

Baş Ağrısı, Acil Servislerin Başını Ağrıtır!

Headache is Annoyance of the Emergency Departments!

Murat Koyuncu¹, Derya Öztürk¹, Ertuğrul Altınbilek¹, Ayşe Kolukısa¹,
Hasan Cerciz¹, Yusuf Altınöz¹, İbrahim İkizceli¹

¹ Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Özet

Baş ağrısı nedeniyle birkaç kez acil servise başvuran ve sol gözde görme kaybı ile bacaklarda kuvvet kaybı gelişmesi ile Nöromiyelitis Optika tanısı alan olgu eşliğinde, literatür bilgilerini değerlendirmek amaçlandı. Tip-1 Diabetes Mellitus nedeni ile takip edilen 35 yaşındaki erkek hasta, baş ağrısı, bacaklarda güçsüzlük ve görme kaybı şikâyetleri ile acil servisimize başvurdu. Hasta bu şikâyetlerle başvurduğu diğer acil servislerde analjezik uygulanarak evine gönderilmiş. Sol gözde ışık refleksi alınamıyor ve görme yok idi. Üst ekstremitelerde kuvvet muayenesi tam iken alt ekstremitelerde parapleji saptandı. T6 dermatom sahası ve altında duyu kaybı mevcut idi. İnsanları etkileyen ağrılı durumların en yaygın olanı baş ağrısıdır. Baş ağrısının primer veya sekonder nedenlerinin ayırıcı tanısını yapmak için dikkatli bir nörolojik muayenenin yapılması gerekir. Devic sendromu iyileşen veya iyileşme göstermeyen, akut transfer myelopati ve akut veya subakut optik nöropati ile karakterize bir hastalıktır. Nöromiyelitis Optika tanısı için 3 mutlak kriterin tamamının bulunmasının yanı sıra majör kriterlerden birinin veya minör kriterlerden ikisinin daha bulunması gereklidir. Baş ağrısı ile başvuran hastalardan mutlaka iyi bir öykü alarak, sekonder baş ağrısı nedenleri ile ilgili ipuçları yakalanmaya çalışılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Nöromiyelitis optika, devic sendromu, baş ağrısı.

Abstract

Headache is Annoyance of the Emergency Departments!!! Aim: It is aimed to review the literature with a case that was referred to efte ye outpatient clinic several times with the headache and who was diagnosed as neuromyelitis optica by the symptoms of visual loss in efte ye and weakness of lower limbs. Case: 35 year male who is under follow up for type-I diabetes mellitus was referred to our efte ye outpatient clinic with the complaints of headache, weakness of lower limbs and visual loss. The patient who has referred with these complaints to different efte ye outpatient clinics before, was externed to his home after analgesic treatment. In examination the vision and light reflex were not found in efte ye. In motor examination extremities, while the power of upper extremities were normal, lower extremities were paraplegic. Discussion: The most common painful condition which influence the people's life is the headache. It is neccessary to do a complete neurological examination in order to make differential diagnosis of secondary and primary states of headache. Devic Syndrome is a disease characterized by acute or subacute optic neuropathy and acute transverse myelopathy which can be recovered or not. Besides all the three certain criteria, one of the major criteria and two of the minor criteria must be existed fort he diagnosis of neuromyelitis optica. Result: Patients who complain of headache must be questioned elaborately for the clues relevant to the secondary causes of the headache.

Key words: Neuromyelitis optica, devic syndrome, headache.

Giriş

Nöromiyelitis optika (NMO), Devic sendromu adı ile bilinen demiyelizan bir hastalıktır. Omurilik ve optik sinir tutulumu ön plandadır [1]. Baş ağrısı nedeniyle birkaç kez acil servi-

se başvuran ve sol gözde görme kaybı ile bacaklarda kuvvet kaybı gelişmesi ile NMO tanısı alan olgu eşliğinde, literatür bilgilerini değerlendirmek amaçlandı.

