

Atipik Semptomlarla Baş Vuran Bir Multipl Skleroz Olgusu

Dr. Hikmet Yılmaz¹, Dr. A. Cemal Özcan¹, Dr. A. Münife Müftüoğlu Neyal²,
Dr. Atilla İlhan¹, Dr. M. Ali Bereketoğlu¹, Dr. Hakan Ekmekçi¹

Multipl skleroz (MS)'da klinik semptomatoloji çok zengin olmakla birlikte akut bilinç kaybı ve hemipleji semptomları sık görülmez. Bu çalışmada akut gelişen bilinç kaybı ve sağ hemipleji kliniği ile gelen ve daha önce benzer bir atak tanımlamayan 26 yaşında bir kadın olgu irdelendi. Yapılan tetkiklerden sonra diğer akut bilinç kaybı ve hemipleji nedenleri dışlandı. Olgunun manyetik rezonans (MR) görüntülemesi ve diğer laboratuvar tetkiklerinde multipl sklerozu destekleyen bulguları nedeniyle MS tanısı ile izleme alındı. Yüksek doz metil prednizolon tedavisinden sonra genel durumu düzelen, nörolojik muayene bulguları tama yakın gerileyen ve iki yıldır izlenmekte olan hastanın kliniği ve izlem özellikleri tartışıldı. [Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 1997;4(1):120-122]

Anahtar Kelimeler: Multipl skleroz, bilinç kaybı, hemipleji

A Multiple sclerosis case presenting with atypical symptoms

Though the clinical symptomatology in multiple sclerosis (MS) is fairly abundant, the symptoms of loss of consciousness and hemiplegia developed acutely are not seen frequently. In this study, 26-year old woman coming with loss of consciousness and hemiplegia developed acutely and not describing a similar attack previously is evaluated. Encephalitis and cerebrovascular accident were excluded with prime examination. She was hospitalised to evaluate on behalf of vasculitis and demyelinating diseases. Immediately after the evaluation with the view of vasculitis, a 1000mg methylprednisolone daily therapy was started. This patient whose vasculitis examinations were negative, general status proved well after steroid therapy. Neurological examination findings decreased nearly total and magnetic resonance (MR) imaging supported MS was accepted as MS case. The clinic and the course of patient followed for 15 months are discussed. [Journal of Turgut Özal Medical Center 1997;4(1):120-122]

Key Words: Multiple sclerosis, consciousness, hemiplegia

Ani başlayan bilinç bozukluğu ve hemipleji ile nöroloji acil birimine gelen olguların ayırıcı tanısında serebrovasküler olaylardan ensefalitlere, menenjitlerden vaskülitlere, hatta disosiyatif klinikle seyreden psikiyatrik tablolara kadar pek çok hastalık

düşünülebilir. Ayırıcı tanıda demiyelinizan hastalıklarda bildirilmiştir, ancak multipl sklerozda ani başlayan bilinç bozukluğu sık görülmez.

¹ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Malatya

² Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Gaziantep

31. Türkiye Nöroloji Kongresinde “24-28 Eylül 1995, Kapadokya” sunulmuştur.

Bu sunumumuzda ilk atak olarak bilinç bozukluğu ve sağ hemipleji ile baş vuran bir multipl skleroz olgusu bildirilmiş ve klinik, laboratuvar ve radyolojik bulguları tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

