



Whipple operasyonunun ikinci yılında gelişen Wernicke ensefalopatisi olgusu

A case of Wernicke encephalopathy in the second year after whipple surgery

© Cem Bölük, © Banu Özen Barut, © Ülkü Türk Börü

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Turkey

Özet

Wernicke ensefalopatisi, tiamin eksikliğine bağlı, mortalitesi ve morbiditesi yüksek, nadir görülen nörolojik bir hastalıktır. Hastalığın klinik triadı konfüzyon, ataksi ve oftalmoparizidir. Klasik olarak alkol bağımlılarında görülmekle birlikte son yıllarda alkol bağımlılığı olmayan kişilerde de malignite, hiperemesis ve geçirilmiş cerrahi operasyonlara bağlı vakalar bildirilmiştir. Biz de, alkol bağımlılığı olmamasına karşın, pankreas malignitesi nedeniyle 2 yıl önce Whipple cerrahisi geçiren ve son zamanlarda alkol tüketmeye başlayan, Wernicke Ensefalopatisi gelişmesine bu iki faktörün bir arada sebep olduğunu düşündüğümüz bir olgu sunmayı amaçladık.

Anahtar Sözcükler: Alkolizm; ataksi; genel cerrahi; konfüzyon; oftalmopleji; tiamin; Wernicke ensefalopatisi; Whipple.

Wernicke ensefalopatisi (WE), tiamin eksikliğine bağlı, mortalitesi ve morbiditesi yüksek, nadir görülen nörolojik bir hastalıktır. Hastalığın klinik triadı bilinç bozukluğu, postür-yürüme dengesizliği ve nistagmus-oftalmopleji'dir.^[1] Fakat klasik triad hastaların yalnızca %16'sında bir arada bulunmaktadır.^[2] Son yıllarda WE konusunda farkındalık artışı olmasına karşın erişkin ve çocuklarda tanı hâlâ hiç de az olmayan oranlarda atlanmaktadır.^[3] Otopsi serilerinde klinik çalışmalardan çok daha yüksek oranda WE sıklığı belirtilmiştir.^[2] Tanının gecikmesi Korsakoff sendromuna sebep olabilmekte ve %20 oranında mortal seyredebilmektedir.^[1] Klasik olarak alkol bağımlılarında görülmekle birlikte son yıllarda alkol bağımlılığı olmayan kişilerde de malignite, hiperemesis, açlık grevleri ve geçirilmiş cerrahi operasyonlara bağlı vakalar bildirilmiştir.^[4,5] Karbonhidrattan zengin beslenme ve yüksek kalori alımı tiamin ihtiyacını arttırmaktadır. Önerilen tiamin alımı günlük ortalama 1.4 mg ya da her 1000 kcal alımı için 0.5 mg tiamin şeklindedir.^[6]

Abstract

Wernicke encephalopathy is a rare neurological condition caused by tiamin deficiency and it has high morbidity and mortality rate. The disease is characterized by classical triad; confusion, ataxia and ophthalmoplegia. Although it is classically seen in alcoholic patients, some cases were reported due to malignity, hyperemesis and surgeries in patients who did not have any alcohol addiction. In this paper, we aimed to report a case who had no alcohol addiction despite he started to consume some in recent months, but who had history of Whipple surgery.

Keywords: Alcoholism; ataxia; general surgery; confusion; ophthalmoplegia; thiamine; Wernicke encephalopathy; Whipple.

Bu yazıda, alkol bağımlılığı olmamasına karşın son birkaç ayda alkol tüketmeye başlayan (3–4 bira 75–100 gr/gün etanol) ve 2 yıl öncesinde pankreas malignitesi nedeniyle Whipple cerrahisi geçiren, WE gelişmesine bu iki faktörün bir arada sebep olduğunu düşündüğümüz bir vaka sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

46 yaş erkek hasta, çift görme anlamsız konuşmalar ve yürüyememe nedeniyle acil servise getirildi. Özgeçmişinde, 2 yıl önce pankreas malignitesi (adenokarsinom) nedeniyle Whipple cerrahisi geçirmiş olması dışında özellik yoktu. Nörolojik muayenesinde hasta konfüze idi, horizontal göz hareketleri kısıtlı ve vertikal nistagmusu mevcuttu. Hasta ataksisi nedeniyle yürütülemedi. Ateş ve ense sertliği yoktu. Diğer sistem muayeneleri ve vital bulguları doğaldı. Çekilen kranial Manyetik Rezonans (MR) T2, flair ve difüzyon ağırlıklı görüntülemesinde bilateral talamus medial yüzlerinde ve periventriküler bölgede hiperin-



tensite saptandı (Şekil 1, 2).

