

Multipl Sklerozlu Olguda Çift Görme Olmadan Altıncı Sinir Tutulumu

Peykan TÜRKÇÜOĞLU^{a1}, Burak TURGUT¹, Ülkü ÇELİKER¹, Hanifi YILDIRIM²

¹Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı,

²Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı,

ÖZET

Multipl Skleroz (MS), santral sinir sistemini tutan, alevlenmeler ve sönmelerle seyreden kronik demiyelizan bir hastalıktır. Etiyopatogeneizde myeline karşı immün cevap rol oynar. MS' da motor oküler belirtiler nadir değildir. İnternükleer oftalmopleji, multipl skleroz hastalarında en sık gözlenen horizontal bakış bozukluğu olmasına karşın altıncı sinir paralizisinde nadir değildir. Göz hareketinden sorumlu sinirlerin edinsel paralizlerinde en önemli belirti çift görmedir. Ancak sunduğumuz altıncı sinir paralizili kırk bir yaşındaki MS hastasında, çift görme şikayeti yoktu. Çift görme belirtisinin olmaması sol göz görme alanındaki santral skotom ile açıklanabildi. MS hastalarının göz hareket muayeneleri yapılırken çift görme belirtisinin, geçirilmiş optik nörit sekeli sebebiyle tespit edilemeyeceği akılda tutulmalıdır. ©2008, Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Anahtar kelimeler: Multipl Skleroz, çift görme, görme alanı

ABSTRACT

Abducens Nerve Palsy without Diplopia in a Multiple Sclerosis Patient

Multiple sclerosis (MS), is a chronic demyelinating relapsing-remitting disease of central nervous system. In the etiopathogenesis, autoimmunity to myelin plays role. In MS, ocular motor sings are not rare. Internuclear ophthalmoplegia is the most common horizontal gaze disorder in MS patients however sixth nerve palsy is not rare. In acquired cranial ocular nerve palsies, diplopia is an important symptom. However in our forty one-year-old MS patient, with sixth nerve palsy, diplopia symptom was not present. The reason is central scotoma in the left eye. We should keep in mind that during the ocular movement examination of MS patients, diplopia may not be reported because of optic neuritis sequel. ©2008, Fırat University, Medical Faculty

Key words: Multiple sclerosis, diplopia, visual field

Multipl Skleroz (MS), santral sinir sistemi (SSS) beyaz cevherini tutan, alevlenmeler ve sönmelerle seyreden kronik demiyelizan bir hastalıktır.1 Genç erişkinlerde görülen en sık nörolojik hastalık MS' dur.2 Hastalığın patogenezinde myeline karşı immün cevap rol oynar.3 Etkilenen anatomik bölgeye göre çok değişik nörolojik semptom ve bulgular görülebilir. MS' da motor oküler belirtiler nadir değildir.4 MS lezyonlarının beyin sapı ve serebellumdaki değişik lokalizasyonları tutması ile çok değişik oküler motilite bozuklukları gözlenebilir.4 Çift görme, oküler motilite bozukluklarının bir belirtisidir.

OLGU SUNUMU

Kırk bir yaşında bayan hasta kliniğimize sağa bakışta zorluk şikayeti ile başvurdu. Hastanın hikayesi ve dosya kayıtlarının incelenmesi ile on dört yıl önce sol gözde görme azlığı nedeni ile doktora başvurduğu ve tetkikler sonucunda MS hastalığı tanısı aldığı, o tarihten beri sadece iki yıl önce sağ gözde bir atak geçirdiği tespit edildi.

Hastanın göz muayenesinde her iki gözde görmeler 20/20'di, ön segment yapıları doğaldı. Fundus muayenesinde her iki disk temporalinde solukluk mevcuttu. Relatif afferent

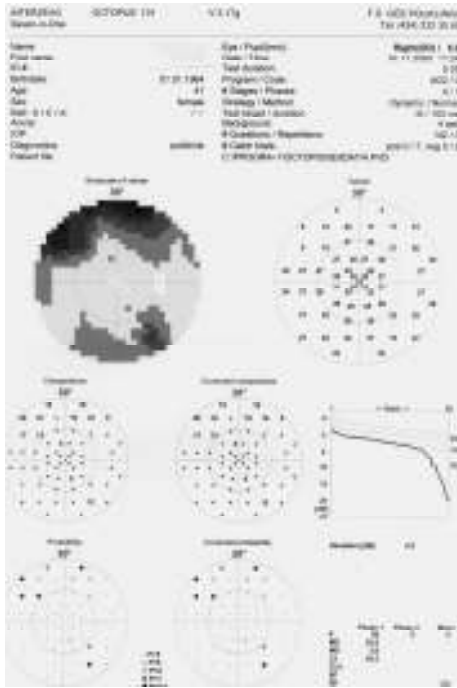
pupil defekti yoktu. Renkli görme doğaldı. Göz hareketleri değerlendirildiğinde, sağ gözde dışa bakış kısıtlılığı mevcuttu (Şekil 1).