Sorumlu yazar / Corresponding Author: Murat Koyuncu

Adres: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

E-posta: trmuratk@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received:

Kabul Tarihi / Accepted:

Olgu

Tip-1 Diabetes Mellitus nedeni ile takip edilen ve insülin kullanan 35 yaşındaki erkek hasta, baş ağrısı, her iki bacakta güçsüzlük ve görme kaybı şikâyetleri ile acil servisimize başvurdu. Hastanın yaklaşık üç gün önce aniden sağ ensesinden başlayıp gözlerine vuran, zonklama tarzında ve başın sadece sağ tarafına lokalize ağrısı başlamış. Ağrıya bulantı veya kusma eşlik etmemiş. Başvurduğu acil

serviste kan şekeri yüksek çıkmış. Analjezik ve insülin tedavisi uygulanmış. Baş ağrısı azalmasına rağmen geçmemiş ancak analjezik önerisi ile taburcu edilmiş. Baş ağrısının geçmemesi üzerine başka bir acil servise başvurmuş. Burada da analjezik uygulanmış ve taburcu edilmiş. Ertesi gün baş ağrısının daha çok şiddetlenmesi üzerine başka bir acil servise başvurmuş. Burada çekilen beyin tomografisinde beyinde kist (Resim 1) olduğu ve nöroloji polikliniğine başvurması gerektiği önerilerek taburcu edilmiş. Bu sabah hastada sol gözünde görme kaybı gelişmiş. Yine başka bir acil servise başvurmuş. Analjezik uygulanmış. Hasta eve döndüğünde bacaklarında kuvvetsizlik olduğunu fark etmiş ve ayağa kalkamamış. Bu nedenle hastanemiz acil servisine başvurmuş. Hastanın öncesinde de ara öğünlerini almadığı zamanlarda baş ağrıları olurmuş. Son bir yıldır ayaklarında uyuşma ve cinsel disfonksiyon varmış. Kendisine bunların Diabetes Mellitus komplikasyonu olduğu söylenmiş.

Hastanın fizik muayenesinde şuur açık, koopere ve oryante idi. Konuşması düzgün, anlaması tam idi. Pupiller izokorik, solda ışık refleksi alınamıyor ve görmesi yok idi. Diğer kafa çifti sinir muayeneleri normal idi. Üst ekstremitelerde kuvvet muayenesi tam iken alt ekstremitelerde parapleji saptandı. T6 dermatom sahası ve altında duyu kaybı mevcut idi. Alt ekstremitelerde derin duyu kaybı mevcut ve derin tendon refleksleri alınamıyordu. Taban cildi refleksi bilateral fleksör yanıtta idi. Hasta desteksiz oturtulamadı. Hastada glob vesikale mevcut idi, bu nedenle mesane kateteri uygulandı. Rektal muayenesinde anal sfinkterinde tonus kaybı vardı.

Hastanın çekilen kranial tomografisinde, oksipital bölgede araknoid kisti mevcut idi ve başka patoloji saptanmadı. Hastaya çekilen beyin Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI)

görüntülemesinde akut patoloji saptanmaması üzerine spinal MRI görüntülemesi yapıldı. Spinal MRI görüntülemede T4 ile T12 arasında değişik seviyelerde T2A sekanslarda hiperintens özelliğinde patolojik sinyal değişiklikleri izlendi ve ilk planda demiyelinizan plak görüldü. Bu bulgular ışığında hasta NMO ön tanısı ile Nöroloji servisine yatırıldı.



Resim 1. Arachnoid kist görülen beyin tomografi görüntüsü.

Tartışma

İnsanları etkileyen ağrılı durumların en yaygın olanı baş ağrısıdır. Baş ağrısı ile hayat boyu tanışmamış insan yoktur. Toplumda yetişkinlerde ve adölesan çağda en sık görülen semptom olan baş ağrısı, acil servis başvurularının %4'ünü oluşturur. Nörolojik hastalıkların yanı sıra kalp hastalıkları, hipertansiyon, gastrointestinal sistem hastalıkları, kulakburun-boğaz problemleri, göz problemleri, psikiyatrik hastalıklar gibi sistemik hastalıklara eşlik eden bir semptomdur. Baş ağrısının primer veya sekonder olmasının ayırıcı tanısını yapmak için iyi bir nörolojik muayene yapmak gerekir [2].

Eugène Devic tarafından Akut Nöromiyelitis Optika ismi kullanılmıştır. Hastalık ilk kez Devic'in öğrencisi Gault tarafından 1894 yılında bilateral optik nörit ve miyelit ataklarının

eşzamanlı gelişimi ile giden olgular olarak tanımlanmıştır [3,4].

Devic sendromu iyileşen veya iyileşme göstermeyen, akut transfer myelopati ve akut veya subakut optik nöropati ile karakterize bir hastalıktır. NMO tanısı için üç mutlak kriterin tamamının bulunmasının yanı sıra majör kriterlerden birinin veya minör kriterlerden ikisinin daha bulunması gereklidir (Tablo 1) [1].

