Price LH, Goodman WK, Charney DS, et al : Treatment of severe obsessive - compulsive disorder with fluvoxamine. *Am J Psychiatry* 144:1054-1061, 1987.

22. Rasmussen SA, Tsuang MT: Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive - compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 143:317-322, 1986.

23. Steketee G, Foa EB, Grayson JB: Recent advances in the behavioral treatment of obsessive - compulsives . *Arch Gen Psychiatry* 39:1365-1370, 1982.

24. Tuncer C, Abay E, Arslanoğlu K: Obsessif kompulsif bozukluk etyolojisinde yeni görüşler. *Düşünen Adam* 8:5-7 , 1987.

25. Watts VS, Neill JR: Buspirone in obsessive - compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 145: 1606, 1988.

26. Zohar J, Insel TR, et al: serotonergic Responsivity in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 45:167-172, 1988.

TALAMİK KANAMALARDA KLİNİK B.B.T. ÖZELLİKLERİ

Dr. Faik Budak (x) Dr. Muhteşem Gedizlioğlu
Dr. Mustafa Başoğlu (x)

ÖZET:

Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BBT) ile tanısı konan talamik kanama olgusunda yaş ve risk faktörleri, klinik özellikler, prognoz ve BBT bulguları incelendi. Bilinç bozukluğu, oküler bulgular, motor ve duygusal defisitler ve prognozun hematom çapı arttıkça kötüleştiği söylenir. Buna göre sonucu belirleyen en önemli etkenin hematomun çapı olduğu görüldü. Ayrıca serebrovasküler hastalıkların ayırıcı tanısında BBT'nin önemi vurgulandı.

Anahtar sözcükler: Talamik kanama, Bilgisayarlı Beyin Tomografisi.

SUMMARY:

In 26 patients, with cerebrovascular disease (CVD) thalamic haemorrhage is diagnosed by CT. In this group, age, risk factors, clinical features, outcomes and tomographic findings were analysed. Ocular findings, sensory-motor deficits, alterations in consciousness and prognosis have been worsening as haematom's diameter increased, so that in thalamic haemorrhage haematom's diameter is particularly important if it's larger than 3 cms. Our study also confirms the importance of CT in diagnosis of CVD.

Key Words : Thalamic haemorrhage, Computed tomography.

GİRİŞ:

Talamik Kanamalar otopsi çalışmalarında serebral kanamaların % 13'ünü oluşturur. BBT uygulaması sonucu bu oran % 20-30'a kadar çıkmıştır. sistemik arteriyel hipertansiyon en sık nedenidir. Diğer nedenler arasında anevrizm, ruptür, vasküler malformasyonlar, tümör kanaması ve pıhtılaşma bozuklukları sayılabilir. (7,8).

Talamik kanamada internal kapsüle baskı sonucu hemipleji görülürse de, genellikle belirgin olan semptomlar duyu bozukluğudur. Geçici hemionopsi olabilir. Kanama talamusun medialine veya subtalamusu yayılırsa vertikal bakış paralizisi olabilir. Bazı olgularda karşı taraf gözün aşağı kayması ile skew deviasyon, aynı tarafta ptosis, miyozis ve hemiballismus görülür. Dominant olmayan talamik lezyonlarda mutizm bildirilmiştir. (5).

BBT intrakranial kavramını genişletmiştir. Pek çok çalışmada, subkortikal lobar, ganglionik, beyin sapı ve serebellar kanamaları incelemiştir. talamik kanamaların klinik BBT korelasyonu ise ancak birkaç raporda etraflıca verilmiştir. (4,7,9).

(X) Atatürk Sağlık sitesi İzmir devlet hastanesi Nöroloji Servisi.

HASTALAR VE YÖNTEM

Çalışmamıza BBT ile talamik kanama saptanmış 43-83 yaş arasında 26 hasta alındı. Olguların bir kısmında hematom internal kapsüle, bazal ganglionlara yada orta beyine sızıyordu.

Hastaların ortalama yaşı 64'dü. 11 hasta 60 yaşından genç, 15 hasta 60 yaş yada üstündeydi. Olguların 19'u erkek, 7'si kadındı. 25 hastada öykü yada bakı sırasında hipertansiyon saptandı.

