

# Tek Başına Dizestezi Bulgusu Olan Multipl Skleroz

## Multiple Sclerosis with Dysesthesia Symptoms

Şule Şahin Onat, Zuhal Özişler

Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

### Özet

Multipl skleroz (MS), farklı klinik seyir özellikleri gösteren heterojen hastalık grupları içermektedir. MS lezyonları, merkezi sinir sisteminin farklı bölümlerinde oluşabildiğinden, çok çeşitli semptom ve belirtilere neden olabilirler. Bu vakada da olgunun dizestezi dışında herhangi bir bulgu olmadan MS tanısı almasını ve kas iskelet sistemi semptomatolojisinde MS'in çok farklı klinik tablolara bürünerek sinsi seyrine dikkat çekmek istedik. Yirmi iki yaşında bayan hasta fizik tedavi polikliniğine son bir aydır olan sağ kolda dizestezi şikayetiyle geldi. Yapılan muayenesinde tüm sağ kolda yaygın dizestezi dışında yüzeysel ve derin duyu kaybı, motor kayıp, derin tendon reflekslerinde kayıp, patolojik refleksi bulunmamaktaydı. Serebellar testleri normaldi. Özgeçmiş, soygeçmişinde özellik bulunmamaktaydı. Boyun grafisi normaldi. Bunun üzerine çekilen magnetik rezonans görüntüleme (MRG)'de spinal kortta C2-3 ve C3-4 düzeylerinde belirgin olmak üzere T2 sekansında hiperintens, beyinde de sol sentrum semiovalede T1'de hipo, T2 kesitlerinde hiperintens sinyal özelliğinde olan ve İV Gad enjeksiyonu sonrası halkasal kontrastlanan, bilateral sentrum semiovale ve periventriküler beyaz cevherde milimetrik boyutlu demiyelinizan plaklar gözlemlendi. BOS'ta bakılan oligoklonal bant pozitif, IgG indeksi 0.98 idi. Rutin kan değerleri normaldi. Nörolojiyle birlikte değerlendirilen olgu klinik, radyolojik görüntüleme ve laboratuvar verileri ışığında olası diğer etiyojilerde dışlandıktan sonra MS olarak değerlendirildi. Klasik bulgularla başladığında MS tanısı koymak kolaydır fakat atipik seyirde tanı koymak zorlaşmaktadır. Bu da branşımızın kapsamındaki hastaların semptom ve bulguların ne kadar çeşitli altta yatan hastalıkların ne kadar farklı olabileceğini göstermiştir.

**Anahtar kelimeler:** Multipl skleroz, dizestezi, tanı güçlüğü

### Abstract

Multiple sclerosis (MS) lesions can occur in different parts of the central nervous system therefore cause a variety of symptoms and signs. In this case receive a diagnosis of MS without finding anything other than dysesthesia and changed into a very different clinical pictures of musculoskeletal symptomatology of MS would like to draw attention to an insidious course. 22-year-old female patient physical therapy clinic complaining of dysesthesia that since the last 1 month in the right arm. All examination of the outside of the left arm common dysesthesia; cranial nerve, superficial and deep sensory, motor, deep tendon reflex and pathological reflexes examination was normal. There was no resume and family history feature. Neck x-ray was normal. But magnetic resonance imaging (MRI) in the spinal cord to be C2-3 and C3-4 levels hyperintense signal in the T2 sequence and also in the brain in the left centrum semiovale hypointense signal in T1, hyperintense signal in T2 sections, and after IV of Gad, bilateral centrum semiovale and periventricular white matter was observed enhancing rim millimeter-sized demyelinating plaques. In CSF oligoclonal bands tended positive IgG index was 0.98. Routine blood tests was normal. After evaluating the case with neurology, clinical, radiological and laboratory data were evaluated by the MS after the exclusion of other etiology. 1000 mg/day dose intravenous methylprednisolone was given for 5 days. When the diagnosis of MS is easy to put the classic symptoms, but atypical in navigation is difficult to diagnose. This is how a variety of signs and symptoms within the scope of physical therapy clinics and how different it may indicate an underlying disease.