Tablo 1. NMO Tanı Kriterleri [1]

Mutlak Kriterler	Optik Nörit Akut Miyelit Optik Siniri veya Spinal Kordu tutan başka bir hastalık bulunmaması
Destekleyici Kriterler	MAJOR Beyin Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRI) normal olması Spinal MRI' da anormal sinyal ≥ 3 vertebral segment Lumbal ponksiyonda pleositoz > 50 WBC/mm ³ veya >5 nötrofil/ mm ³
	MİNÖR Bilateral optik nörit En az bir gözde 20/200 den daha az görme keskinliğinin olduğu şiddetli optik nörit En az bir uzuvda şiddetli, kalıcı, ataklarla ilişkili kuvvetsizlik

Otoimmün hastalıklar ile birlikteliği sıktır. Çoğunlukla Multipl Skleroz ile karıştırılsa da aralarında önemli klinik, görüntüleme, laboratuvar ve immünolojik farklılıklar vardır. NMO da miyelit atakları komplet transfer miyelit şeklindedir. Miyelit ve Optik Nörit atağı ağır sekel bırakma eğilimindedir [3,5].

Hastaların histopatolojik incelemesinde makrofajların hakim olduğu perivasküler granülosit, eozinofil hakimiyeti bulunan inflamasyon görülmüştür. Lezyon bölgelerinin

de damar duvarının kalınlaşmış olduğu, damar lümeninde hiyalinizasyon bulunduğu ve perivasküler immunglobulin ve kompleman birikimi olduğu görülmüştür. Damar çeperi ve pial yüzeylere uyan bölgelerde bağlanma görüldüğü ve bu bulgunun NMO hastalarına özgü bir bulgu olduğu gösterilmiş ve NMO IgG olarak adlandırılmıştır. Daha sonra yapılan çalışmalarda ise bu antikörlerin aquaporin-4 adlı bir su kanalı molekülüne karşı gelişmiş antikörler olduğu gösterilmiştir. NMO hastalarının etkilenen sinir sistemi bölgelerinde yoğun aquaporin-4 kaybı gözlenmiş ve anti-aquaporin-4 antikörlerinin titresi ile klinik şiddet arasında bir ilişki olabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur [3,5].

Ataklar sırasında yüksek doz steroid tedavisi kullanılmaktadır. Steroidlerin yan etkisi nedeni ile yeni tedavi yöntemleri araştırılmaktadır. Özellikle ataklar sırasında plazmaferez yararlı olabilmektedir. Ayrıca intravenöz immunglobulin tedavisi, sitostatik ajanlar kullanılabilir. Son yıllarda B lenfositlere karşı monoklonal antikor olan Rituximab'ın kullanılması gündemdedir [3,5].

Acil servis başvurularında en sık şikâyet baş ağrısıdır. Baş ağrısı ile başvuran hastalardan mutlaka iyi bir öykü alınarak sekonder baş ağrıları nedenleri ile ilgili ipuçları yakalanmaya çalışılmalıdır. Hastalara mutlaka sistemik muayene yapılmalıdır. Öykü ve fizik muayenede şüpheli bulgular tespit edilmesi durumunda ileri görüntüleme yöntemleri ve BOS incelemesi gereklidir.

Kaynaklar

1. de Seze J, Stojkovic T, Ferriby D, Gauvrit JY, Montagne C, Mounier-Vehier F, et al. Devic's neuromyelitis optica: clinical, laboratory, MRI and outcome profile. J Neurol Sci. 2002 May 15;197(1-2):57-61.
2. Çetin NG; Tomruk Ö. Acil Serviste Baş Ağrısına Yaklaşım. S.D.Ü. Tıp Fak. Derg. 2004;11(4):34-39.
3. Akman Demir G. Nöromiyelitis Optika: Klinik ve İmmünolojik Özellikler. Türkiye Klinikleri J Neural-Special Topics. 2009;2(4):37-40.
4. Jarius S, Wildemann B. The history of neuromyelitis optica.. J Neuroinflammation. 2013 Jan 15;10:8. doi: 10.1186/1742-2094-10-8.
5. Bichuetti DB, Lobato de Oliveira EM, Oliveira DM, Amorin de Souza N, Gabbai AA. Neuromyelitis optica treatment: analysis of 36 patients. Arch Neurol. 2010 Sep;67(9):1131-6. doi: 10.1001/archneurol.2010.203.