



Multiple Skleroz ve Uveit Birlikteliği

Association of Multiple Sclerosis and Uveitis

Cansu Söylemez, Ufuk Emre, Yüksel Erdal, Kübra Avcı Gülen, Şirin Saçak

Multipl skleroz (MS) olgularında, optik nöropatiden daha az sıklıkta görülen ve farklı tedavi yaklaşımları gerektirebilen üveit tablosunun muayene ve takipte akılda bulundurulması önem taşımaktadır. Biz bu yazıda, üveit ve MS tanısı alan iki olguyu sunarak sık görülmeyen MS ile üveit birlikteliğine dikkat çekmek istedik.

Anahtar Kelimeler: Multipl skleroz, üveit, interferon

In patients with multiple sclerosis (MS), it is important to keep in mind the examination and follow-up of uveitis table which are less frequent in optic neuropathy and may require different treatment approaches. In the present study, we wanted to draw attention to the uncommon MS and uveitis association by presenting two cases of uveitis and MS.

Keywords: Multiple sclerosis, Uveitis, Interferon

Giriş

Multipl skleroz (MS) olgularında birçok otoimmün, inflamatuvar hastalığın birlikte görüldüğü, hastalık ayırıcı tanısında önemli yere sahip oldukları bilinmektedir. Bu hastalıklar içinde inflamatuvar oküler hastalıklar ayrıca önemli bir yere sahiptir. Oküler inflamatuvar hastalıklardan üveit sıklığının, MS hastalarında %0,4-26,9 oranlarında olduğu bildirilmiştir (1, 2). Biz bu yazıda üveit tanısı alan görüntüleme, beyin omurilik sıvısı (BOS) ve klinik bulguları ile MS düşünülen iki olguyu sunmak, MS ile üveit birlikteliğine dikkat çekmek istedik.

Olgu 1

33 yaşında kadın hasta yaklaşık 1,5 yıldır olan ellerde ve ayaklarda uyuşma şikâyeti ile nöroloji polikliniğine başvurdu. Hastanın öz geçmişinde, eklem ağrıları ve 10 yıl önce geçirilmiş bilateral üveit atağı dışında özellik saptanmadı. Fizik muayenesinde özellik saptanmayan hastanın nörolojik muayenesi, lhermitte bulgusu ve vibrasyon duyu bozukluğu dışında normal sınırlarda idi. Göz konsültasyonunda, üveite bağlı sekel değişiklikler dışında bulgu saptanmadı. Kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesinde supratentorial nodüler kontrast tutulumu gösteren 3-4 adet multipl plak, infratentorial 1 adet demiyelizan özelliğe plak saptandı (Resim 1. a-c). Kontrolde çekilen servikal MRG'de de MS ile uyumlu demiyelinizan plak saptandı (Resim 2). Behçet, sarkoidoz ve diğer vaskülit nedenleri açısından değerlendirilen hastada patolojik bulgu saptanmadı. Nöromiyelitis optika (NMO) antikoru negatif sonuçlandı. BOS incelemesi normal sınırlarda idi. Tibial somatosensorial uyandırılmış potansiyel (SEP) ve vizüel uyandırılmış potansiyel (VEP) incelemeleri normaldi. Romatoloji bölümüne yönlendirilen hasta klinik ve radyolojik takibe alındı. Klinik takibinde dış merkezde yapılan BOS incelemesinde oligoklonal band (OKB) pozitifliği saptanan hastaya immün modülatör tedavi (interferon 1 a 44 mikrogram haftada 3 defa) başlandığı öğrenildi. Hastadan sözlü onam alındı.

Olgu 2

41 yaşında erkek hasta, hastaneye başvurusundan 20 gün önce gelişen sağ kol ve bacakta uyuşma, sol kolda güçsüzlük şikâyeti ile tarafımıza başvurdu. Hastanın kranial ve servikal MRG de sağ temporal lobda eksternal kapsül posteriorundan başlayan, sağ temporal ventrikül boynuzu lateral kesime periventriküler uzanım gösteren T2 FLAIR ve T2A incelemelerde yüksek sinyalli demiyelinizan odak (Resim 3), C3-4 düzeyinde spinal kord sol yarısında T2A'da hiperintens, T1A'da hafif hipointens longitudinal hafif ekspansil karakterde periferik halkasal kontrast tutan lezyonlar izlendi (Resim 4a, b). Hasta demiyelinizan hastalık ön tanısıyla servise interne edildi. Özgeçmişinde kronik bronşit ve sigara kullanım öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde özellik saptanmayan hastanın nörolojik muayenesinde patolojik olarak sol kol 4/5 monoparezikti ve sağ tarafta hemhipostezisi mevcuttu. Hastaya lomber ponksiyon tetkiki yapıldı. Rutin kan tetkiklerinde özellik saptanmayan hastanın BOS incelemesi normal sınırlardaydı ve OKB tip 2 pozitif sonuçlandı. Vaskülit markerları negatifti. VEP incelemesinde bilateral P100 latanslarında uzama saptandı. Hastaya 7 gün pulse

Bu çalışma 9. Klinik Nöroimmünoloji Kongresinde (2-5 Haziran 2016, Aydın, Türkiye) poster olarak sunulmuştur.

Istanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Yazışma Adresi

Address for Correspondence:

Cansu Söylemez

E-mail: kalan_16@hotmail.com

Geliş Tarihi/Received: 16.01.2017

Kabul Tarihi/Accepted: 11.09.2017

© Telif Hakkı 2018 Makale metnine istanbulmultipdergisi.org web sayfasından ulaşılabilir.

© Copyright 2018 by Available online at istanbulmedicaljournal.org

steroid tedavisi verildi. Tedavi sonrası şikayetlerinde düzelme gözlemlendi. Tetkikleri tamamlanan hasta taburcu edildi. Taburcu olduktan 1 hafta sonra sol gözde ağrı ve görme kaybı gelişen hastanın göz hastalıklarına başvurduğu ve sol gözde ön kamerada fibrin membran, ultrasonografik incelemede vitrede fibrin bant, posterior sineşi saptanması üzerine üveit ön tanısıyla göz servisine interne edildiği öğrenildi. Sarkoidoz, behçet, mantar enfeksiyonuna yönelik yapılan tetkiklerinde ek bulgu saptanmadı ve NMO antikolları negatif bulundu. Göz kliniği tarafından interferon tedavisi başlanan hastaya medikal tedaviden fayda görmemesi, bulguların hızlı kötüleşmesi nedeni ile sol göze evisserasyon uygulandı. Olgu demiyelizan hastalık ve üveit tanıları ile takibe alındı. Üveit atağından yaklaşık 6 ay sonra yapılan değerlendirilmesinde ek patolojik bulguya da bulguya rastlanmadı. Kontrolde çekilen kranial ve spinal MRG'de yeni gelişen bulguya rastlanmadı. Dış merkezde hastaya oral immünsüpresan tedavi başlandığı öğrenildi. Hastadan sözlü onam alındı.

Tartışma

MS santral sinir sisteminin kronik demiyelizan bir hastalığıdır (3). MS'li olgularda en sık görülen oküler bulgu optik nevrit iken, klinik tabloya %0,4 ile %26,9 arasında değişen oranlarda üveit eşlik edebilir. Üveit 20-50 yaş arası kadınlarda daha sık görülür, kronik seyirlidir ve uzun süreli görsel prognozu genellikle iyidir (4). MS de görülme şekli sıklıkla intermedier ve arka üveit şeklindedir (2).

Sinir ve göz dokusu aynı embriyolojik hücrelerden köken aldığı için MS ve üveitin etyolojik olarak ilişkili olabileceği düşünülebilir (5). Üveitte venlerde kılflıma (periflebit) arteriol iltihabına (periarterit) göre daha sık bir bulgudur (6). Retina normal olarak miyelin içermez çünkü bu, fototransdüksiyonun önemli işlevini etkiler. Retinadaki miyelin eksikliğine rağmen, MS ile ilişkili üveitteki retinal periflebit, MS hastalarının beyinlerinde oluşan venüler inflamasyona benzemektedir. Histoloji, MS'de merkezi sinir sistemi (MSS) ve retinadaki damarlar etrafında benzer hücreli birikimler göstermiştir. Buna göre, benzer inflamasyon süreçlerinin, miyelin varlığına bakılmaksızın, MS ile ilişkili üveit olan hastaların beyininde ve retinasında meydana geldiği söylenebilir. MS'deki retinal pe-