**Key words:** Multiple sclerosis, dysesthesia, difficulty diagnosis

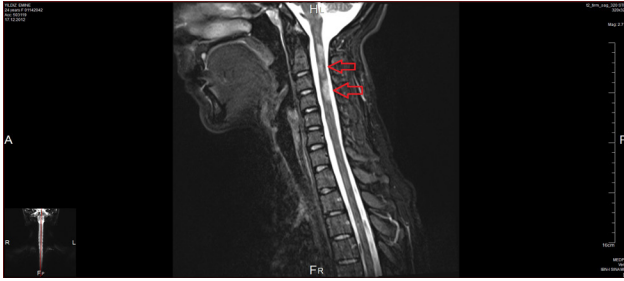
### GİRİŞ

Multipl skleroz (MS) birbirlerinden farklı lezyon özellikleri, patolojik bulguları ve klinik seyirleri olan santral sinir sisteminin idiyopatik inflamatuvar demiyelinizan hastalığıdır (1). MS lezyonları, merkezi sinir sisteminin farklı bölümlerinde oluşabildiğinden, çok çeşitli semptom ve belirtilere neden olabilmektedir. Bu vakada da olgunun sağ koldaki dizestezi dışında herhangi bir bulgu olmadan MS tanısı almasına ve kas iskelet sistemi semptomatolojisinde MS'in çok farklı klinik tablolara bürünerek sinsi seyir izlemesine dikkat çekmek istedik.

### OLGU

A 23-year-old male patient was admitted to the emergency room with Yirmi iki yaşında bayan hasta fizik tedavi polikliniğine son bir aydır olan, sağ kolda dizestezi şikayetiyle geldi. Yapılan muayenesinde

yüzeysel ve derin duyu kaybı, motor kayıp, derin tendon reflekslerinde kayıp, patolojik refleksi bulunmamaktaydı. Serebellar testleri normaldi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik bulunmamaktaydı. Boyun grafisi normaldi. Bu değerlendirmeyi müteakiben çekilen magnetik rezonans görüntüleme (MRG)'de spinal kortta C2-3 ve C3-4 düzeylerinde belirgin olmak üzere T2 sekansında hiperintens, beyinde de sol sentrum semiovalede T1 kesitlerde hipointens, T2 kesitlerde hiperintens sinyal özelliğinde olan ve intravenöz Gadolinium enjeksiyonu sonrası halkasal kontrastlanan, bilateral sentrum semiovale ve periventriküler beyaz cevherde milimetrik boyutlu demiyelinizan plaklar gözlemlendi (Şekil 1-3). Beyin sapı görsel uyarlılmış potansiyel (VEP) incelemesinde her iki gözde latanslar normal bulundu. Beyin omirilik sıvısı (BOS) rutin incelemesi normal bulundu. Sadece intratekal BOS'ta bakılan oligoklonal bant (OKB) pozitif, IgG indeksi 0.98 idi. Göz dibi muayenesi normaldi. Geniş

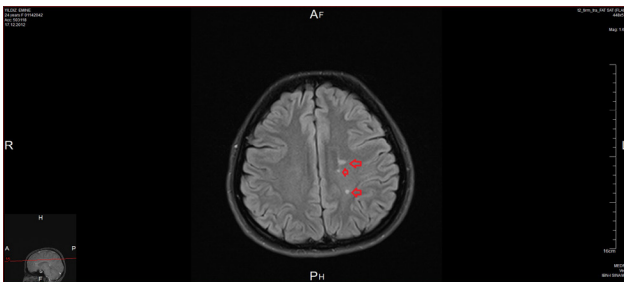


**Şekil 1.** Spinal kordun yağ baskılı T2 sekansındaki sagittal kesitinde C2-3 ve C3-4 seviyelerindeki demiyelinizan plakların görünümü.

