



A Rare Cause of Acute Visual Loss: Neuromyelitis Optica

Akut Görme Kaybının Nadir Bir Nedeni: Nöromyelitis Optika

Mustafa Serinken¹, Mücahit Avcil², Bekir Dağlı², Emrah Uyanık¹

¹Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Pamukkale University, Denizli, Turkey

²Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Adnan Menderes University, Aydın, Turkey

ABSTRACT

Introduction: Noromyelitis optica is an acute demyelination illness that is rarely seen. In this study a patient who came to the emergency service having a complaint of sudden loss of vision is introduced with an account of investigations, Noromyelitis Optica (NMO) was diagnosed.

Case Report: The 38-year-old woman patient sometimes had a complaint of not seeing clearly for a week and applied to our emergency service with the symptom of loss of vision. In the emergency service, we initially carried out cranial computed tomography scanning. There were no pathological results. It was suspected that the patient has optical neuritis, but in her history, there was no reported use of toxic matter or medicine. The results of a cranial magnetic resonance survey revealed some hyperintense lesions (demyelination areas), predominantly on the T2 segment around the optic chiasma and optic nerves.

Conclusion: Thus, even in rare cases, emergency service doctors must take demyelination illnesses such as multiple sclerosis (MS) or NMO into consideration in the differential diagnosis of acute loss of vision.

Keywords: Neuromyelitis optica, multiple sclerosis, optic neuritis, emergency department

Received: 28.05.2012 **Accepted:** 18.12.2012

ÖZET

Giriş: Nöromyelitis optika (NMO) nadir görülen fakat şiddetli bir demyelizan hastalıktır. Bu yazıda, acil servise ani görme kaybı şikâyeti ile gelen ve yapılan araştırmalar sonucunda NMO tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu: Bir haftadır zaman zaman bulanık görme yakınmaları olan 38 yaşında kadın hasta, acil servisimize ani görme kaybı şikâyeti ile başvurdu. Hastaya acil serviste öncelikle kraniyal bilgisayarlı tomografi çekildi. Herhangi patolojiye rastlanmadı. Optik nörit düşünülen hastada toksik madde veya ilaç kullanım öyküsü yoktu. Kranial manyetik rezonans tetkikinde optik kiyazma ve optik sinirler etrafında T2 ağırlıklı kesitlerde hiperintens lezyonlar (demyelizan alanlar) olduğu belirlendi.

Sonuç: Acil servis hekimleri akut görme kaybının ayırıcı tanısında nadirde olsa multipl skleroz (MS) ve NMO gibi demyelizan hastalıkların da olabileceğini düşünmelidir.

Anahtar Kelimeler: Nöromyelitis optika, multipl skleroz, optik nörit, acil servis

Geliş Tarihi: 28.05.2012 **Kabul Tarihi:** 18.12.2012

Giriş

Nöromyelitis optika (NMO) bilateral aynı anda ya da ardışık optik nörit sonucu olarak, parapleji ve körlüğe neden olabilen santral sinir sisteminin idiyopatik demyelinizan inflamatuvar bir hastalığıdır. Nadir ama ciddi bir demiyelinizan hastalık formudur. Tek ya da birden fazla ataklarla seyredebilir. Uzun yıllar multipl sklerozun (MS) bir alt tipi olduğu düşünülmüştür (1, 2).

Bu yazıda, acil servise ani görme kaybı şikâyeti ile gelen ve yapılan araştırmalar sonucunda nöromyelitis optika (NMO) tanısı alan bir olguyu sunmak istiyoruz. Nadir görülen bir durum olması sebebiyle ayırıcı tanıda acil servis hekimleri için yararlı olacağını düşünüyoruz.



Address for Correspondence/Yazışma Adresi:

Dr. Mücahit Avcil, Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Adnan Menderes University, Aydın, Turkey
Phone: +90 505 648 64 36 E-mail: drmavcil@gmail.com

©Copyright 2014 by Emergency Physicians Association of Turkey - Available online at www.jaemcr.com

©Telif Hakkı 2014 Acil Tıp Uzmanları Derneği - Makale metnine www.jaemcr.com web sayfasından ulaşılabilir.

