

# ÇOCUKLUK ÇAĞINDA GÖRÜLEN AKUT İDİOPATİK TRANSVERSE MYELIT

E. Uç \*, M. Ergüven \*\*, S. Özçay \*\*\*,

## ÖZET

Transverse myelit genelde sebebi bilinmeyen monofazik inflamatuvar demyelizan bir hastalıktır. Alt ekstremitelerde aniden gelişen, progresif seyreden motor ve sensorial duyu kaybı durumudur. Tekrarlaması nadirdir ancak kollegen doku hastalıkları, multiple skleroz, spinal cord damar malformasyonları veya viral enfeksiyonlarda görülebilir. Nadir görülmesi nedeni ile çalışmamızda sunduğumuz olgu 1997 yılı içinde SSK Göztepe Eğitim Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Çocuk Dahiliye servisine alt ekstremitelerde aniden gelişen motor ve his kaybı ile başvurup takip sonrası idiyopatik olduğunu düşündüğümüz akut transverse myelit olgusudur. Klinik ve laboratuvar bulgularının yanında spinal kordun MRI tekniği ile incelenmesi tanı ve takipte yararlı olmuştur. Uygulanan i.v. pulse Metil prednizolon tedavisi ile hastada bulgular süratle düzelmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Transverse Myelit, idiyopatik, çocuklar.

## SUMMARY

*Acute transverse myelitis is a monophasic inflammatory demyelinating disease of unknown cause characterized by sudden onset of motor and sensory dysfunction of both lower extremities and show progressive course. Recurrence is rare but can be seen with collagen vascular diseases, multiple sclerosis, spinal cord vascular malformations or viral infections. Due to its rarity we report the case presented to our pediatrics clinic with sudden loss of motor and sensory function of lower extremities and thought as idiopathic form of acute transverse myelitis after clinical observation. Besides laboratory and clinical evidence, evaluation of spinal cord with MRI technic is very reliable in the diagnosis and follow-up. Prompt initiation of i.v. pulse steroid treatment resulted in complete neurologic recovery within short period.*

**Key words:** Transverse Myelitis, idiopathic, children.

## GİRİŞ

Transverse Myelit spinal cordun infarkt yada inflamasyonu ile karakterize parainfeksiyöz bir proestir. Ani başlayan alt ekstremitelerde motor zayıflık ve duyu kaybı ile ilerleyen, beraberinde üriner veya rektal inkontinansın da olduğu bir tablodur. Erken dönemlerde bel ağrısı, abdominal ağrı ile paraziler göze çarpmaktadır. Duyu seviyesi genelde midtorasik seviyededir. Ağrı, ısı, yumuşak dokunma duyuları bozulabilir ancak eklem pozisyonu ve vibrasyon duyusu korunabilir. Ortalama görülme yaşı dokuzdur. Bulgular hızlı seyir gösterir ve ikinci günde maksimal kayıp gözlenmeye başlar. Bulgular daha sonra plato çizer, flask durumdan günler içinde spastic hale geçer.

## OLGU

Daha önce hiçbir şikayeti olmayan 12 yaşındaki erkek hasta sabahleyin aniden başlayan bel ağrısı ile uyanmış. Bacaklarını hareket ettiremeyip yürüyememiş. Ayaklarında güç ve his kaybı olduğunu farketmiş. İdrarını ve dışkısını yapamamış. Şikayetlerinde giderek artma hisseden hasta başvurduğu başka bir hastaneden sevk edilmiş.

Özgeçmişinde ve soygeçmişinde herhangi bir özellik bulunmayan hastanın tüm çocukluk aşıları yapılmış. Başvuru sırasında yapılan fizik muayenesinde, ateş 37.3 (ax), nabız 88/dk TA: 90/60 mmHg bulundu. Tartısı 25.inci persantile boyu 50.inci persantile uyuyordu. Bilinci açık, koopere; genel duru-

\* SSK, Göztepe Eğitim Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Ass. Dr.

\*\* SSK, Göztepe Eğitim Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Şef Yrd. Dr.