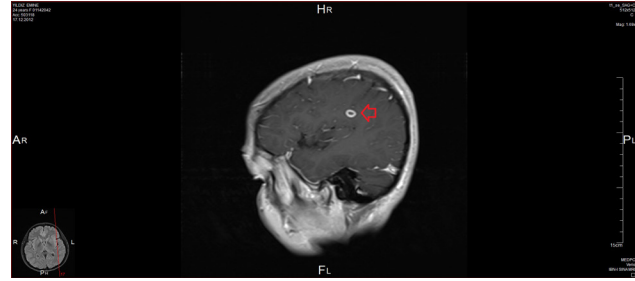
biyokimya, hemogram, sedimantasyon değerleri normaldi. Antinükleer antikor, anti-dsDNA, antikardiyolipin ve antifosfolipid antikorları, lupus antikoagulanı, protein C protein S, anti trombin III antikor değerleri, vitamin B 12 ve folik asit düzeyleri, tiroid fonksiyon testleri, tümör ve hepatit markerleri, anti-HIV, VDRL, brucella aglütinasyon, Lyme tetkiklerinde özellik bulunmamaktaydı. Paterji testi negatifti. Akciğer grafisi, toraks ve tüm batin bilgisayarlı tomografisi, elektrokardiografi, ekokardiografi, karotis-vertebral doppler USG incelemeleri de normaldi. Nörolojiyle birlikte değerlendirilen olgu klinik, radyolojik görüntüleme ve laboratuvar verileri ışığında olası diğer etiyolojilerde dışlandıktan sonra MS olarak değerlendirildi. Hastaya intravenöz metil prednizolon tedavisi 1000 mg/gün dozunda 5 gün süreyle verildi.

## TARTIŞMA

Multipl skleroz, farklı klinik seyir ve farklı prognoz özellikleri gösteren heterojen hastalık grupları içermektedir (1) Subklinik MS, klinik izole sendrom, akut dissemine ansefalomyelit, benign MS, relapsing remitting MS, primer ya da sekonder progresif MS, optiko-spinal MS, Balo hastalığı, Marburg hastalığı gibi farklı klinik tablolar gösterebilmektedir. Bu özellikler MS'in bir tek hastalık mı yoksa farklı hastalıklardan mı oluştuğu sorusunu akla getirmektedir. Doğal seyri araştıran klinik çalışmalar birbirinden farklı hastalıkları içeren bir hastalık grubundan çok, çeşitli klinik fenotipleri içeren tek bir hastalık olduğu görüşündedirler (1). Hastalık monoseptomatik ya da polisptomatik, tek lokalizasyonlu veya çoğul lokalizasyonlu başlayabilir (1). Bu



**Şekil 2.** Beynin yağ baskılı T2 sekansındaki transvers kesitindeki demiyelinizan plakların görünümü.



**Şekil 3.** Beynin T1 sekansındaki sagittal kesitte halkasal kontrastlanma gösteren demiyelinizan plağın görüntüsü.

semptomlar demiyelinizan plakların yerleşim yerine, büyüklüğüne ve sıklığına bağlı olarak oldukça değişkendir. Multipl skleroz hastalarının %10 ya da daha fazlasında görülen başlangıçtaki nörolojik semptomlar ve belirtiler yorgunluk, optik nörit, internükleer oftalmopleji, nistagmus, baş dönmesi, yürüme bozuklukları, his kaybı, artan derin tendon refleksleri, bacaklarda halsizlik, spastisite ve mesane bozukluklarıdır (2). Spinal korttaki plaklara bağlı olarak kas güçsüzlüğü, spastisite, anestezi, propiosepsiyon ve stereognozi şeklinde duyu bozuklukları, mesane, barsak, seksüel fonksiyon bozuklukları; serebellar tutulumla bağlı dismetri, dissinerji, ataksi, intensiyonel tremor gibi koordinasyon bozuklukları; beyin sapı tutulumunda diplopi, nistagmus, dizartri, disfaji, frontal lob tutulumunda entelektüel ve yakın hafıza fonksiyonlarında azalma, değerlendirme güçlüğü, emasyonel labilite şeklinde kognitif affektif ve davranışsal değişiklikler oluşabilir. Bu klasik bulgularla başladığında MS tanısı koymak kolaydır fakat atipik seyrinde tanı koymak zorlaşmaktadır.

