



ODÜ Tıp Dergisi / *ODU Journal of Medicine*
http://otd.odu.edu.tr

Olgu Sunumu

Odu Tıp Derg
(2015) ek:18-21

Case Report

Odu J Med
(2015) supplement: 18-21

**Trakeostomi Gerektiren Bilateral Vokal Kord Paralizisi; Myasthenia Gravis'in Nadir Gözlenen
Komplikasyonu**

Bilateral Vocal Cord Paralysis Required Tracheostomy ; A Rare Complication of Myasthenia Gravis

Serdar Oruç¹, Abdülkadir Bucak², Oya Akpınar Oruç³, Hayri Demirbaş¹, Kamil Tunay³, Mehmet Yaman¹

¹ Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji AD, Afyonkarahisar

² Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB AD, Afyonkarahisar

³ Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Afyonkarahisar

Yazının geliş tarihi / Received: 04.11.2014

Kabul tarihi / Accepted: 05.08.2015

Özet

Sıklıkla tek taraflı olarak ortaya çıkan ve genellikle asemptomatik seyreden vokal kord paralizisi Arnold-Chiari malformasyonu, meningomyelosele, motor nöron hastalığı, hidrosefali gibi nörolojik patolojilerin varlığında bilateral olarak ortaya çıkarak hayatı tehdit eden durumların gelişmesine neden olabilmektedir. Myasthenia Gravis'inde bilateral vokal kord paralizisi yapabileceği literatürde ender vakalarda gösterilmiştir. Burada acil serviste nefes alma güçlüğü ile değerlendirilen ve öncesinde miyasthenia gravis tanısı bulunan 63 yaşındaki erkek hastada saptanan ve trakeostomi açılmak zorunda kalınan bilateral vokal kord paralizisi olgusu sunulmuştur. Myasthenia gravis'in nadir gözlenen komplikasyonu olan bilateral vokal kord paralizisi solunum yetmezliği ile başvuran miyasthenia gravis tanılı hastalarda akla gelmelidir.

Anahtar Sözcükler: Myasthenia Gravis, vokal kord, trakeostomi

Abstract

Vocal cord paralysis usually asymptomatic and occur unilaterally. However, it may sometimes occur bilaterally with some neurological disorders such as Arnold- Chiari malformation, meningomyelocoele, motor neuron disease, hydrocephalus and lead to life-threatening situations. The patient with bilateral vocal cord paralysis arising from miyasthenia gravis has rarely reported in literature. In this report, a 63-year-old male patient diagnosed with miyasthenia gravis was admitted to emergency service with severe respiratory distress arising from bilateral vocal cord paralysis that was solved by tracheostomy, was presented. Bilateral vocal cord paralysis is a rare complication observed in miyasthenia gravis and it is important to consider the possibility of miyasthenia gravis in patients with respiratory failure due to bilateral vocal cord paresis.

Keywords: Miyasthenia gravis, vocal cord, tracheostomy

Giriş

Miyasthenia gravis (MG) nöromusküler bileşkenin alevlenmeler ve remisyonlar ile seyreden otoimmün bir bozukluğudur. Yıllık insidansı 100.000'de 0,25 ile 2 arasında, prevalansı ise 100.000'de 40 olarak tahmin edilmektedir (1). Literatürde MG tanılı hastalarda trakeostomi gerektiren akut vokal kord paralizisi nadiren raporlanmıştır. Burada acil serviste nefes alma güclüğü ile değerlendirilen ve öncesinde MG tanısı bulunan hastada saptanan vokal kord paralizisinin MG'de gözlenen nadir bir komplikasyon olması nedeniyle vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu

63 yaşında erkek hasta, nefes alma güclüğü ve hırıltılı solunum şikayetleri ile acil serviste değerlendirildi. Öyküsünde, hastanın 6 ay önce farklı bir merkezde myasthenia gravis tanısı aldığı, son 3 gün içinde başlayan ve geçen süre içinde ilerleyen yutma zorluğu şikayetinin geliştiği ve tarafımıza başvurmadan yaklaşık bir saat önce ani başlayan nefes alma zorluğu ve hırıltılı solunum şikayetlerinin başladığı öğrenildi. Özgeçmişinde MG dışında hastalık bulunmayan hastanın soygeçmişinde de özellik saptanmadı. Hastanın pridostigmin 240 mg/gün tedavisi aldığı öğrenildi. Hastanın ilk nörolojik değerlendirmesinde bilinç açık, koopere ve oryante idi. Pupiller bilateral normoizokorikti ve ışık refleksi direkt ve indirekt olarak alınıyordu. Göz hareketleri bilateral tüm yönlere serbestti. Fasial sinir muayenesi normal olarak değerlendirildi. Konuşması ileri derecede nazone olan hastada uvula deviasyonu yoktu, palatal arklar yukarı doğru kalkmıyordu. Hastanın diğer nörolojik muayene bulguları olağandı. Fizik muayenesinde ise genel durumu ortaydı, stridor ve taşikardi mevcuttu. Anamnez, klinik bulguları ve arteriel kan gazı sonuçları ile hastanın miyastenik krizde olabileceği düşünüldü. Hava yolu güvenliğinin sağlanması ve neostigmin infüzyon tedavisi başlanması ile beraber hasta acil olarak stridor varlığı nedeniyle kulak-burun-boğaz (KBB) kliniği ile konsülte edildi. Stridor varlığı nedeniyle KBB kliniğince hasta rutin muayene ile birlikte fleksibl nazofaringolarinoskop ile değerlendirdi. Bilateral kord vokal paralizisi saptandı (Resim 1). Bunun üzerine hastaya acil trakeostomi uygulandı. Trakeostomi sonrası dramatik olarak rahatlayan hasta medikal tedavisinin düzenlenmesi amacıyla nöroloji kliniğine yatırıldı.

Hastanın yatışı esnasında yapılan rutin laboratuvar değerlendirme sonuçları olağandı. Kranial sinir tutulumu yönüyle bakılan Herpes Simplex virüs, Sitomegalovirüs, VDRL, Lyme, Brusella, anti HIV, EBV antikorları gibi

enfeksiyöz markerler negatif bulundu. Vaskülit belirteçlerinin değerlendirmesinde ise patolojik bulgu saptanmadı. Hastanın beyin sapı değerlendirmesi için istenen kraniyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ise normal sınırlarda bulundu.

MG tanısını doğrulamak için yapılan elektronöromiyografide (EMG)'de 3,5,7,9 Hz ardışık sıra uyarımla nazal kas, orbikularis okülide anlamlı dekrement ve inkrement yanıt elde edilemedi. Olgunun tek lif EMG incelemesinde ise nöromusküler bileşke bozukluğu ile uyumlu jitter artışı bulguları saptandı. EMG ile yapılan periferik ileti değerlendirmesinde motor ve sensorial yanıtlar normal sınırlarda bulundu. Asetilkolin reseptör antikor pozitif saptanan olgunun MG tanısı doğrulandı. Olguya 0.4gr/kg/gün intravenöz immunglobulin tedavisi 5 gün süreyle verildi. Pridostigmin tedavisine 300 mg/gün olarak devam edilen hastaya metilprednizolon tedavisi başlandı ve bu tedavi kademeli şekilde arttırılarak, 80 mg/gün olacak şekilde devam edildi. Mevcut medikal tedavi ile şikayetleri gerileyen hasta KBB kliniğine dekanülasyon için konsülte edildi. Takiben dekanülasyon uygulanan hastanın takibinde solunum sıkıntısı saptanmadı. Onamı alınan hasta poliklinik takipleri yapılmak üzere taburcu edildi.

Tartışma

İlk kez 1672 yılında Willis tarafından değişken kas güçsüzlüğü olarak tanımlanan MG nadir görülen relaps ve remisyonlarla seyredabilen nöromusküler kavşak hastalıklarından biridir. Kadınlarda erkeklere göre daha sık gözlendiği bilinmektedir (2). MG olguları tedavi edilmezler ise % 39-50'si spontan remisyona girmekte, % 25-30'u hayatlarını kaybetmekte, geri kalanlar ise semptomatik olarak yaşamaktadır (3). MG'li hastaların % 12-16'sı hayatlarının bir döneminde miyastenik kriz geçirmektedir. Sıklıkla hastalığın 2-3'üncü yılında ortaya çıkabilen miyastenik kriz hastalığa bağlı ölümlerinde en sık sebebidir. Solunum yolu enfeksiyonları ve aspirasyon pnömonisi miyastenik krizde en sık suçlanan nedenlerdir (4). Olgumuzda klinik ve laboratuvar olarak enfeksiyon bulgusu saptanmamıştır.

MG'de solunum yetmezliği genellikle diyafram ve interkostal kaslardaki güçsüzlükten ve bulber tutulumdan kaynaklanmaktadır (5). MG'de vokal kord paralizisi nedeniyle gelişen fonksiyonel üst hava yolu obstrüksiyonu ise literatürde nadiren raporlanmıştır.

