

SUMMARY

Our patient had two more attacks before the last attack. One of them had occurred ten years ago and the other one had occurred 3.5 years before. She had attended our hospital with quadriparasia. She had a therapy consisting of corticosteroids and vitamin B complexes for over two months. Clinical and cerebrospinal fluid findings became nearly normal after therapy. After being discharged, it was founded that she had recovered completely, on the periodic controls.

GİRİŞ

Kronik inflamatuvar demiyelinizan polinöropati (CİDP), Guillain-Barre Sendromu (GBS) nun kronik bir variantı olarak kabul edilmektedir. (2) Gelişimlerindeki seyri dışında CİDP ve GBS'nin özellikleri benzerdirler. CİDP olgularının yaklaşık % 50'si sürekli progresyon, üçte biri relaps, geriye kalanları ise 6 ay ya da daha fazla sürede pik yaparak monofazik kalırlar. (2) Etiolojide en çok kabul edilen hipotez allerjik orijinli olduğudur. Nadir olgularda başlangıçtan birkaç hafta önce enfeksiyon, aşı ve enjeksiyonlar tanımlanmıştır. Her yaşta görülebilir de pik 5 ve 6'ncı dekattadır. Güçsüzlük ve sensoryel semptomlar aynı orandadır. Proksimal kas güçsüzlüğü distal kadar belirgindir. Bu yüzden oturur durumdan kalkışta ya da bir şeyi başının üzerine korken güçlük çekerler. Erkeklerde daha çok görülmüştür. Tanı EMG ile yapılan sinir ileti çalışmalarında gösterilen multi fokal demiyelinizan özelliklere (2, 3) sinir biopsisi ile doğrulanan inflamatuvar demiyelinizan değişikliklere bağlıdır.

Beyin omirilik sıvısında hücre sayısı genellikle normaldir. Protein miktarı çoğunlukla artmıştır. Ancak normal çıkması tanıyı reddettirmez. Çünkü protein yüksekliği inflamatuvar radiküler lezyonların varlığına bağlıdır. Tedavide kortikosteroidler, azothioprine ve plazmaferez kullanılmaktadır.

OLGU: 40 yaşında kadın hasta, memur. 28.8. 1986 tarihinde yatırıldı. 25 gün önce kol ve bacaklarındaki ani güç kaybı ile kliniğimize başvurdu. 10 yıl önce doğumu takiben 4 ay süren, 3.5 yıl önce de 3-4 ay süren benzer bir tablo olmuş ve düzelmiş. Nörolojik muayenesinde, sol göz ekzozaltmik ve konverjansa katılmıyordu. Kas gücü, sağ üstte 4/5, sol üstte -4/5, sağ altta -1/5,

sol altta -5/5 bulundu. İnterosseal kaslarda ve alt ekstremitelerde belirgin atrofi vardı. Hafif derecede hipotoni, derin tendon reflekslerinde bilateral azalma vardır. Taban derisi refleksi bilateral planter yanıt veriyordu. Göz bulgusu için yapılan oftalmolojik konsültasyon sonucu normal değerlendirildi. Bilgisayarlı beyin tomografisi normal bulundu. Akciğer grafisi ve diğer rutin tetkikler normaldi. İlk lomber ponksiyonda alınan likorda protein % 160 mg, hücre 6 adet bulundu. EMG de ekstansör digitorum brevis kasında tam denerasyon ile birlikte motor aktivite yokluğu, muayene edilen diğer kaslarda nörojen tutulmayı göstermiş ve sinir iletim hızlarında yavaşlama sözkonusu idi. Tedaviye 75 mg/gün ile başlandı, B vitaminleri verildi. Daha sonradan ACHT eklendi. Yardımla yürüyebilir hale geldi. BOS tetkikinde protein % 60 mg, hücre 2 adetti. Bu haliyle taburcu edilen hastanın sonraki periyodik kontrollerinde tama yakın iyilik hali içinde olduğu gözlemlendi.

