

¹ Serkan KILBAŞ

Çapraz Afazi: İki Olgu Sunumu

² Vedat Ali YÜREKLİ

Crossed Aphasia: Two Case Report

² Hasan Rifat
KOYUNCUOĞLU

³ Aynur KILBAŞ

¹ Rize Üniversitesi Tıp
Fakültesi Nöroloji Anabilim
Dalı, RİZE

² Süleyman Demirel
Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nöroloji Anabilim Dalı,
ISPARTA

³ Rize Üniversitesi Tıp
Fakültesi Biyokimya Anabilim
Dalı, RİZE

Submitted/Başvuru tarihi:
15 02 2009
Accepted/Kabul tarihi:
17 02 2010
Registration/Kayıt no:
09 10 76

Corresponding Address
/Yazışma Adresi:
Dr. Serkan KILBAŞ
e-posta:
serkankilbas@yahoo.com

© 2011 Düzce Medical Journal
e-ISSN 1307- 671X
www.tipdergi.duzce.edu.tr
duzcetipdergisi@duzce.edu.tr

ÖZET

Çapraz afazi, non dominant serebral hemisfer lezyonlarına sekonder olarak ortaya çıkan bir afazi tablosudur. Sağ elini kullananlarda sağ serebral hemisfer lezyonlarına ikincil ortaya çıkan nadir bir afazidir. Değişik serilerde sıklığı %0.4-3.5 olarak belirtilmektedir. Çapraz afazinin nörobiyolojik mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Çapraz afazinin düzelme profili genellikle iyidir. Bu yazıda klinik pratikte nadir rastladığımız sağ elini kullanan çapraz afazili iki hastamız ilginç oldukları için sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Çapraz afazi,sağ serebral hemisfer,

ABSTRACT

Crossed aphasia is an aphasic syndrome secondary to the non dominant hemispheric lesions. Aphasia due to a right cerebral hemispheric lesion in a right-handed individual is rare. Its incidence varies from 0.4% to 3.5% . The neurobiological mechanism of crossed aphasia is unknown. The recovery profile of crossed aphasia is generally good. In this paper, we present two cases of crossed aphasia in monolingual right handed patients. These cases are found interesting to be reported because it is a rare condition in clinical practice.

Key words: Crossed aphasia, right cerebral hemisphere

GİRİŞ

Çapraz afazi (cross aphasia), non-dominant serebral hemisfer lezyonlarına sekonder olarak ortaya çıkmaktadır ve sağ elini kullanan kişilerde sağ hemisfer lezyonlarından sonra ve %0.4-3.5 sıklıkta görülmektedir (1-2). Nörolojik olarak mekanizması tam bilinmemekle birlikte, dil fonksiyonunun lateralizasyonun gelişiminin durması, sağ hemisferdeki ani lezyonunun sol hemisferdeki sessiz lezyonu aktive etmesi, dominant elin ipsilateral kontrolü ve lisan fonksiyonlarının dual temsiliyle açıklanmaktadır. Prognozunun genellikle iyi olduğu ve klinik düzelmenin çoğunlukla duysal afaziye geçiş ile başladığı bildirilmiştir (5).

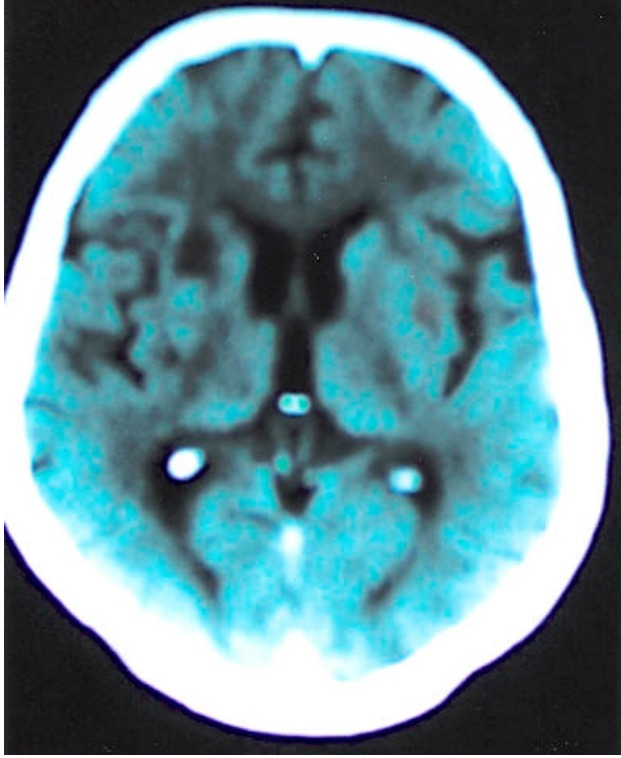
Burada kliniğimizde izlediğimiz 2 çapraz afazili olgu sık görülmemesi nedeniyle sunulmaktadır.

