



Multiple Sklerozlu Bir Olguda Eş Zamanlı 5., 6. ve 7. Kranial Sinir Felci Gelişimi

A Case of Multiple Sclerosis Presented with 5th, 6th and 7th Cranial Nerve Paralysis

Almila Sarıgül*, Sezin Akça Bayar*, Evin Şingar**, Eylem Yaman Pınarcı***, Sibel Oto*

*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Göz Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

**Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

***Başkent Üniversitesi Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özet

Otuz altı yaşında bayan hasta ellerde uyuşma, sol göz kapağını kapatamama, çift görme şikayetleriyle başvurdu. Horizontal diplopsi, sol dışa bakışında -1 kısıtlılığı, sol periferik fasiyal paralizisi ve 5. sinir dermatomuna uyan alanda his kaybı mevcuttu. Solda Bell fenomeni pozitif. Hastanın manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde multiple skleroz (MS) ile uyumlu hiperintens lezyonlar saptandı. Sistemik steroid tedavisi (IV puşe metilprednizolon 1000 mg/gün, 5 gün; ardından 1mg/kg oral tedrici azaltılarak) başlanan hastanın 5 hafta içerisinde fasiyal paralizisinin ve diplopsinin gerilediği, his kaybının düzeldiği izlendi. Hastanın 4 yıllık takibinde nöks izlenmedi. Bu olguda gördüğümüz gibi, MS karşımıza klasik periferik nöropatiye bağlı ekstremitelerde tutulumun dışında kranial sinir paralizileri ile de gelebilir. Beşinci sinir felci, literatürde karşımıza MS ile birlikteliği en sık olan kranial sinir felci olarak çıkmasına karşılık, 7. sinirin periferik paralizisi ve 6. sinir tutulumu daha nadir olarak bildirilmiştir. Kranial sinir paralizisi ile başvuran özellikle genç hasta grubunda, etyolojide mutlaka MS akla gelmelidir. (Turk J Ophthalmol 2015; 45: 81-3)

Anahtar Kelimeler: Multiple skleroz, kranial sinir felci, fasiyal paralizisi, diplopi

Summary

A 36-year-old female patient was admitted to our clinic with complaints of numbness in hands, double vision, and inability to close her left eye. Her physical examination revealed horizontal diplopia, underactivity of the left lateral rectus muscle, left peripheral facial paralysis, and trigeminal sensorial neuropathy. The magnetic resonance imaging revealed hyperintense lesions, which were compatible with multiple sclerosis (MS). Therefore, systemic steroid treatment (1000 mg/day intravenous methylprednisolone for 5 days, 1 mg/kg/day oral prednisolone, reduced slowly) was administered to the patient. Within five weeks, her symptoms were regressed, and no recurrence was observed during the follow-up period of 4 years. As this case proves, MS can present with cranial nerve palsies in addition to many other different neurological symptoms. Although 5th nerve palsy is the most common cranial nerve palsy detected in MS patients, 7th and 6th nerve involvement are rarely reported in the literature. MS should always be considered in the differential diagnosis of cranial nerve palsies especially in young patients. (Turk J Ophthalmol 2015; 45: 81-3)

Key Words: Multiple sclerosis, cranial nerve palsies, facial paralysis, diplopia

Giriş

Multiple skleroz (MS), daha çok 2.-4. dekadlar arasında görülen, santral sinir sistemini tutan kronik otoimmün demiyelinizan bir hastalıktır.¹ MS, birçok klinik çalışmanın gösterdiği gibi periferik sinir sistemi tutulumu ile de seyredebilir.¹ Klinikte MS farklı tiplerde karşımıza çıkmaktadır; bunlar subklinik MS, klinik izole sendrom, akut dissemine ensefalomyelit, benign MS, tekrarlayan MS, primer ya da sekonder progresif MS ve optiko-spinal MS bunların birkaçıdır.² Retrobulber nörit, serebellar sendromlar,

transvers myelit gibi birçok değişik tablo ile karşımıza gelebilir.³

Beyin sapı tutulumu MS hastalarında sık görülse de başka semptom olmaksızın izole kranial sinir tutulumu oldukça nadirdir.¹ Birçok çalışmada MS hastalarında en sık görülen kranial sinir tutulumunun trigeminal sinir olduğu gösterilmiştir.³ Bunu sırasıyla fasiyal, abduzens, okulomotor ve kohlear sinir tutulumları takip etmektedir.¹

Bu olgu sunumunda, eş zamanlı 5., 6. ve 7. sinir tutulumu ile başvuran ve MS tanısı alan klinikte nadir gözlemlediğimiz bir olgu tartışılacaktır.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Sezin Akça Bayar, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Göz Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Tel.: +90 312 212 68 68 E-posta: sezinakca@gmail.com **Geliş Tarihi/Received:** 27.10.2013 **Kabul Tarihi/Accepted:** 24.04.2014

Olgu Sunumu

Otuz altı yaşında bayan hasta kliniğimize yaklaşık 3-4 gündür olan çift görme, sol gözünü kapatamama ve ellerde uyuşma şikayetleri ile başvurdu. Çift görme şikayeti cisimleri yan yana görme şeklindeydi. Hastanın özgeçmiş sorgulandığında, diyabet veya hipertansiyon gibi herhangi bir sistemik ve nörolojik hastalığının olmadığı saptandı. Herhangi bir travma öyküsü yoktu.