Fakat çift görme tariflenmiyordu. Bu bulgular ışığında, görme alanı ve kontrastlı Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRG) tetkikleri istendi. Görme alanı tetkikinde sağ gözde kapak etkisi ve alt nasal bölgede lokalize skotom (Şekil 1a), sol gözde ise geçirilmiş optik nörit sekeline bağlı generalize depresyon ve santral skotom (Şekil 1b) tespit edildi. MRG'de ponsta sağ 6. kafa sinir çekirdeği bölgesinde MS aktif plağı tespit edildi (Şekil 2a, Şekil 2b).

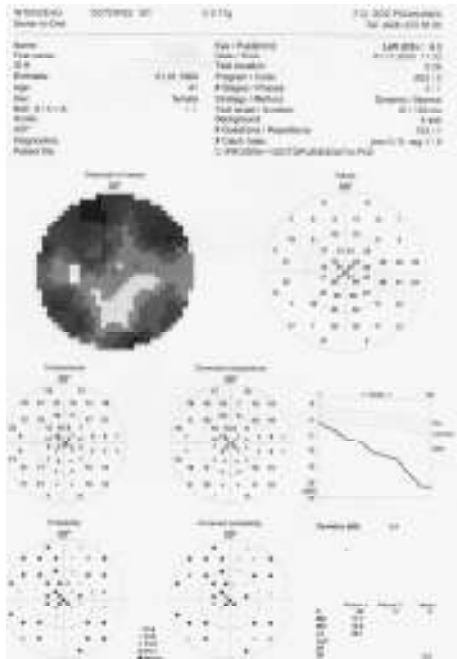


Şekil 1. Sağ göz dışa bakış kısıtlılığı.

^a Yazışma Adresi: Dr. Peykan Türkçüoğlu, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, ELAZIĞ
Tel: +90 424 233 35 55 e-mail: peykan74@yahoo.com



Şekil 1a. Sağ göz görme alanında kapak etkisi ve alt nasal bölgede lokalize skotom.



Şekil 1b. Sol göz görme alanında generalize depresyon ve santral skotom.

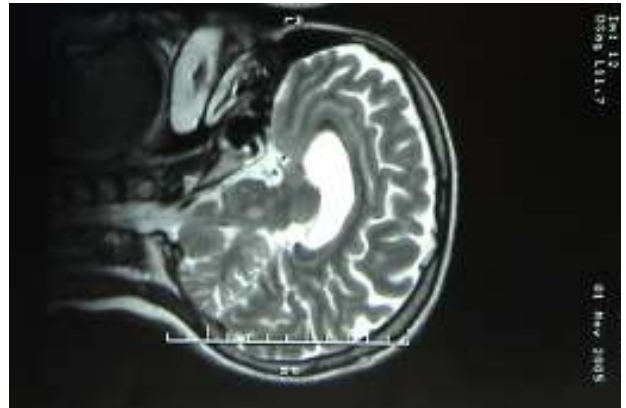
Hastaya yapılan Worth 4 nokta testinde sol gözde supresyon mevcudiyeti; Titmus testinde ise binoküler görme olmadığı anlaşıldı. Bu bulgular ışığında MS aktivasyonu düşünülerek hastaya İV 1gr/gün steroid tedavisi başlandı. Hastanın sağ göz dışı bakış kısıtlılığı tedavinin 3. gününde tamamen kayboldu (Şekil 2). Hastanın İV tedavisi 5 güne tamamlanarak kontrole çağrıldı.



Şekil 2. Tedavi sonrası sağ göz dışı bakış kısıtlılığının düzelmesi.



Şekil 2a. Kontrastlı MRG incelemesinde aksial kesitte sağ 6. kafa sinir çekirdeği bölgesinde MS aktif plağı.



Şekil 2b. Kontrastlı MRG incelemesinde sagittal kesitte sağ 6. kafa sinir çekirdeği bölgesinde MS aktif plağı

TARTIŞMA

Göz hareketleri, beyin korteksi, beyin sapı ve serebellumda bulunan merkezlerin ortak çalışmaları ile üretilir ve kontrol edilir. Multipl skleroz hastalığı göz hareket merkezlerini veya bu merkezleri birleştiren yolları tutarak çok değişik göz hareket bozukluğuna neden olabilir (4-7).