Disestezi; uyarı ile veya uyarısız olarak nahoş ve anormal duyu olarak tanımlanmakta ve radikülopati, nöropatik ağrı durumlarında karşımıza çıkmaktadır (3). Multipl sklerozda disestezi en çok kronik disestetik ekstremitte ağrısı olarak bilinmektedir. MS'de kronik disestetik ağrı sıklığı %18.1 olarak rapor edilmiştir (3). Hastalar sinsi başlangıçlı yanıcı bir ağrıdan yakınmaktadırlar. En sık alt ekstremitte sonra da gövde ve üst ekstremitte tutulumu olmaktadır. Vakamızda da sağ kolun tümünde tariflediği dizestezi dermatomal yayılım göstermemekteydi. Dizestezi dışında hiçbir bulgunun olmaması nedeniyle ayırıcı tanı yapmak için MRG istememiz demiyelinizan plaklarla karşılaşmamıza neden oldu. MRG'de rastlantısal olarak görülen bir ya da birkaç dansite değişikliğinin MS'den ayrılması ve tanınması çoğu zaman zorluklar içermektedir (4, 5). Biz de olgumuzda MRG'deki demiyelinizan plaklarla ve klinik olarak sadece dizestezi bulgusuyla klinik kesin MS, klinik izole sendrom, nöromyelitis optika olası tanılarını tartıştık. Nöromyelitis optika (NMO) optik nöropati ve miyelit ile karakterize inflamatuvar bir hastalıktır (6). Multipl sklerozdan farklı olarak NMO daha akut, daha ağır ve bazen fulminant seyretmektedir. Bu hastalarda optik nevritle aynı anda ya da aylar ya da yıllar içinde miyelit tablosu gelişmektedir. Miyelit en az üç omurilik segmentini tutmakta ve oldukça ağır seyretmektedir, hasta parapleji veya kuadripleji tablosuyla gelmektedir (7, 8). Beyin MRG'de MS düşündürülen bulgular NMO'da beklenmemektedir. Akut miyelit atağı sırasında spinal MRG'de üç ya da daha fazla segmentte ödem, kontrast tutulumu ile karakterize olan T2 sinyal artışı olmaktadır. BOS'ta pleositöz (>50 lökosit/mm<sup>3</sup>) ve genellikle OKB negatif bulunur. OKB pozitifliği MS olgularının %65-85'inde, NMO olgularının %15-35 oranında bildirilmiştir

(9, 10). Bizim olgumuzda optik nöropati olmaması, beyin MRG'de de plakların görülmesi, spinal lezyonların uzunluğunun üç segmentten kısa olması, BOS'da lökositöz olmaması ve OKB gözlenmesinden dolayı NMO düşünülmüdü.

İzole optik nörit, izole parsiyel medulla spinalis veya beyin sapı sendromu şeklinde ortaya çıkan klinik izole sendromda (KİS) olgumuzun ayırıcı tanısında düşünüldü. Klinik izole sendrom santral sinir sisteminin tek bir alanını ilgilendiren klinik bulgu ile ortaya çıkmaktadır (11). Transvers miyelit şeklinde ortaya çıkan KİS tanısı alan hastalarda, parsiyel duysal ve motor bulgular ortaya çıkar. İzole beyinsapı sendromlarında ise okülomotor sendromlar (internükleer oftalmoparezi, nistagmus), hemihipoestezi, çaprazlaşmış duysal sendromlar, hemiparezi, trigeminal nevrjli, hemifasyal spazm görülebilir. İzole serebellar sendromlarda, serebellar tremor, akut ataksik sendrom, paroksizmal tonik spazmlar, paroksizmal dizartri/ataksi görülebilir (12, 13, 14). Olgumuzda izole parsiyel medulla spinalis tutulumu buna uymaktaydı. Klinik izole sendrom postenfeksiyöz olabileceği gibi MS hastalığının ilk atağı da olabilir. Bu hastalarda beyin MRG ve BOS bulgularının normal olması halinde MS gelişme olasılığı oldukça düşük iken, MRG ya da BOS incelemesinde patoloji olması halinde MS'in gelişme riski oldukça yüksektir (11). Olgumuzda hem MRG hem de BOS incelemesinde patoloji olması klinik olarak kesin MS (KKMS) mi yoksa ileride MS gelişme olasılığı yüksek bir KİS mi diye düşündürdü. Klinik kesin MS ve KİS ayırımını yapmakta en büyük yardımcı radyoloji olmaktadır (15, 16). Klinik kesin MS tanısı için zaman içinde yayılım (Dissemination in Time) (DIT) ve uzay içinde dağılım (Dissemination in Space) (DIS) kavramları önemlidir (15, 16). Zaman içinde yayılım (DIT) klinik olarak farklı zamanda iki atak olması ve radyolojik olarak tekrarlayan MRG'lerde yeni lezyon varlığı veya aynı MRG'de en az bir adet kontrast enhansmanı gösteren ve en az bir adet kontrast enhansmanı göstermeyen lezyon varlığıdır. Uzay içinde dağılım (DIS) klinik veya radyolojik olarak farklı iki bölgeye ait tutulumu ifade etmektedir. Radyolojik olarak jukstakortikal, perikallosal, infratentorial, medulla spinalisden en az ikisinde tutulum olması gerekmektedir. Klinik kesin MS tanısı için DIT ve DIS ölçütleri pozitif olmalıdır. Bizim olgumuzda zaman içinde yayılım ölçütlerinden klinik olarak farklı zamanda iki atak yoktu fakat radyolojik olarak aynı MRG'de en az bir adet kontrast enhansmanı gösteren lezyon vardı. Uzay içinde dağılım ölçütlerinden de lezyonların jukstakortikal, medulla spinalisde olması karşılanmaktaydı. Bu bulgular olgumuzun KKMS olduğunu düşündürdü.