Hastanın yapılan ilk oftalmolojik muayenesinde Snellen harf eşeli ile değerlendirilen görme keskinliği her iki gözde tam olarak saptandı. Biyomikroskopik ön segment muayenesi ve dilate fundus muayenesinde patoloji saptanmadı. Direkt ve indirekt ışık refleksleri her iki gözde pozitif, rölatif aferent pupilla defekti yoktu. Ishihara kartları ile değerlendirilen renkli görme her iki gözde 12/12 idi. Göz içi basınç değeri her iki gözde 16 mmHg idi. Kırmızı cam testinde hastada horizontal diplopi tespit edildi. Yakın ve uzak camsız kayma miktarı 6 prizma tabanı dışarıda olarak ölçüldü. Sol altıncı kraniyal sinir felci ile uyumlu sol lateral rektus aktivitesinde -1 kadar bir kısıtlılık izlendi (Şekil 1). Diğer göz hareketleri doğaldı. Yapılan ayrıntılı kraniyal sinir muayenesinde sol trigeminal sinir oftalmik, maksiller ve mandibuler dallarının dermatomları ile uyumlu bölgelerde duyu kaybı ve sol periferik fasiyal paralizisi saptandı. Bell fenomeni pozitif olarak saptandı. Solda kornea refleksi alınamadı. Korneal anestezisi mevcuttu, Cochet-Bonnet esteziyometresi ile yapılan ölçümlerde kornea duyarlılığı azalmış olarak saptandı.

Kan testleri ve serolojik değerlendirmeler sonucu herhangi bir patoloji saptanmadı. Serebrospinal sıvıda yapılan analiz sonucunda normal protein düzeyi saptandı, hücre izlenmedi. Yapılan beyin manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) sonucu, sağ pariyetal ve sol fronto-pariyetal bölgelerde MS ile uyumlu olarak değerlendirilen hiperintens plak benzeri lezyonlar saptandı.

Hastaya MS tanısıyla 5 günlük intravenöz 1000 mg/gün metilprednizolon tedavisine başlandı. Beş gün sonunda intravenöz tedavi kesilerek 1 mg/kg/gün oral prednizolon tedavisine geçildi. Oral tedavi doz azaltılarak yaklaşık bir aylık süre zarfında kesildi.

Tedavi sonrası yapılan muayenesinde diplopinin ve dışa bakış kısıtlılığının kaybolduğu, sol periferik fasiyal paralizinin düzeldiği görüldü (Şekil 3, 4). Duyu hissini yaklaşık bir ayda geri geldiği hastanın yaklaşık 4 yıllık takibinde herhangi bir nükse rastlanmadı.

Tüm hasta bilgileri ve resimleri hastadan onam alınarak sunulmuştur.

Tartışma

MS genç erişkinler arasında en sık görülen ve hasara yol açan nörolojik hastalıklardan biridir.⁴ MS hastaları karşımıza görsel, duysal ve okulomotor semptomları içeren çok çeşitli klinik tablolarla gelebilirler.^{4,5} İzole kraniyal sinir felçleri ise MS'nin oldukça nadir görülen bulgularındandır.⁶ Kraniyal sinir tutulumunun patogenezi tam olarak aydınlatılmamış olsa da



Şekil 1. Hastanın ilk muayenesinde altıncı sinir paralizisine bağlı sol göz dışa bakışta -1 kısıtlılık mevcuttu



Şekil 2. Hasta, sol periferik fasiyal paralizisi nedeniyle sol gözünü kapatamıyordu, Bell fenomeni pozitif olarak saptandı



Şekil 3. Hastanın tedavi sonrası yapılan muayenesinde dışa bakış kısıtlılığı kaybolmuştu, göz hareketleri her yöne serbestti



Şekil 4. Hastanın tedavi sonrası sol periferik fasiyal paralizisinin gerilediği izlendi

birçok çalışmada beyin sapı demyelinizasyonu ile ilişkili olarak saptanmıştır.⁷ Beyin sapı tutulumu gerek başlangıçta gerekse ilerleyen hastalık döneminde MS hastalarında sık görülen bir tablodur.⁸

