



Psödoaltıncı Kranyal Sinir Felci ile Gelen İdyopatik Orbital Miyozit Olgusu: Nörogörüntülemenin Önemi

Idiopathic Orbital Myositis with Pseudosixth Nerve Palsy: The Importance of Neuroimaging

● Zeynep Ezgi Balçık¹, ● Sezin Alpaydın Baslo¹, ● Oya Öztürk¹, ● Songül Şenadım¹, ● Cengiz Dayan¹,
● Hatem Hakan Selçuk², ● Hayrunnisa Dilek Ataklı¹

¹Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Anahtar Kelimeler: Orbital miyozit, psödötümör orbita, altıncı sinir felci, manyetik rezonans görüntüleme
Keywords: Orbital myositis, pseudotumor orbita, sixth nerve palsy, magnetic resonance imaging

Sayın Editör,

Kırk sekiz yaşında kadın hasta, 10 günlük sağ hemikranyal, zonklayıcı, sağ göz ardında yoğunlaşan baş ağrısı ve sağa bakışta belirginleşen horizontal diplopi ile başvurdu. Öz ve soygeçmişinde özellik yoktu. Nörolojik muayenesinde primer pozisyonda sağ göz içe deviye, sağ göz dışa bakışta 3 mm kısıtlı idi. Sağda minimal propitoz mevcuttu. Göz dibi, motor ve duyu sistem muayeneleri olağandı.

Altıncı kranyal sinir tutulumu etyolojisine yönelik yapılan kan biyokimyası, tam kan sayımı, tiroid fonksiyon testleri ve otoantiklorları normal sınırlarda idi. Vaskülitik belirteçler (ANA, p-ANCA, c-ANCA, anti ds-DNA, AMA, ASMA, anti-Scl-70, anti-Jo-1, anti-SSA, anti-SSB), asetilkolin reseptör antikoru ve enfektif serolojik belirteçler (hepatit B yüzey antijeni, herpes simpleks virüs tip 1 ve tip 2 IgM, anti HIV, Brucella, Varicella-Zoster virüs IgM, anti hepatit C virüs, VDRL-RPR) negatifti. Kranyal bilgisayarlı tomografi ve kontrastlı manyetik rezonans görüntülemeleri (MRG) normal sınırlardaydı. Sinir iletim çalışmaları ve iğne elektromiyografi normaldi. Ardışık sinir uyarım testlerinde anlamlı dekrement ve/veya inkrement saptanmadı. Beyin omurilik sıvısında (BOS) direkt bakıda hücre görülmedi, BOS biyokimya ve IgG indeksi normaldi (0,37). Orbita MRG'sinde; sağ medial rektus kası T2, FLAIR ve yağ baskılı kontrastlı T1 ağırlıklı sekanslarda hipertrofik ve izo-hiperintensi (Şekil 1A, 1B, 1C, 1D). Sağ medial rektus kalınlaşması miyotendinöz bileşke tutulumu ile

devamlılık göstermekteydi (Şekil 1A, 1B). Özgün orbita MRG bulguları ile hasta, etyolojiye yönelik yapılan tetkiklerde anlamlı patoloji saptanmaması doğrultusunda “idyopatik orbital miyozit” tanısı aldı. Metilprednizolon 80 mg/gün p.o tedavisi başlandı. Kortikosteroid tedavisinin birinci haftasında semptomları gerileyen hastanın kliniği 2. haftada tam düzeldi. Kortikosteroid dozunun kademeli olarak azaltılması ve klinik yanıtın korunduğu en düşük dozda idamesi planlanarak hasta klinik takibe alındı.

