



OLGU SUNUMU / CASE REPORT

Migren tanısının maskeleyiği idiyopatik orbital miyozit: Olgu sunumu

Idiopathic orbital myositis masked by migraine diagnosis: A case report

Recep YEVGİ, Fatma ŞİMŞEK

Özet

İdiyopatik orbital miyozit ekstraoküler kasların inflamatuvar bir hastalığı olup orbitanın nadir görülen bir hastalığıdır. Tanı klinik ve radyolojik bulgularla konur. Orbital manyetik rezonans görüntülemesinde ekstra oküler kaslarda ödem ve kalınlık artışının gösterilmesi ve kortikosteroidlere dramatik yanıt vermesi orbital miyozit için patognomik bir bulgu olarak kabul edilmektedir. Bu olguda nadir görülen bir vakayı tartışmak ve baş ağrılarında ayırıcı tanının önemi vurgulanmak amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Migren; miyozit; orbita.

Summary

Idiopathic orbital myositis is an inflammatory disease of the extraocular muscles and is a rare disease of orbit. Diagnosis is based on clinical and radiological findings. Demonstration of edema and thickening of extraocular muscles in orbital magnetic resonance imaging and dramatic response to corticosteroids are considered a pathognomonic finding for orbital myositis. In this case, we aimed to discuss a rare case and emphasize the importance of differential diagnosis in headaches.

Keywords: Migraine; myositis; orbit.

Giriş

İdiyopatik orbital miyozit (İOM) ekstraoküler kasların enflamatuvar, nonenfeksiyöz bir hastalığı olup orbitanın nadir görülen bir hastalığıdır ve tüm orbital kit- le lezyonlarının %8–10'unu oluşturur.^[1,2] Genellikle genç kadınlarda görülen, ani ortaya çıkan, tek gözü etkileyen ve göz hareketleri ile ağrının daha belirgin olduğu klinik bir tablodur. Tanı klinik ve radyolojik bulgularla konur. Orbital manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) ekstra oküler kaslarda ödem ve kalınlık artışının gösterilmesi ve kortikosteroidlere dramatik yanıt vermesi orbital miyozit için patognomik bir bulgu olarak kabul edilmektedir.^[3]

Migrende baş ağrısı ataklar halinde ortaya çıkar ve erişkinlerde 4–72 saat arasında sürebilir. Genellikle başın bir yarısında lokalizedir ancak bilateralde olabilir. Ağrı enseden veya göz çevresinden başlayarak yayılır ve sıklıkla zonklayıcı özelliktedir. Bulantı ve/veya kusma, ışık, ses ve kokudan rahatsızlık ağrıya eşlik edebilir. Migren

baş ağrılarının %80–85'ini aurasız ve %10–15'ini auralı migren oluşturur. Aura, baş ağrısı ataklarında ağrı döneminden önce dakikalar içinde yavaş olarak gelişen (5–20 dakika) ve 60 dakikadan kısa süre içinde kaybolan geçici fokal nörolojik semptomlardır. Migren tanısında, Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (The International Classification of Headache Disorders)-3 beta 2013 tanı kriterleri kullanılmaktadır (Tablo 1). Bu olguda nadir görülen bir vakayı tartışmak ve baş ağrılarında ayırıcı tanının önemini vurgulamak amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu

Otuz iki yaşında bayan hasta yaklaşık üç gündür devam eden, başının sağ tarafından başlayıp sağ gözüne doğru vuran, oldukça şiddetli, zonklayıcı vasıfta baş ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. İki yıldır baş ağrısı atakları olan hastanın önceki baş ağrılarının nispeten daha kısa süreli olduğu ve göz hareketleri ile baş ağrısında artış olduğu öğrenildi. Önceden baş ağrısı esnasında zolmitriptan kullanan hastanın ağrısı yakla-

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı, Erzurum
Department of Neurology, Atatürk University Faculty of Medicine, Erzurum, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted) 17.01.2018 Düzeltme sonrası kabul tarihi (Accepted after revision) 17.01.2019 Online yayımlanma tarihi (Available online date) 26.06.2019

İletişim (Correspondence): Dr. Recep Yevgi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Erzurum, Turkey.

Tel (Phone): +90 - 442 - 344 88 27 e-posta (e-mail): recep_yevgi@yahoo.com

© 2021 Türk Algoloji Derneği

Tablo 1. Migren Tanı Kriterleri (IHS-ICHD-3 beta 2013)

Tanısal kriterler

- A. B - D kriterlerine uyan en az 5 atak
- B. 4–72 saat arası süren baş ağrısı atakları (tedavi edilmeyen ya da tedavisi başarısız olan)
- C. Baş ağrısı aşağıdaki özelliklerin en az ikisini taşımalıdır
1. Unilateral lokalizasyon
 2. Zonklayıcı karakter
 3. Orta şiddette ya da şiddetli ağrı
 4. Rutin fiziksel aktiviteyle kötüleşme ya da rutin fiziksel aktiviteden (örn, yürüme ya da merdiven çıkma) kaçınmaya neden olma
- D. Baş ağrısı sırasında aşağıdakilerden en az biri görülür
1. Mide bulantısı ve/veya kusma
 2. Fotofobi ve fonofobi
- E. Başka bir hastalıkla ilişkili değildir

