

Nontravmatik Spinal Kord Hasarının Nadir Bir Nedeni Olarak Nekrotizan Myelopati: Olgu Sunumu

Necrotizing Myelopathy, A Rare Cause of Nontraumatic Spinal Cord Injury: Case Report

Tuncay Çakır, Alper Uçkun, Meral Bilgilişoy Filiz, Naciye Füsün Toraman

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Antalya, Türkiye

ÖZET

Nekrotizan myelopati çeşitli malignitelerle birlikte görülen nadir nörolojik paraneoplastik komplikasyonlardan biridir. Ayrıca kanser dışında da özellikle enfeksiyon, viral hastalıklar ve nedeni belirlenemeyen hastalıklarla birlikteliği bildirilmiştir. Nontravmatik spinal kord hasarı etiolojisinde oldukça nadir bir neden olarak yer almaktadır.

64 yaşında, erkek hasta kliniğimize yürüyememe ve his kaybı şikayetleriyle başvurdu. Yaklaşık 1 yıldır bacaklarda uyuşma ve idrar kaçırma şikayeti olan hastanın, 6 ay önce sabah uyanığında sağ bacakta, birkaç saat sonra sol bacakta kuvvet ve his kaybı şikayeti gelişmiş. Ardından idrar ve gaita inkontinansı şikayeti olmuş. Yapılan tetkiklerinde torakal MRG'de T6 superior endplate'den başlayıp T12'ye uzanım gösteren nekrotizan myelopati ile uyumlu intensite artışı ve kontrast tutulumu saptanmış. Hasta servisimize kabul edildiğinde kısa oturma dengesi vardı. Alt ekstremitelerinde motor ve duyu defisiti saptandı. Nörolojik rehabilitasyon programına alınan hasta transferlerde bağımsızlık kazanarak taburcu edildi.

Travmatik veya non-travmatik nedenlerle spinal kord hasarı oluşabilmektedir. Non-travmatik nedenler arasında en sık spinal stenoz, tümörler ve enfeksiyöz nedenler yer almaktadır. Nekrotizan myelopati ise tipik olarak akut başlangıçlı, flask veya spastik quadriparezi ya da paraparezi ile seyreden bir hastalıktır ve paraplejinin oldukça nadir görülen nedenlerinden biridir.

Anahtar sözcükler: Rehabilitasyon, myelopati, nekrotizan

ABSTRACT

Necrotizing myelopathy is one of the rare neurological paraneoplastic complications accompanying various malignancies. It has been observed also in non-cancer patients, that is, particularly in infections, viral diseases, and diseases with unknown etiology. This disorder is also a very rare cause of nontraumatic spinal cord injury.

A 64-year-old male patient referred to our clinic with complaints of difficulty in walking and sensory loss. In his history, the patient had numbness in his legs and urinary incontinence for about one year. Six months ago as he woke up one morning, he had experienced loss of strength and sense of touch first in the right leg and after a few hours in the left leg, which was followed by urinary and fecal incontinence. In his former MRI, increased intensity and contrast uptake starting from the T6 endplate and extending to T12, compatible with necrotizing myelopathy, was observed. The patient showed short sitting balance when he was hospitalized in our clinic. Motor and sensory deficiency was established in lower extremity. The patient was engaged in the neurological rehabilitation program and consequently discharged with independency at transfers.

Spinal cord injury may be caused traumatic or non-traumatic factors. The most frequent non-traumatic factors are spinal stenosis, tumors, and infections. Typical necrotizing myelopathy is a disorder characterized by acute-onset, flask or spastic quadriparesis or paraparesis and is a rare cause of paraplegia.

Keywords: Rehabilitation, myelopathy, necrotizing

Yazışma Adresi
Corresponding Author

Tuncay Çakır
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği,
Antalya, Türkiye

E-posta: cakirtuncay@yahoo.com

Geliş Tarihi/ Received: 30.08.2013
Kabul Tarihi/Accepted: 09.12.2013

Giriş

Nekrotizan myelopati spinal kordun anterior ve posterior boynuzunun etkilendiği, çeşitli malignitelerle birlikte görülebilen, nadir nörolojik paraneoplastik komplikasyonlardan birisidir. Klinik olarak akut başlangıçlı, flask veya spastik tetrapleji ya da parapleji ile seyreden bu hastalığın akciğer, meme, prostat, over, böbrek, lenfoma, lösemi ve multiple myeloma gibi maligniteler ile birlikteliği gösterilmiştir (1-3). Maligniteler dışında özellikle herpes simplex virüs ve fırsatçı enfeksiyonlar ile birlikteliği bildirilmiştir (4). Nekrotizan myelopati, nontravmatik spinal kord hasarı etiolojisinde nadir bir neden olarak yer aldığı için bu olguyu sunduk.