Akut vokal kord paralizisi MG'de nadir ancak kritik öneme sahip başvuru şikayetlerinden olabilmektedir. 6 aydır MG tanısı ile takip edilen, yaklaşık 2 saat içinde gelişen solunum sıkıntısı ve stridor yakınmalarıyla acil servise getirilen hastamızda bilateral vokal kord paralizisi

saptanmıştır. Tanımlanan 3 olgu MG tanısı henüz almamış iken vokal kord paralizisi gelişmiştir (6, 7). Bu 3 hastanın birinde trakeostomi ihtiyacı doğmuş ve bu hastada vokal kord mobilitesi yeniden gelişmemesi nedeniyle dekanülasyon mümkün olmamıştır. Bir diğerinde ise önerilmesine rağmen hasta trakeostomi reddetmiştir. Bizim olgumuzda parenteral neostigmin tedavisi başlanmış ancak hasta semptomlarında düzelme olmaması üzerine trakeostomi uygulanmıştır. Uygulanan tedavi ile solunum sıkıntısı gerileyen hastamızda dekanülasyon mümkün olmuş ve takibinde solunum sıkıntısı ile karşılaşmamıştır.

Akut vokal kord paralizisi MG tanısı almadan önce hastalarda ilk semptom olarak ortaya çıkabilmesiyle birlikte MG tanısıyla takip edilen hastaların seyri süresince de gözlenebilmektedir. Yapılan farklı bir çalışmada 147 miyastenik hasta 12 yıl boyunca izlenmiş bu hastaların 6'sında takipleri süresinde vokal kord paralizisi gelişmiş ve bu hastaların 4'ünde trakeostomi ihtiyacı doğmuştur (8). Farklı bir çalışmada ise subakut dispne, disfoni ve yutma problemleri ile başvuran MG tanılı 5 hastada vokal kord mobilitesinin bozulmuş olduğu saptanmıştır. Bu hastalar verilen medikal tedavi ile trakeostomi ihtiyacı doğmadan düzelmişlerdir (9).

Literatürde raporlanan ve MG ile vokal kord paralizisi birlikteliğini bildiren nadir vakalarda presipitan faktörlerin varlığından söz edilmiştir. Colp ve arkadaşlarının vakasında cerrahi sırasında kullanılan kürar benzeri nöromusküler blokaj yapan ilaç kullanımı sonrası bilateral vokal kord paralizisi geliştiği raporlanmıştır (10). Bizim hastamızda vokal kord paralizisi gelişimi öncesinde ilaç kullanımı ve cerrahi öykü yoktu.

MG farklı kas gruplarını tutabilen ve kas güçsüzlüğü ile karakterize bir hastalıktır. Ekstraoküler, fasiyal, yutma ve solunum kasları gibi farklı kas gruplarını zaman zaman tutabilmekle beraber nadiren laringeal kasları da etkileyebilmektedir. Uygun ve zamanında acil ve medikal tedavi yapılmazsa mortal seyredabilen bu gibi durumlarda hava yolu yönetimi öncelik taşımaktadır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir

Kaynaklar

1. Vincent A, Palace J, Hilton-Jones D. Myasthenia gravis. Lancet 2001;357(9274):2122-8.
2. Sanders DB, Howard JF. Disorders of neuromuscular transmission. In:Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM,

- Jankovic J. Neurology in Clinical Practice. Butterworth-Heinmann; 2000: p.2441-61.
3. Osserman KE, Genkins G. Studies in myasthenia gravis:review of twenty year experience in over 1200 patients. Mount Sinai J Med 1971;38(6):497-537.
4. Thomas CE, Mayer SA, Gungor Y. et al. Myasthenic crisis: clinical features, mortality, complications and risk factors for prolonged intubation. Neurology 1997;48(5):1253-60.
5. Khan MK, Powell SM, Hartley C. et al Myasthenia gravis presenting as acute vocal cord paresis BMJ Case Rep. 2010;2010(4):129-34.
6. Cridge PB, Allegra J, Gerhard H. Myasthenic crisis presenting as isolated vocal cord paralysis. Am J Emerg Med 2000;18(2):232-33
7. Teramoto K, Kuwabara M, Matsubara Y. Respiratory failure due to vocal cord paresis in myasthenia gravis. Respiration 2002; 69(3):280-82
8. Calcaterra TC, Stern F, Herrmann C, et al. The otolaryngologist's role in myasthenia gravis. Tr Am Acad Oph Otol 1972;76(2):308-12.
9. Hanson JA, Lueck CJ, Thomas DJ. Myasthenia gravis presenting with stridor. Thorax 1996;51(1):108-9.
10. Colp C, Kriplani L, Nussbaum M. Vocal cord paralysis in myasthenia gravis following anesthesia. Chest 1980;77(2):218-20.



Resim I: Fleksibl nazofaringolarinoskop ile gösterilen bilateral vokal kord paralizisi görünümü