OLGU 1: Özgeçmişinde 10 yıldır hipertansiyon ve diyabet tanlarıyla takip edilen 74 yaşındaki erkek hasta, konuşamama ve sol tarafda güçsüzlük şikayetiyle acil servisimize getirildi. Sağ elini kullanan hastanın nörolojik muayenesinde bilinç konfü, afazik, sol santral fasiyal paralizi, sol hemiparezi (kas gücü kuvveti üstte 2/5, altta 3/5 düzeyinde) ve solda Babinski reflexi (+)'liği tesbit edildi. Akut dönem beyin tomografisinin normal olması üzerine çekilen kontrol Beyin MRG (Magnetik Resonans Görüntüleme)'sinde sağ MCA sulama alanında infarkt ile uyumlu alanlar görüldü.Yaklaşık 3 haftalık takip ve tedavinin ardından yaptığımız Gülhane afazi testinde orta duysal komponentli motor afazik olduğu görüldü (4). Yaklaşık 2 ay sonraki kontrolünde konuşmasında düzelmelerin olduğu görüldü fakat serebral infarktın 3 ay sonra myokard infarktüsü sonucu exitus olması nedeniyle uzun süreli klinik takibi yapılamadı.

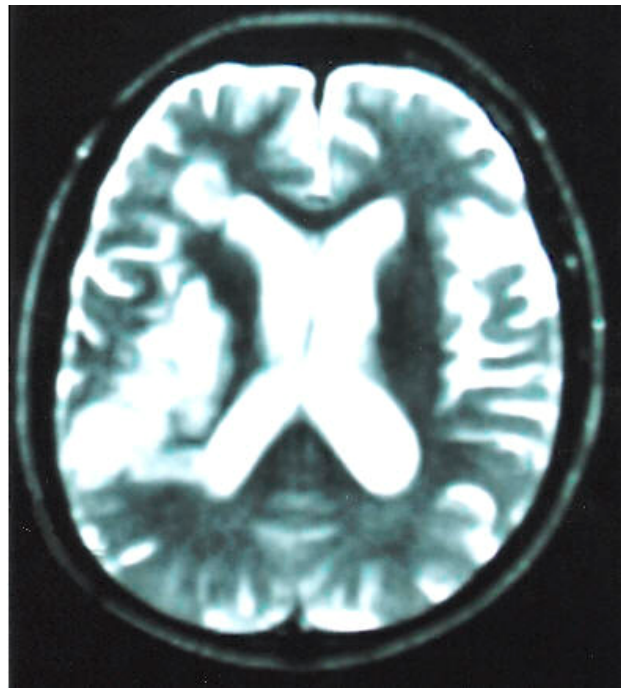
OLGU 2: Altmışyedi yaşındaki erkek hasta bilinç bulanıklığı, sol kol ve bacakta güçsüzlük, konuşamama şikayetiyle acilimize getirildi. Özgeçmişinde hipertansiyon, kompanse renal yetmezlik bulunmaktaydı. Sağ elini

kullanmaktaydı. Nörolojik muayenesinde bilinç hafif letarjik, afazik, solda silik santral fasial paralizi, sol hemiparezi (kas gücü kuvveti üstte 1/5, altta 2/5 düzeyinde) ve solda Babinski belirtisi (+)'liği vardı. Akut dönem beyin bilgisayarlı tomografisi (Beyin BT) normaldi. Hasta kliniğimize yatırıldı ve 48 saat

sonra çekilen kontrol beyin BT sinde sağ kaudat nükleus komşuluğunda iskemik infarkt alanı görüldü. 2 haftalık takip ve tedavinin ardından yaptığımız Gülhane afazi testinde hastanın halen daha "total afazik" olduğu tesbit edildi. Bir yılı aşan takiplerinde afazisinde hiçbir çözülme olmadı.



Şekil 1: Sağ MCA infarktını gösteren kranial MRI



Şekil 2: Sağ kaudat nükleus komşuluğunda infarktın görüldüğü beyin tomografisi

TARTIŞMA

Serebral hemisferlerin hiç biri tüm işlevler için dominant değildir. Dolayısıyla yüksek serebral fonksiyonların bir bölümü sol, diğer bölümü sağ hemisfer tarafından gerçekleştirilir. Yapılan çalışmalarda sol hemisferin genellikle lisanla ilişkili işlevlerde, sağ hemisferin ise vizüospasyal işlevlerde daha üstün olduğunu göstermiştir ancak zaman zaman iki fonksiyonda sağ hemisferde gerçekleştirildiği de bildirilmiştir (1,2). Sağ elini kullananlarda %95, sol elini kullananlarda ise %60 oranında sol hemisferin baskın olduğu başka bir çalışmada belirtilmiştir (1). Lisan ile ilgili serebral dominansı değerlendirmede en kolay yol kişinin el tercihidir. Bu anlamda sağ elini kullanan bireylerin %99'u lisan için sol hemisfer dominansına sahipken, sol elini kullananlar için ise bu oran %70'tir (2). Genetik kökenin etkin olduğuna dair yayınların yanı sıra lisanın kompleks ve dinamik bir süreç olduğunu ve henüz yüksek kortikal fonksiyonların anatomik olarak yerleşiminin tam olarak bilinmemesinin getirdiği bir yanılsama olduğunu iddia eden yayınlar da vardır (3,4).

