

NADİR BİR ALTINCI SİNİR FELCİ NEDENİ: OFTALMOPEJİK MİGREN

A RARE CAUSE OF SIXTH NERVE PALSY: OPHTALMOPLEGIC MIGRAINE

¹Miraç Ayşen Çakmak, ¹Şevki Şahin, ¹Nilgün Çınar, ²Cevher Öney, ¹Sibel Karşıdağ

¹Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji A.D., İstanbul, Türkiye.

²Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri A.D., İstanbul, Türkiye.

İletişim adresi: Şevki Şahin, Maltepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroloji A.D. 34843, Maltepe/İstanbul. Tel:444 0 620 / E-posta:drsahin@gmail.com

ÖZET

Oftalmoplejik migren (OM) tipik olarak migren-benzeri bir ağrıya eşlik eden III., IV. ve/veya VI. kranial sinir tutulumudur. Patofizyolojisi konusunda en güncel görüş, etkilenen kranial sinirde inflamatuvar demiyelinizan bir nöropatinin var olduğu yönündedir. Burada, 24 yaşında bir kadında yeni başlayan sağ hemikranial zonklayıcı baş ağrısını takip eden 3 gün içinde, sağ gözde gelişen dışa bakış kısıtlılığı tablosu sunulmuştur. Olguda bir yıl önce benzer bir tablonun geliştiği ve tedavisiz düzeldiği öğrenildi. Rutin biyokimyasal, hematolojik, beyin omurilik sıvısı incelemesi ve görüntüleme yöntemleri normal sınırlarda idi. Olguya altta yatan bir sebebin bulunmaması ve bir yıl önceki öyküsü nedeniyle OM tanısı konarak kortikosteroid tedavi başlandı. Hastanın ağrısında ve kısıtlı olan göz hareketlerinde belirgin düzelme izlendi. Oftalmopleji ile gelen hastalarda baş ağrısı öyküsü mutlaka sorgulanmalıdır. OM tanısının düşünülmesi hastaların gereksiz ve pahalı tetkiklere yönlendirilmemesi açısından önemlidir

Anahtar Kelimeler: VI. kranial sinir felci, oftalmopleji, migren.

GİRİŞ

Uluslararası Baş Ağrısı Derneğinin 2004 sınıflamasına göre; OM tanısı, migren benzeri baş ağrısı ile ilişkili veya onu takip eden 4 gün içinde ortaya III.,IV., ve/veya VI. kranial sinirlerden bir veya daha çoğunu 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 dışlanması ile konulmaktadır (1). En sık III. kranial sinir (KS) tutulumu ile görülmekle birlikte literatürde IV. ve/veya VI. KS tutulumu da tanımlanmaktadır. Oftalmoplejinin kendiliğinden veya tedavi ile

ABSTRACT

Ophthalmoplegic migraine (OM) is typically migraine-like pain accompanied with III., IV. and/or VI. cranial nerve involvement. The most recent opinion about pathophysiology is inflammatory demyelinating neuropathy of affected cranial nerve. Herein, we present 24-year-old female who developed restriction of lateral gaze of the right eye 3 days after hemicranial throbbing headache onset. Her previous medical history included a similar scenario which resolved without treatment one year ago. Routine biochemical, hematological, cerebrospinal fluid analyses and imaging studies were in normal limits. Because of the history of a similar attack one year ago, she was diagnosed with OM. Parenterally corticosteroid treatment was started. The patients headache and restricted eye movements showed significant improvement. Patients with ophthalmoplegia should always be questioned for headache to prevent unnecessary and expensive procedures.

Keywords: VI.th cranial nerve palsy, ophthalmoplegia, migraine

günler-haftalar içinde düzelmesi beklenmektedir. Çoğunlukla çocukluk çağıında başlamakla birlikte genç erişkinlikte başlayan vakalar az değildir (2). Burada, OM tanısı alan 24 yaşında bir kadın hasta sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Yirmi dört yaşında kadın, çift görme nedeniyle acile başvurdu. Bu şikayetten üç gün önce sağ göz arkasında başlayan zonklayıcı karakterde baş ağrısı olduğu, oral ibuprofen alımına rağmen ağrının artarak devam ettiği, ağrının 3. gününde çift görmenin başladığı öğrenildi. Hasta bulantı-kusma, ışık, koku yada ses hassasiyeti tarif etmiyordu.