Olgu Sunumu

Bir haftadır bulanık görme yakınmaları olan 38 yaşında kadın hasta, acil servisimize ani görme kaybı şikâyeti ile başvurdu. Aynı zamanda dört ekstremitede de uyuşukluk tarifliyordu. Son bir haftadır zaman zaman bulanık görme ve ellerde uyuşma şikayetleri tarifliyordu. Vital bulguları normal sınırlarda olan hastanın nörolojik muayenesinde dört ekstremitesinde hipostezi ve derin tendon reflekslerinde artış saptandı. Patolojik refleksleri ve lateralizan bir bulgusu yoktu. Oftalmolojik muayenesinde sağ gözde ışığı ancak fark edebiliyor, sol gözde ise bir metreden parmak sayabiliyordu. Hastanın pupilleri midriyatikti. Anizokori yoktu. Öykü, gözün kendi hastalıklarından çok kraniyal bir hadiseye yönlendirdiğinden dolayı göz dibi bakışı ve göz hastalıkları konsültasyonu bekletildi ve ileri tetkik kraniyal hastalıklara yöneltildi.

Hastaya acil serviste öncelikle kraniyal bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Herhangi patolojiye rastlanmadı. Optik nörit düşünülen hastada toksik madde veya ilaç kullanım öyküsü yoktu. Daha sonra hastaya etyolojiye yönelik kraniyal MR tetkiki ve hastaneye yatışı planlandı. Hasta ilgili servise yatışı kabul etmeyerek kendi isteğiyle acil servisten ayrıldı.

Hastanın bir gün sonra başka bir merkeze yatışı yapıldığı öğrenildi. Bu merkezde yapılan kraniyal manyetik rezonans (MR) tetkikinde optik kiyazma ve optik sinirler etrafında T2 ağırlıklı kesitlerde hiperintens lezyonlar (demyelizan alanlar) olduğu belirlendi. Yapılan NMO IgG testinin pozitif olduğu, 15 gün kadar yüksek doz steroid tedavisi aldığı ve sonrasında taburcu edildiği, yaklaşık iki aydır yeni bir atak geçirmediği öğrenildi.

Tartışma

Neuromyelitis optica, selektif olarak optik sinirler ve spinal kord etkileyen, idiopatik inflamatuvar demyelinizan bir hastalıktır. Semptomları multiple skleroza benzer ve relapslarla seyredir. Uzun yıllar MS'in bir alt tipi olarak kabul edilmiştir. Rekürren optik nörit ve myeliti olan hastalar daha önceleri sıklıkla multipl skleroz olarak kabul edilirken, klinik araştırmalar serebrospinal sıvıda eşlenmemiş oligoklonal bantların yokluğunu ve beyin lezyonlarının farklı bir etyolojiye sahip olduklarını ortaya çıkarmış ve multiple sklerozla karışan bu vakaların NMO oldukları düşünülmüştür. Klinik, görüntüleme, nöropatolojik ve serolojik çalışmalar yönünden MS den ayrılan bu hastalar için bazı kaynaklarda Devic Sendromu adı kullanılmaktadır (2, 3).

Hastalığın insidansı ve prevalansı bilinmemektedir. MS'ye benzer şekilde 15-45 yaş arası genç erişkinlerde görülür (3, 4). Wingerchuk ve ark. (4) monofazik formda ortalama başlangıç yaşını 29 yaş (1-54 yaş), relapsing formda ise 39 yaş (6-72 yaş) olarak bildirmişlerdir. Hastalık sıklıkla erkek cinsiyette görülmektedir (K/E oranı ¼). Oysaki MS sıklıkla kadınlarda görülür (3). NMO'da genetik faktörlerin rolü bilinmemektedir. Olguların % 30-50'sinde hastalığın başlangıcında viral bir prodrom bulunur. Bu prodrom, başağrısı, ateş, miyalji, solunum ve gastrointestinal yakınmalardan oluşur (5). Olgumuz bu yönüyle sorgulandığında 10 gün önce kısa süreli (1,5 gün) bir ishal olduğunu belirtmiştir.

Kardinal özellikleri optik nörit ve miyelit olup klinik bulgular optik sinir ve miyelit kombinasyonunun bir veya daha çok tekrarlayan klinik epizodlarını içerir. Optik sinir ve spinal kord tutulumuna ait bulgular dışında ek nörolojik tutulum bulguları çok sık değildir. Bunlar genellikle hafif veya subjektiftir, genellikle hastalığın geç dönemlerinde ortaya çıkar. Vertigo, yüzde uyuşma, nistagmus, başağrısı, postural tremor bu bulgulardan bir kaçındır (5).