TARTIŞMA

Olgumuzda sunduğumuz tablo 3 kez tekrarlanma özelliği göstermiştir. Ataklardan ilkinin doğumu takiben ortaya çıkması etioloji açısından tartışmaya açıktır. CİDP de seyir sürekli progresif, basamakvari progresyon ya da nüksedici şekildedir. Nüksleme oranı olguların üçte biri civarında gözlenmiştir. (2) GBS de remisyon sonrası tekrarlanma oranı % 2 olarak verilmektedir. (2) Olgumuzda tesbit ettiğimiz ekzozaltmik ve konverjansa katılmama şeklindeki görünüm klinikle bağlantısı kurulamamakla birlikte tedavi sonucu tamamen gerilemiştir. Üç kez atak ve tama yakın iyileşme dikkate değer bulunmuştur. Olgumuz seyir ve bulgularıyla Guillain-Barre Sendromunun kronik bir variantı kabul edilen CİDP ye benzerlik göstermektedir. Bu nedenle sunularak özellikleri gözden geçirilmiştir.

KAYNAKLAR

- 1- Rowland, M.D., Lewis P, Philadelphia, 484-486, 1984, Textbook of Neurology Merrit.
- 2- Arthur K. Asbury, R.W. Gilliatt, London, Peripheral Nerve Disorders, 49, 50, 1984
- 3- P.J. Delwaid, A. Gorio, Clinical Neurophysiology in Peripheral Neuropathies, Amsterdam-New York-Oxford, 107, 1985

GÖRME BOZUKLUĞU İLE BİRLİKTE AJİTE DELİRİUM

ÖZET

Yrd. Doç. Dr. Reha KURUOĞLU*, Doç. Dr. Ceyla İRKEÇ*

İskemik serebrovasküler hastalığa bağlı gelişen delirium oldukça enderdir. Görme bozuklukları-

* Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı

la ortaya çıkan bir delirium sendromu tanımlanmış, ancak BBT bulguları iyi dökümanite edilmiştir. Bu yazıda BBT bulgularıyla birlikte böyle bir hasta takdim edilecektir.

Anahtar Kelimeler: Delirium, iskemik serebrovasküler hastalık

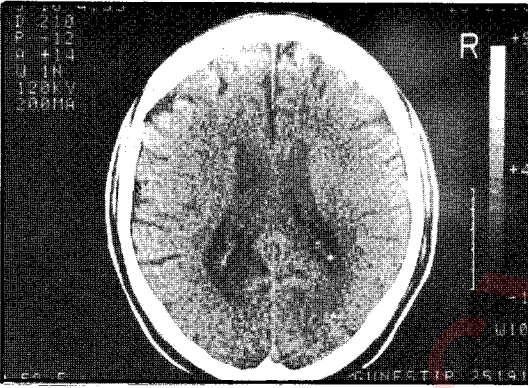
SUMMARY

Delirium caused by ischemic cerebrovascular disease is distinctly rare. A syndrome of delirium in conjunction with visual abnormalities have been reported, but CT demonstration is lacking in most of the cases. We report here such a patient with CT findings.

kabul edildi. Yatışından birkaç gün önce aniden görme alanında daralma olduğunu farketmiş ve göz kararmasından yakınmış. Bundan bir gün sonra, vücudunda, kol ve bacaklarında karıncalanmalar ve başdönmesi başlamış. Oturduğu yerden kalkamaz olmuş. İlişki kurmakta da güçlük başgösterince oturmakta oldukları bir doğu ilinden uçakla nakledilmiş. Evvelce benzer yakınmalar tanımlamıyor.

Bir yıl önce üriner yakınmaları sonucu üremi saptanan hastada, ultrasonografide sol böbrekte soliter kist bulunmuş. Bu zamana kadar da uzun bir süredir, her gün yarım şişe rakı veya eşdeğer derecede alkollü içki kullanmış.

Fizik muayenede belirgin bir patoloji saptanmayan hastada nörolojik muayenede zaman ve yer oryantasyonunun bozuk olduğu saptandı.