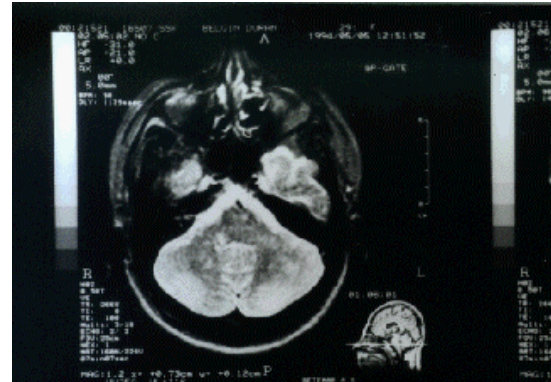
26 yaşında kadın hasta ani gelişen genel durum bozukluğu, uykuya eğilim, yürüyememe, konuşamama, beslenememe yakınmalarıyla yakınları tarafından polikliniğimize getirildi. Öyküsünde; 10 gün önce sağ kol ve bacakta kuvvetsizlik yakınması başladığı, bir başka hastanede serebrovasküler hastalık ön tanısıyla yatırılarak tedavi edildiği ve yatışından 4 gün sonra taburcu edildiği öğrenildi. Ancak sonraki günlerde yakınmalarının giderek artması, klinik tabloya konuşma bozukluğunun eklenmesi, son üç gündür yeterli beslenememe, genel durum bozukluğu, kooperasyon bozukluğu ve uykuya eğilimi olması nedeniyle hasta beslenemediği, sürekli uyuduğu, uyanık olduğu dönemlerde sürekli bağırdığı ve bu nedenle hastanemize kabul edildiği günün sabahında, daha önce tedavi edildiği hastanede sedasyon amacıyla intramusküler olarak birer ampul largaktil, nörodol ve akineton uygulandığı, bundan sonra bağırmasının kısmen azaldığı ancak boynunda bir kasılma başladığı öğrenildi. Yapılan ilk muayenesinde uykuya meyilli olduğu, kooperasyon kurulamadığı, sağ nazolabial oluşun minimal silik olduğu, sağ alt ekstremitenin plejik, sağ üst ve sol alt ekstremitede 3/5 kuvvet kaybı olduğu görüldü. Derin tendon refleksleri bilateral canlı ve plantar cevaplar bilateral ekstansördü.

Laboratuvar tetkiklerinde; tam kan sayımı, tam idrar tetkiki, rutin biyokimya tetkikleri, tekrarlanan eritrosit sedimentasyon hızı sonuçları, PA akciğer grafisi, EKG, EKO, transözafageal EKO normal; ASO, CRP, Latex, anti-HIV, ANA, anti-DNA, paterji testleri negatifti. Elektroensefalografi (EEG), bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT), beyin omurilik sıvısı (BOS) rutin incelemesi normal olarak bulundu. BOS'ta oligoklonal band pozitif olarak bulundu. Klinik bulgular ile birlikte EEG, BOS ve BBT'nin normal olması merkezi sinir sistemi enfeksiyonu düşündürmüyordu. Vaskülit veya demiyelinizan hastalık ön tanılarıyla kliniğimize kabul edildi. Ayırıcı tanı yönünden tetkikler tamamlandıktan sonra 1gr/gün IV metil prednisolon tedavisine başlandı. Tedaviyle nörolojik defisitlerde

hızlı bir düzelme gözlemlendi. İkinci günde kısmen kooperasyon kurulabilmeye başlandı, daha sonraki günlerde kuvvet kaybı hızla azaldı ve tedavi bir haftaya tamamlandı. Hastalığın 10.cu gününde yardımla yürümeye başlayan, ikinci haftanın sonunda nörolojik muayene bulgularında belirgin düzelme gösteren hastamıza MS ön tanısı ile beyin MR tetkiki planlandı. MR tetkikinde T₂ ağırlıklı axial kesitlerde; beyaz cevher dağılımlı, özellikle yan ventriküller ile ventriküllerin frontal ve oksipital boynuzları çevresinde, beyin sapında yer alan, irregüler, çapları 0.5 ile 3 cm arasında değişen, farklı yaşlarda, hiperintens plaklar gözlemlendi (Resim 1, 2). Plakların yaşlarının farklı olmasıyla akut demiyelinizan dissemine ensefalomyelitten (ADEM) ayırıcı tanısı yapılan hastanın kendi kendisine tedavisini kestiği bir dönemde steroid tedavisine yanıt veren ikinci bir sağ hemiparezi atağı olması üzerine Poser kriterlerine göre "Klinik Kesin MS" tanısı kondu. Hasta halen kontrolümüzde izlenmektedir.



