

Acil Serviste Transvers Miyelit Olgusu

A case of transverse myelitis in the emergency department

*Kartal M, Culbant AB, Göksu E,
Berk Y, Eken C*

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp
Anabilim Dalı

Dr. Mutlu KARTAL
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı
ANTALYA
enmkartal@yahoo.com

ÖZET

Bel ağrısı yakınması ile acil servise başvurular oldukça sıktır. Özellikle hasta genç ise, yakınmanın altında ciddi bir hastalık olmayacağını düşünmek zaman zaman hekimlerin düşebildiği bir yanılgı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu olgu acil servise bel ağrısı ve bacaklarda uyuşma yakınmasıyla başvuran bir transvers myelit olgusudur. Acil servise başvuran tüm hastalar, yakınması ve yaşı ne olursa olsun, bir bütün halinde değerlendirilmelidir.

SUMMARY

Low back pain is one of the most common complaints presented to the emergency department. The emergency physicians may sometimes assume these complaints as nonspecific in young patients. We report a case of transverse myelitis presented to the ED with low back pain and paresthesia. All patients admitted to the ED should be evaluated systematically regardless of their age and symptoms even they are young.

GİRİŞ

Bel ağrısı acil servis başvurularının %1.8'ini oluşturur (1). Bel ağrısı olan hastaların acil servisteki bakısında tek amaç ağrının giderilmesi olmamalıdır. Ağrıya yol açabilecek ciddi patolojileri tanıyabilmemiz gerekir. Hasta bel ağrısının yanında; alt ekstremitelerde güçsüzlük ve uyuşukluk gibi nörolojik semptomlardan yakınıyorsa, hangi yaş grubunda olursa olsun spinal patolojiler akla getirilmelidir. Bu hastaların başvuru anında hekimin yapacağı etkin klinik değerlendirme hem tanıda, hem de tedavide fayda sağlayacaktır.

OLGU

22 yaşında erkek hasta, acil servise bel ağrısı ve sağ bacakta uyuşma yakınmasıyla başvurdu. Hastanın hikayesinde, 6-7 gündür bel ağrısı ile 3-4 gündür sağ uyluk ve bacakta uyuşması vardı. Son 4-5 gündür de, idrarını yapmakta zorlandığı ve ancak kuvvetli ıkınmayla yapabildiği; bu şikayetleriyle eş zamanlı olarak sağ ayağını sürüyerek yürümeye başladığı öğrenildi. Hastanın son 1 gündür sol bacağına da uyuşma ve son bir haftadır defekasyon sırasında zorlanma şikayetleri mevcuttu. Üç gündür defekasyon yapamıyordu. Travma ve yakın zamanda geçirilmiş bir enfeksiyon öyküsü yoktu. Sigara ve yasa dışı madde kullanımı yoktu. Sosyal içici olarak alkol kullanımı mevcuttu. Herhangi kronik hastalığı ve ilaç kullanımı yoktu.

Acil servisteki ilk değerlendirmesinde genel durumu iyi, bilinci açık, oryante ve koopereydi. Hastanın vitalleri; TA:131/88 mmHg, nabız 80 atım/dk, ateş 36,3°C, solunum sayısı 16 soluk/dk ve nabız oksimetre %100'dü. Nörolojik bakıda; pupiller izokorik, direkt ve indirekt ışık refleksi mevcut, kraniyal sinirler intakt ve meningeal irritasyon bulgusu yoktu. Üst ekstremitelerde motor kayıp yoktu; refleksleri eşit ve normal olarak alınıyordu. Sağ alt ekstremitede proksimali 2/5 parezik, distaliyse plejikti. Sol alt ekstremitede ise, diffüz 4/5 parezi mevcuttu. İlk muayenede belirgin refleks asimetrisi tespit edilemedi. Babinski refleksi yanıtı bilateral plantardı. Anal tonus normaldi ve priyapismus yoktu. Duyu muayenesinde T8-10 seviyesinden itibaren seviye veren hipoestezi vardı. Sırt ve alt ekstremitelerde; travma bulgusu, lokalize duyarlılık ya da atrofi yoktu. Diğer sistemik muayenesinde patolojik bulgu tespit edilmedi. İlk fizik muayene sonrası hastada, spinal kanalı ilgilendiren nörolojik bir acil durumun olduğu düşünüldü ve beyin cerrahisi ile konsülte edildi. Beyin cerrahisi konsültasyonu sonrası; olası kitle, inflamasyon ya da herniyi dışlamak amacıyla acil torakal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) istendi. Torakal MRG'de spinal kordda T7-8 ve T9-10 vertebral seviyesinde, santral ve sağ parasantral yerleşimli T2A hiperintens lezyonlar saptandı ve bu bulgular transvers miyelit ile uyumlu olarak değerlendirildi (Şekil 1). Bu bulgularla acil cerrahi düşünülmemen olgu, nöroloji kliniğiyle konsülte edilip, takip ve tedavi amaçlı nöroloji servisine yatırıldı.