Hikayesinde bir yıl önce benzer şekilde baş ağrısı ile birlikte çift görme yakınması, şimdiki ile benzer şekilde sağ gözde dışa hareket kısıtlılığı olduğu, tamamen iyileşmenin ise yaklaşık 1 ay kadar sürdüğü belirtildi.

Olgunun özgeçmiş ve soy geçmişinde özellik yoktu. Nörolojik muayenesinde sağ gözde dışa bakış kısıtlılığı haricinde patoloji saptanmadı (Resim 1). Laboratuvar incelemelerinde, rutin biyokimyasal, hematolojik incelemeleri, eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein değerleri normaldi. Antinükleer antikorları, anti-ds DNA tetkikleri negatifti. BOS biyokimyasal ve mikroskopik incelemesi normaldi. Beyin kontrastsız manyetik rezonans incelemesi (MRI) normaldi.

Olguda altta yatan başka bir sebebin bulunmaması, klinik ve hikayede benzer bir atağın olması nedeniyle OM'e bağlı tekrarlayıcı VI. KS felci düşünülerek 1 mg/kg/günden intravenöz metilprednisolon başlandı. Yetmiş iki saat içerisinde hastanın ağrısında ve kısıtlı olan göz hareketlerinde belirgin düzelme izlendi. On beş gün içerisinde tedavisi azaltılarak sonlandırılan hastanın muayene bulguları tamamen normale döndü.



Resim 1. Sağ gözde dışa bakışta hareket kısıtlılığı. A. Normal sola bakış B. Sağa bakışta sağ gözde VI. kranyal sinir tutulumuna bağlı dışa hareket kısıtlılığı.

TARTIŞMA

Oftalmoplejik migren (OM) terimi ilk olarak 1890 yılında Charcot tarafından kullanılmıştır (3). Uluslararası Baş Ağrısı Derneği'nin (UBD) 1998'deki sınıflamasında bir migren varyantı olarak tanımlanmıştır (4). OM nadir bir baş ağrısı olup insidansı milyonda 0,7 olarak bildirilmektedir (5). Mark ve ark. OM'li 6 olguda III. KS' in sisternal parçasında kontrast tutulumunu göstermişlerdir (6). Daroff, Lance ve Zagaminin çalışmalarında da, III. KS'deki kalınlaşma ve kontrast tutulumuna vurguda bulunulmuştur. Bu bulgular patofizyolojide inflamatuvar demiyelinizan bir nöropatinin olduğunu düşündürmüştür (7,8). Bu çalışmalar ışığında, OM, 2004 yılında, UBD'nin güncel sınıflandırmasında kraniyal nevraljiler ve santral nedenli yüz ağrıları adı altında ele alınmıştır (1). İlerleyen yıllarda bu hipotezleri destekleyen peşi sıra 11 yayın (18 hasta) olmuştur (9).

Carlow 6 çocuk olguda trigeminovasküler migren

epifenomenini savunmuş, zayıflamış kan-beyin bariyeri nedeniyle III.KS de demiyelinizan hasarın kontrast tuttuğunu öne sürmüştür (10). Erken dönemde verilen yüksek doz kortikosteroidin akut epizodu çözdüğünü ve muhtemel III. KS hasarını önlediğini savunmuştur. Tüm bu teorilerin ortak noktası demiyelinizasyon ve remiyelinizasyon ile etkilenen KS in kalınlaşmasıdır.

Ravishankar 1993-2007 arasındaki vakalara kendi vakalarını da ekleyerek derlemiş, OM'li hastalarda heterojen bir tablonun varlığını ön plana çıkarmıştır (3). Lane, Davies ve Friedman bu görüşü destekler nitelikte yeniden sınıflama önermişlerdir (11,12). Chakravarty ve ark.'nın OM'li erişkin ve çocuk olguları karşılaştırdıkları derlemelerinde toplam 92 erişkin OM olgusunun 38'inde III. KS, 48'inde VI. KS, 5'inde IV. KS ve birinde çoklu KS tutulumu rapor edilmiştir. Toplam 38 çocuk olgunun hepsinde ise III. KS tutulumu saptanmıştır (3,7,13,14). Pediatrik olguların büyük çoğunluğunda, beyin görüntülemelerinde kontrast tutulumu saptanırken erişkinlerin az bir kısmında kontrast tutulumunun varlığı gösterilmiştir. Tüm bunlar OM'nin bir migren varyantı mı kraniyal nöropati mi olduğu konusundaki tartışmaları alevlendirmiştir. Bazı yazarlara göre çocuklarda ve erişkinlerdeki farklı klinik ve radyolojik tutulum farklı bir patojenezi çağrıştırmakta, diğerlerine göre ise yaşla birlikte mikrovasküler kapiller duvarların ve sinir gövdelerinin güçlendiği düşünülmektedir (15,16).

