

Akut batın tablosuyla başvuran transvers miyelitli bir olgu sunumu

Faruk İNCECİK, M. Özlem HERGÜNER, Dinçer YILDIZDAŞ, Şakir ALTUNBAŞAK

ÖZET

Akut transvers miyelit duyu kaybı, sfinkter kusuru ve ekstremitelerde ilerleyici güçsüzlük ile karakterize bir hastalıktır. Ateş, miyalji, sırt ağrısı, bacak ağrısı, parestezi ve güçsüzlük yakınmaları en sık görülen başvuru nedenleridir. Biz bu makalede karın ağrısı ile başvuran ve akut transvers miyelit semptomları gelişen 13 yaşındaki bir kız çocuğunu sunuyoruz. Plazmaferez, intravenöz immünglobulin ve pulse steroid tedavisinin uygulanmasının ardından semptomları azaldı. Bu olgu bilindiği kadarıyla akut batın tablosu ile başvuran ve akut transvers miyelit saptanan ilk olgudur.

Anahtar kelimeler: Akut transvers miyelit, akut karın ağrısı, çocuklar

SUMMARY

Presented of acute abdominal pain of a case with acute transverse myelitis

Acute transverse myelitis is characterized by paresthesia, sphincter dysfunction, and progressive weakness in the all extremities. Fever, myalgia, back pain, lower limb pain, paraparesia, and weakness were the most common clinical presentations. We report 13-year-old girl with transverse myelitis who presented with acute abdominal pain. Sphincter dysfunction and weakness improved more slowly than plasmapheresis, intravenous immunoglobuline, and methylprednisone pulse therapy were performed. This is the first report, to our knowledge, first presented of acute abdominal pain of a pediatric patient with transverse myelitis.

Key words: Acute transverse myelitis, acute abdominal pain, children

Akut transvers miyelit, akut veya subakut başlangıçlı, hızla gelişen kas güçsüzlüğü, seviye veren duyu kaybı ve sfinkter kusuru ile karakterize bir tablodur. Medulla spinaliste belli bir segment boyunca motor ve duysal traktusların tutulumu söz konusudur. En sık torakal segmentler tutulur (1).

Hastalarda, sırt ağrısı, karın ağrısı, bacaklarda ağrı ve parestezi ilk gelişen bulgulardır. Bunu bacaklarda hızla gelişen güçsüzlük izler, bazen üst ekstremiteler de olaya katılır.

Literatürde, akut karın tablosu ile başvuran Guillain-Barre sendromlu (GBS) olgular bildirilmesine rağmen, transvers miyelitli (TM) olguya rastlanmamıştır (2,3). Bu makalede akut karın tablosu ile başvuran ve akut TM saptadığımız 13 yaşın-

daki bir olguyu dikkat çekici olmasından dolayı sunmak istedik.

OLGU SUNUMU

Her iki bacağında güçsüzlük ve idrar yapamama yakınması ile hastanemize başvuran 13 yaşındaki kız hastanın öyküsünden, daha önce herhangi bir yakınması yok iken 10 gün önce ateş, öksürük ve burun akıntısının başladığı ve sinüzit nedeniyle tedavi gördüğü bildirildi. Son bir gündür karın ağrısının olduğu ve giderek şiddetlendiği, gittikleri bir dış merkezde çocuk cerrahisi doktoru tarafından akut apandisit ön tanısı ile yatırılarak ameliyat edildiği öğrenildi. Hastanın ishal ve idrar yakınmaları olmamıştı. Bacaklarındaki güçsüzlük ve idrar yapamama yakınmalarının ameliyattan bir gün

Geliş tarihi: 20.07.2010

Kabul tarihi: 05.09.2010

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Nöroloji Bilim Dalı

sonra geliştiği belirtildi.