Sonuç olarak poliklinikte çok sık karşılaştığımız disestetik şikayetlerin altından MS gibi demiyelinizan bir hastalık çıkması bizim için uyarıcı olmuştur. Bu da branşımızın kapsamındaki hastaların semptom ve bulguların ne kadar çeşitli, altta yatan hastalıkların ne kadar farklı

olabileceğini göstermiştir. Bir yandan MS'in kas iskelet sisteminde çok farklı klinik tablolara bürünerek sinsi seyretmesi tanısını güçleştirmekte öte yandan da tüm kas iskelet sisteminin tüm semptomatolojisinde mutlaka akıldan tutulması gereken bir tanı olması da bizler açısından önemini arttırmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Confavreux C, Vukusic S. Natural history of multiple sclerosis: a unifying concept. *Brain* 2006; 129:606-16.
2. Paty DW, Ebers GC. Clinical features. In: Paty DW, Ebers GC, editors. *Multiple sclerosis*. Philadelphia: FA Davis, 1997;135-91.
3. Solaro C, Brichetto G, Amato MP, et al. The prevalence of pain in multiple sclerosis: a multicenter cross-sectional study. *2004*;63:919-21.
4. Murray TJ. Diagnosis and treatment of multiple sclerosis. *BMJ* 2006;332:525-7.
5. Polman CH, Reingold SC, Edan G, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revision to the "McDonald Criteria". *Ann Neurol* 2005;58:840-6.
6. Wingerchuk DM, Lennon VA, Pittock SJ, Lucchinetti CF, Weinstenker BG. Revised diagnostic criteria for neuromyelitis optica. *Neurology* 2006;23;66:1485-9.
7. Rowland LP. *Merritt's Neurology. USA*, Lippincott Williams&Wilkins. (Inc.), 2005.
8. Scolding N. The differential diagnosis of multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;71:9-15.
9. Dale RC, de Sousa C, Chong WK, et al. Acute disseminated encephalomyelitis, multiphasic disseminated encephalomyelitis, and multiple sclerosis. *Brain* 2000;123:2407-22.
10. Hughes GRV. Thrombosis, abortion, cerebral disease and the lupus anticoagulant. *Br Med J* 1983;287:1088-9.
11. Sastre-Garriga J, Tintoré M, Nos C, et al. Clinical features of CIS of the brainstem/cerebellum of the kind seen in MS. *J Neurol* 2010; 257:742-6.
12. Miller D, Barkhof F, Montalban X, Thompson A, Filippi M. Clinically isolated syndromes suggestive of multiple sclerosis, part I: natural history, pathogenesis, diagnosis, and prognosis. *Lancet Neurol* 2005; 4:281-8.
13. Miller D, Barkhof F, Montalban X, Thompson A, Filippi M. Clinically isolated syndromes suggestive of multiple sclerosis, part 2: non-conventional MRI, recovery processes, and management. *Lancet Neurol* 2005; 4:341-8.
14. Eriksson M, Andersen O, Runmarker B. Long-term follow-up of patients with clinically isolated syndromes, relapsing remitting and secondary progressive multiple sclerosis. *Mult Scler* 2003; 9:260-74.
15. Filippi M, Rocca MA. MR imaging of Multiple Sclerosis. *Radiology* 2011; 259:659-81.
16. Filippi M, Rocca MA. The role of magnetic resonance imaging in the study of multiple sclerosis: diagnosis, prognosis and understanding disease pathophysiology. *Acta Neurol Belg*. 201; 111:89-98.