

Wallenberg Sendromlu Hastalarda Klinik-MRG Bulgularının Değerlendirilmesi

Dr. Şirin SAÇAK (1), Dr. Sabire YILDIRIM (1), Dr. Hüsniye ASLAN (1), Dr. Haluk CANEROĞLU(2), Dr. Sibel GÖLBAŞI (2), Doç. Dr. Orhan YAĞIZ (3)

ÖZET

Wallenberg sendromu karşı vücut yarısında ısı ve ağrı duyusu kaybı, aynı tarafta ataksi ve horner sendromu gibi uzun tract bulguları ile V., VIII., IX. ve X. kranial sinirlerin nükleus ve fasiküllerinin tutulumuna bağlı olarak ortaya çıkan bir beyin sapı sendromudur. Bu sendrom posterior inferior serebellar arterin ya da vertebral arterlerin ya da superior, middle, inferior lateral meduller arterlerin tutulmasıyla oluşur. Bu çalışmada Haziran 1994-97 yılları arasında SSK İstanbul Hastanesi Nöroloji Kliniğine başvurup Wallenberg sendromu tanısı konan 14'ü erkek 4'ü kadın, yaş ortalamaları 55 olan 18 olgu retrospektif olarak incelendi. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) incelemesinde 6 olguda sadece lateral meduller enfarkt, 2'sinde diğer beyin sapı enfarktı ile birlikte, 10'unda ise posterior inferior serebellar arter alanında enfarkt saptandı. Çalışmamızda Wallenberg sendromlu hastalarda klinik-MRG bulgularının korelasyonunu yapmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Wallenberg Sendromu, MRG.

SUMMARY

The clinical and MRI findings in patients with Wallenberg's Syndrome

Wallenberg's syndrome refers to a brain stem disorder accompanied by loss of pain and temperature sensation on one side of the body contralateral to the lesion, and long tract findings such as ipsilateral ataxia and Horner's syndrome, and involvement of nuclei and fascicles of the V, VIII, IX and Xth cranial nerves. It occurs due to the involvement of posterior inferior cerebellar artery or vertebral arteries or superior, middle, inferior lateral medullary arteries.

We retrospectively reviewed 18 cases diagnosed as having Wallenberg's syndrome in SSK İstanbul Training Hospital between June 1994 and 1997. Fourteen patients were male and four patients were female with a mean age 55 years. Magnetic Resonance Imaging (MRI) demonstrated infarction confined to the lateral medulla in six patients, infarction in the lateral medulla accompanied by brain stem infarction, and infarction in the posterior inferior cerebellar artery in 10 patients. We investigated the correlation between the clinical presentation and MRI findings in patients with Wallenberg's syndrome.

Key Words: Wallenberg Syndrome, MRI

GİRİŞ ve AMAÇ

Wallenberg sendromu dorsolateral medullanın infarktı sonucu ortaya çıkan iyi bilinen beyin sapı sendromlarından biridir (1, 5)

Wallenberg, lateral medulla enfarktının posterior inferior serebellar arterin (PİSA) tıkanmasından

sonra geliştiğini göstermiştir. (2) Ayrıca üst, orta ve alt lateral medullar arterlerin tutulması ile de görülebileceği bildirilmiştir. (1, 5)

Wallenberg sendromu veya lateral medullar sendrom 5., 8., 9. ve 10. kranial sinirlerin nükleus ve fasiküllerinin tutulumu ile aynı tarafta ataksi ve horner sendromu, karşı vücut yarısında ağrı ve ısı duyusu kaybı gibi bulgularla birliktedir (1, 2, 5)

Beyin sapı infarktları kafa tabanı kemiklerinin yarattığı artefakt nedeniyle Bilgisayarlı Tomografide (BT) iyi görüntülenemediklerinden, Manyetik rezonans görüntülemenin (MRG) taniya katkısı daha fazladır. (6, 7)

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi Nöroloji Kliniği
1) Uzmanı 2) Asistanı 3) Şefi

GEREÇ ve YÖNTEM

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi Nöroloji kliniğine Haziran 1994- Haziran 1997 yılları arasında başvurup Wallenburg sendromu tanısı alan 18 olgu incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, risk faktörleri, nörolojik semptom ve bulguları değerlendirildi. BBT ve MRG incelemeleri yapıp klinik bulgular ile karşılaştırıldı.