Hastanımızda tiamin düzeyi bakılmadığından serum tiamin düzeyi ölçülemedi. Diğer biyokimyasal ve laboratuvar incelemeleri normal saptandı. Beyin omurilik sıvısında (BOS) hücre görülmedi, protein 40mg/dl, glukoz 70 mg/dl bulundu. Diğer BOS parametreleri normal saptandı. Öykü derinleştirildiğinde hastanın son aylarda günde 3–4 bira (75–100 gr/gün etanol) tüketimi olduğu öğrenildi.

1 hafta boyunca günde 3 defa 200 mg dozundan tiamin tedavisi uygulandı. Ülkemizde tiamin preparatı bulunmadığından Bemiks Kompoze® (25 mg tiamin, 2 mg riboflavin, 5 mg piridoksin, 50 mg niasinamid ve D-pantenol içermektedir) 3x8 ampül intravenöz olarak uygulandı. Hastanın göz hareketleri ve konfüzyonu ikinci günden itibaren dramatik düzelme gösterdi. Bir haftanın sonunda koridorda tek taraflı destekle yürürebilir hale gelen hasta 100 mg/gün oral tiamin tedavisi ile taburcu edildi.

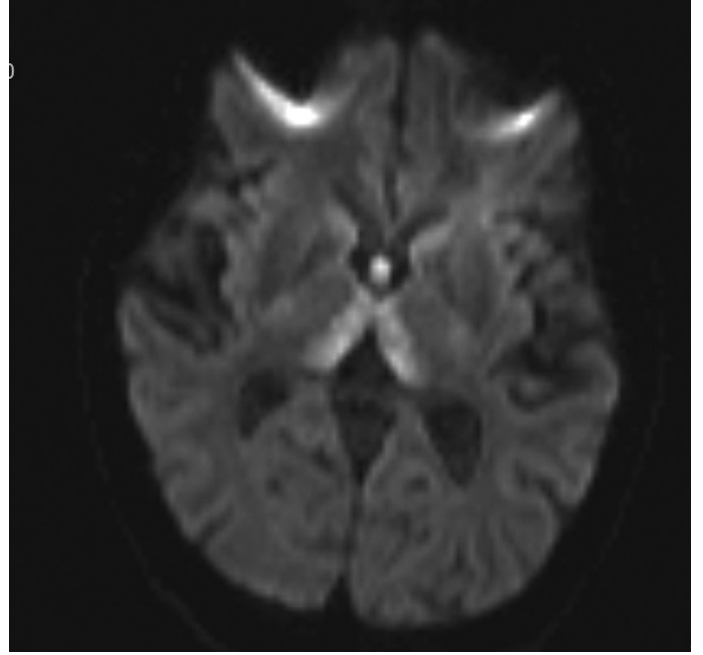
Tartışma

Beslenme ile yeterli tiamin alımı sağlandığında kronik alkol tüketimi Wernicke Ensefalopatisine sebep olmamaktadır.^[7] Alkolik kişilerde yapılan post-mortem incelemede, WE yalnızca %12 oranında görülmüştür.^[8] Erişkinlerde 1 aya kadar yeterli olabilecek tiamin rezervi bulunmaktadır ve günlük gereksinim yalnızca 1.2 mg'dır.^[9] Tiamin çoğunlukla duodenum ve mideden emilmektedir.^[10] Gastrointestinal cerrahi işlemler ise emilim bozukluğu yarattığından WE gelişmesi için önemli risk faktörleridir.^[11]