Olgu Sunumu

64 yaşında erkek hasta kliniğimize yürüyememe ve bacaklarda his kaybı şikayetleriyle başvurdu. Yaklaşık 1 yıldır bacaklarda uyuşma ve idrar kaçırma şikayeti olan hastanın, 6 ay önce sabah uyandığında sağ bacakta, birkaç saat sonra sol bacakta kuvvet ve his kaybı şikayeti gelişmiş. Daha sonra idrar ve gaita inkontinansı gelişmiş.

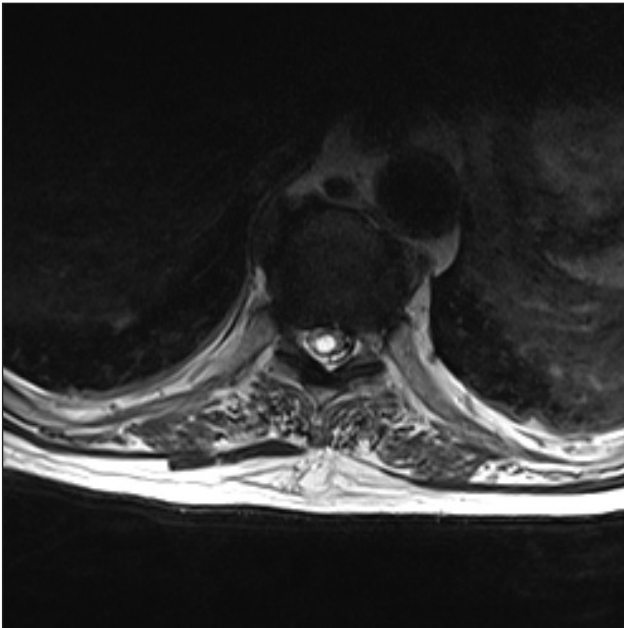
Yapılan beyin ve servikal manyetik rezonans görüntüleme(MRG) tetkiklerinde kliniği açıklayacak patolojik bulgu saptanmamış. Torakal MRG'de T6 superior endplate'den başlayıp T12'ye uzanım gösteren nekrotizan myelopati ile uyumlu intensite artışı ve zayıf kontrast tutulumu saptanmış (Şekil 1,2). MR myelografide dural kesenin kesintiye uğradığı gösterilmiş. Çekilen batın ultrasonografisi ve pozitron emisyon tomografisinde

patolojik bulgu saptanmamış. Beyin omurilik sıvısında çalışılan borrelia, brucella, CMV, EBV, HSV, HIV, TPHA, VDRL negatif olarak rapor edilmiş. Bakılan nöromyelitis optica immunglobulin'i negatif olarak tespit edilmiş.

Özgeçmiş sorgulamasında; tip 2 diabetes mellitus, üç yıl önce geçirilmiş derin ven trombozu ve üç yıl önce geçirilen lomber disk hernisi operasyonu bulunuyordu. Soygeçmişinde özellik yoktu.

Hastanın fizik muayenesinde; genel durumu iyi, bilinci açık ve oryante-koopereydi. Ambule olamayan hastanın üst ekstremitte eklem hareket açıklığı, kuvveti, duyu ve refleksleri normaldi. ASIA A olan hastanın motor, duyu ve nörolojik seviyesi sağda ve solda T10, kısmi korunma alanı sağ taraf duysal L1 sol taraf duysal L3, sağ ve sol motor alanı ise S1 idi. Modifiye Ashworth skalasına göre spastisitesi, alt ekstremitte adduktor kaslarda 2 değerindeydi. Sol alt ekstremitte motor kas kuvvetleri global olarak 2/5 değerinde iken sağ alt ekstremitede de plantar fleksiyonu 2/5, diğer anahtar kas kas grupları 0/5 değerindeydi. Duyu muayenesinde sağda T11-L1 dermatomları arası, solda ise T11-L3 dermatomları arası hipoestezik, sağda L2 ve distali solda ise L4 ve distali anestezik olarak saptandı. Alt ekstremitte eklem hareket açıklığı ölçümleri normaldi. Hastanın idrar ile gaita kontrolü ve hissi yoktu. Fonksiyonel bağımsızlık ölçeği motor puanı 31 bilişsel puanı 35 idi.

Hasta fonksiyonel olarak yatak içinde sağa ve sola dönebiliyor, yatar halden oturur duruma yardımcı gelebiliyordu. Hastanın kısa oturma dengesi bağımsız



Şekil 1. Torakal MR görüntüsü.