SONUÇLAR

Çalışmaya alınan 18 olgunun 14'ü erkek, 4'ü kadındı. Yaşları 41-67 arasında değişiyordu ve yaş ortalamaları 55 olarak bulundu.

Olguların risk faktörleri incelendiğinde 9 olguda hipertansiyon, 5 olguda diyabet ve 2 olguda koroner arter hastalığı öyküsü ile 3 olguda önceden geçici iskemik atak (GİA) veya inme öyküsü vardı. (Tablo 1)

Risk faktörleri	Olgu sayısı	%
Hipertansiyon	9	%50
Diabetes Mellitus	5	%27,7
Koroner arter hastalığı	2	%11,1
İnme ve GİA öyküsü	3	%16,6

Tablo 1

Nörolojik Semptom ve Bulgular	Olgu sayısı	%
Nörolojik Semptomlar		
Dengesizlik	13	%72,2
Vertigo	9	%50
Disfaji	9	%50
Bulantı-Kusma	8	%44,4
Uyuşukluk	5	%27,7
Baş ağrısı	5	%27,7
Diplopi	4	%22,2
Ses kısıklığı	4	%22,2
Hıçkırık	3	%16,6
Nörolojik Bulgular		
Horner Sendromu	15	%83,3
Ataksi	13	%72,2
Palatal güçsüzlük	12	%66,6
Kontralateral hipoaljezi	12	%66,6
Fasiyal hipoaljezi	10	%55,5
Nistagmus	5	%27,7
Fasiyal güçsüzlük	4	%22,2

Tablo 2

Wallenburg Sendromlu olgularda en sık dengesizlik gözlemlendi. 13 olgu dengesizlikten yakınıyordu. Baş dönmesi ve yutma güçlüğü hastaların yarısında, bulantı ve kusmada 8 olguda vardı.

5 olguda İpsilateral yüz veya kontralateral vücut yarısında uyuşukluk, 5 olguda baş ağrısı, 4 olguda çift görme, 3 olguda inatçı hıçkırık yakınması vardı.

15 olguda tesbit edilen Horner sendromu ilk muayenede en sık rastlanan nörolojik bulgu idi. Ataksi (13 olgu), palatal güçsüzlük (12 olgu) ve kontralateral hipoaljezi de (12 olgu) sık rastlanan bulgulardandı. Fasiyal hipoaljezi 10 olguda, nistagmus 5 olguda, fasiyal güçsüzlük 4 olguda saptandı (Tablo 2)

BT ve MRG tüm hastalara yapıldı. MRG incelemesinde 6 olguda sadece lateral meduller enfarkt, ikisinde diğer beyin sapı enfarktı ile birlikte 10 olguda ise lateral meduller enfarkta eşlik eden serebellar enfarkt tesbit edildi. (Tablo 3)

BT ve MRG bulguları

BT	Olgu sayısı ve	yüzdesi
Normal	15	%83,3
Serebellar enfarkt	3	%16,6
MRG		
Olgu sayısı ve yüzdesi		
Sadece lateral meduller enfarkt	6	%33,3
Lateral meduller enfarkt +serebellar enfarkt	10	%55,5
Lateral meduller enfarkt + Diğer beyin sapı enfarktı	2	%11,1

Tablo 3

TARTIŞMA

Wallenberg sendromunda enfarkt alanı medullanın kıyısında olup mediyalden laterale uzanır. Olivanın bir kısmını ve dorsal bölgede restiform gövdeyi içine alır. (1) Curier ve arkadaşları enfarkt paternini ventral, superfisiyel ve dorsal olmak üzere üçe ayırmıştır. Dorsal medulla enfarktına genelde serebellar enfarkt eşlik eder (5) Jong ve arkadaşları ise lezyonu lokalizasyona göre rostral, kaudal, middle grup olarak sınıflamışlar ve rostral grup lezyonların şiddetli disfaji ile, kaudal grup lezyonların belirgin nistagmus, ataksi ile ilişkili olduğunu, bulantı-kusma ve horner belirtisinin ise her üç lokalizasyonda da sık olduğunu bildirmişlerdir. (8)