Sağ elini dominant kullanan bireylerde, sağ hemisfer lezyonu sonucu gelişen afazilerde ya da sağ elini dominant kullanıp, sol hemisfer lezyonu sonrası lisan fonksiyonları normal kalan hastalarda çapraz afaziden bahsedilir. Çapraz afazi ilk defa 1899 yılında Bramwell tarafından tanımlanmıştır. Değişik serilerde sıklığı %0.4-3.5 olarak bildirilmiştir (5). Çapraz afazinin teşhisi için, sağ elini kullanma, ailede solaklığın olmaması, çocukluk çağında geçirilmiş beyin hasarı hikayesinin olmaması ve sol serebral hemisfere ait nörolojik görüntüleme tetkiklerinin normal olması gerekmektedir (5,6). Hastalarımız çapraz afazinin tanısı için gereken bu ölçütleri taşımaktaydı.

Aleksander ve ark. çapraz afaziye ikiye ayırmışlar ve buna göre, çapraz afazi olgularının yaklaşık %75'inde, tıpkı sol hemisfer lezyonlarında olduğu gibi, sağ hemisfer dil korteksinin anterior yapılarının hasarında motor ağırlıklı afazi, posterior yapılarının hasarında ise anlama kusurunun ön planda olduğu afazi sendromları görülmektedir ki, buna ayna imajlı (mirror image) afazi denilmektedir. Geri kalan olgularda ise anterior hasarda anlama kusuru ağırlıklı, posterior hasarda motor ağırlıklı afazik sendromlar

ortaya çıkmakta buna da kısmi pozitif afazik tip denilmektedir (5). Birinci vakamızda orta derecede duysal komponentli motor afazinin olması ayna hayali afaziye desteklemektedir. İkinci vakamızda ise sağ hemisferde küçük bir lezyona sekonder pür motor afazi mevcuttu ve kısmi pozitif afazik tip olan kural dışı afaziye uymaktaydı.

Bu vakalarda dikkati çeken bir diğer özellik konuşma, yazma ve sesli okumada ortaya çıkan agramatizm ve yine vakaların büyük çoğunluğunda meydana gelen mutizmdir. Bu tablo çocukluk çağı afazilerine benzerlik göstermekte olup, bu da bilateral hemisferik dominans lehine bir bulgu olarak düşünülmektedir (6).

Çapraz afazinin prognozu iyidir. Çapraz afazinin kısa sürede iyileşmesi, işlevlerin beynin diğer hemisferindeki eş bölgelerce üstlenilmesi şeklinde açıklansa da mekanizma tam olarak açığa çıkarılamamıştır (5). Raymer ve Bandy sağ frontal lob lezyonlu bir hastada çapraz tutuk afazi tespit etmiş ve bromokriptin tedavisinden faydalandığını gözlemişlerdir (7). Bizim ilk olgumuzun serebral infarktın 2 ay sonraki ilk kontrolünde, afazinin duysal bölümünde düzelmelerin olduğunu gördük fakat 3 ay sonra anterior myokard infarktüsü sonucunda exitus olması nedeniyle klinik takibini yapamadık. İkinci olgumuzun ise yaklaşık 1 yıllık takibi sonrasında afazisinde hiçbir düzelme görmedik. Bu olgumuzun özgeçmişinde uzun süredir kronik böbrek yetmezliği nedeniyle takip edildiği, üreminin nöronal kayıplara neden olduğunu ve alttaki ensefalopati tablosunun iyileşmeyi etkilediğini düşündük. Her iki olgumuza da bromokriptin tedavisi vermeyip spontan iyileşmelerin olmasını bekledik.

Sonuçta; nadir görülen ve mekanizması henüz tam olarak bilinmeyen bu durumun olgu sunumları ve fonksiyonel nörogörüntüleme tetkikleriyle desteklenmesi ilerde altta yatan nedene yönelik önemli bilgiler ortaya çıkaracağı kanısını taşımaktayız.

KAYNAKLAR

1. Small SL: Aphasia rehabilitation In: Lazar RB ed. Principles of Neurologic Rehabilitation. New York: Mv Graw-Hill, 517-551, 1998.
2. Jeffrey L.Cummings, Michael R.Trimble: Nöropsikiyatri ve Davranış Nörolojisi(çeviri editörü Gülden Akdal-Görsev Yener);87-103, 2003.
3. Trojano L: Patterns of recovery and change in verbal and nonverbal functions in a case of crossed aphasia: implications for models of functional brain lateralization and localization. Brain Language. 46: 637-61, 1994.
4. Tanrıdağ O. Afazi.3-184, 1995.
5. Akdal G, Baklan B, Genç A, Cakmur R: Crossed Aphasia Report of Two Cases. Journal of Neurological sciences. Norol Bil D.16;3, 1999.
6. Kurne A, Arsava EM, Selekler K: Bir izole çapraz afazi olgusu. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi. 7:3;173-175, 2001.
7. Raymer AM, Bandy D, Adair JC, et al: Effect of bromocriptine in a patient with crossed nonfluent aphasia: a case report. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 82: 139-44, 2001.