şik 3–4 saat içinde düzeliyor ve 3–4 ayda bir tekrarlıyor-muş. Hastanın aynı zamanda mide bulantısı, kusma, fotofobisi mevcuttu. Üç gündür zolmitriptan ve değişik analjezikler almasına rağmen ağrının şiddetinde minimal azalma olmuş fakat tam olarak düzelmemişti. Dış merkezde hastada migren statusu düşünülerek metilprednizolon 60 mg/gün başlanılmıştı. Metilprednizolondan belirgin fayda gören hastanın ilaç dozu kademeli olarak azaltıldığında ağrılarının yeniden alevlenmesi nedeni ile metilprednizolon dozu 60 mg/gün dozuna yükseltilerek tetkik amaçlı sevk edilmişti. Hastanın özgeçmişinden 2 yıldır migren tanısı olduğu, 3–4 ayda bir atak nedeni ile triptan kullandığı öğrenildi. Soygeçmişinde özellik yoktu. Hastanın fizik muayenesinde sağ gözde hafif hiperemi vardı, nörolojik muayenesinde özellik saptanmadı. Göz muayenesinde görme keskinliği ve göz dibi normaldi. Hemogram ve biyokimya testleri normaldi, eritrosit sedimentasyon hızı 28 mm/h, C-reaktif protein normaldi. Hastanın tiroid stimulan hormon, serbest T3, serbest T4, romatoid faktör ve otoimmün panel (ANA, anti-dsDNA, c-ANCA, p-ANCA, antifosfolipid ve antikardiolipin antikörleri, angiotensin converting enzim, anti-Scl-70, anti-Jo1) değerleri normaldi. Çekilen dış merkezli kranial MRG, MRG angiografi ve MRG venografi normal olarak değerlendirildi. Gelişinde sağ gözde hafif hiperemisi olan ve baş ağrısı devam eden hastanın bir gün sonrasında sağ gözde subkonjuktival kanama geliştiği görüldü. Hasta göz bölümü ile yeniden konsulte edildi. Bilateral fundus muayenesi ve optik coherens tomografi (OCT) normal olarak değerlendirildi. Göz içi basınçları bilate-



Şekil 1. Orbital MRG'de T2 ağırlıklı görüntülerde sağ lateral rektus kas liflerinde ileri derecede ödem ve kalınlık artışı izlenmektedir

ral normal sınırlarda, temporal arter ultrasonografisi (USG) normaldi. Çekilen orbital MRG' sinde T2 ağırlıklı görüntülerde sağ lateral rektus kas liflerinde ileri derecede ödem ve kalınlık artışı izlendi (Şekil 1). Hastaya 1 mg/kg metilprednizolon tedavisi 8 hafta süre ile ve indometazin 25 mg kapsül 3x1 başlanıp 3x2 dozuna çıkılarak üç hafta devam edildi. Sekiz hafta sonrasında doz kademeli olarak 20 mg/gün dozuna düşülerek tedavi 6 aya tamamlandı. Tedavi sonrası şikayetleri tamamen düzelen hastada ek immünosupresif tedavi başlanmasına ihtiyaç duyulmadı.

Tartışma

İOM özellikle tek taraflı, göz hareketleriyle ortaya çıkan ağrı ve yüksek doz steroide dramatik yanıt veren klinik bir tablo olup, oftalmik muayene, rutin kan tetkikleri, enflamatuvar biyobelirteçler ve tiroid fonksiyon testleri normaldir. En sık 3–4. dekatta ve kadın cinsiyette görülür.^[4]

Tiroid oftalmopatisi, idiyopatik orbital miyozit, akromegali, arteriovenöz malformasyonlar ve orbital tümörler ekstraoküler kaslarda kalınlaşmaya en sık neden olan hastalıklardır.^[5] Tiroid oftalmopatisi genellikle birden çok göz kasını diffüz ve düzenli olarak tutarken kas tendon tutulumu beklenmez. İOM ise genellikle tek bir göz kasını düzensiz olarak tutar ve tendon tutulumu beklenir.^[6] Hastanın tiroid fonksiyon testlerinin ve tiroid USG'sinin normal olması aynı zamanda sadece lateral rektus kasının tutulmuş olmasından dolayı tiroid oftalmopatisi düşünülmedi.

Hastada şiddetli göz ve baş ağrısı bulunması nedeni ile ayırıcı tanıda orbital sellülit, kavernöz sinüs trombozu, anevrizma gibi intrakranial patolojiler düşünülebilir. Kranial MRG, MR angiografi ve MR venografi- nin normal olmasından dolayı intrakranial ve diğer orbital patolojiler hastamızda düşünülmedi.