Multipl sklerozdan (MS) olgularında tek taraflı optik sinir tutulumu, NMO'da ise bilateral optik sinir tutulumu daha sık görülür. Olgumuzda da bilateral optik sinir tutulumu mevcuttur. Nöromyelitis optikanın görme ile ilgili prognozu multipl sklerozdan kötüdür. MS'de görsel kayıp görülmezken, NMO'da hastaların %50'si 5 yıl içinde en az bir gözde görme kaybı yaşarlar. Bu nedenle hastaların doğru ve erken ayırıcı tanı ile saptanması ve hastalığa uygun tedavi verilmesi ile görme kaybının önüne geçilebilir (3, 5).

Multipl skleroz ya da NMO gibi demyelinizan hastalıkların tanısında olgumuzda da olduğu gibi BT bir yarar sağlamaz. Fakat acil servis hekimleri için akut görme kaybının ayırıcı tanısında diğer patolojileri dışlamak için ilk planda düşünülmesi gerekir. Bu hastalarda sıklıkla beyin MR normaldir. Hastaların çoğunda serebral MR'de hiç lezyon görülmezken veya nonspesifik lezyonlar saptanırken spinal MRG'de birden fazla segment boyunca uzanım gösteren demiyelinize alanlar saptanabilir (4, 6).

NMO IgG antikorunu, NMO tanısında kullanılan bir testtir. NMO IgG'nin NMO için yaklaşık %73 duyarlılık ve %90'dan daha fazla ise spesifik değeri vardır. MS'li vakalarda görülme sıklığı ise % 0 dir. Bu nedenle testin pozitifliği NMO tanısında ve erken dönemde immünosupresif tedavi başlanmasında etkili bir göstergedir. Testin negatif olması ise NMO tanısını ekarte ettirmez (3, 7).

Tedavide kortikosteroide ve plazmaferez kullanılır. Akut dönemde, çoğunlukla kortikosteroid tedavisi uygulanmaktadır ve klinik düzelme vakaların yaklaşık %80'inde bildirilmiştir. Plazmaferez tedavisi verilen vakalar genelde Sistemik Lupus Eritromatozus (SLE) ile birlikte olan ya da kortikosteroide yanıtız olan hastalardır (7).

Sonuç olarak acil servis hekimleri akut görme kaybının ayırıcı tanısında nadirde olsa MS ve NMO gibi demyelinizan hastalıkların da olabileceğini düşünmelidir.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patients who participated in this case.

Author Contributions: Concept - M.S.; Design - M.S.; Supervision - M.S., M.A.; Funding - M.S.; Materials - M.S., E.U.; Data Collection and/or Processing - M.S., E.U.; Analysis and/or Interpretation - M.A., B.D.; Literature Review - M.A., B.D.; Writer - M.A.; Critical Review - M.S., B.D.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastalardan alınmıştır.

Yazar Katkıları: Fikir - M.S.; Tasarım - M.S.; Denetleme - M.S., M.A.; Kaynaklar -M.S.; Malzemeler - M.S., E.U.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - M.S., E.U.; Analiz ve/veya yorum - M.A., B.D.; Literatür taraması - M.A., B.D.; Yazıyı yazan - M.A.; Eleştirel İnceleme - M.S., B.D.

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

References

1. Tuncel D, Ozay E, Yucesan C, Aydın N. Noromyelitis optika: Olgu sunumu. Türk Nöroloji Dergisi 2008; 14: 200-3.
2. Utku U, Dinç A, Gökçe M. Noromyelitis optika: Olgu sunumu. Gaziantep Tıp Dergisi 2010; 16: 26-8.
3. Luzzio C. Multiple Sclerosis, Emergency Medicine web site. Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/1146199-overview>. Updated: Feb 16, 2012. Accessed: 07.04.2012.
4. Wingerchuk DM, Hogancamp WF, O'Brien PC, Weinschenker BG. The clinical course of neuromyelitis optica (Devic's syndrome). Neurology 1999; 53: 1107-14.
5. Koç F. Multiple sklerozun klinik varyantları. Çukurova Tıp Dergileri 2006; 15: 418.
6. O'Riordan JI, Gallagher HL, Thompson AJ, Howard RS, Kingsley DP, Thompson EJ, et al. Clinical, CSF, and MRI findings in Devic's neuromyelitis optica. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1996; 60: 382-7.
7. Wingerchuk DM. Diagnosis and treatment of neuromyelitis optica. Neurologist 2007; 13: 2-11.