



Tekrarlayan Ağrılı Oftalmoplejik Nöropati: Olgu sunumu

Recurrent Painful Ophthalmoplegic Neuropathy: A Case Report

Semra Saygı¹, Tülün Savaş¹, İlknur Erol¹

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nöroloji, ADANA

Cukurova Medical Journal 2014;39(4):938-941.

ÖZET

Tekrarlayan ağrılı oftalmoplejik nöropati; tipik olarak çocukluk çağında izlenen, ciddi migren atağı sonrasında okülomotor sinir felcine bağlı gelişen ptozis ve diplopi tablosudur. Daha önceki sınıflamalarda migrenin bir formu olarak değerlendirilirken, Uluslararası Baş Ağrısı Derneğinin son sınıflamasında kranial nevralsi olarak kabul edilmiştir. Atak esnasında okülomotor sinire ait patolojik ve radyolojik bulguların oldukça az olması nedeni ile ayırıcı tanı güçleşmektedir. Bu yazıda, tekrarlayan ağrılı oftalmoplejik nöropati tanısı alan 11 yaşındaki kız hasta sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Migren, Oftalmopleji, Çocuk.

ABSTRACT

Recurrent painful ophthalmoplegic neuropathy, typically seen as a serious childhood migraine attack which is followed by ptosis and diplopia due to oculomotor nerve palsy. This is regarded as a form of migraine in the previous classifications but according to the latest classification of the International Headache Society has been recognized as cranial neuralgia. Due to the poor pathological and radiological findings of oculomotor nerve during attack, it is difficult to make differential diagnosis. In this manuscript we report 11-year-old female patient with opthalmoplegic migraine.

Key Words: Migraine, Ophthalmoplegia, Child.

GİRİŞ

Tekrarlayan ağrılı oftalmoplejik nöropati eski adı ile oftalmoplejik migren, baş ağrısını izleyen, sıklıkla tekrarlayıcı özellikte III, IV ve/veya VI. kranial sinir paralizi ile karakterize klinik tablodur. Tipik olarak çocukluk çağında başlar ve kendi kendini sınırlayan bir durum olarak kabul edilir. Ataklar birkaç saat, hafta veya ay sürebilir ve nadir durumlarda kalıcı olabilir. Tekrarlayan ağrılı oftalmoplejik nöropati hakkında farklı patogenetik mekanizmalar ileri sürülsede tam olarak nedeni bilinmemektedir¹.

OLGU

On bir yaşında kız çocuğu 5 gündür devam eden sağ göz kapağında düşüklük, çift görme ve

ağrılı göz hareketleri şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hikayesinden iki yıl önce de iki hafta içinde kendiliğinden düzelen sağ göz kapağında düşüklük olduğu, ataklar halinde bulantı ve kusmanın eşlik ettiği baş ağrılarının olduğu, öz ve soygeçmişinde ise annesinde migren varlığı dışında özellik olmadığı öğrenildi.

Fizik incelemesinde; ağırlık 41 kg (50-75p), boy 140 cm (25p), tansiyon arteriyel 100/80mmHg, nabız 64/dk, ateş 36.8°C, solunum sayısı 26/dk'di. Genel durumu iyi, bilinci açık, koopere, sistemik muayenesinde özellik olmayan hastanın nörolojik muayenesinde sağ göz kapağında ptozis, sağ göz içe ve aşağı bakışta kısıtlılık izlendi. Pupiller izokorik, DIR/IDIR+/, fundus muayenesi doğal, görme keskinlikleri, görme alanı her iki gözde tam olarak değerlendirildi. Hastaya bu bulgular ile

okülomotor sinir felci tanısı konularak etyolojiye yönelik tetkikleri planlandı.

Laboratuvar tetkiklerinde; rutin biyokimyasal ve hematolojik incelemeleri, eritrosit sedimentasyon hızı, serum reaktif proteini ve romatoid faktör değerleri normal, antinükleer, antifosfolipid ve anti-dsDNA antikörleri negatif idi. Kranial MR, MR anjiyografi (MRA) ve orbita MR incelemelerinin normal olduğu gözlemlendi. Hastaya lomber ponksiyon (LP) yapıldı ve beyin omurilik sıvı (BOS) basıncı 120 mmHg olarak kaydedildi. Alınan BOS örneğinin biyokimyasal ve kültür incelemesi normal olarak değerlendirildi. Laboratuvar ve radyolojik incelemeler sonucunda patolojiye rastlanılmaması nedeniyle hastaya tekrarlayan ağrılı oftalmoplejik nöropati ön tanısıyla amitriptilin başlandı. Hastanın yatışının 3. gününde baş ağrısı ve çift görme şikayetlerinin kısmen gerilemesi sonucunda ayaktan takibine karar verilerek taburcu edildi. İzleminde, 15 gün sonra poliklinik kontrolünde yapılan nörolojik muayenesi tamamen normal olarak değerlendirilen hastanın, amitriptilin tedavisi alırken 1 yıldır yeni oftalmopleji atağı gözlenmedi.

