

FİŞHER BİR BUÇUK SENDROMU

Dr. Yalçın YILIKOĞLU x
Dr. İbrahim İYİĞÜN (xx)
Dr. Hasan YILDIRIM (xxx)
Dr. Ömer PARLAK (xxxx)

Ö Z E T

Fisher bir buçuk sendromu pontin paramedian retiküler formasyon ve medial longitudinal fasikülüsün pons düzeyinde birlikte leze olmasına bağlı olarak gelişen önemli bir supranükleer göz hareket bozukluğudur.

Bu makalede biri Serebro vasküler yetmezliğe bağlı diğeri etyolojisi tam aydınlatılmayan iki "bir buçuk sendromu" olgusu sunulmakta ve klinik özellikleri tartışılmaktadır.

G İ R İ Ş

Hızlı ve yavaş göz hareketleri karmaşık bir supranükleer kontrol sistemiyle düzenlenmektedir(1). Konjuge yatay göz hareketlerinin supranükleer kontrolünde frontal lob 8. alanındaki okülofalojir merkezler yanında pontin paramedian retiküler formasyon ve medial longitudinal fasikülüs önemli role sahiptirler. Yatay düzlemdeki takip, hızlı ve vestibülo-oküler hareketler pontin paramedian retiküler formasyondan (PPRF) başlatılmakta ve bu hareketlerin ab-dusens ve medial rektüs alt çekirdeği ile ilişkisini medial longitudinal fasikülüs (MLF) sağlamaktadır(2).

Pons lezyonlarına bağlı olarak gelişen lateral bakış bozukluklarından nadir rastlanılan ancak lezyonun lokalizasyonu bakımından büyük önem taşıyan "Bir buçuk sendromları" 1967 de Fisher tarafından tanımlanmıştır (3,4).

(x)	Atatürk Üniversitesi	Tıp	Fakültesi	Nöroloji	Ana	Bilim	Dalı	Doçenti
(xx)	"	"	"	"	"	"	"	" Araş. Gör.
(xxx)	"	"	"	"	"	"	"	"
(xxxx)	"	"	"	"	"	"	"	" Uzmanı

Sendromda PPRF tutulmasına bağlı aynı tarafa lateral bakış felcine MLF tutulmasına bağlı bulgular, eklenmekte ve böylece karşı gözde abduksiyon hareketi dışında tüm lateral hareketler ortadan kalkmaktadır (5,6).

Bu makalede Fisherin bir buçuk sendromuna ait bulgular gösteren iki olgunun klinik özellikleri sunulacaktır.

1. OLGU

53 yaşında erkek hastamız ağzının sola kayması, konuşma bozukluğu, göz hareketlerinin yapılamaması, çift görme ve tansiyon yüksekliği şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. 10808/10809 protokol ile tetkik ve tedavi için kliniğimize yatırıldı. Müracaatından bir gün önce saat 02 sıralarında ağzında eğilme ve gözlerini sağa sola hareket ettirmeme çift görme ve yürürken dengesini kaybetme gibi şikayetleri olmuş. Hasta herhangi bir yere müracaat etmemiş ve herhangi bir ilaç kullanmamış. 15-20 yıldan beri tansiyon yüksekliği nedeniyle ismini bilmediği bazı antihipertansif ilaçları düzenli kullanıyormuş. 4 ay öncesine kadar günde ortalama 700 cc alkol ve 3-4 paket sigara kullanıyormuş 4 aydan bu yana günde bir paket sigara içiyormuş. Fizik muayenede genel durumu iyi şuurlu açık sorularlara yerinde ve zamanında cevap veriyor. Oryantasyon bozukluğu yoktu.

Vital Bulgular: Tansiyon arteryel 180/100 mm.Hg. Nabız 74/dak. ritmik Ateş 36,5 derece.

Solunum Sistemi Muayenesinde: Sağ akciğer kaidesinde tek tük krepan raller dışında patolojik bulgu tesbit edilmedi. Diğer sistem muayenelerinde kayda değer patolojik bulguya rastlanmadı.