Şekil 2. Torakal MR görüntüsü.

olarak, uzun oturma dengesi ise yardımcı olarak vardı. Hastamızın destekli ve desteksiz ayakta durma dengesi yoktu.

Hastanın servismize kabulü ve takipleri esnasında yapılan biyokimyasal incelemeleri, tam kan sayımı, AST, ALT, BUN, kreatinin, sedimentasyon hızı, CRP ve idrar tetkikleri normaldi. Tümör belirteçlerinden PSA, AFP, CA 19.9, CEA değerleri normal sınırlarda idi.

Transferlerde bağımsızlık hedefi ile nörolojik rehabilitasyon programına alınan hastaya solunum egzersizleri, üst ekstremitte kuvvetlendirme egzersizleri, oturma dengesi, pasif ve aktif yardımcı eklem hareket açıklığı egzersizleri ve transfer eğitimleri verildi. Mesane ve barsak rehabilitasyonu uygulanan hastanın aldığı ve çıkardığı sıvı takibi yapıldı. Lifli diyet, dijital stimülasyon ve lüzum halinde laksatif tedavi uygulandı. Taburculuk sonrası ürodinami tetkiki önerildi. Toplam 20 seans tedavi edilen hasta transferlerinde bağımsızlık ve posterior shell ile ayakta durma dengesi kazanarak taburcu edildi.

Tartışma

Nekrotizan myelopati nadir görülen, spinal kordun anterior ve posterior boynuzunu etkileyen transvers kord disfonksiyonu ile karakterize, akut başlangıçlı, flask veya spastik tetrapleji ile seyreden klinik bir hastalıktır. Maligniteler, maligniteler dışında da özellikle enfeksiyon, viral hastalıklar ve nedeni belirlenemeyen hastalıklarla birlikteliği bildirilmiştir. Akut, subakut, diffuz, asendan, progresif, idiopatik ve transvers gibi sınıflamaları yapılmıştır. Bu nadir tanı genellikle spinal korda uygulanan radyoterapi, metastatik hastalık, enfarkt, enfeksiyon gibi myelopati yapan durumlar dışlandığında konulabilmektedir (1-6).

Hastamızın özgeçmişinde bilinen malign hastalık, kemoterapi veya radyoterapi öyküsü bulunmamaktaydı. Yapılan tetkiklerinde primer malign tümör veya enfeksiyöz hastalık saptanmadı. Sistemik sorgulamasında ve laboratuvar tetkiklerinde etiyolojik neden saptanamadı.

Bir hipoteze göre; santral sinir sistemi dokuları ile tümör hücreleri ortak antijenlere sahip olup, otoimmün mekanizmada rol almaktadır. Herpes simplex gibi viral enfeksiyonlar da otoimmün patogeneze ilişkilendirilmiştir. Nakagawa ve ark. akciğer kanseri ve T hücreli lösemi tanılı iki hastada immünohistokimyasal yöntemlerle spinal kordda Herpes Simplex Virus tespit etmişlerdir. Malign lenfomalar paraneoplastik nekrotizan myelopati ile ilişkilendirilmiş en sık malignansi olarak gözlenmiştir (5,7).

Hastalık temel olarak iki farklı şekilde görülmektedir. Bunlar sıklıkla torakal seviyede görülen asendan transvers kord nekrozu ve spinal kordun beyaz cevherini tutan multipl skleroz benzeri yamalı multifokal nekroz alanlarıdır (5). Bizim hastamızın beyin ve tüm spinal MR görüntülemeleri yapılmış, torakal 6 ve 12 segmentleri arasında uzanım gösteren tutulum dışında etkilenme gösterilememiştir. Katz ve ark. progresif nekrotizan myelopati tanılı hastalar ile yaptığı çalışmada MRG'de erken hastalık dönemlerinde T2 ağırlıklı sekanslarda tubuler şekilli yaygın hiperintensite, genellikle birbirini takip eden birden çok spinal kord segmentini içeren şişlik ve kontrast tutulumu, ileri dönemlerde yapılan görüntülemelerde ise patolojik segmentte atrofi saptamışlardır (3). Longitudinal olarak uzanan lezyon genellikle torasik kordu etkiler ve çok büyük olmaz, ancak tüm kordu tutan vakalar da bildirilmiştir. Nadir olarak dağınık beyin sapsı tutulumu da gösterilmiştir (1).