TARTIŞMA

Tekrarlayan ağrılı oftalmoplejik nöropati (oftalmoplejik migren), tekrarlayan baş ağrısı atakları ardından okülomotor sinir felci ile karakterize nadir bir durumdur. Migren insidansı yaklaşık milyonda 0.7'dir²⁻⁶. Hastalık sıklıkla infant ve çocuklarda görülür ortalama başlangıç yaşı 10 yaş altıdır⁷⁻⁹. Erkeklerde sıklığı fazla bildirilsede, her iki cinsiyetin eşit oranda etkilendiğini bildiren yayınlarda vardır^{10,11}.

Tekrarlayan ağrılı oftalmoplejik nöropati (oftalmoplejik migren) Uluslararası Baş Ağrısı Sınıflandırmasına (International Classification of Headache Disorders) göre kranial nevralsi olarak da adlandırılır¹². Tekrarlayan ağrılı oftalmoplejik nöropati kriterleri, Uluslararası Baş ağrısı Derneğinin sınıflamasına göre; migren benzeri baş ağrısı ile ilişkili veya onu takip eden 4 gün içinde ortaya 3.,4., ve/veya 6. kranial sinirlerden bir veya

daha fazlasını tutan parezi, bir önceki kriterdeki ağrının tüm özelliklerini gösteren en az 2 atak olması ve parasellar, orbital fissür ve posterior fossa lezyonlarının uygun tanı yöntemleri kullanılarak elimine edilmesi ile tanısı konmaktadır.

Hastamızda olduğu gibi üçüncü kranial sinir sıklıkla etkilenir, ancak dördüncü ya da altıncı kranial sinirlerde felç veya parezi enderde olsa bildirilmiştir. Bu durumun patofizyolojisi demyelinizan bir olay olduğuna dair kanıtlar olsada hala bilinmemektedir¹³. Tekrarlayan ağrılı oftalmoplejik nöropati tanısı diğer nedenlerin dışlanması ile konur. Üçüncü kranial sinir paralizisinin diğer nedenleri travma, neoplastik (schwannomlar ve hemanjiomlar gibi iyi huylu veya lenfoma, lösemi gibi malign olabilir), inflamatuvar ve infiltratif hastalıklar olabilir. Okulomotor sinir nöroborelyoz, sifiliz, koksidiomikozis ve HIV enfeksiyonu gibi enfeksiyöz ve non enfeksiyöz inflamatuvar durumlardan da etkilenir. Arteriovenöz malformasyon yada küçük damar iskemileride klinik olarak tekrarlayan ağrılı oftalmoplejik nöropatiyi taklit edebilir^{14,15}.

3. kranial sinir paralizisi olan hastalarda beyin BT, MRI, MR angiografi ve lomber ponksiyon diğer nedenleri dışlamak için sıklıkla yapılır¹⁴. Atak sırasında yapılan beyin manyetik rezonans (MR) incelemelerinin, hastaların bir kısmında sinir kılıfına ait kontrast tutulumunu ve okülomotor sinirde kalınlaşmayı gösterebilir ancak beyin MR görüntülerindeki bu değişiklikler bizim hastamızda olduğu gibi, hastanın ilk ataklarında rastlanmayabilir¹⁴.

Olgumuzda enfeksiyon hikayesi olmaması, yapılan laboratuvar ve görüntüleme incelemelerinin normal olması, baş ağrısı şikayetlerinin daha önce de olması ve 1 yıl önce okulomotor paralizinin eşlik ettiği baş ağrısı öyküsü nedeniyle oftalmopleji nedeni olarak tekrarlayan ağrılı oftalmoplejik nöropati düşünüldü.