\*\*\* SSK, Göztepe Eğitim Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Şef Dr.

mu pasifti. Ense sertliği yoktu. Solunum, kardiovasküler sistem ve gastrointestinal sistem muayeneleri normal olan hastanın yapılan nörolojik muayenesinde üst ekstremitelerde kas gücü tam, duyu kusuru yok ve refleksler normoaktifti. Alt ekstremitelerde kas gücü 0/5, refleksler alınmıyordu ve bilateral Babinski refleksi mevcuttu. T8 düzeyinde seviye veren hiperestezi bandı ve altındaki seviyelerde his kusuru vardı. Göz ve gözdibi incelemeleri normaldi. Yapılan tüm biokimyasal ve tam kan sayımı tetkikleri normaldi. CPK: 20Ü/L bulundu. İdrar, kan, boğaz kültürleri steril sonuç verdi. BOS analizinde klor ve şeker normal sınırlarda iken protein çok hafif artmıştı (45 mg/dl). Mikroskopik incelemede 2 adet lenfosit görüldü. BOS oligoklonal Ig G bandı negatif bulundu. EMG'de patolojiye rastlanmadı. Çekilen kranial ve spinal MRG'de intra kranial patoloji görülmedi. T2-T5 düzeylerinde medulla spinalis santral bölümünde ön sol konturda hafif ekspansiyon yapan diffüz patolojik intensite alanı saptandı. Lezyonun morfolojik görünümü transverse myelit ile uyumlu görüldü. Kollagen doku hastalıkları taraması için istenen tüm markerlar negatif sonuç verdi. HIV, HBs ag, EBV, CMV serolojik incelemeleri normal bulundu. Klinik olarak hiçbir düzelme olmayan hastaya yatışının 3.günü yüksek doz (30mg/kg) pulse iv. Metil prednizolon başlandı. Tedavinin 4. günü hastanın sfinkter kusuru düzeldi ve alt ekstremitelerde motor gücü 3/5'e çıktı. Hasta artık ayağa kalkabiliyor ve yardımla adım atabiliyordu. Bir hafta yüksek doz metilprednizolon sonrası ilaç dozu yarıya indirilip, progressive olarak azaltılarak oral form ile devam edildi. Bir ay sonunda ilaç tedavisi kesildi. Tedavi bitiminde hastanın alt ekstremitelerinde hafif zayıflık dışında hiçbir şikayeti kalmadı. Tekrarlanan kontrol spinal MRG'de medulla spinalisin torokal T2-T5 segmentler düzeyinde yeralan diffüz patolojik intesitenin ileri derecede regresyon gösterdiği anlaşıldı. Farklı tarihlerde görülen bu değişim transverse myelit lehine yorumlandı. Ek patoloji görülmedi. Sekiz haftanın

sonunda kontrole çağrılan hasta tamamen iyileşti.

## TARTIŞMA

Dunne K ve arkadaşlarının daha önce yaşları yedi ay ile ondört yıl arasında değişen 21 çocuk üzerinde yaptıkları bir çalışmada bel ağrısının hastaların çoğunda başlangıç şikayeti olduğu ve bunu güçsüzlük ve idrar retansiyonunun izlediği gösterilmiş. Tüm hastalarda özellikle alt ekstremitelerde olmak üzere bazen üst ekstremitelerde de olabilen motor zayıflık transverse myelitin en belirgin bulgusudur. Hastaların beş tanesinde ciddi motor güçsüzlük aniden başlamış, diğerlerinde ise on yedi güne kadar tüm bulgular gözlenebilmiş. Oniki olgu çok hafif güçsüzlük dışında tamamen düzelmiş. Genel olarak transverse myelit çocuklarda erişkinlere göre çok daha iyi prognaza sahiptir. Bazen steroid tedavisine gerek kalmadan iyileşme olabilir(1). Hastamızda steroid tedavisine, yatışının 3.günü başlandı. Tedavi başlanana kadar hastanın bulgularında hiçbir düzelme gözlenmedi. Harisdangkul ve arkadaşları 1995 yılında yaptıkları bir çalışmada erken tanı ile yüksek doz iv. steroid tedavisine hemen başlanmasının mortalite ve prognozu önemli ölçüde azalttığını belirtmişler(2).

Transverse myelit çoğunlukla çocuklarda idiyopatik seyrederek(3). Olası sebepler arasında Multiple skleroz, radyasyon myelopati, kollagen vasküler hastalıklar, viral hastalıklar ve spinal vasküler malformasyonlar yer alır. Kordun patolojik incelenmesi sonucu perivaskular alanda lenfositler görülmesi patogenezin immunolojik bir zeminde geliştiğini göstermektedir. Spinal kordun MRI tekniği ile incelenmesi tanı ve takipte en yararlı yöntemdir. MRI'da görülen en önemli bulgu etkilenen bölgede fusiform şişmenin görülmesidir.