Horizontal bakış kontrolü premotor kontrol merkezi olan paramedian pontin retiküler formasyon (PPRF) ile başlar. Buradan çıkan uyarılar ipsilateral abduzens nükleusunu ve medial longitudinal fasikulus (MLF) yolu ile kontralateral üçüncü sinir nükleusunu uyarır. PPRF'un uyarılması aynı yöne konjuge göz hareketini sağlar.

Multipl skleroz hastalığında miyelin oranı yüksek dokuların tutulma riski fazladır. MLF'un miyelin oranı yüksektir (8). Bu nedenle MLF tutulumuna bağlı gelişen internükleer oftalmopleji (INO), multipl skleroz hastalarında en sık gözlenen horizontal bakış bozukluğudur (9). Örneğin sağ

MLF lezyonunda sola bakışta sağ gözde adduksiyon olmaz iken sağa bakış tamamen normaldir.

Multipl skleroz hastalığı, supranükleer yolların yanı sıra kafa çifti nükleuslarını tutarak da horizontal bakış bozukluklarına neden olabilir (9). Olgumuzun üçüncü MS atağı sağ altıncı sinir nükleusunu etkilemişti (Şekil 2a, 2b). Olgumuzda optik sinir, MLF tutulumu yoktu. Hastanın görmeleri her iki gözde 20/20'di. Sağa bakışta her iki gözün paralelliğinin bozulmasına rağmen çift görme tariflenmemekteydi.

Erişkinlerde, göz hareketinden sorumlu sinirlerin edinsel paralizlerinde en önemli belirti çift görmedir. Hareket kısıtlılığının çok az olduğu vakalarda çift görme belirtisi, durumun fark edilmesi bakımından daha da önem kazanmaktadır. Eğer hastada binoküler görme gelişmemiş veya sinir paralizine neden olan patoloji görmeyi azaltmış ise o zaman çift görme hasta tarafından tariflenmez. Bizim

olgumuzda sağa bakış kısıtlılığına rağmen sağa bakışta çift görme belirtisinin olmaması akıla, görmenin eş zamanlı geçirilen optik nörite bağlı azaldığı fikrini getirmişti. Ama her iki gözde görmenin 20/20 olması ve relatif afferent pupil defektinin olmaması bu fikri desteklememiştir. Görme alanı tetkikinde, hastanın sol gözünde santral skotom tespit edilmesi ile çift görme belirtisinin olmaması açıklanmıştır. Hasta unioküler bakışta parasantral bölgesini kullanarak tam görmeyi sağlamakta ancak binoküler bakışta sol göz santral skotom nedeni ile binokülerite kaybolmaktadır.

Sonuç olarak, MS hastalarının göz hareket muayeneleri yapılırken çift görme belirtisinin, geçirilmiş optik nörit sekeli sebebiyle tespit edilemeyeceği akılda tutulmalıdır. Hareket kısıtlılığı olan ama çift görme belirtisi olmayan vakalarda görme alanı tetkiki mutlaka yapılmalı ve sonuçlar birlikte değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Walsh TJ. Neuro-Ophthalmology: Clinical Signs and Symptoms 3 th ed. Philadelphia: Lea and Febiger, 1992: 430-431.
2. Poser CM. The epidemiology of multiple sclerosis: a general overview. Ann Neurol 1994; 36 Suppl 2: 180-193.
3. Lucarelli MJ, Pepose JS, Arnold AC, Foos RY. Immunopathologic features of retinal lesions in multiple sclerosis. Ophthalmology. 1991; 98: 1652-166.
4. Barnes D, McDonald WI. The ocular manifestations of multiple sclerosis. 2. Abnormalities of eye movements. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1992; 55: 863-868.
5. Newman NJ, Lessell S. Isolated pupil-sparing third-nerve palsy as the presenting sign of multiple sclerosis. Arch Neurol. 1990; 47: 817-818.
6. Keane JR. Internuclear ophthalmoplegia: unusual causes in 114 of 410 patients. Arch Neurol. 2005; 62: 714-717.
7. Tan E, Kansu T. Bilateral horizontal gaze palsy in multiple sclerosis. J Clin Neuroophthalmol. 1990; 10: 124-126.
8. Counsell SJ, Maalouf EF, Fletcher AM, et al. MR imaging assessment of myelination in the very preterm brain. AJNR Am J Neuroradiol. 2002; 23: 872-881.
9. Tsuda H, Ishikawa H, Matsunaga H, Mizutani T. A neuro-ophthalmological analysis in 80 cases of multiple sclerosis Rinsho Shinkeigaku. 2004; 44: 513-521.

Kabul Tarihi: 20.12.2006