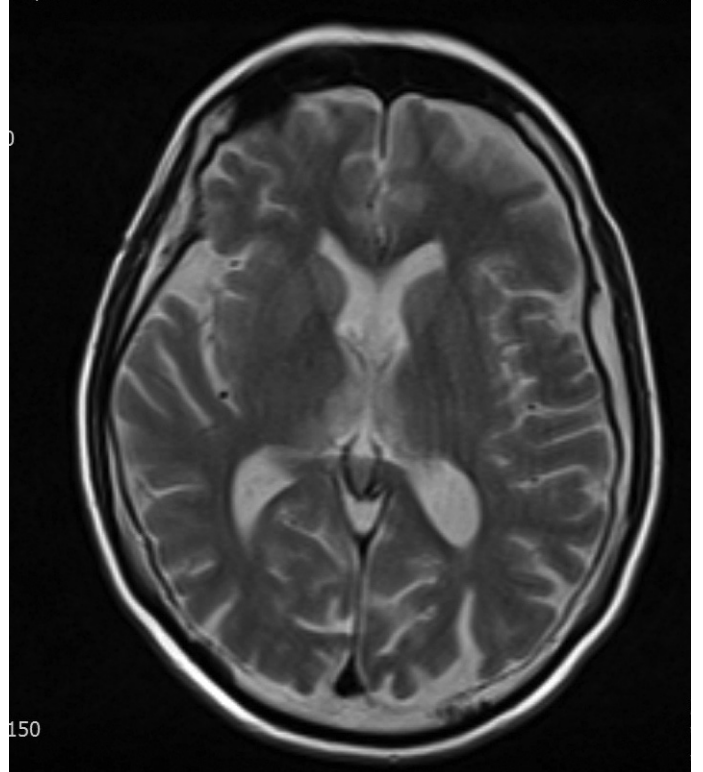
Pankreas kanserleri arasında en sık görülen tür, vakamızda olduğu gibi adenokarsinomdur. Ameliyat tek kür şansıdır. Öpene edilebilen hastalarda üç yıllık sağ-kalım %30 civarında bildirilmiştir.^[12] Whipple ameliyatı sırasında pankreasın başı, safra kanalının bir kısmı, safra kesesi ve duodenum çıkarılır.^[13] Öpene olmamış hastalar arasında WE olgusu bildirilmemiştir. Literatürde gastrointestinal cerrahiler sonrası WE gelişen olguların büyük kısmının operasyon sonrası 2 hafta ile 18 ay arasında gelişmiş olduğu gösterilmekle birlikte, 13 yıla kadar uzamış sürelerde WE olguları bildirilmiştir.^[14,15]

MR görüntüleme tanıda en güvenilir yöntem olarak kabul edilmektedir. WE tanısında MR %93 spesifisite ve %53 sensitivite oranına sahiptir.^[16] Tipik olarak T2, FLAIR ve Difüzyon sekanslarında bilateral medial talamus, mamiller cisimler, hipotalamus gibi üçüncü ventrikül çevresindeki orta hat yapılarında hiperintensite gözlenmektedir.^[17] Olgumuzda da tipik MR bulguları görülmüştür.

WE şüphesi durumunda, özellikle klasik semptomların 1 ya da fazlası mevcut ise mümkün olduğunca hızlı şekilde tiamin replasmanı yapılması önerilmektedir.^[18] Hastalar günde 2 ya da 3 defa 100–500 mg dozunda intravenöz tiamin replasmanı alabilir. İlk günler içerisinde hızlı klinik düzelme görülmesi durumunda tedavi 5 gün ya da daha uzun olacak şekilde devam ettirilip sonrasında oral replasman ile takip edilir.^[18,19] Olgumuzda da tedaviye hızlı yanıt gözlenmiş ve klinik bulgular



Şekil 1. Difüzyon ağırlıklı görüntüleme de bilateral talamus medial yüzlerinde hiperintensite.



Şekil 2. T2 ağırlıklı görüntüleme de bilateral talamus medial yüzlerinde hiperintensite.

günler içerisinde düzelmiştir.