Şekil: 1 a b: A. Serebri posterior sulama sahasında medial temporo-okspital enfarkt

GİRİŞ

Delirium, organik kaynaklı, akut başlangıçlı bir mental bozukluk olup, etyolojide toksit nedenler, abstinans sendromları, metabolik ve infektif bozukluklar rol oynayabilir. İskemik serebrovasküler hastalıklar nadiren deliriума yol açtıklarından, genellikle nedenler arasında sınıflanmazlar. (1) Ancak serebrovasküler olaylar sonucu beyinde iki anatomik lokalizasyonda yerleşen lezyonlarda delirium olabileceği bildirilmiştir. Bunlar:

- Singüler giriş ve frontal lobun orbital sahaları,
 - Hippokampus, füziform ve lingual girişler.
- (2) İlk lokalizasyonda gözlenen klinik tablolarda delirium akinetik mutizm ile birlikte oluşmakta (3), ikinci lokalizasyonda ise genellikle görme bozuklukları bulunmakta ve bunun bir bağımsız klinik sendrom olduğu düşünülmektedir. (4)

OLGU BİLDİRİMİ

58 yaşındaki erkek hasta, görmesinde bozukluk ve bilincinin bulanması nedeniyle hastaneye

Huzursuz ve ajite olan hasta yatağından kalkmak istiyor ve muayeneye direnç gösteriyordu. Devamlı olarak içeriğinde bir anlam taşımayan konuşmaları oluyordu. Kranial sinir fonksiyonları intakttı. Görme alanı muayenesinde koopere olmuyordu. Ekstremiteler hareketleri eşit ve güçlüydü. Derin tendon refleksleri hipoaktif olup bilateral plantar cevaplar alınmıyordu. Hb: 13 g/dl, BK: 9200/mm³ idi. Sedimentasyon 37 mm/s bulundu. İdrarda dansite 1010, mikroskopide 1-2 granüller silendir ve 10-12 eritrosit saptandı. BUN: % 42 mg, kreatinin % 6.2 mg, alkalin fosfat 8 Bodansky ünitesi, total lipid % 754, kolesterol % 245 mg bulundu. Ürik asit % 10.1 mg. idi.

Diğer biyokimyasal testler normaldi. EKG ve kraniyogramlar normal olup, akciğer grafisinde kronik fibrotik değişiklikler vardı. BBT'de solda medial temporo-okspital bölgede enfarkt sahası vardı (Şek. 1).

Antiagregan ajanlarla tedaviye alınan hastanın yatışının 3. ve 4. günlerinde ajitasyonu arttı. Sedasyon amacıyla majör trankilizanlar kullanılan hasta 5. ve 6. hastane gününde sakinleşti.

Bu sırada çekilen EEG'de solda daha belirgin, her iki oksipital bölgede çok hafif bir zemin aktivitesi düzensizliği vardı. Konfrontasyonla görme alanı muayenesinde hastanın baktığı yeri görebildiği, ancak her iki temporal ve nazal sahada objektleri görmekte güçlük çektiği anlaşıyordu. Aleksisi, vizüel agnozi, renk agnozisi ve prozopagnozi yoktu. Bundan sonra olaysız bir düzelme gösteren hasta yatışının 14. gününde taburcu edildi. Çıkmadan önce perimetre ile elde olunan görme alanında periferik vizyon kaybı sürmekteydi. (Şek. II)