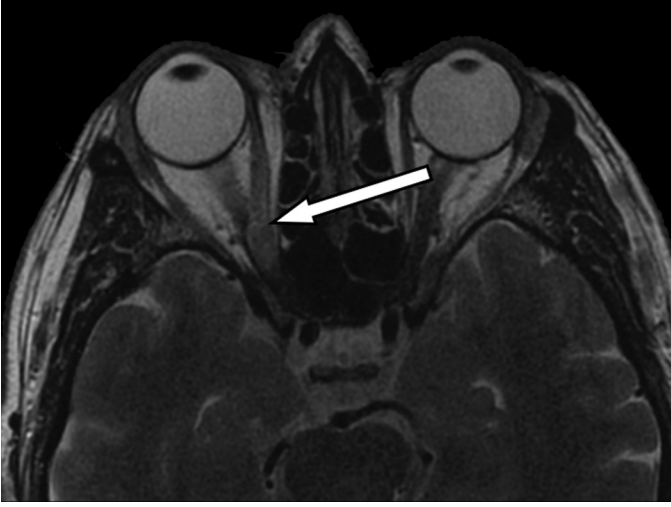
“Orbital miyozit”, birincil olarak ekstraoküler kasları tutan, enflamatuvar bir hastalıktır (1). Hastaların çoğu 30'lu yaşlarındadır. Kadınlarda, erkeklere kıyasla 2 kat sık görülür. Tutulum genellikle tek taraflıdır, en sık medial rektus kası etkilenmektedir. Hastalar akut başlangıçlı ağırlı çift görme yakınması ile başvurmaktadır. Göz küresi hareketleri ile ağrı artabilir. Nörolojik muayenede bakış kısıtlılığı ile birlikte konjunktival ödem ve propitoz saptanabilir. Görüntüleme yöntemleri ile tutulan ekstraoküler kas(lar)ın hipertrofik izlenmesi tanı için önemlidir. Etkilenen ekstraoküler kas kalın, T2 ağırlıklı serilerde yüksek sinyallidir (2). Ayırıcı tanıda ön sıralarda olan tiroid oftalmopatisinden, miyotendinöz bileşke ve tendonların tutulumu ile ayrılır. “İdyopatik enflamatuvar orbital sendrom” olarak da bilinen orbital miyozitte sebep çoğunlukla ortaya konulamaz. Histopatolojik olarak değişen derecelerde fibrozis, plazma hücresi, lenfosit, makrofaj ve polimorf nüveli lökositlerden oluşan mikst karakterde bir enflamasyon saptanmaktadır (3).

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Zeynep Ezgi Balçık, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

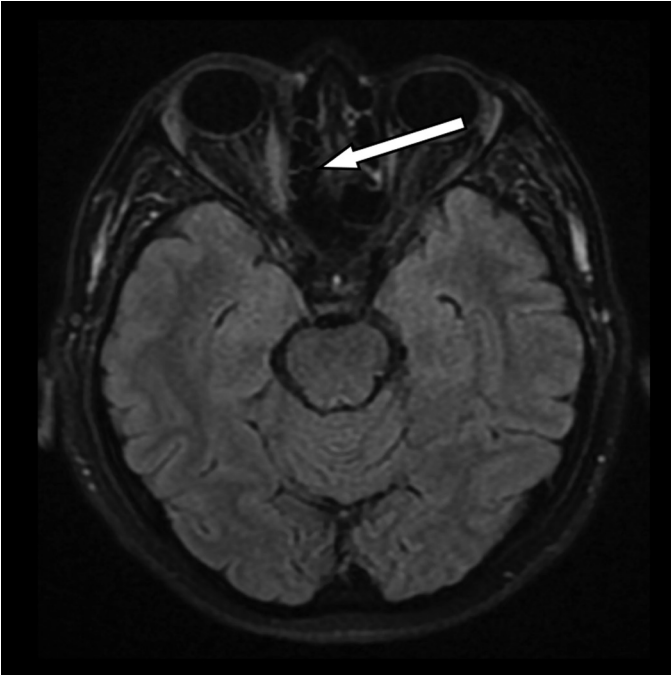
Tel.: +90 505 456 29 52 E-posta: zeynepezgi33@hotmail.com ORCID ID: orcid.org/0000-0002-2882-7646

Geliş Tarihi/Received: 05.04.2017 **Kabul Tarihi/Accepted:** 24.07.2017

©Telif Hakkı 2018 Türk Nöroloji Derneği
Türk Nöroloji Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.

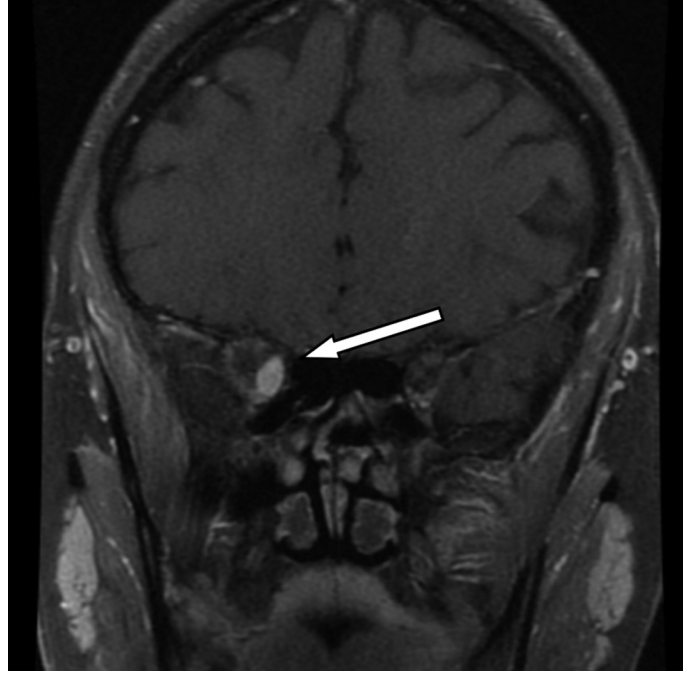


Şekil 1. A) Aksial T2, Ok: Sağ medial rektus ve tendinöz bağlantılar, hipertrofik, izointens