Wallenberg sendromunda görsel bozukluklarda tanımlanmıştır. Diplopi, objelerin illüzyonu, nistagmus ve gözün lateropulsiyonu, skew deviasyon, lezyon tarafına bakışta hipermetrik sakkadlar, karşı tarafa

bakışta hipometrik sakkadlar ortaya çıkabilir (4) Saptanan göz bulgusu ile lezyon yeri arasında korelasyon çoğunlukla kurulamamıştır. (4, 5) Olgularımızın 4'ünde diplopi, 5'inde nistagmus saptadık. Nakleus ambiguusun lezyonuyla ipsilateral vokal kordda paralizisi ve palatumba güçsüzlük olur. Ancak süperfişyel lezyonlarda bu bulgular saptanmayabilir (5). 12 olgumuzda palatal güçsüzlük saptadık.

Beşinci sinirin inen traktusu ve nukleusunun etkilenmesine bağlı olarak lezyonla aynı tarafta yüzde ve lateral spinotalamik yolun tutulmasına bağlı olarak lezyona karşı vücut yarısında hipoestezi saptanır. (1, 5) Aylar ve yıllar sonra kontralateral vücut yarısında talamik ağrıya benzer duyumlar gelişebilir. (9) Olgularımızın 10'unda çapraz duyu kusuru saptandı. İki olguda yüzün korunduğu lezyona karşı gövde yarısında duyu kusuru olduğu saptandı.

Ataksi meduller infarktlarda kural gibidir. Yürüme ve ekstremitelerde ataksisi restiform cismin veya buraya gelen spinoserebellar yolların tutulmasına veya PISA ile sulanan inferior serebellumun infarktına bağlıdır. (5) Ataksi 18 olgumuzun 13'ünde saptandı. Lateral retiküler bölgeden geçen sempatik liflerin tutulmasına bağlı olarak gelişen Horner sendromu 15 olguda saptandı.

Horner sendromu, ataksi, çapraz duyu kusuru, palatal güçsüzlük bizim serilerimizde diğer serilerde olduğu gibi en sık rastlanan nörolojik bulgulardır. (7)

Sacca ve arkadaşlarının serilerinde serebellar infarkt saptanmamış olup bu durum PISA'nın lateral medullanın majör sulayıcısı olmaması ile ayrıca serilerinde vertebral arter disseksiyonunun diğer serilerden daha fazla olması ile açıklanmıştır. (7)

Serimizde 10 olguda PISA tutulumu (lateral meduller ve inferior serebellar infarkt birlikteliği) MRG incelemesi ile tesbit edildi.

- 5- **Kumral K, Kumlar E:** Vertebrobaziller sistem. Santral sinir sistemini damarsal hastalıkları. Ege Üniversitesi Tıp fak. yayınları, İzmir, 1993; 239-255.
- 6- **Ross MA, Biller J, Adam HP, Dunn V:** Magnetic resonance imaging in Wallenberg's lateral medullary syndrome. Stroke 1986; 17: 542-5.
- 7- **Sacca RL, Fredolo R, Bello JA, Odel JG, Onesti ST, Mohr JP:** Wallenberg's lateral medullary syndrome. Clinical magnetic resonance Imaging correlations. Arch Neurol. 1993; 50: 609-14.
- 8- **Jong S. Kim, MD; Jay L. Lee, MD; Dae C.Suh, MD; Myoung C. Lee, MD:** spectrum of lateral medullary syndrome. Correlation between clinical findings and magnetic resonance imaging in 33 subjects. Stroke 1994; 25: 1405-10.
- 9- **D.J.L. Mac Gowan, MD, MRCPI:** M.N. Janal, PhD: Central poststroke pain and Wallenberg's lateral medullary infarction: Neurology 1997; 49: 120-25.

KAYNAKLAR

- 1- **Adams RD, Victor M:** Principles of Neurology. Mc Graw Hill, Newyork, 1993; 1170-1183.
- 2- **De jong RN:** The Neurologic Examination. Harper and row publ. Newyork, 1984; 258-267.
- 3- **Dhaoon Sk, Iqbak j, Collins GH:** ipsilateral hemiplegia and the Wallenberg syndrome. Arch Neurol 1984; 41: 179-180
- 4- **Dieterich M, Brandt T:** Wallenberg's syndrome: Lateropulsion, cyclorotation and subjective visual vertical in thirty-six patients. Ann Neurol 1992; 32: 399-408.