Nörolojik Muayene: 1—Sağda Periferik Facial Paralizi

2—Sol göz abduksiyon dışında horizontal göz hareketleri yapılamıyor. (Resim, 1,2)

3—Yukarı bakış zaafı

4—Her iki üst ve alt ekstremitede K.V.R. canlı

5—Dizatrik konuşma

6—Göz dibinde arterler ileri derecede incelmış, papilla hudutları normal

7—Serebellar testler sağda hafif bozuk (parmak burun testinde dismetri)

8—Her iki gözde vizyon kusuru. (iki metreden parmak sayabiliyor)

9—Diplopi

Kan Biyokimyası: Hb: 17 g. Bk: 8 000, Sedimentasyon 1. sat 4,2 saat 7mm, NPN: % 18 mg. Krcatinin % 0,8 mg. AKŞ: 68 mg.

İdrar: Dansite 1020, Protein eser, Şeker menfi, Mik: 3-4 eritrosit ve 1-2 kalsium oksalat.

EKG ve EEG normal bulundu. Hasta kabul etmediği için serebral anjiografi, olanaksızlık nedeniyle CAT yapılmadı.

Hastaya dilaten 3x20 dam. Aspirin tab., 2x1 günde, Persantin dr. 3x1, Bemiks dr. 3x1 günde, ordure edildi. 4 saat arayla ANTA: takibi (Ateş, nabız, tansiyon arteryal) az kolesterollu tuzsuz diyeteye tabi tutuldu. 4. günden itibaren tansiyon arteryal 140/90 mm Hg. hastanın şikayetlerinde hafif düzelme başladı gözün vertikal deviasyonları minimal düzelme gösterdi, facial paralizisi kısmi olarak düzeldi (hastaya 4. günden itibaren yüzüne masaj yapması ve soğuktan korunması tavsiye edildi) uykusuzluk problemi için de tedaviye nevirium 5 mgr 1x1 günde ilave edildi. Hastanın takibine devam edildi. 10. günden itibaren hastanın dizartrik konuşması tama yakın düzeldi. Serebellar testler normal olarak değerlendirildi. Sağdaki periferik facial paralizisi düzeldi gözlerin horizontal hareketleri 45 dereceye kadar vertikal hareketler hemen hemen tama yakın düzelme gösterdi ve hasta isteği üzerine 15. gün ileri salah ile kontrole gelmesi öğütlenerek taburcu edildi.

Bulgularda belirgin gerileme ve hastanın genel durumunda düzelme nedeniyle daha ileri tetkiklere gerek duyulmadı.

2. OLGU

26 yaşında Ağrı'dan müracaat eden erkek hasta olup geliş şikayeti başağrısı, bulantı, görmede azalma ve çift görme şikayetleriyle müracaat etti 01893/01894 protokol ve 24.2 1983 günü kliniğimize yatırıldı.

Hikayesi: Bir buçuk ay öncesine kadar hiç bir şikayeti olmayan hastada o tarihte baş ağrısı, baş dönmesi başlamış ve gittikçe bu şikayetlerinde artma ile zaman zaman göz kararması olmuş. Doktora müracaatta bulunmuş ve ismini bilmediği bir takım ilaçlar kullanmış hiç bir düzelme olmadığı gibi görme azlığı başlamış, bunu çift görme takip etmiş ve bir aydan beride konuşma bozukluğu oluşmuş. Son 10 günde ağzının sola eğildiğini sağ gözünü iyi kapatamadığını fark etmiş.

Öz ve Soy Geçmişi: Bu hastalığından iki ay öncesinde sarılık geçirdiğini ifade ediyor. Başkaca önemli hastalık, kaza, ameliyat geçirmemiş kafa travması tarif etmiyor.

Evli 2 çocuk babası çocukları sağ ve sihatte olup ailevi bir hastalık tarif etmiyor.

Vital Bulgular: Genel durum orta şur açık sorulanlara yerinde ve zamanında cevap veriyor. Ateş 36,5 C. Nabız 88/dk. ritmik, TA: 150/100 mmHg. Solunum sayısı 16/dak. düzenli.

Sistem Muyenelerinde: Anemik görünüm mevcut kosta kenarını 3 cm geçen kenarı künt ve üzeri düz orta derecede sertlikte hepatomegali ve sağ el sırtı adelelerinde eritemler vardı.

Nörolojik Muayenede: 1—Sağ Periferik Facial Paralizi

2—Sağ gözde Addüksiyon ve Abdüksiyon paralizisi

3—Sol gözde addüksiyon, paralizisi

4—Diplopi

5—Sol gözde horizontal nistagmus

6—Sağ gözde yukarı bakış zaafı mevcut bulundu.

Lab. Bulguları: İdrar: Dansite 1018 ; Protid eser, Şeker menfi, Mik. nadir eritrosit.