Hastaların klinik bakışı hastaneye ilk gelişlerinde yapıldı. Daha sonra da hergün yinelenildi. Değerlendirme ilk bakımdan başlanarak yapıldı. Hematomlar çaplarına göre 10-20 mm (1. grup), 20-30 mm (2. grup) ve 30 mm'den büyük (3. grup) olarak ayrıldı. 1. grupta 8, 2. grupta 12 ve 3. grupta 6 olguda bulunuyordu.

TARTIŞMA :

BBT'nin tanı alanına girmesinden sonra, sanılan aksine beklenenden çok farklı klinik tablolar gösterdikleri ve daima kötü prognoz ile birlikte olmadıkları dikkat çekmiştir. Bu çalışmaya alınan 26 hastadan bazıları da, klinik bakıda talamik hematom düşündürmeyen tabloları ile ilginç bulunmuşlardır.

Hastalarımızın % 40'ı 60 yaş altındaki grupta bulunuyordu. (15 hasta) Bu oran diğer çalışmacılar tarafından bildirilenlerden daha düşüktür. Walshe %50 (7). Weisberg % 80 (9). Bu farklılık genelde serilerin az sayıda hastadan oluşmasına bağlı olabilir .

Literatürde talamik kanamaların çok büyük oranda hipertansiyon ile birlikte olduğu bildirilmektedir. (1,7,9). Hipertansiyon aynı zamanda prognozu kötü yönde etkilemektedir. Bizim de hastalarımızın biri hariç hepsinde hipertansiyon yükü vardı.

Hastaların 13'ünün bilinci tam açıktı. 8 hasta uykuya eğilimli ve konfüzyonda, 5'i ise stupor ya da komadaydı. 1. gruptan 4 (% 50), 2. gruptan 8 (%65), 3. gruptan 1 (%17) hastanın bilinci açıktı. Buna göre hematom çapı arttıkça bilinç düzeyi kötüleşiyordu. Stupor veya komada gelen hastalar 4-48 saat içinde kaybedildiler.

Talamik hematomlarda pupil anormallikleri ve göz deviyasyon bozuklukları sıktır (2,3,9) . Olgularımızın 7'sinde karşı tarafta homonim hemianopsi vardı. Gruplara göre dağılımı özellik göstermiyordu (sırasıyla 2,3, ve 2 olgu). Böylece hemianopsi ile hematom çapı arasında bir ilişki kurulamadı. 8 olguda pupiller iki taraflı eşit, ışık refleksi zayıf ve miotikti. bu, talamik hematomlar için oldukça tipiktir (2,3,9). Ancak bu bulgunun dağılımı yine gruplar arasında ayrı bir özellik taşııyordu (sırasıyla 2,3, ve 3 olgu) Yukarı bakış kısıtlılığı 1. grupta yokken, 2. grupta 6 ve 3. grupta 5 olguda saptandı. 2. gruptan 2 ve 3 gruptan 1 hastada yukarı bakış felce, gözlerin aşağı zorlu deviasyonu ile birlikte idi. Kanama tarafına konjuge deviasyon, 1,2, ve 3. gruplarda sırasıyla 1,3, ve 4 olguda saptandı. Veritikal göz deviyasyon

bozuklukları ile zorlu konjuge deviasyon, hematomun çapının artması ile sıklığı artan bulgular olarak gözlemlendiler. 1. gruptan 3,2, gruptan 4 hastada hiçbir oküler anormallik saptanmazken, 3. gruptaki hastaların hepsinde değişik anormallikler vardı.

Özetlersek 10 mm den küçük çaplı hematomlarda göz bulguları hafiftir ve hastaların hemen yarısında görülmüştür. 10-20 mm çaplı hematomlarda hastaların 2/3'ünde, 3. gruptaki hastaların ise hepsinde saptanmıştır. Görüldüğü gibi, özellikle yukarı bakış kısıtlılığı ve lezyon tarafına konjuge deviasyon ile diğer göz deviyasyon bozuklukları da hematom çapı ile paralelizm göstermektedir.

Weisberg'in çalışmalarında göz deviyasyon bozuklukları ve pupil anormallikleri hematom çapı arttıkça daha sık görülmüştür (9).

1. grupta 8 olgunun hepsinde ılımlı hemiparezi vardı. bunlardan 3'ü 24 saat içinde tam düzelerek TİA görünümü verdi. 2. gruptaki 12 hastadan 4'ünde çeşitli ölçüde hemiparezi ve tam pleji varken, 3. gruptaki hastaların hepsi hemiplejikti. Bu, hematomun çapı ile motor defisitinin ağırlığı arasında çok belirgin bir ilişkinin olduğunu gösterdi.