Bizim olgumuzda yapılan incelemelerde belirgin etioloji bulunmamasını takiben OM tanısı düşünülmüştür. Hastanın hikayesinde 1 yıl önce yoğun stresle tetiklenmiş benzer bir baş ağrısı ve sağ gözde dışa bakış kısıtlılığı olması, o dönem yapılan beyin görüntülemesinin ve rutin laboratuvar incelemesinin normal bulunması, bulguların yaklaşık 1 ayda düzelmesi de tanı için gerekli kriteri sağlamıştır.

OM genel olarak benign, kendi kendini sınırlayan bir durum olarak kabul edilmektedir. Prognozu genellikle iyi olmakla birlikte, bazı hastalarda çok sayıda atak sonrası defisit kalabilmektedir (17). Profilaksizde B-bloker ve kalsiyum kanal blokerleri gibi ilaçlar önerilmiştir (18). Steroidler akut tedavi çoğu zaman bizim olgumuzda da olduğu gibi başarılı olarak kullanılmaktadır.

Oftalmopleji ile gelen ve beyin görüntülemesi normal olan hastalarda baş ağrısı öyküsü mutlaka sorgulanmalıdır. OM tanısının düşünülmesi hastaların gereksiz ve pahalı tetkiklere yönlendirilmemesi açısından önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Headache classification Subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders. Cephalalgia 2004;24:1-160.
2. Doğan M, Yılmaz C, Çaksen H, Güven S. Oftalmoplejik Migren. Nobel Med 2010; 6: 86-88.
3. Ravishankar K. Ophthalmoplegic migraine: Still a diagnostic dilemma? Curr Pain Head-

- ache Rep 2008;12:285–291
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8 (Suppl 7): 1–96.
 5. Houghton J, Weatherwax S, Ferrell J, Davies P. Ophthalmoplegic migraine: the case for reclassification. *International Headache Society* (2009): 1-8.
 6. 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* 1998;19:1887-1891.
 7. Daroff RB. Ophthalmoplegic migraine. *Cephalalgia* 2001;21:81.
 8. Lance JW, Zagami AS. Ophthalmoplegic migraine: a recurrent demyelinating neuropathy? *Cephalalgia* 2001; 21:84-89.
 9. Chakravarty A, Mukherjee A. Ophthalmoplegic migraine: A critical analysis and a new proposal. *Ann Indian Acad Neurol* 2012;15(Suppl 1):S2-6.
 10. Carlow TJ. Oculomotor ophthalmoplegic migraine: Is it really migraine. *J Neuro Ophthalmol* 2002; 22:215–221.
 11. Lane R, Davies P. Ophthalmoplegic migraine: The case for reclassification. *Cephalalgia* 2009; 29:1–8.
 12. Friedman DI. The Ophthalmoplegic migraine: A proposed classification. *Cephalalgia* 2009; 29:1–2.
 13. Lal V, Sahota P, Singh P, Gupta A, Prabhakar S. Ophthalmoplegia with migraine in adults. Is it ophthalmoplegic migraine? *Headache* 2009;49:838–850.
 14. Lyerly MJ, Peterson BW, Lara AK, McGrath TM. Ophthalmoplegic migraine. *Headache*. 2011;51:1167–1168
 15. Ambrosetto P, Nicolini F, Zoli M, Cirillo L, Ferao P, Bacci A. Ophthalmoplegic migraine: From questions to answers. *Cephalalgia* 2014 Feb 24.
 16. Chen PK, Wang SJ. Ophthalmoplegic migraine: migraine variant or cranial neuralgia
 17. *Cephalalgia* 2012;32:515-517.
 18. Arasho BD. Ophthalmoplegic migraine in a 15-year-old Ethiopian: case report and literature review. *J Headache Pain* 2009;10:45-49.
 19. Levin M, Ward TN. Ophthalmoplegic migraine *Curr Pain Headache Rep* 2004;8:306-309.