Şekil 1:

Torakal MRG'de spinal korda, T7-8 ve T9-10 vertebral seviyesinde, santral ve sağ parasantral yerleşimli T2A hiperintens lezyonlar



TARTIŞMA

Akut transvers miyelit (ATM) spinal kordun inflamasyonu sonucu nöral yaralanmaya neden olan bir grup hastalığı tarif eder. ATM, multisistem hastalıklarının bir parçası olabileceği gibi, enfeksiyonlara ikincil ya da idiyopatik olarak ortaya çıkabilir. Spinal patolojisi olan hastalar acil servislere; ağrı, ekstremitelerde güçsüzlük, travma ve yürüyememe gibi yakınmalarla başvurabilirler. Bu hastaların muayenesinde; bacak hareketlerinde kayıp, seviye veren duyu kaybı ve disestezi olabilir (2-7). Ayrıca ATM hastalarında, otonom sinir hasarına bağlı mesane disfonksiyonu ya da kabızlık olabilir (8). Bu olguda da, alt ekstremitelerde motor kayıp, seviye veren duyu kaybı, kabızlık ve üriner retansiyon vardı. Ekstremitelerde halsizlik, uyuşma gibi yakınmalar, özellikle genç hastalar için nonspesifik gibi görünmesine rağmen iyi bir öykü ve fizik muayene altında yatan patolojiyi belirlemek açısından gereklidir. ATM etiolojisinde birçok faktör tanımlanmıştır. Sistemik vaskülitlerin seyirinde de miyelit görülebilir. Özellikle sistemik lupus eritamatozus transvers miyelitle seyredebileceği gibi, beraberinde santral sinir sistemi vaskülit de olabilir. (9-11) Nörosarkoidoz; spinal kord granülomları, lenfosit infiltrasyonu ve antikor depozitiyle seyreden myelit tablosuna yol açabilir (12). Bu olgu, yattığı klinikte yapılan immunolojik çalışmalar sonunda, multisistemik bir hastalığı destekleyecek bulgu tespit edilemedi. Enfeksiyöz etiyojisi ATM hastalarında düşünülmelidir. Herpes virüs enfeksiyonları spinal kord hücrelerini direkt olarak etkileyerek ATM yapabilirler (13-15). Listerya monositogenez de intraaksomal yolla spinal korda tutunabilir (16). Stafilkokokal, streptokokal ya da viral hastalıklara sekonder süper antijen oluşumu ve ardından ATM tablosu ortaya çıkabilir (17-20). Hastalar enfeksiyon açısından sorgulanmalı ve laboratuvar belirteçleri ile var olabilecek enfeksiyonlar ayırt edilmeye çalışılmalıdır. Bu olgunun hikayesinde enfeksiyon düşündürecek herhangi bir bulgu yoktu. Laboratuvar testlerinde de enfeksiyonu destekleyecek bir bulgu tespit

edilemediği için hastamız idiyopatik ATM olarak kabul edilmiştir. Öykü ve fizik muayenesi spinal kord patolojisini düşündürdüğü hastalarda korda bası etkisi yapacak etkenler (tümör, herni) dışlanmalıdır. Bu amaçla yapılacak MRG hem olası bası etkisi yaratacak patolojileri dışlayacak, hem de spinal kordaki inflamasyonu görüntülememizi sağlayacaktır. Spinal kordaki inflamatuvar süreci değerlendirmenin diğer bir yolu da lomber ponksiyondur (21).

ATM hastalarının tedavisinde multidisipliner yaklaşım gerekir. Ayırt edilebilir sebep varsa spesifik tedavi uygulanır. Spinal kord inflamasyonu söz konusu olduğu durumlarda metilprednizolon tedavisi bir seçenektir (22-23). Yapılan bir çalışmada metilprednizolonun spinal kord inflamasyonu olan hastalarda yararlı olduğu belirtilmişken (22); bir başka çalışmada ise, kontrol grubuna göre anlamlı değişiklik tespit edilememiştir (23). Akut gelişen spinal kord hasarında kontrendikasyon yoksa, steroid vermek hastaların tedavisine katkıda bulunabilir. Plazma Exchange, izole demiyelinizasyonu olan olgularda bir tedavi seçeneği olarak belirtmeye başlamıştır (24-25). ATM hastalarının tedavisindeki bir diğer önemli nokta ise, hastaların rehabilitasyonunun programlanmasıdır. İyileşen hastalar için iyileşme periyodu 6 haftadan 2 yıla kadar sürebilmektedir. İyi rehabilite edilen hastalarda araz kalma olasılığı azalacağı gibi, var olan arazların da günlük yaşamı daha az etkilemesi sağlanabilir.

ATM hastalarının yaklaşık 1/3'ü tamamen iyileşmektedir. 1/3'ünde spastik yürüyüş, inkontinans ve duyu fonksiyon bozukluğu gibi defisitler kalabilir. Kalan 1/3'ünde ise iyileşme olmamakta ve günlük hayatlarını sürdürürken yardımcı kişi ya da aletlere gereksinim duymaktadırlar (21).