TARTIŞMA

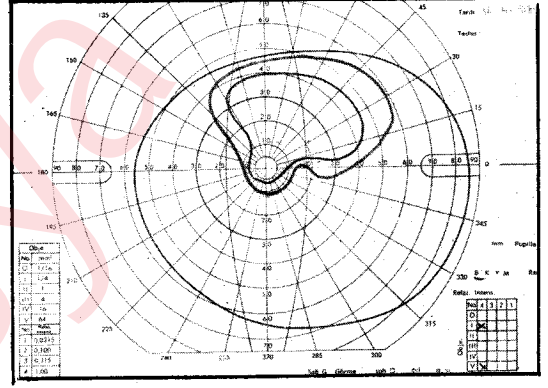
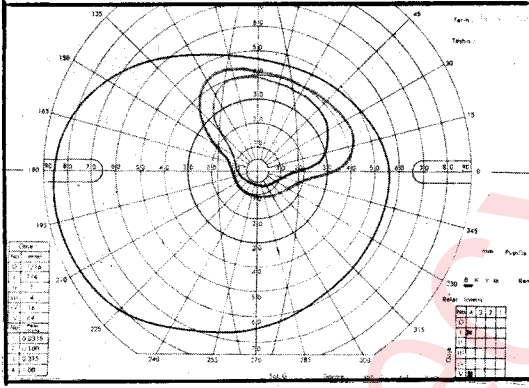
Baziler arterin üst kısmının tıkaçıcı vasküler hastalığı sonucu oldukça zengin bulgular verebilen klinik tablolar gelişmektedir. Caplan her iki posterior serebral arterin sulama sahasında oluşan lezyonların delirium tremense benzer bir tab-

nu telkin etmektedir.

Horenstein ve Media'nın olgularında delirium tablosu yerini demansa bırakmış olup (2, 6), sadece Medina hastamızda olduğu gibi dört günde düzelen bir delirium tablosu tanımlamaktadır. (4) Görme belirtileri ise hastamızda da izlendiği gibi genellikle kalıcı olmaktadır.

Baziler arterin distal kısımlarında yerleşen iskemik serebrovasküler hastalıkların nedeninin vertebral arterlerin proksimal parçalarını tutan aterosklerotik odaklardan kalkan embolik materyal olduğu düşünülmektedir. (5) Ayrıca alkoliklerde tromboksan A2 sentezinin fazla olması, bu hastalarda trombotik olayların fazla olduğunu düşündürmektedir. (7)

Delirium tablosu yapan nedenler arasında medial temporo-okspital enfarktler ender görülen bir neden olmasına karşın hatırlanmalıdır.



Şekil 2 a: Sol göz ve b. sağ gözün perimetrik muayene sonucu belirlenen konsantrik görme alanı defektleri

lo yapabileceğini söylemektedir. (5) Ayrıca vertebral anjiografiden sonra da görme bozuklukları ile birlikte bu tür durumlar izlenebilmektedir. Bu klinik tablo genellikle kısa sürede geçmektedir.

Horenstein ve arkadaşları ajitasyon, huzursuzluk, uyarılara abartılmış tepkiler gösteren dokuz hastada kalkanın, füziyorm, lingual girişlerde ve bazılarında hippokampusu uzanan enfarkt sahaları tesbit etmiş olup, bu yörelerin davranışlarını dışavurumuna inhibitör etkisi bulunduğunu belirtmişlerdir. (6) Daha sonra Medina ve arkadaşları kimisinde bilateral, kimisinde unilateral enfarkt sahası bulunan, ajite delirium ile birlikte görme bozukluğu olan dört hasta tanımlamışlardır. (2, 4)

1976'da bildirilen üç olgu dışında antemortem olarak BBT'de tesbit edilen bu tür bir lezyona literatürde rastlanmamıştır. (4) Hastamızda BBT'de unilateral medial tempo-okspital enfarkt saptanmasına karşın, bilateral olan görme alanı defektleri, harabiyetin iki tarafı birden tuttuğu-

KAYNAKLAR

- 1- Massey EW, Coffey CE. Delirium: Diagnosis and treatment. South Med Journal, 76: 1147-1150, 1983
- 2- Medina JL, Rubino FA, Ross E. Agitated delirium caused by infarctions of the hippocampal formation and fusiform and lingual gyri. Neurology (Minneap), 24: 1181-1183, 1974
- 3- Faris AA. Limbic system infarction. Neurology (Minneap) 19: 91-96, 1969
- 4- Medina JL, Chokroverty S, Rubino FA. The syndrome of agitated delirium and visual impairment: A manifestation of medial temporo-occipital infarction. Neurology (Minneap), 26: 355, 1976
- 5- Caplan LR. "Top of the basilar" syndrome. Neurology (Minneap), 30: 72-79, 1980
- 6- Horenstein S, Chamberlin W, Conomy J. İn-

fraction of the fusiform and calcarine regions:
Agitated delirium and hemianopia. Trans Am
Neurol Assco, 92: 85-89, 1962
7- Hillbom ME, Kangasaho M, Hjelm-Jager M.