Resim 1. Ventrikül gövdesine bitişik, bilateral periventriküler beyaz cevher lezyonları. Ventrikül posterior hornlarına bitişik hiperintens lezyonlar (T₂ ağırlıklı kesit)



Resim 2. Ponsta sağda hiperintens lezyon. (T₂ ağırlıklı kesit)

TARTIŞMA

Demiyelinizan hastalıklar arasında MS ilk sırada yer alır. Optik sinir, serebellum ve piramidal sistem bulgularıyla karakterize; genellikle klinik olarak remisyon-relaps atakları ile seyreden bu hastalıkta ani başlayan bilinç kaybı ile birlikte hemipleji sık görülmez (1). Klasik klinik seyirle başvuran hastalarda tanı kolayca konabilmekle beraber; sık görülmeyen semptomlarla başladığında demiyelinizan hastalıkları bilinç bozukluğu ile giden diğer hastalıklardan ayırdetmek kolay değildir.

BBT artık ülkemizde de bir çok sağlık merkezinde yaygın olarak bulunan ve kullanılan bir tetkik aracıdır. Ancak demiyelinizan hastalıkların tanısında bu tetkik güvenilir değildir. MR tetkiki beyaz cevher lezyonları için sensitif olduğundan MS de tercih edilen görüntüleme yöntemidir (2). Klinik olarak kesin MS tanısı alan hastaların beyin MR tetkiklerinde %70-100 oranında T₂ ağırlıklı sekanslarda hiperintens lezyonlar izlenmektedir (3). Lezyon dağılımı yönünden en sık rastlanan lezyonlar periventriküler olup, trigona ve lateral ventriküllere komşu lezyonlar %96 oranında, oksipital horn komşuluğunda %83, frontal horn komşuluğunda %73 sıklıktadır (4). Bir grup araştırmacı MS tanısında infratentoriyel lezyonların varlığının önemini vurgulamıştır (5). Bu yazarlar geliştirdikleri üç kriterden (1- lezyonun 6 mm'den büyük olması, 2- ventrikül gövdesine bitişik hiperintens lezyon bulunması, 3- infratentoriyel lezyon bulunması) en az ikisinin yaklaşık tüm MS hastalarında izlendiğini ve bu "üçte iki" kriterinin sensitivitesinin %81, spesivitesinin %96 olduğunu bildirmişlerdir. Farlow, Frederiksen, Paty, Lee ve diğerlerinin yaptıkları çalışmalar MS tanısında en sensitif yöntemin MR olduğunu göstermiştir (6).

Bilinç bozukluğu ve hemipleji ile gelen olgularda daha önceki bir atak öyküsü olmasa bile serebrovasküler hastalık, merkezi sinir sistemi enfeksiyonu, travma ve benzeri hastalıkların yanı sıra seyrek görülsede MS'un da akılda tutulması gerektiğini ve bu olgularda MR tetkiki ile ayırıcı tanının yapılması gerektiğini düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Francis GS, Antel JP, Duquette P. İnflamatory Demiyelinating Diseases of the Central Nervous System. Neurology in Clinical Practise. Principles of Diagnosis and Management. 1992;1:1113-66.
2. Fadiloğlu Ş. MS'un Nöropatolojisi. Nörolojik Bilimler Dergisi 1994;11(3-4): 283-8.
3. Tunçbay T. MS'un Klinik Özellikleri. Nörolojik Bilimler Dergisi 1994 :11(3-4): 249-66.
4. Karabudak R. MRG'nin MS tanı ve tedavisine katkıları. Nörolojik Bilimler Dergisi 1994;11(3-4): 283-8.
5. Lee KH, Hashimoto SA, Hooge JP, et al. Magnetic resonance imaging of the head in the diagnosis of multiple sclerosis: A prospective 2 year follow-up with comparison of clinical evaluation, evoked potentials, oligoclonal banding and CT. Neurology 1991;41: 657-60.
6. Goodkin DE, Rudick RA, Ross JS. The use of brain magnetic resonance imaging in multiple sclerosis. Arch Neurol 1994 : 51: 505-16.

Yazışma adresi: Dr. Hikmet YILMAZ
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nöroloji ABD
44300 MALATYA
Tel: 0 (422) 3255051
(Ev) 3235795