SONUÇ

Spinal kord patolojileri morbid seyreden hastalıklardır. Bu hastalar acil servislere ağrı, uyuşma, kabızlık, zorlu ürinyasyon ya da yürüyememe gibi yakınmalarla başvurabilirler. Bu hastalardan alınacak öykü ve yapılacak nörolojik muayene tanı koyulmasını kolaylaştıracaktır. Tedavinin planlanmasında ve morbiditenin azaltılmasında acil servis hekimleri belirleyici olabilir.

KAYNAKLAR

1. McCaig LF, Burd CW. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2002 emergency department summary. *Adv Data*. 2004 Mar 18;(340):1-34.
2. Altrocchi PH. Acute transverse myelopathy. *Arch Neurol* 1963; 9:21-29.
3. Berman M, Feldman S, Alter M, et al. Acute transverse myelitis: Incidence and etiologic considerations. *Neurology* 1981; 31:966-971.
4. Christensen PB, Wermuth L, Hinge HH, Bomers K. Clinical course and long-term prognosis of acute transverse myelopathy. *Acta Neurol Scand* 1990; 81:431-435.
5. Jeffery DR, Mandler RN, Davis LE. Transverse myelitis. Retrospective analysis of 33 cases, with differentiation of cases associated with multiple sclerosis and parainfectious events. *Arch*

Neurol 1993; 50:532-535.

6. Lipton HL, Teasdall RD. Acute transverse myelopathy in adults: A follow-up study. *Arch Neurol* 1973; 28:252-257.
7. Misra UK, Kalita J, Kumar S. A clinical, MRI and neurophysiological study of acute transverse myelitis. *J Neurol Sci* 1996; 138:150-156.
8. Sakakibara R, Hattori T, Yasuda K, Yamanishi T. Micturition disturbance in acute transverse myelitis. *Spinal Cord* 1996; 34:481-485.
9. Piper PG. Disseminated lupus erythematosus with involvement of the spinal cord. *JAMA* 1953; 153:215-217.
10. Adrianakos AA, Duffy J, Suzuki M, Sharp JT. Transverse myelitis in systemic lupus erythematosus: Report of three cases and review of the literature. *Ann Intern Med* 1975; 83:616-624.
11. Nakano I, Mannen T, Mizutani T, Yokohari R. Peripheral white matter lesions of the spinal cord with changes in small arachnoid arteries in systemic lupus erythematosus. *Clin Neuropathol* 1989; 8:102-108.
12. Ayala L, Barber DB, Lomba MR, Able AC. Intramedullary sarcoidosis presenting as incomplete paraplegia: Case report and literature review. *J Spinal Cord Med* 2000; 23:96-99.
13. Salgado CD, Weisse ME. Transverse myelitis associated with probable cat-scratch disease in a previously healthy pediatric patient. *Clin Infect Dis* 2000; 31:609-611.
14. Giobbia M, Carniato A, Scotton PG, et al. Cytomegalovirus-associated transverse myelitis in a non-immunocompromised patient. *Infection* 1999; 27:228-230.
15. Baig SM, Khan MA. Cytomegalovirus-associated transverse myelitis in a non-immunocompromised patient. *J Neurol Sci* 1995; 134:210-211.
16. Antal EA, Loberg EM, Bracht P, et al. Evidence for intra-axonal spread of *Listeria monocytogenes* from the periphery to the central nervous system. *Brain Pathol* 2001; 11:432-438.
17. Bohach GA, Fast DJ, Nelson RD, Schlievert PM. Staphylococcal and streptococcal pyrogenic toxins involved in toxic shock syndrome and related illnesses. *Crit Rev Microbiol* 1990; 17:251-272.
18. Bohach GA. Staphylococcal enterotoxins B and C. Structural requirements for superantigenic and enterotoxigenic activities. *Prep Biochem Biotechnol* 1997; 27:79-110.
19. Belley MJ, Borst DW, Regassa LB. Staphylococcal enterotoxins, toxic shock syndrome toxin and streptococcal pyrogenic exotoxins: A comparative study of their molecular biology. *Chem Immunol* 1992; 55:1-35.
20. Zhang J, Vandevyver C, Stinissen P, et al. Activation and clonal expansion of human myelin basic protein-reactive T cells by bacterial superantigens. *J Autoimmun* 1995; 8:615-632.
21. http://www.ninds.nih.gov/disorders/transversemyelitis/detail_transversemyelitis.htm
22. Defresne P, Meyer L, Tardieu M, et al. Efficacy of high dose steroid therapy in children with severe acute transverse myelitis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001; 71:272-274.
23. Kalita J, Misra UK. Is methyl prednisolone useful in acute transverse myelitis? *Spinal Cord* 2001; 39:471-476.
24. Weinshenker BG, O'Brien PC, Petterson TM, et al. A randomized trial of plasma exchange in acute central nervous system inflammatory demyelinating disease. *Ann Neurol* 1999; 46:878-886.
25. Celik Y, Tabak F, Mert A, et al. Transverse myelitis caused by Varicella. *Clin Neurol Neurosurg* 2001; 103:260-261.