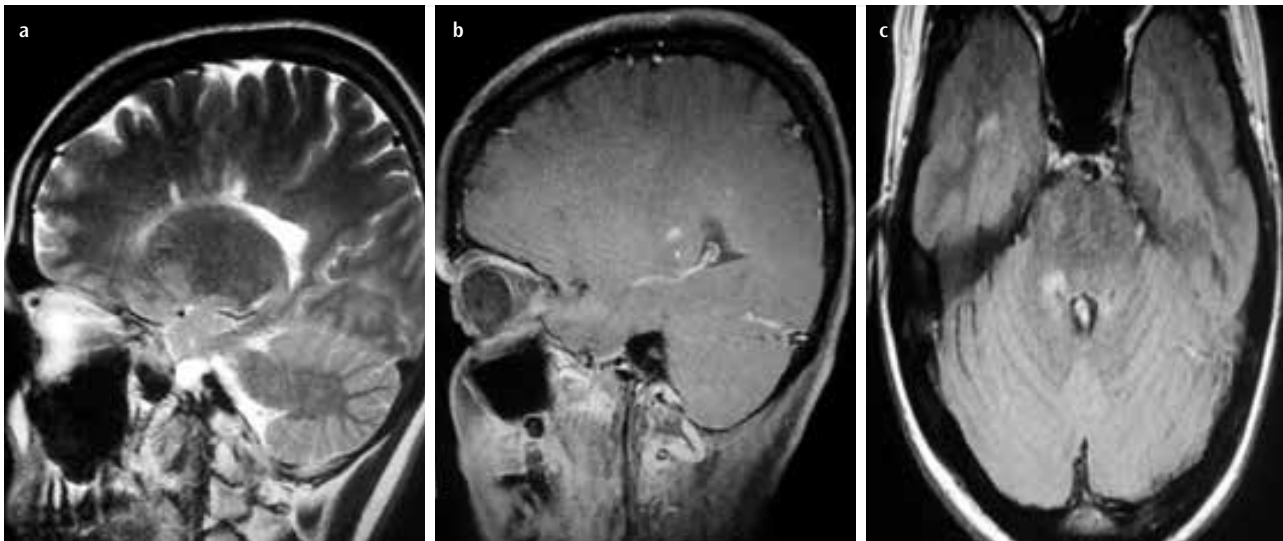
riflebit MS ile ilişkili MSS lezyonu olarak düşünülebilir (7). Retinal periflebit MS'in aktif olduğu durumlarda daha sık gözlenmektedir (8). İzole optik nöritli bir hastada retinal periflebit bulunması MS gelişmesi için ilk bulgu olabileceği ve bu hastalarda %14 oranında MS gelişme riski olduğu bildirilmiştir (9).

MS hastalarında genetik olarak üveite bir yatkınlık olduğu, intermedier üveitlerle ilişkili IL2RA rs2104286 gen polimorfizminin, ilginç olarak MS ve diğer otoimmün hastalıklarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (3). 1254 üveit hastasının değerlendirildiği çalışmada, 16 hastada MS saptanmış ve bunların %56'sında başlangıç semptomunun üveit olduğu belirlenmiştir. Üveitin özellikle bilateral olduğu ve kadınlarda daha sık görüldüğü vurgulanmıştır (3, 10). İlk olgumuzun öz geçmişinde yıllar önce bilateral üveit geçirdiği o dönemde yapılan incelemelerinde bir özellik saptanmadığı belirlendi. Başvuruda belirttiği duyuşal semptomların dışında öykü ve muayenede ek sorun tarif etmemekte idi. İkinci olgumuzda ise duyuşal ve motor semptomların olduğu ataktan kısa bir süre sonra üveit atağı gelişmişti. Üveit atağı klasik bir seyir göstermemiş hızlı, agresif seyretmiştir. Literatür incelememizde benzer bir olgu bildirimine rastlamadık.

MS ve üveitin birlikte olduğu durumlarda tedavi ve takip konusunda az sayıda çalışma vardır. Yapılan çalışmalarda, hastada vazoproliferasyonun eşlik ettiği tıkaçıcı vaskülit varlığında pulse steroid ile birlikte lazer tedavisinin de yapılmasının uygun olduğu belirtilmektedir (2). Ayrıca MS tedavisinde kullanılan interferon-beta 1a'nın üveitle birlikte olan MS hastalarında intraoküler aktiviteyi baskılamakta etkin olduğunu ve görme keskinliğinde artış yönünde olumlu etkisi olduğu bildirilmiştir (11).