Tolosa-Hunt sendromu unilateral baş ağrısı ile birlikte; relaps ve remisyonla seyredabilen, üçüncü, dördüncü ve/veya altıncı kranial sinirlerin bir veya daha fazlasının felçiyile ilişkili epizodik orbital ağrı olarak tanımlanmaktadır.^[7] Hastamızda unilateral baş ağrısı ve orbital ağrı olmasına rağmen oftalmopleji ve MRG de orbital apexte inflamasyonla uyumlu görüntü olmaması nedeni ile bu tanı düşünülmedi.

Hastanın bilateral göz içi basınçları, fundus muayenesi ve OCT'sinin normal olmasından dolayı oftalmolojik patolojiler dışlandı.

Migren; genellikle tek taraflı yerleşimi olan, ağrı lokalizasyonu yer değiştirebilen, fiziksel aktivite ile kötüleşen, 4–72 saat arasında devam edebilen, orta-şiddetli zonklayıcı karakterde, bulantı ve/veya kusma, fotofobi ve fonofobi ile ilişkili ataklarla karakterize oldukça sık görülen bir hastalıktır. Hastanın son 72 saattir devam eden başın sağ tarafından başlayıp sağ göze doğru yayılan oldukça şiddetli, zonklayıcı vasıfta baş ağrısının olması ve beraberinde mide bulantısı, kusma ve fotofobisi olmasından dolayı hastada öncelikle migren atağı olabileceği düşünülmüştü. Hastanın migren atak tedavisinden fayda görmemesi, göz hareketi ile ağrısında artış olması, takip eden günlerde göz kapağında ödem ve subkonjonktival kanama izlenmesi, steroid tedavisi ile ağrısı rahatlarırken steroid dozu azaltıldığında ağrı şiddetinin yeniden artış göstermesi ve çekilen orbital MRG'de sağ lateral rektus kasında ödem ve kalınlık artışı izlenmesi üzerine hastada migren tanısından uzaklaşılarak İOM tanısı konuldu. Kortikosteroid tedavisi ile İOM'de hastaların %75'inden fazlası başlangıçta tüm semptom ve bulgularda dramatik iyileşme gösterir.^[8] Fakat kortikosteroidlerin uzun süreli kullanımı istenmeyen yan etkilere neden olabilir. Yuen ve Rubin^[9] İOM olgularının %20'sinde ek immunosupresif ajan gerektiğini, %63 olguda ise rekürrens olmadan kortikosteroid ile tam bir çözüm

olduğunu bildirmiştir. Hastamızda steroid tedavisi ile tam şifa bulunduğu için takibinde ek immunosupresif tedavi verilmemiştir.

Sonuç

İOM kortikosteroidle dramatik yanıt verirken tedaviden fayda görmeyen hastalarda ek immunosupresif tedavi gerekebileceği için tanı ve ayırıcı tanısı önemlidir. Bu vakada olduğu gibi migren tanısı olan hastalarda İOM'un dikkat edilmezse gözden kaçabileceğini ve İOM'lu hastalarda ağrı esnasında bulantı-kusma, fotofobi-fonofobi gibi bulguların eşlik edebileceğini, ayrıca bu hastalarda MRG incelenirken daha dikkatli olunması gerektiğine dikkat çekmek istenmiştir.

Hasta Onamı: Olgu sunumunun ve beraberindeki görüntülerin yayınlanması için yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.

Yazar(lar) ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir ilgi çakışması (conflict of interest) yoktur.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Kaynaklar

1. Shields JA, Shields CL, Scartozzi R. Survey of 1264 patients with orbital tumors and simulating lesions: The 2002 Montgomery Lecture, part 1. Ophthalmology 2004;111:997–1008. [CrossRef]
2. Wilson MW, Grossniklaus HE. Orbital disease in North America. Ophthalmol Clin North Am 1996;9(4):539–47.
3. Rubin PA, Foster CS. Etiology and management of idiopathic orbital inflammation. Am J Ophthalmol 2004;138(6):1041–3. [CrossRef]
4. Yan J, Wu P. Idiopathic orbital myositis. J Craniofac Surg 2014;25(3):884–7. [CrossRef]
5. Rothfus WE, Curtin HD. Extraocular muscle enlargement: a CT review. Radiology 1984;151(3):677–81. [CrossRef]
6. Trokel SL, Hilal SK. Submillimeter resolution CT scanning of orbital diseases. Ophthalmology 1980;87(5):412–7.
7. Mullen E, Green M, Hersh E, Illoreta AM, Bederson J, Shrivastava R. Tolosa-Hunt Syndrome: Appraising the ICHD-3 beta diagnostic criteria. Cephalalgia 2018;38(10):1696–700.
8. Harris GJ. Idiopathic orbital inflammation: a pathogenetic construct and treatment strategy: The 2005 ASOPRS Foundation Lecture. Ophthalmic Plast Reconstr Surg 2006;22(2):79–86. [CrossRef]
9. Yuen SJ, Rubin PA. Idiopathic orbital inflammation: distribution, clinical features, and treatment outcome. Arch Ophthalmol 2003;121(4):491–9. [CrossRef]