Kan: Hb: 13,1 gr. Bk: 4 000, KK: 4 800000 Trombosit 160000 Hct. % 40 Sedim 1. saat 13 mm 2. saat 42 mm. NPN: 18 % mg. Kreatinin 1,5 mg % Şeker % 107 mg. SGOT 10, SGPT 9, Total bilirubin 1, D. B 0,3, İ.D.B. 0,7, Wainberg negatif

EEG de: Patoloji saptanmadı, yapılan karotis anjiografisinde özellik yoktu.

Sonuç: Hastada intra kranial vetire kuşkusu ile BBT yapılmak üzere ileri tetkik ve tedavi için sevk edilmiştir.

TARTIŞMA

1- Olgumuz yatay düzlemdaki göz hareketleri felci ve yukarı bakıştaki kısıtlılık ile 1967 de Fisher tarafından tanımlanan bir buçuk sendromu tipik örneğini göstermektedir. Bir buçuk sendromu daha ziyade ponsun vasküler lezyonlarında görülmekte isede demiyelinizasyon hastalıklarında ve nadiren de pons tümörlerinde ortaya çıkmaktadır. Vasküler lezyonlarda daha çok sınırlı semptomlar bildirilmiş isede olgumuzda klasik bulgulara ilaveten aynı tarafta VII. sinir felci ve hafif serebellar bozukluk mevcuttu. EEG ve rutin tetkikler normal bulunmuş hasta kabul etmediği için karotis anjiografisi, olanaklar el vermediği içinde komputürüze aksiel tomografi yapılamamıştır.

1- Olgumuzda bulguların medikal tedaviye erken cevap vermesi ve düzelme göstermesi nedeniyle vasküler bir yetmezliğe bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Olgumuzdaki Fisher bir buçuk sendromu ponsta pontin paramedian retiküler formasyon ile medial longitudinal fasikülüsün vasküler yetmezliğe bağlı aynı tarafta birlikte lezyona iştirak etmesine bağlıdır. Vakamızda yaş, uzun süre

hipertansiyon oluşu sigara ve alkol alışkanlığı ve göz dibi bulguları arteroskleroza telkin etmektedir. Konjuge lateral bakış merkezinin pontin paramedian retiküler formasyon olduğu kabul edilmektedir. Medial longitudinal fasikülüsünde lezyona iştirak etmesiyle kranial sinir çekirdekleri arasındaki ilişki bozulmuştur. (1,2,3).

Bu olgudaki yaygın nörolojik bulguların kısa sürede medikal tedaviye cevap vermesi ve servisimizde nadir görülmesi nedeniyle yayınlanması uygun görülmüştür.

2. Olgumuzda etyolojiye yönelik olanaklar dahilindeki laboratuvar incelemeleri (EEG, anjiyografi) yapılmış patoloji saptanmayınca BBT yapılmak üzere ileri tetkik için sevk edilmiştir.

SUMMARY

(Fisher's one and half syndrome)

Fisher's one and half syndrome is one of the supranuclear disorders of eye movements, secondary to the involvement of both pontine paramedian reticular formation and medial longitudinal fasciculus in the brainstem. Two cases of "one and half syndrome" related to a presumed arterosclerosis of the brains were presented and the characteristics of the clinical picture were discussed in this article.

KAYNAKLAR

- 1- John Patten: Neurological Differential Diagnostic 977 Springer-Verlag New York 58-59
- 2- Ceyla İrkeç, Murat İrkeç, Mesude Durguner: Fisher Bir Buçuk Sendromu Türk Oftalmoloji Gazetesi Vol 10 (XV) Temmuz-Eylül 1980 No: 3 İstanbul Matbaa Teknisyenleri Basımevi 1981 202-205
- 3- Aktin Edip: Nöroloji 1981 İstanbul 323-326
- 4- Akçay Mehmet: Sinir Sistemi Fizyolojisi sayfa 106, 1979 Ankara 206
- 5- T. Fırat Göz ve Hastalıkları Cilt II sf. 73-732 Emel Matbaacılık sanayii-Ankara 1981
- 6- Culinoğlu, A Özcanlı A, Gücener A, Berk U, Bir buçuk sendromu gösteren bir FOUİLLE vakası Nöroloji cilt XI Aralık 1981 Sayı 1-2 Sf. 73-77 Yarıçoğlu Matbaası Ankara.