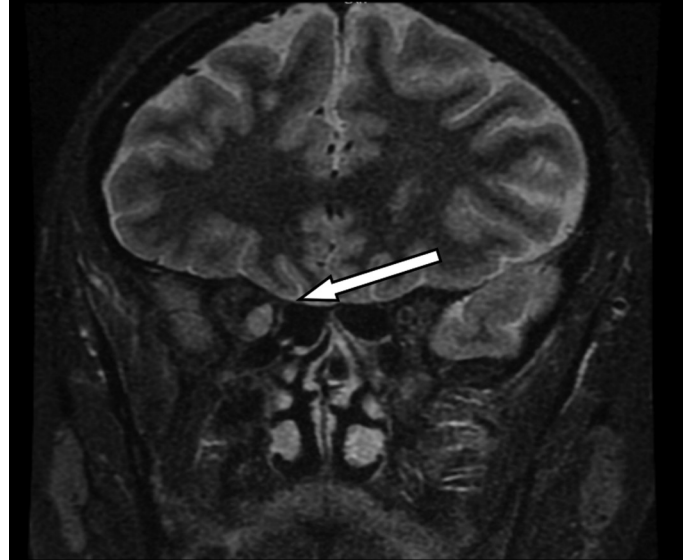


Şekil 1. B) Aksial FLAIR, Ok: Sağ medial rektus ve tendinöz bağlantılar hiperintens

Ayırıcı tanıda oftalmoparezi yapan diğer nedenler akla gelmelidir. Vasküler anomaliler (beyin sapı enfarkt, hemorajileri, anevrizmalar, karotiko-kavernöz fistül vb.) başta olmak üzere, mikrovasküler hasara yol açan hipertansiyon ve diyabet gibi sık görülen diğer sebepler, tiroid oftalmopatisi, Tolosa-Hunt sendromu gibi kavernöz sinüsün granümatöz ve enflamatuvar hastalıkları, miyastenia gravis gibi nöromusküler kavşak hastalıkları, Fisher sendromu gibi özellikli akut polinöropatiler akla gelmelidir (4).



Şekil 1. C) Koronal yağ baskılı kontrastlı T1, Ok: Sağ medial rektus kontrast tutmakta ve çevre yağ dokusunu itmekte



Şekil 1. D) Koronal T2, Ok: Sağ medial rektus hipertrofik, izo-hiperintens, çevre yağ dokusu baskılanmış. Superior oftalmik vende konjesyon izlenmiyor.

Tedavide esas olan sistemik kortikosteroidlerdir. İdamede ve/veya koruyucu ajan olarak non-steroidal immünsüpresan ajanların yeri bilinmektedir. Yanıt alınamayan olgularda infliksimab ve radyoterapi önerilir (5). Rekürrens sıktır.

Özetle; idyopatik orbital miyozitin tanısı, hasta izole ekstraoküler kas tutulumu ile geldiğinde güçtür. Kortikosteroid tedavisine iyi yanıt olması nedeniyle, altıncı kranial sinir felcini taklit eden durumların ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır.

Etik

Hasta Onayı: Çalışmamıza dahil edilen hastadan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: Z.E.B., S.A.B., O.Ö., S.Ş., C.D., H.H.S., H.D.A., Konsept: Z.E.B., S.A.B., Dizayn: Z.E.B., S.A.B., Veri Toplama veya İşleme: Z.E.B., S.A.B., O.Ö., S.Ş., C.D., H.H.S., H.D.A., Analiz veya Yorumlama: Z.E.B., S.A.B., O.Ö., S.Ş., C.D., H.H.S., H.D.A., Literatür Arama: Z.E.B., O.Ö., S.Ş., H.D.A., Yazan: Z.E.B., S.A.B.

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

Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Skorin L Jr, English RF. Orbital myositis. J Am Osteopath Assoc 2014;114:135.
2. Pakdamani MN, Sepahdari AR, Elkhamary SM. Orbital inflammatory disease: Pictorial review and differential diagnosis. World J Radiol 2014;6:106-115.
3. Albu CV, Cătălin B, Zaharia C. A rare case of ocular myositis. Curr Health Sci J 2014;40:71-74.
4. Schoser BG. Ocular myositis: diagnostic assessment, differential diagnoses, and therapy of a rare muscle disease - five new cases and review. Clin Ophthalmol 2007;1:37-42.
5. Garrity JA, Coleman AW, Matteson EL, Eggenberger ER, Waitzman DM. Treatment of recalcitrant idiopathic orbital inflammation (chronic orbital myositis) with infliximab. Am J Ophthalmol 2004;138:925-930.