

Parkinsonizmle seyreden bir multipl skleroz olgusu

A CASE OF MULTIPLE SCLEROSIS WITH PARKINSONISM

Derya KAYA¹, Egemen İDİMAN²

¹ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Geriatri Bilim Dalı, İzmir

² Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı

ÖZ

Multipl skleroz, santral sinir sistemini etkileyen otoimmün inflamatuvar bir hastalıktır. İntansiyonel tremor dışında parkinsonizm gibi diğer hareket bozuklukları, MS'da enderdir. Parkinsonizm, bazal gangliyonlarda dopamin eksikliğine yol açan derin gri cevher hastalığı olarak tanımlanan bir hareket bozukluğudur. Multipl skleroz ve parkinsonizm arasındaki ilişkiyi altta yatan demiyelinizan süreçle açıklamaya çalışan bazı çalışmacılar olduğu gibi bu birlikteliğin raslantısallığını anlatan çalışmalar da vardır. Bu yazıda MS tanısından üç yıl sonra parkinsonizmi gelişen bir olgu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: multipl skleroz, parkinsonizm

ABSTRACT

Multiple sclerosis (MS) is an autoimmune inflammatory disease that affects the central nervous system. Except intention tremor, other movement disorders such as parkinsonism are less frequent in MS. Parkinsonism is a movement disorder, defined as deep gray matter disorder which leads to dopamine deficiency in basal ganglia. There are some studies for parkinsonism in MS that attempt to characterize its relation with the underlying demyelinating process, on the other hand, some others describing the reasons for coincidence. We here present a man whose parkinsonism developed three years after MS.

Keywords: multiple sclerosis, parkinsonism

Derya KAYA

Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Geriatri BD
35340 İnciraltı
İZMİR

Multipl skleroz (MS) ve parkinsonizm birlikteliği ender görülen bir durumdur. MS lezyonlarının parkinsonizme neden olup olamayacağı ya da bu iki klinik tablonun koincidental bir durum olup olmadığı tartışmalıdır. Literatürde parkinsonizm ve MS arasında nedensel ilişkiler kuran olgu sunumları yanında Parkinson hastalığı bulgularının MS plaklarının yerleşim yeri ile ilişkili olarak agrave olduğunu bildiren ya da kortikosteroid tedavisi ile parkinsoniyen bulgularda azalma bildirilen olgu sunumları da mevcuttur.

Bu bildiride multipl skleroz tanısı ile izlenmekteyken parkinsonizm semptomları gelişen bir olgu sunulmaktadır.

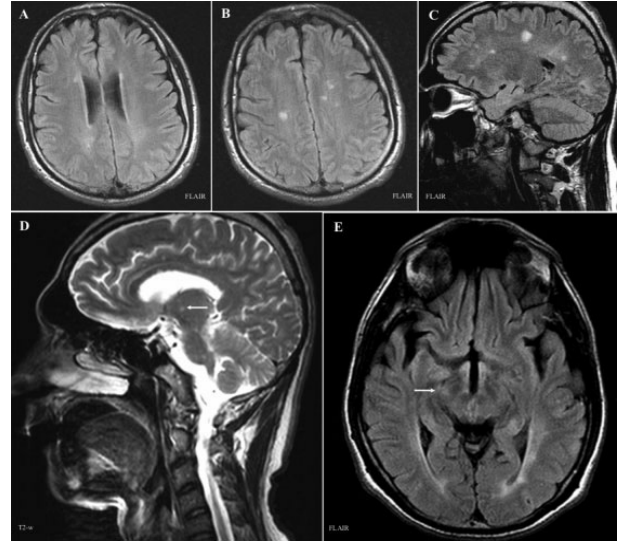
OLGU SUNUMU

Olgudan bilimsel bir yazıda sunulacağına dair onam alınmıştır.