1. gruptan 6,2. gruptan 7, 3. gruptan 4 hastada hemihemiparezi vardı. Bilinci bozuk olan hastalarda duyu tam değerlendirilemediği için bu bulgu olduğundan az gibi görülebilir. Bir hastamızda da kontralateral pozisyon duyumu kusuru ve buna bağlı ılımlı ataksi en önemli klinik bulguydu. Duyu kusuru ile hematom çapı arasında önemli bir ilişki yoktu.

26 hastadan 11'i (% 42) kaybedildi. Mortalite Weisberg'in serisinde % 38 (9), Walshe'un serisinde (% 50) (7), Barreguer ve ark. serisinde % 39'dur. Oran olarak uyum göstermekle birlikte Weisberg'in serisinde 3cm. den büyük hematomu olup da yaşayan olgu yoktu. (9) Piepgras'in serisinde ise 3 cm. den büyük hematomu olup da düzelen iki hastada normotensifdiler (6). Oysa bizim serimizde 3cm. den büyük hematomu olan 6 olguluk gruptaki 2 hipertansif hasta staabil bir tablo ile taburcu edildi. Ölen hastaların gruplara göre dağılımına bakıldığında 1. gruptaki 8 hastadan biri (%12), 2. gruptaki 12 hastadan 6'sı (% 50) ve 3. gruptaki 6 hastadan 4'ü (% 65) Kaybedildi. Bu, hematomun çapı ile prognoz arasında belirgin bir ilişki olduğunu gösterdi. Fisher 1959'da talamik hematomların süratle kaybolduğunu ve düzelmenin iyi olduğunu öne sürmüştür (3). Walshe (7), weisberg (9), Barreguer ve ark. (1) hematom çapı arttıkça kalıcı nörolojik sekellerin arttığını ve prognozun kötü olduğunu belirtmişlerdir.

Özetlemek gerekirse : 26 hastalık hipertansif talamik hematom serimizde hematomun çapı ile bilinç bozuklukları yukarı bakış kısıtlılığı, hematom tarafına konjuge deviasyon ve motor defisitinin ağırlığı arasında bir paralelizm gözlemlendi. Hematom çapı arttıkça motor defisit ve bilinç bozuklukları da daha şiddetli olarak ortaya çıktı. Hematom çapının artması ile prognozun çok ciddi olarak etkilendiği görüldü. Sonuç olarak gerekli klinik tabloyu, gerek prognozu etkileyen en önemli faktörün hematom çapı olduğu kanısına varıldı. 1. gruptan 3 olgunun TİA kliniği göstermesi ve 2. gruptan 1 olguda minimal hemipareziden daha belirgin olarak pozisyon duyumu kusurunun görülmesi se-rebrovasküler olaylarda BBT'nin önemini vurgulamaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- Barreguer -Bordas L, Illa I, Escantin A, Rusalleda J, Martivillalta JL. Thalamic hemorrhage : A study of 23 patients with diagnosis by CT. Stroke 1981; 12:524-527.
- 2- Fazio C. , Sacco G. , Bugiani O. : The thalamic hemorrhage. Eur. Neurol. 1973;9:30-43.
- 3- Fisher CM.: The pathological and clinical aspects of thalamic hemorrhage. Tarans Am. Neurol. Assoc. 1959; 84:56-59.
- 4- Hirose G, Koseogawa H, Sack M, et-al .: The syndrome of posterior thalamic hemorrhage. neurology 1985; 35:998-1002.
- 5- John N. Walton. Brains Diseases of the Nervous system. Oxford University Press. 1977;369.
- 6- Piepgras U Rieger P. Thalamic bleeding. neuroradiology 1981; 22: 85-91.
- 7- Walshe TM, Davis KR, Fisher CM. : Thalamic hemorrhage : A computed tomographic - clinical correlatikon. Neurology Minneap) 1977; 27:217-222.
- 8- Weisberg LA: Computed tomography in intracranial hemorrhage Arch. Neurol. 1979; 363:422-426.
- 9- Weisberg LA.: Thalamic hemorrhage: Clinical -CT correlations Neurology 1986; 36 : 1382-1386.

becya