Literatürde tekrarlayan ağrılı oftalmoplejik nöropati olgularında tedavide steroid (prednisolone, prednisone, dexamethasone), flunarizine, acetazolamide, cyproheptadine,

verapamil propranolol kullanımı bildirilmiştir. Atak sırasında steroid tedavisi ile okulomotor sinir de kalıcı güçsüzlük ve pupiller disfonksiyonu gibi kalıcı sekellerin azaltılabileceği bildirilmiştir¹⁴. Oftalmopleji atağı birkaç saat- ay içinde düzelebilir veya kalıcı olabilir². Tekrarlayan ağrılı oftalmoplejik nöropatinin genellikle kalıcı sekel olmadan kendi kendini sınırlayan bir durum olduğu düşünülmektedir⁷. Yapılan çalışmalarda tekrarlayan ağrılı oftalmoplejik nöropatide, hastalığın bulgularının 1-5 hafta içinde ve çoğunlukla steroid tedavisine gerek kalmadan kendiliğinden düzeldiğini göstermiştir^{16,17}. Olgumuzda yatışının 3. gününde bulgularının kısmen düzelmesi nedeniyle steroid tedavisi planlanmadı ancak migren profilaksisi için amitriptilin başlandı. Kalıcı oftalmoplejide botulinum toksin enjeksiyonu yada şaşılık cerrahisi düşünülebilir¹⁸. Olgumuzun izleminde, 15 gün sonra poliklinik kontrolünde yapılan nörolojik muayenesi tamamen normal olarak değerlendirilmiş amitriptilin tedavisi alırken 1 yıldır yeni oftalmopleji atağı gözlenmemiştir.

SONUÇ

Oftalmopleji ayırıcı tanısında; oftalmoplejik migren yeni adı ile tekrarlayan ağrılı oftalmoplejik nöropati diğer patolojik durumlar ekarte edildikten sonra düşünülmesi gereken nadir bir hastalık olduğunu vurgulamak için bu olgu sunulmuştur.

KAYNAKLAR

- Miglio L, Feraco P, Tani G, Ambrosetto P. Computed tomography and magnetic resonance imaging findings in ophthalmoplegic migraine. *Pediatr Neurol.* 2010;42:434-6.
- Rothner AD, Menkes JH. Headaches and nonepileptic episodic disorders. In: Menkes JH, Sarnat HB, Maria BL, editors. *Child neurology*, 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2006:951.
- O'Hara MA, Anderson RT, Brown D. Magnetic resonance imaging in ophthalmoplegic migraine of children. *J AAPOS.* 2001;5:307-10.
- Andersson PG. Ophthalmoplegic migraine. *Headache.* 1974;14:91-5.
- Wong V, Wong WC. Enhancement of oculomotor nerve: a diagnostic criterion for ophthalmoplegic migraine? *Pediatr Neurol.* 1997;17:70-3.
- Doran M, Larner AJ. MRI findings in ophthalmoplegic migraine: nosological implications. *J Neurol.* 2004;251:100-1.
- Ramelli GP, Vella S, Lovblad K, Remonda L, Vassella F. Swelling of the third nerve in a child with transient oculomotor paresis: a possible cause of ophthalmoplegic migraine. *Neuropediatrics.* 2000;31:145-7.
- Mark AS, Casselman J, Brown D, et al. Ophthalmoplegic migraine: reversible enhancement and thickening of the cisternal segment of the oculomotor nerve on contrast-enhanced MR images. *AJNR Am J Neuroradiol.* 1998;19:1887-91.
- Lance JW, Zagami AS. Ophthalmoplegic migraine: a recurrent demyelinating neuropathy? *Cephalalgia.* 2001;21:84-9.
- Roy M, Ghosh J, Deb S and Pandit N. Childhood steroid- responsive ophthalmoplegic migraine. *J Pediatr Neurosci.* 2011;6:69-71.
- Riadh H, Mohamed G, Salah Y, et al. Pediatric case of ophthalmoplegic migraine with recurrent oculomotor nerve palsy. *Can J Ophthalmol.* 2010;45:643.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia.* 2013;33:629-808.
- Sobreira I, Sousa C, Raposo A, Fagundes F, Dias AI. Ophthalmoplegic migraine with persistent dilated pupil. *J Child Neurol.* 2013;28:275-6.
- Bharucha DX, Campbell TB, Valencia I, Hardison HH, Kothare SV. MRI findings in pediatric ophthalmoplegic migraine: a case report and literature review. *Pediatr Neurol.* 2007;37:59-63.

15. Crevits L, Verschelde H, Casselman J. Ophthalmoplegic migraine: an unresolved problem. Cephalalgia. 2006;26:1255-9.
16. Serdaroğlu A. Çocukluk çağıında migren. Klinik Pediatri. 2005;4:59-62.
17. Doğan M, Yılmaz C, Çaksen H, Güven AS. Oftalmoplejik migren. Nobel Med. 2010;6:86-8.
18. Granado L, Guillen G. Treatment options for ophthalmoplegic migraine. J Postgrad Med. 2009;55:231.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Dr. Semra Saygı
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,
Çocuk Nöroloji Bilim Dalı,
ADANA
E-mail: semra_saygi@yahoo.com

geliş tarihi/received :22.03.2014
kabul tarihi/accepted:23.04.2014