Sonuç olarak WE, nadir görülmesi ve ayırıcı tanıda Miller Fisher Sendromu gibi diğer hastalıklarla karışması nedeniyle tanısında ve tedavisine gecikmeye neden olabilen ciddi bir has-

talıktır. Etiyolojik faktörler arasında geçirilmiş gastrointestinal cerrahi varlığı unutulmamalıdır. Son yıllarda giderek yaygınlaşan malignite ve obezite cerrahisi sonrasında WE ve benzeri komplikasyonlar önem kazanmaktadır. Tedaviye erken başlanması kalıcı nörolojik defisitlerin azalması için önemlidir.

Yazar katkıları: Bu çalışma hazırlanırken tüm yazarlar katkı sağlamıştır.

Çıkar çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bildirmemiştir.

Kaynaklar

1. Sechi G, Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol* 2007;6:442–55.
2. Harper CG, Giles M, Finlay-Jones R. Clinical signs in the Wernicke-Korsakoff complex: a retrospective analysis of 131 cases diagnosed at necropsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1986;49:341–5.
3. Azim W, Walker R. Wernicke's encephalopathy: a frequently missed problem. *Hosp Med* 2003;64:326–7.
4. Başoğlu M, Yetimlar Y, Gürgör N, Büyükçatalbaş S, Kurt T, Seçil Y, et al. Neurological complications of prolonged hunger strike. *Eur J Neurol* 2006;13:1089–97.
5. Galvin R, Bräthen G, Ivashynka A, Hillbom M, Tanasescu R, Leone MA; EFNS. EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy. *Eur J Neurol* 2010;17:1408–18.
6. Davis RE, Icke GC. Clinical chemistry of thiamin. *Adv Clin Chem* 1983;23:93–140.
7. Shaw S, Gorkin BD, Lieber CS. Effects of chronic alcohol feeding on thiamin status: biochemical and neurological correlates. *Am J Clin Nutr* 1981;34:856–60.
8. Torvik, A. Wernicke's encephalopathy-prevalence and clinical spectrum. *Alcohol Alcohol Suppl* 1991;1:381–4.
9. Martin PR, Singleton CK, Hiller-Sturmhöfel S. The role of thiamine deficiency in alcoholic brain disease. *Alcohol Res Health* 2003;27:134–42.
10. Reidling JC, Subramanian VS, Dudeja PK, Said HM. Expression and promoter analysis of SLC19A2 in the human intestine. *Biochim Biophys Acta* 2002;1561:180–7.
11. Haid RW, Gutmann L, Crosby TW. Wernicke-Korsakoff encephalopathy after gastric plication. *JAMA* 1982;247:2566–7.
12. Um JE, Chien MW, Earle CC. Prognostic factors following curative resection for pancreatic adenocarcinoma: a population-based, linked database analysis of 396 patients. *Ann Surg* 2003;237:74–85.
13. Strasberg SM, Drebin JA, Soper NJ. Evolution and current status of the Whipple procedure: an update for gastroenterologists. *Gastroenterology* 1997;113:983–94.
14. Grace DM, Alfieri MA, Leung FY. Alcohol and poor compliance as factors in Wernicke's encephalopathy diagnosed 13 years after gastric bypass. *Can J Surg* 1998;41:389–92.
15. Singh S, Kumar A. Wernicke encephalopathy after obesity surgery: a systematic review. *Neurology* 2007;68:807–11.
16. Antunez E, Estruch R, Cardenal C, Nicolas JM, Fernandez-Sola J, Urbano-Marquez A. Usefulness of CT and MR imaging in the diagnosis of acute Wernicke's encephalopathy. *AJR Am J Roentgenol* 1998;171:1131–7.
17. Chung SP, Kim SW, Yoo IS, Lim YS, Lee G. Magnetic resonance imaging as a diagnostic adjunct to Wernicke encephalopathy in the ED. *Am J Emerg Med* 2003;21:497–502.
18. Thomson AD, Cook CC, Touquet R, Henry JA; Royal College of Physicians, London. The Royal College of Physicians report on alcohol: Guidelines for managing Wernicke's encephalopathy in the accident and emergency department. *Alcohol Alcohol* 2002;37:513–21.
19. Day E, Bentham P, Callaghan R. Thiamine for Wernicke-Korsakoff Syndrome in people at risk from alcohol abuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;CD004033.