Paraneoplastik nekrotizan myelopati spinal kordun anterior ve posterior boynuzu etkileyen transvers kord disfonksiyonu ile karakterizedir. Bilateral motor, duysal ve sfinkter defisitleri görülmektedir (5). İlk semptomlar genellikle ağrı, bacaklarda kuvvetsizlik ve inkontinanstır. Katz ve ark. progresif nekrotizan myelopati tanılı dokuz hasta ile yaptıkları çalışmada beş hastada hiperestezi ve dizestezi saptamışlardır. Diğer semptomlar atrofi, arefleksi ve flask ekstremiteler olarak belirtilmiştir. Tüm hastalar 40 yaşın üstünde olup ortalama yaş 59 olarak bulunmuştur (3). Hastamız 64 yaşında olup bilateral alt ekstremitelerinde kuvvet ve duyu kaybı ile idrar-gaita inkontinansı bulunmaktaydı.

Spinal kord hasarı travmatik ve nontravmatik nedenlere bağlı oluşabilmektedir. New ve ark. nontravmatik spinal kord hasarı bulunan 134 hastayı retrospektif olarak incelemişler ve en sık nedeni tümör(%20,1) olarak saptamışlardır (8). Rouleau ve ark. Kanada'da 175 spinal kord hasarı bulunan hastayı inceleyen çalışmalarında 94 hastada travmatik, 81 hastada nontravmatik nedenler saptamışlardır. Nontravmatik nedenler arasında en sık nedeni spinal kanal stenozu(%34,5) olarak belirtilmiştir (9). Gupta ve ark. da nontravmatik nedenler arasında en sık spinal stenoz, tümörler ve enfeksiyonları göstermiştir (10).

Paraneoplastik nekrotizan myelopati etyolojisinin erken dönemde aydınlatılması önemlidir. Tümör etiyolojisi belirlenen hastalarda tümör rezeksiyonu ve kemoterapi ile birlikte immünsüpresif ajan tedaviye eklenmelidir. İmmünsüpresif ajan olarak steroid, plazmaferez veya IVIG(intravenöz immünglobulin) tedavisi eklenebilir. Paraneoplastik nekrotizan myelopati prognozunu belirleyen en önemli faktör erken tanı ve tedavidir (11,12).

Sonuç olarak; nekrotizan myelopati tutulan seviyeye göre tetrapleji veya paraplejiye neden olan, klinik nontravmatik spinal kord hasarlarında etiolojide düşünülmesi gerekli hastalıklardan biridir.

Kaynaklar

1. Selçuk B., Kurtaran A., Topçuoğlu E., Ersöz M., Çolak Y., Şimşir N., Akyüz M., Uysal H. Nekrotizan Myelopati: Bir olgu Sunumu. Romatizma 2004;19:3.
2. Bıçakçı Ş, Uysal H, Bozdemir H, ve ark. Optik sinir tutulumu ile giden idyopatik progresif nekrotizan myelopati. Türk Nöroloji Dergisi 2003; 9: 111-116.
3. Katz J.D.,Ropper A.H. Progressive necrotic myelopathy. Clinical course in 9 patients. Arch Neurol 2000;57:355-361.
4. Iwamasa T, Yoshitake H, Sakuda H, Kamada Y. Acute ascending necrotizing myelitis in Okinawa caused by herpes simplex virüs type 2. Arch Path Anat 1991; 418: 71-75.
5. Lee C. H.,Bharwani L., Sullivan T. Paraneoplastic Necrotizing Myelopati in a Patient With Newly Diagnosed Diffuse Large B Cell Lymphoma. World J Oncol,2011;2(4):195-198.
6. Ojeda V. J. Necrotizing Myelopati Associated With Malignancy A Clinicopathologic Study of Two Cases and Literature Review. Cancer 1984;53:1115-1123.
7. Nakagawa M.,Nakamura A., Kubota R., Kakazu T., Kuba M., Nakasone K., Iwamasa T. Necrotizing Myelopati Associated with Malignancy Caused by Herpes Simplex VirusType 2: Clinical Report of Two Cases and Literature Review. Japanese Journal of Medicine 1991;30(2):182-188.
8. New PW, Rawicki HB, Bailey MJ. Nontraumatic spinal cord injury: demographic characteristics and complications. Arch Phys Med Rehabil. 2002;Jul 83(7):996-1001.
9. Rouleau P.,Ayoub E., Guertin P. A. The Open Epidemiology Journal 2011; 4:133-139.
10. Gupta A, Taly AB, Srivastava A, Murali T. Non-traumatic spinal cord lesions: epidemiology, complications, neurological and functional outcome of rehabilitation. Spinal Cord 2009;47(4): 307-11.
11. Tüzün E. Nörolojik tutulumla seyreden paraneoplastik Sendromlar. Klinik Gelişim; 2010;1:71-77.
12. Vedeler CA, Antoine JC, Giometto B, et al. Management of paraneoplastic neurological syndromes: report of an EFNS Task Force. Eur J Neurol 2006; 13: 682-690.