

Agrafisiz Aleksi: Bir Olgu Sunumu

Yrd. Doç. Dr. Vesile ÖZTÜRK*, Uz. Dr. Beril DÖNMEZ*, Dr. Erdem YAKA*,
Doç. Dr. Görsev G. YENER*

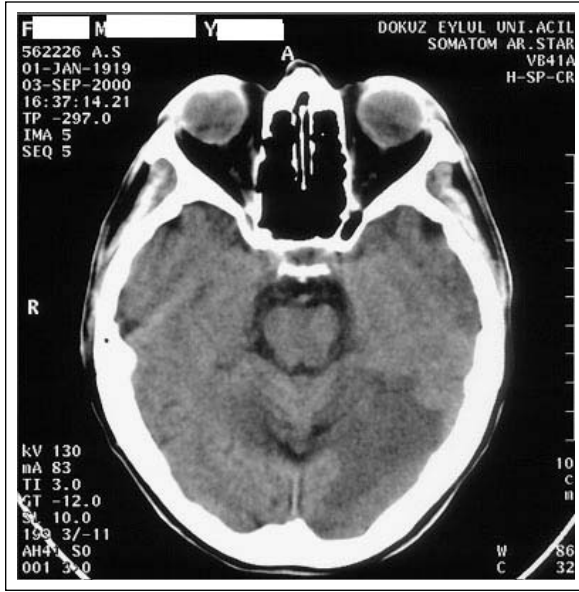
Pür aleksi ya da agrafisiz aleksi, okuma bozukluğu (aleksi) dışında, yazma dahil diğer tüm lisan fonksiyonlarının normal sınırlarda olduğu ilginç bir klinik tablodur (Benson ve Geschwind 1997, Mohr ve Pessin 1992). İlk kez 1891'de Dejerine tarafından klinikopatolojik tanımı yapılmıştır. Agrafisiz aleksiye yol açan lezyonun sol oksipital lob veya korpus kallozum splenium bölgesinde olduğu, sıklıkla da posterior serebral arter (PSA) tıkanıklığına bağlı geliştiği bildirilmiştir (Benson ve Geschwind 1997, Damasio ve Damasio 1983). Bu olgularda en sık rastlanan lezyon, sağ oksipital lob ile sol paryetal lob arasındaki bağlantıyı kesintiye uğratabilecek şekilde sol oksipital lob veya korpus kallozum splenium bölgesindedir. Hastalardaki okuma bozukluğunun nedeni kelimelerin görsel imajlarının dominant angüler girusa ulaşmamasıdır. Bu bildiride tek yakınması okuma bozukluğu olan 81 yaşında bir kadın olgu sunulmuştur.

OLGU

Seksenbir yaşında emekli öğretmen, sağ el dominant kadın hasta, sabah uyandığında gazeteyi okuyamadığını fark etmesi üzerine hastanemiz acil servisine başvurdu. Öyküde bir gün önce sol yüz

yarısında şiddetli ağrı tanımlanması dışında bir özellik saptanmadı. Yapılan fizik muayenede arteriyel kan basıncı 135/80 mmHg, kardiyak nabız 62/dk, kalpte mitral odakta 2/6 sistolik üfürüm, aritmi saptandı. Nörolojik bakıda sağ homonim hemianopi ve sekel olarak değerlendirilen sol periferik fasiyal parezi gözlemlendi. Hasta gösterilen metni okuyamıyor, sadece harfleri tanıyabiliyordu. Kendisi anlamlı cümleler kurup yazabiliyor, dikte edilenleri yazabiliyor, ancak yazdıklarını okuyamıyordu. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon, diabetes mellitus, kalp yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve atrial fibrilasyon olduğu belirlendi. Çekilen elektrokardiyografisinde normal ventriküler yanıtla atriyal fibrilasyon saptandı. Hemogram, eritrosit sedimentasyon hızı, kan glikoz, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, akciğer grafisi normal sınırlarda bulundu. Total kolesterol, trigliserid ve düşük dansiteli kolesterol düzeyi yüksek bulundu. Hastanın ilk çekilen bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT) normal sınırlarda değerlendirildi. İki gün sonra yinelenen BBT tetkikinde sol PSA sulama alanına uyan, oksipitotemporal bölgede hipodens infarkt alanı gözlemlendi (Şekil 1). Servikal doppler ultrasonografi incelemesinde patoloji saptanmadı. Akut gelişen bir tablo olması ve risk faktörleri (yaş, hipertansiyon, atriyal fibrilasyon, hiperlipidemi) nedeniyle iskemik serebrovasküler hastalık olarak değer-

* Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, İZMİR

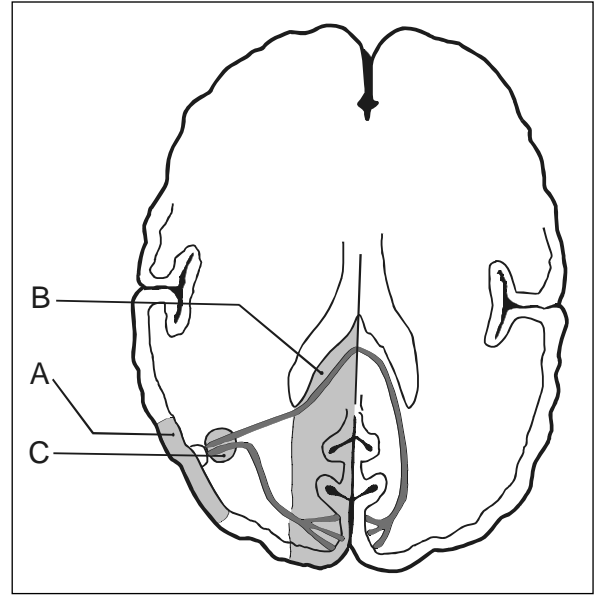


Şekil 1. Agrafisiz aleksili olgudaki sol oksipital enfarkt. Splenium etkilenmesi BBT'de görülmemektedir.

lendirildi ve antiagregan, kısa süreli antiödem, antihipertansif tedavi uygulandı. Hastanın klinikte yattığı dönemde görme alanı defektinde bir değişiklik olmadı. Aleksi tablosunda kısmen düzelme izlendi, birkaç harfi birleştirebildiği gözleendi. Üç ay sonraki poliklinik kontrolünde alekside bir miktar daha düzelme olduğu, heceleyerek bazı kelimeleri okuyabildiği tespit edildi.

TARTIŞMA

Agrafisiz aleksi nadir rastlanan ve en sık serebrovasküler hastalığa bağlı olarak gelişen bir klinik tablodur (Mohr ve Pessin 1992, Öztürk ve ark. 1997, Pillon ve ark. 1987, Stommel ve ark. 1991). Daha nadir olarak multipl skleroz, travma, tümör, ansefalit ve arteriovenöz malformasyona bağlı gelişen olgular bildirilmiştir (Doğulu ve ark. 1996, Mohr ve Pessin 1992). İlk nöropatolojik tanımlama Dejerine tarafından yapılmış, sol oksipital lob ve korpus kallozumun splenium bölgesi klinik bulgularından sorumlu tutulmuştur (Benson ve Geschwind 1997, Damasio ve Damasio 1983, Mohr ve Pessin 1992). Dominant hemisfer angüler girus lezyonlarında görülen agrafili aleksi iyi bilinen bir klinik tablodur. Agrafisiz alekside ise yazma korunmuştur. Çünkü sol motor kortekse gidecek görsel bilgi korpus kallozumun önünden geçer ve agrafisiz alekside bu bölge sağlamdır (Şekil 2). İlk



Şekil 2. Agrafisiz aleksi mekanizması. A-Angüler girus etkilenmesinde aleksi ve agrafi izlenir, B ve C durumlarında agrafisiz aleksi görülür. Ancak olgumuzdaki gibi B durumlarında hemianopi tabloya eşlik eder.