Daha önce bilinen herhangi bir rahatsızlığı olmayan 52 yaşındaki erkek hasta, 2009'da sağ gözünde bulanık görme yakınması nedeniyle bir sağlık kuruluşuna

başvurmuş. Yapılan beyin manyetik rezonans görüntülemeleri (MRG) sonucunda multipl skleroz (MS) olarak değerlendirilen hastaya başvurduğu merkezde intravenöz kortikosteroid tedavisi uygulanmış. Hastanın yakınmaları bu tedavi ile kısmen düzelmiş. 2010 yılında ses kısıklığı, halsizlik, sağ elde uyuşma yakınmaları başlayan hasta bu yakınmaları nedeniyle DEÜTF Multipl Skleroz polikliniğine başvurmuş. Nörolojik bakıda; sağda görme keskinliğinde azalma, kas gücü sağ üstte 4+/5, sağ yanda hipostezi, Babinski sağda pozitif olarak ve konuşma hipofonik olarak değerlendirildi. Diğer nörolojik bakı bulguları olağandı. Laboratuvar incelemeleri vaskülitik belirteçleri dahil normal sınırlarda saptandı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) oligoklonal bandı (OKB) pozitif TipII ve immunglobulin G (IgG) indeksi 0.37 olarak bulundu. Orbita MRG'de sağ optik sinir retrobulber parçasında intensite artımı ve atrofi belirlendi. Kontrastlı çekilen beyin MRG'de bilateral periventriküler bölgede, korpus kallozumda, ponsta ve mezensefalonda kontrastlanmayan lezyonlar izlendi. Kontrastlı çekilen servikal MRG'de C2 düzeyinde demiyelinizan lezyon açısından kuşku T2 hiperintensite saptandı. Yapılan incelemelerden sonra atak olarak değerlendirilen hastaya 1 g/gün intravenöz metilprednizolon (IVMP) başlandı. Hastanın uygulanan tedavi sonrası kliniğinde büyük oranda düzelleme kaydedildi. Beş ay sonra çekilen yeni beyin MRG'de yeni gelişen ve bazıları kontrastlanan plaklar saptanması üzerine hastaya glatiramer asetat 40 mg/gün subkutan tedavisi başlandı. Hastanın 2012 yılında sağ kolunda hareket azlığı, güç kaybı, hareketlerde yavaşlama ve ses kısıklığında artış ve denge bozukluğu ortaya çıktı. Nörolojik bakıda bradimimi, bradikinezi ve hipofoni, sağ üstte belirgin bilateral rijidite, sağ hemiparezi, sağda Babinski pozitifliği, alt ekstremitelerde azalmış vibrasyon duyusu, sağda assosiye hareketlerde azalma ve postural instabilite saptandı. Kontrastlı çekilen Beyin MRG'de T2 flair aksiyal ve sagittal kesitlerde periventriküler, yer yer korpus kallozuma değen, bilateral korona radiata düzeyinde ve subkortikal yerleşimli hiperintens lezyonlar ve sağ subtalamik lezyon izlendi (Şekil 1). Yalnızca parkinsoniyen bulgularında değil aynı zamanda MS ile ilişkili bulgularında da artma saptanması üzerine hasta atak olarak değerlendirildi ve 1 g/gün

intravenöz metilprednizolon (IVMP) başlandı. Tedavinin ikinci günü rijiditede belirgin azalma ve assosiye hareketlerde artış gözlemlendi. Hastanın tedavisi 7 güne tamamlandı. Tedavi öncesi Unified Parkinson's disease rating skoru (UPDRS) 14 olan hastanın pulse steroid sonrası UPDRS'si 10 olarak değerlendirildi. Hastaya semptomatik olarak ropinirol tb. 2 mg/gün başlandı ancak hastanın bu ilacı tolere edemesi nedeniyle pramipeksol tb (0,75 mg/gün) tedavisine geçildi. Pramipeksol tedavisinden kısmen fayda gören hasta halen bu ilacı kullanmaya devam etmektedir ve ataksız stabil olarak izlenmektedir.



Şekil 1. A-B) T2 flair aksiyal kesitlerde ve C) T2 flair sagittal kesitte Multipl skleroz ile uyumlu periventriküler, yer yer korpus kallozuma değen, bilateral korona radiata düzeyinde ve subkortikal yerleşimli hiperintens lezyonlar izlenmektedir. D-E T2 Ağırlıklı sagittal görüntülemelerde ve aksiyal T2 flair görüntülemelerde sağ subtalamik lezyon (ok işareti) izlenmektedir.