Fizik muayenesinde vital bulguları normal, bilinci açık ve koopere idi Nörolojik muayenede motor kuvvet alt ekstremitede 1/5 olarak değerlendirildi. Alt ekstremitede derin tendon refleksleri (DTR) alınamadı, Babinski işareti bilateral +/+ idi. Her iki alt ekstremitede duyu muayenesinde hipoestezi saptandı. Üst ekstremitelerin tonus ve kas gücü normaldi. Karın cildi ve anal refleks alınmadı. Gaita ve idrar inkontinansı mevcuttu. Hastanın diğer sistem muayene bulguları doğaldı.

Yapılan laboratuvar incelemelerinde; hemoglobin 14 gr/dl, beyaz küre 13.100/mm³, trombosit sayısı 294.000/mm³, sedimentasyon 55 mm/saat idi. Nedene yönelik olarak yapılan serolojik incelemede Epstein-Barr virüs (EBV), cytomegalovirüs (CMV), herpes simplex virüs (HSV), rubella virüs, hepatit A-C virüs ve Chlamydia pneumoniae negatif, Mycoplasma pneumoniae IgM ve IgG antikorlarının serumda pozitif bulundu. ANA, Anti DNA, RF negatif, C3 ve C4 ise normal sınırlardaydı.



Resim 1.

Spinal manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) C2-T7 düzeyinde transvers miyelit ile uyumlu bulguları izlendi (Resim 1). Akut TM tanısı alan hastaya 20 mg/kg dozunda 3 gün pulse metil prednizolon tedavisi verildi. Tedaviye daha sonra 1 mg/kg/g dozda oral prednizolon ile devam edildi. Hastanın klinik bulgularında belirgin düzelme olmaması üzerine plazmaferez ve İVİG (2 gr/kg) tedavisi de uygulandı. Ayrıca M. pneumoniae saptanması üzerine tedavisine klaritromisin eklendi.

Hasta 1 aydır fizik tedaviye devam etmekte olup, son muayenesinde her iki alt ekstremitesinde motor kuvvet 2/5 olarak saptandı. Hastanın sfinkter kusuru düzeldi.

TARTIŞMA

Akut TM, alt ekstremitede hızlı, ani başlayan ve hızla ilerleyen kuvvet kaybı, duyu ve sfinkter kusuru ile seyreden bir hastalıktır. Olguların çoğu beş yaştan altındadır. Olguların önemli bir kısmında ateş, ense sertliği, miyalji gözlenir. Lezyona uyacak şekilde sırt ağrısı, bacaklarda ağrı, karın ağrısı, parestezi de ilk gelişen bulgulardandır. Takiben bacaklarda hızla güçsüzlük gelişir. Başlangıçta, kas güçsüzlüğü flask tiptedir, DTR'ler alınmaz, ikinci haftanın sonuna doğru piramidal bulgular gelişir. Yüzeysel refleksler alınmaz. Seviye veren duyu kaybı ile idrar ve gayta inkontinansı tabloya eklenir. Servikal medüller tutulum, olguların % 20'sinde gözlenir, solunum yetmezliğine yol açar (4).

Lahat ve ark. 10 olguluk serilerinde, ağrıyı en sık saptadıkları yakınma olarak bildirmişlerdir (5). Tüm olgularda alt ekstremitede güçsüzlüğü bulunurken, dört olguda kollarda da güçsüzlük saptamışlardır. Sfinkter kusurunu altı olguda bulmuşlardır.

Patogenezinin otoimmün mekanizma ile ilişkili olduğu düşünülmekle birlikte hastaların çoğunda etyoloji saptanamaz. HSV, EBV, kızamık, rubella, kabakulak, mikoplazma ve klamidya enfeksiyonları ve aşılar sorumludur. Olguların % 70'inde öncül

veya eşlik eden bir enfeksiyon öyküsü vardır. Bizim olgumuzda da semptomların gelişmesinden yaklaşık 10 gün öncesinde geçirilmiş bir üst solunum yolu enfeksiyon öyküsü mevcuttu ve serolojik olarak *M. pneumoniae* saptandı.