tanımlanan agrafisiz aleksi olgusunda Dejerine, oksipital loblar ve temporopariyetal assosiyasyon alanları arasındaki bağlantıyı kesintiye uğratan lezyonun bu klinik tabloya yol açacağını bildirmiştir. Daha sonra Geschwind sol angüler girusa ulaşan bilateral görsel iletiyi engelleyen herhangi bir lezyonun bu tabloya yol açabileceğini bildirmiştir (Benson ve Geschwind 1997). Nöroradyolojik görüntüleme yöntemlerinin gelişmesiyle benzer klinik özellikli olgularda Dejerine'nin tanımladığı lokalizasyonlara ek olarak daha az sıklıkta rastlanmakla birlikte oksipitotemporal paraventriküler beyaz cevher ve parietookspital ve pariyetal beyaz cevherde lezyonu olan olgular da bildirilmiştir (Damasio ve Damasio 1983, Iragai ve Kritchevsky 1991). İlerleyen inceleme yöntemleriyle büyük bir infarkt olmadan da sol angüler girus ve oksipital lob arasındaki iletiyi bozan bir lezyonun bu diskonneksiyon sendromuna yol açacağı gösterilmiştir (Benson ve Geschwind 1997, Damasio ve Damasio 1983, Silver ve ark. 1988). Aleksi dışında diğer lisan fonksiyonları normal olan olgumuz klinik özellikleri ile tipik bir agrafisiz aleksi olgusuydu. Agrafisiz aleksi tablosuna sıklıkla sağ homonim hemianopi, renk tanıma bozukluğu, daha az sıklıkta rakam

okuma bozukluğu, adlandırma bozukluğu, hesaplama bozukluğu, görsel-uzaysal yetilerde bozukluğun eşlik edebildiği bildirilmiştir (Benson ve Geschwind 1997). Bizim olgumuzda bu bulguların yalnızca sağ homonim hemianopi mevcuttu. Yine tipik bir özellik olarak hastamız tek tek harfleri okuyabiliyor, ancak birleştirerek kelime haline getiremiyordu. Klinik tablo klasik agrafisiz aleksi olmakla birlikte, hastamızdaki lezyon lokalizasyonu beklendiği gibi değildi. Çoğu olguda splenium tutulumu bildirilmekle birlikte, hastamızda splenium tutulumu saptanmamıştır. Klinik özellikleri ile nadir rastlanan bir diskonneksiyon

sendromu olan olgumuz, lezyon yerinin alışık olunmadık özellikte olması nedeniyle ilginç bulunmuş ve tartışılmıştır. Ayrıca, bu hastamızda demans olmaksızın izole kognitif yeti kaybı (pür aleksi) izlenmiştir. Demans tanısı için koşul bilinci açık kişide birden fazla kognitif alanda kaybın olması, ve bu kayıpların kişinin sosyal/gündelik yaşantısını bozmasıdır. Demansiyel sendromlarda, bu tür ani gelişimli öykünün alınması hastalığın doğası hakkında fikir yürütmemize olanak sağlar, özellikle olgumuzdakine benzer ani gelişimli yeti kaybı öyküsü olan hastalarda hastalık doğasının vasküler olabileceğine ait ipucu verebilir.

KAYNAKLAR

Benson DF, Geschwind N (1997) The Alexias, Selected Publications on Language, Behavior, and Epilepsia. N Geschwind, O Devinsky, SC Schachter (Ed), Ch 12, Boston, Butterworth-Heinemann, s.155-193.

Damasio AR, Damasio H (1983) The anatomic basis of pure alexia. *Neurology*, 33:1573-1583.

Doğulu CF, Kansu T, Karabudak R (1996) Alexia without agraphia in multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 61(5):528.

Iragui VJ, Kritchevsky M (1991) Alexia without agraphia or hemianopia in parietal infarction. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 54(9):841-842.

Mohr JP, Pessin MS (1992) Posterior Cerebral Artery Disease, Stroke. HJM Barnett, JP Mohr, BM Stein (Ed), 3. Cilt, ch 17. Tokyo, Churchill Livingstone Inc, s.419-442.

Öztürk V, Kutluk K, İdman F (1997) Posterior serebral arter tıkanmasında hemipleji ve agrafisiz aleksi. *Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, 3:27-29.

Pillon B, Bakchine S, Lhermitte F (1987) Alexia without agraphia in a left-handed patient with a right occipital lesion. *Arch Neurol*, 44:1257-1262.

Silver FL, Chawluk JB, Bosley TM ve ark. (1988) Resolving metabolic abnormalities in a case of pure alexia. *Neurology*, 38:730-735.

Stommel EW, Friedman RJ, Reeves AG (1991) Alexia without agraphia associated with spleniogeniculate infarction. *Neurology*, 41(4):587-588.

Yayınlarımıza online ulaşmak için:

www.cty.com.tr

Çizgi Tıp Yayınevi

Alper Sok. 6/5 Çankaya - ANKARA

Tel: 0312 442 67 92, Faks: 0312 439 65 87, e-mail: info@cty.com.tr