TARTIŞMA

MS'de parkinsoniyen tremora ilişkin ilk bildiri Fog ve Linneman tarafından 1970'de bildirilmiştir (1). 1970-2014 arasındaki literatürde MS ve parkinson birlikteliğine ilişkin 36 olgu bildirimine mevcuttur (2,3) ve bu olgulardan 1'i bizim ilk parkinsonizm-multipl skleroz olgumuzdur (4). Literatürde sunulan olguların bazılarında MS ve Parkinson tablosu arasında nedensel ilişki saptanmıştır. Genellikle MS önce başlamakta parkinsonizm bu tabloyu izlemektedir ve nörogörüntülemelerde bazal ganglionlar düzeyinde ya da nigrostriyatal yolak üzerinde lezyonlar

gösterilmektedir. Bugün için MS'in beyaz cevher yanında kortikal ve subkortikal gri cevherdeki miyelinli lifleri etkilediği bilinmektedir, ancak konvansiyonel MRG'lerden ziyade daha hassas MRG metotları (double inversion recovery) ile bu etkilenme gösterilmektedir (5). Demiyelinizan lezyonun dopaminerjik yolu etkileyerek parkinsonizme neden olduğu düşünülmektedir. Bu varsayım dopaminerjik sistem ve demiyelinizan lezyon korelasyonu ile gösterilmiştir. Parkinsoniyen bulguların kortikosteroide yanıt vermesi de bu iki tablonun nedensel ilişkisini ortaya koymaktadır (3,6). Literatürde, nörogörüntüleme ile lezyonların gösterilemediği ve nigral-striatal yolda etkilenme gösteren karakteristik 123-I-FP-CIT DAT scan bulguları normal olan, anti-bazal gangliyon antikoru (ABGA) pozitif olgular bildirilmiş olmakla birlikte bu antikorumların nedensel ilişkisi henüz netlik kazanmamıştır (2).

Multipl Skleroz ve Parkinson birlikteliğini açıklayabilecek diğer varsayım; konkomitan MS ve parkinsonizm birlikteliğidir. Bu varsayım göre bu birliktelik tamamen raslantısaldır. Bu bağlamda en iyi dökümanite edilmiş olgu ilk kez Valkovic ve ark (2007) aittir (7). Çalışmacı kendi yorumunu hastanın immunosupressif ve kortizona yanıt vermemesi, beyin MRG'de bazal ganglion lezyonunun yokluğu ve nigral-striatal yolağın etkilenmesini gösteren karakteristik 123-I-FP-CIT DAT scan bulguları ile açıklamaktadır (7). Bu kanıtlar sonraki çalışmalarda da savunulmuştur (3,8). Daha önceki olgumuzda olduğu gibi bu olgumuzda da kortikosteroid kullanımı ile parkinsoniyen bulgularda belirgin gerileme olmuştur. Ancak DAT scan yapılamamış olması nedensel ilişkiyi ortaya koyma açısından iddialı olunamamasına yol açmıştır.

KAYNAKLAR:

1. Fog T, Linnemann F. The course of multiple sclerosis in 73 cases with computer-designed curves. *Acta Neurol Scand Suppl.* 1970;47:3-175.
2. Delgado S, Baez S, Singer C, Sengun C, Sheremata WA, Papapetropoulos S. Parkinsonism/dystonia syndrome secondary to multiple sclerosis with anti-basal-ganglia antibodies. *Mov Disord* 2009;24(2):309-311.
3. Moccia M, Erro R, Montella S, Carotenuto A, Pappatà S, Orefice G. Diagnostic challenges of Parkinsonism occurring in multiple sclerosis. *Acta Neurol Belg.* 2014 Oct 12. [Epub ahead of print].
4. Ozturk V, Idiman E, Sengun IS, Yuksel Z. Multiple sclerosis and parkinsonism: a case report. *Funct Neurol* 2002;17:145-147.
5. Geurts JJ, Calabrese M, Fisher E, Rudick RA. Measurement and clinical effect of grey matter pathology in multiple sclerosis. *Lancet Neurol* 2012; 11(12): 1082-92.
6. Kreisler A, Stankoff B, Ribeiro MJ, Agid Y, Lubetzki C, Fontaine B. Unexpected aggravation of Parkinson's disease by a mesencephalic multiple sclerosis lesion. *J Neurol* 2004;251:1526-7.
7. Valkovic P, Krastev G, Mako M, Leitner P, Gasser T. A unique case of coincidence of early onset Parkinson's disease and multiple sclerosis. *Mov Disord* 2007;22:2278-81.
8. Etemadifar M, Afshar F, Nasr Z, Kheradmand M. Parkinsonism associated with multiple sclerosis: A report of eight new cases and a review on the literature. *Iran J Neurol.* 2014 Apr 3;13(2):88-93.