Karın ağrısı genelde GBS'da görülen bir bulgudur (2,3). Literatürde, Wong ve ark. tarafından, akut karın ağrısı ile gelen ve GBS tanısı koyulan, 19 yaşındaki bir olgu bildirilmiştir (2). Karın ağrısı, TM'li hastalarda da gözlenmesine karşın akut karın tablosu daha önce bildirilmemiştir. Hastamız akut karın bulguları nedeniyle çocuk cerrahisi tarafından opere edilmiştir. Operasyonu takiben 1 gün içinde kuvvet ve sfinkter kaybı gelişen hastaya mevcut klinik ve spinal MRG bulguları ile akut TM tanısı konulmuştur. Bu olgu akut karın tablosu ile gelen ilk TM'li olgudur.

Transvers miyelitin tedavisinde pulse steroid, plazmaferez ve İVİG uygulanmaktadır (1,6,7). Defresne ve ark. TM'li olgularının bir kısmına metil prednizolonu 5 gün süre ile vermişler, takiben tedaviye 1 mg/kg/g dozda oral prednizolon ile 2-3 hafta süresince devam etmişlerdir. Steroid alan grupta, bir yıl sonraki değerlendirmede bağımsız yürüyen olgu sayısında belirgin bir artış olduğunu saptamışlardır (1). Prognoz çocukluk çağı TM olgularında genelde iyidir. Olguların % 60'ı tam ve tama yakın iyileşme gösterir ve iyileşme ilk hafta içinde başlar. Çoğu altı ayda tamamlanmasına karşın, tam iyileşme için bir yıl beklenmelidir. Olguların % 15'in de ağır sekel kalır. Bizim hastamızda ise henüz 1 aylık izlemin sonrasında, kas gücünde hafif iyileşme ve

sfinkter fonksiyonlarında düzelme saptandı. Hastanın izlemi halen devam etmektedir.

Akut transvers miyelitli olgular, ateş, sırt ağrısı, bacak ağrısı ve karın ağrısı gibi yakınmalar ile gelebilir. Akut karın tablosu ile başvuran çocuklarda başvuruda ve izlemde, tüm sistemik ve nörolojik muayenenin ayrıntılı olarak yapılması ile doğru tanı koyabilmek mümkün olabilir.

KAYNAKLAR

1. Defresne P, Hollenberg H, Husson B, et al. Acute transverse myelitis in children: clinical course and prognostic factors. *J Child Neurol* 2003;18:401-6. <http://dx.doi.org/10.1177/08830738030180060601> PMID:12886975
2. Wong PS, Fothergill NJ, Touquet R. Abdominal pain as a presenting symptom of the Guillain-Barré syndrome. *Arch Emerg Med* 1988;5:242-5. PMID:3233139 PMCID:1285542
3. Lyons R. Elusive belly pain and Guillain-Barré syndrome. *J Pediatr Health Care* 2008;22:310-4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2008.03.004> PMID:18761232
4. Rust R, Menkes JH. Autoimmune and postinfectious diseases. In: Menkes JH, Sarnat HB, eds. *Child Neurology*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2000. p.627-91.
5. Lahat E, Pillar G, Ravid S, et al. Rapid recovery from transverse myelopathy in children treated with methylprednisolone. *Pediatr Neurol* 1998;19:279-82. [http://dx.doi.org/10.1016/S0887-8994\(98\)00065-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0887-8994(98)00065-4)
6. Kalra V, Sharma S, Sahu J, et al. Childhood acute transverse myelitis: clinical profile, outcome, and association with antiganglioside antibodies. *J Child Neurol* 2009;24:466-71. <http://dx.doi.org/10.1177/0883073808325657> PMID:19196873
7. Pidcock FS, Krishnan C, Crawford TO, et al. Acute transverse myelitis in childhood: center-based analysis of 47 cases. *Neurology* 2007;68:1474-80. <http://dx.doi.org/10.1212/01.wnl.0000260609.11357.6f> PMID:17470749