Platelet aggregation and thromboxana B2 forma-
tion after ethanol abuse: Is there a relation-
ship to stroke? Acta Neurol Scand, 70: 432-
437, 1984

ORGANİK AKIL BOZUKLUKLARINDA B.B.T. (6 OLGU)

Dr. Musa TOSUN*, Doç. Dr. Oğuz ARKONAÇ**, Dr. Sabire YILDIRIM***, Dr. Feza
TOKER****, Dr. Bülent DEMİRBEK*****

ÖZET

Bu yazıda, psikiyatrik semptomatolojinin ön planda gözüktüğü klinik tablolarla hastanemize başvuran ve sistematik psikiyatrik muayane ve B.B.T. tetkiki ile subdural hematoma, serebral infarkt ve serebral kalsifikasyon ve atrofi tesbit edilen 6 olgu sunulmakta ve B.B.T.'nin teşhis ve tedavideki önemi vurgulanmaktadır.

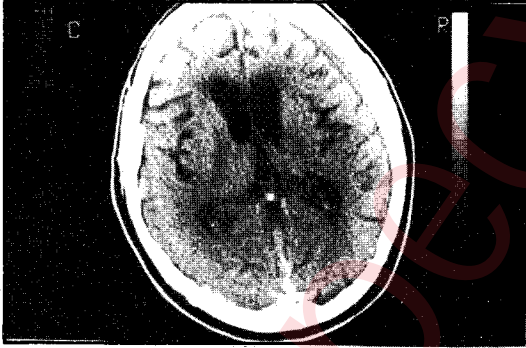
SUMMARY

This article presents six cases, all of which came to the outpatient departement with complai-

bozukluklarının klinik tabloya eşlik etmesi halinde, aşikar nörolojik veya fizik bozukluklar tesbit edilemese bile, organizite üzerinde durulması ve bu açıdan ileri tetkiklerin yapılması gerek tanı ve tedavi, gerekse prognoz açısından çok önemlidir. (1, 3, 4)

Psikiyatrik değerlendirmede son yıllarda uygulamaya giren B.B.T. organizite açısından oldukça yeterli ve faydalı bilgiler sağlamaktadır.

Bu yazıda, psikiyatrik belirtilerin ön planda gözüktüğü klinik tablolarla hastaneye getirilen ve bilişimsel işlev bozukluklarına rastlanması veya psikiyatrik belirtilerin atipik özellikler ya da seyir göstermesi sebebiyle, organizite araştırmalarına



Resim: 1



Resim: 2

ning of psychiatric symptoms and upon the systematic psychiatric examination and CAT study turned out to be cases of subdural hematoma, cerebral infarction, cerebral calcification and atrophy.

GİRİŞ

Psikiyatrik belirtilerin hakim olduğu klinik tablolarla hastaneye getirilen hastalarda, psikiyatrik belirtilerin veya klinik seyrin atipik özellikler göstermesi ve özellikle bilişimsel (kognitif) işlev

ağırlık verilerek, B.B.T. ile, subdural hematoma tesbit edilen 3 olgu, serebral enfarkt tesbit edilen 2 olgu ve serebral kalsifikasyon ve atrofi tesbit edilen 1 olgu olmak üzere toplam 6 olgu kısaca sunulularak müşterek özellikleri açısından tartışılmakta ve bu gibi olgularda organizite araştırmaları ve B.B.T.'nin önemi vurgulanmaktadır.

OLGU 1

N.S. 54 yaşında, evli 2 çocuklu, okuma yaz-

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 2. Psk. Birimi Başasistanı, ** Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 2. Psk. Birimi Şefi, *** S.S.K. İstanbul Hastanesi Nöroloji Kliniği Asistanı, **** Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 2. Psk. Birimi Asistanı, ***** Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 2. Psk. Birimi Asistanı