Lezyonlar Multiple Sklerozdaki gibi birden çok segmentler halinde değildir ve kranial tutulum yoktur. Sartoretti ve arkadaşları 1996 yılında Zürih Üniversitesinde yap-

tıkları bir çalışmada MRI tekniği ile spinal kord ve sinir köklerindeki değişik inflamatuvar lezyonları inceleyerek 52 Transverse myelitli hastada etiyolojik sonuçlar çıkarmışlar. Hastaları immün komprezimize olup olamamalarına göre iki gruba ayırmışlar. İmmün suprese hastalarda en çok viral enfeksiyonlar (özellikle Herpes Simpleks, Varicella Zoster, CMV) bakterial enfeksiyonlar (Tbc), daha seyrek olarak parazitlik enfeksiyonlar etiolojide rol oynarken, immün kompetan hastalarda bakterial (borreliosis), daha seyrek olarak viral enfeksiyonlar, sarkoidoz ve demyeline hastalıklar rol almış. İdiopatik myelit de oldukça sık görülmüş(3).

Akut Transverse myelitte ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken en önemli hastalık Multiple Sklerozdur. Multiple Skleroza ilerleyen spinal kord sendromları genellikle subakut veya kroniktir. Akut olan nadir durumlarda ise parsiyel yada asimetrik tutulum olur. BOS'da Oligoklonal bantların varlığı da önemli bir bulgudur. Rekurrens sıklığıdır(4).

Olgumuz tüm fizik muayene ve laboratuvar bulguları ile Transverse Myelitin özelliklerini taşımaktadır. Parapleji varlığı, torasik düzeyde seviye vermesi, idrar retansiyonu, üst ekstremitelerin korunması ve en önemlisi cerebral tutulum olmadan spinal kordla sınırlı kalması tanıyı desteklemiştir.

Tedavide steroid hala tartışmalıdır. Ancak yarar gören fazla sayıda olgu bildirilmektedir(5,6). Üçüncü gün başladığımız kortikosteroid tedavisi hastanın bulgularında hızlı bir düzelme sağlamıştır. Bizim de hastanın takiplerinde gözlemlediğimiz sonuç tanı koyar koymaz başlanan steroid tedavisinin bu tür hastalara oldukça fayda sağladığıdır.

Transverse myelit oldukça seyrek görülen bir tablodur. İnsidansı çok iyi bilinmese de bazı çalışmalar mevcuttur. Tayvan'da yapılan bir çalışmada insidansın 3.4 milyonda 1 olduğu gösterilmiş ve benzer şekilde İsrail'den bildirilen data ise milyonda 1.34'tür.

(7,8) Az sayıda görülen bu sendromda etiyolojiye yönelik yapılan çalışmalar da sonuç veremeyebilir. Patogenezi hala tartışmalı olan hastalıkta en önemlisi tanıyı erken destekleyip steroid tedavisine başlamaktır. Çocuklarda sonuçlar yüz güldürücüdür.

## KAYNAKLAR

1. Dunne K, Hopkins IJ, Shield LK. Acute transverse myelopathy in childhood. *Dev Med Child Neurol* 1986 Apr; 28(2):198-204.
2. Harisdangkul V, Doorenbos D; Subramony Sh. Lupus transverse myelopathy. *J Neurol.* 1995 May 242(5):326-31.
3. Sartoretti Schefer S, Wichmann W, Valavanis A. Inflammatory diseases of the spinal cord and nerve roots in the *MRI. Radiologe* 1996 Nov; 36(11):897-913.
4. Dean S, Tippett. Paul S. Fishman. Relapsing transverse myelitis. *Neurology* 1991;41:703-706.
5. R.S. Rust, R. Chun. D. De Vivo Presentation and outcome of childhood. *Clinid Neurology Society, prog. and abst.* 1993 p.78.
6. Tola MR. Granieri E. Caniatti L. Systemic mupus erythematosus presenting with neurological disorders. *J Neural.* 1992 Feb; 239(2):61-4.
7. Chung Hua I Hsueh Tsa Chih Taipei. *Acute transverse myelitis in children.* 1994 Jul 54(1):57-61.
8. Berman M. Feldman S. Alter M. Acute transverse myelitis incidence and etiologic considerations. *1981 Aug* 31(8) 966-71.
9. Ruth D, Anat A. Relapsing myelitis. *Neurology* 42 Apr 1992. 940.
10. Clinical Pediatric Neurology. *Grelad M Fenichel 2nd edition* 1993. 270-2.