Zadro ve ark.'nın¹ 483 MS hastasında yaptıkları bir çalışmada izole kraniyal sinir tutulum oranı %10,4 olarak belirlenmiştir. En sık tutulan kraniyal sinir ise %4,8 oranıyla trigeminal sinir olarak saptanmıştır. Bu hastaların %1,9'unda trigeminal nevralji, %2,9'unda ise bizim olgumuzda olduğu gibi trigeminal duysal nöropati mevcuttur. Diğer kraniyal sinir tutulumları ise sırayla fasiyal (%3,7), abduzens (%1,0), okulomotor (%0,4) ve kohlear (%0,4) sinir olarak saptanmıştır. Klinik olarak kraniyal sinir tutulumu olan bu hastaların yalnızca %54'ünde semptomları açıklayan MRG lezyonu izlenmiştir. Bu durumdan da anlaşılacağı gibi MRG semptomatik demyelinizan lezyonların tümünü görüntülemekte başarısız olabilmektedir.¹

Fukazawa ve ark.⁹ 107 MS'li hastada yaptıkları çalışmada 21 (%19,6) fasiyal paralizisi olgusu saptamışlardır. Bu hastaların

beşinde (%4,7) ise fasiyal paralizi MS'nin başlangıç semptomu olarak saptanmıştır.

Ivankovic ve ark.,¹⁰ bizim olgumuza benzer olarak 5., 6. ve 7. kraniyal sinir tutulumu ile başvuran bir olguyu raporlamışlardır. Bu olgu fasiyal paralizi ile başvurmuş, daha sonra altıncı sinir tutulumu ve rekürren fasiyal paralizisi gelişmiş, tanıdan 1 yıl sonra ise trigeminal duyusal nöropati ortaya çıkmıştır.

Literatürde MS olgularında ilerleyen dönemde kraniyal sinir tutulumunu inceleyen birçok çalışma olsa da, kraniyal sinir tutulumunun ilk semptom olarak ortaya çıkışını raporlayan az sayıda örnek mevcuttur.^{1,10}

Bizim hastamızda, hastalığın başlangıç semptomu olarak 5., 6. ve 7. kraniyal sinir tutulumları görülmüş ve MS tanısı MRG ile hiperintens demyelinizan plakların görülmesi ile doğrulanmıştır. Literatüre baktığımızda tek başına kraniyal sinir felçlerinin görülme oranı çok sık olmakla birlikte aynı anda 5., 6. ve 7. sinir tutulumu ile başvuran olgu sayısı çok azdır.

MS, çok çeşitli nörolojik semptomlarla seyreden bir hastalıktır. Optik nörit, nistagmus, diplopi, internükleer oftalmopleji, göz hareketlerinde kısıtlılık gibi çeşitli oküler bulgular hastaların ilk başvuru semptomu olarak karşımıza çıkabilir.⁴ MRG ise her zaman tanıyı koymakta yeterli değildir.¹ Erken tanı ve tedavi hastalığın seyri ve prognozu açısından büyük öneme sahiptir. Bu sebeple olgumuzda olduğu gibi kraniyal sinir felci bulguları

ile başvuran özellikle genç erişkin hastalarda, MS ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir.

Çıkar çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Zadro I, Barun B, Habek M, Brinar VV. Isolated cranial nerve palsies in multiple sclerosis. *Clin Neurol Neurosurg.* 2008;110:886-888.
2. Karataş M. Multiple sklerozda ayırıcı tanı. *J Neurol Sci (Turk).* 2008;15:171-184.
3. Ratnayake EC, Caldera M, Perera P, Gamage R. Isolated trigeminal nerve palsy with motor involvement as a presenting manifestation of multiple sclerosis in an equatorial region-a case report. *Int Arch Med.* 2012;5:17.
4. Frohman EM, Frohman TC, Zee DS, McColl R, Galetta S. The neuro-ophthalmology of multiple sclerosis. *Lancet Neurol.* 2005;4:111-121.
5. Chen L, Gordon LK. Ocular manifestations of multiple sclerosis. *Curr Opin Ophthalmol.* 2005;16:315-320.
6. Thömke F, Lensch E, Ringel K, Hopf HC. Isolated cranial nerve palsies in multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1997;63:682-685.
7. Jacobs DA, Galetta SL. Multiple sclerosis and the visual system. *Ophthalmol Clin North Am.* 2004;17:265-273.
8. Kahana E, Leibowitz U, Alter M. Brainstem and cranial nerve involvement in multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand.* 1973;49:269-272.
9. Fukazawa T, Moriwaka F, Hamada K, Hamada T, Tashiro K. Facial palsy in multiple sclerosis. *J Neurol.* 1997;244:631-633.
10. Ivankovic M, Demarin V. From recurrent peripheral facial palsy to multiple sclerosis. *Acta Clin Croat.* 2011;50:419-421.