Sonuç

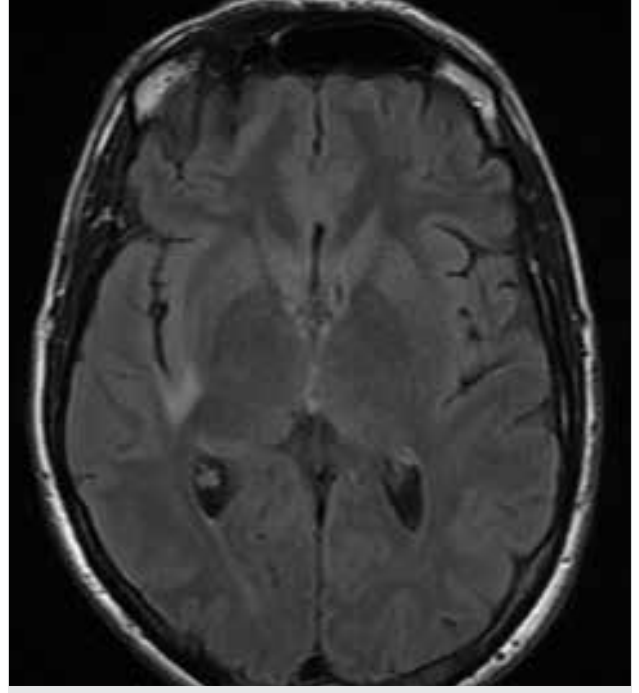
MS ve üveit birlikteliği çok sık olmamakla birlikte kolayca gözden kaçabilir. Hastanın ilk bulgusu üveit olabilmekte ve detaylı sistemik inceleme sırasında MS tanısı konulabilmektedir. Üveit gelişen MS hastalarının dışında, üveitli bir hastanın ayrıntılı oftalmolojik muayenesinin yapılarak MS ile ilişkili üveitin karakteristik özelliklerine sahip olup olmadığını belirlenmesi, MS gelişim riski ve takip açısın-



Resim 1. a-c. (a) Olgu 1'in kranial MRG sagittal T2 sekansda hiperintens lezyonlar (b) Olgu 1'in kranial MRG aksiyal T1 kontrastlı sekansda kontrast tutan lezyon (c) Olgu 1'in kranial MRG aksiyal FLAIR sekansda infratentoriyal lezyonlar



Resim 2. Olgu 1'in servikal MRG sagittal T2 kesitlerde longitudinal multipl hiperintens lezyonlar



Resim 3. Olgu 2'nin kraniyal MRG aksiyal T2 FLAIR incelemesinde sağ eksternal kapsülde hiperintens lezyon



Resim 4. a, b. (a) Olgu 2'nin servikal MRG sagittal T2 sekansda C3-C4 düzeyinde longitudinal lezyon
(b) Olgu 2'nin servikal MRG kontrastlı T1 sekansda C3-4 düzeyinde periferik kontrast tutan hiperintens lezyon

dan yarar sağlayabilir. Üveit hastalarının değerlendirilmeleri sırasında klinik ve radyolojik olarak MSe ait bulgulara, MS olgularında ise göz muayenelerinde optik nörit dışında üveit açısından da dikkatli olmak hastaların takipleri ve tedavi yönetiminde önem taşır.

Hasta Onamı: Sözlü hasta onamı bu çalışmaya katılan hastadan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış Bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - U.E., C.S.; Tasarım - K.A.G., Ş.S.; Denetleme - U.E.; Kaynaklar - Ş.S., U.E.; Malzemeler - Ş.S., U.E.; Veri Toplanması ve/veya işlemesi - C.S., Y.E.; Analiz ve/veya Yorum - C.S., U.E.; Literatür taraması - C.S., U.E., Y.E.; Yazıyı Yazan - C.S., U.E., Y.E.; Eleştirel inceleme - K.A.G., U.E.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Verbal informed consent was obtained from patient who participated in this study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept – U.E., C.S.; Design - K.A.G., Ş.S.; Supervision - U.E.; Resource - Ş.S., U.E.; Materials - Ş.S., U.E.; Data Collection and/or Processing - C.S., Y.E.; Analysis and/or Interpretation - C.S., U.E.; Literature Search - C.S., U.E., Y.E.; Writing - C.S., U.E., Y.E.; Critical Reviews - K.A.G., U.E.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Kaynaklar

1. Urmey WF. Spinal anaesthesia for outpatient surgery. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2003; 17: 335-46. [CrossRef]
2. Mosaffa F, Karimi K, Madadi F, Khoshnevis SH, Daftari Besheli L, Ejajzi A. Post-dural Puncture Headache: A Comparison Between Median and Paramedian Approaches in Orthopedic Patients. *Anesth Pain Med* 2011; 1: 66-9. [CrossRef]
3. Albright G, Forster R. Spinal analgesia-physiologic effects. In: Collins VJ (Ed.). *Principles of Anesthesiology* 3rd ed. Philadelphia: Lea & Febiger Co; 1993: 1445-570.
4. Wantman A, Hancox N, Howell PR. Techniques for identifying the epidural space: a survey of practice amongst anaesthetists in the UK. *Anaesthesia* 2006; 61: 370-5. [CrossRef]
5. Blomberg RG, Jaanivald A, Walther S. Advantages of the paramedian approach for lumbar epidural analgesia with catheter technique. A clinical comparison between midline and paramedian approaches. *Anaesthesia* 1989; 44: 742-6. [CrossRef]
6. Hartmann B, Junger A, Klasen J, Benson M, Jost A, Banzhaf A, et al. The Incidence and Risk Factors for Hypotension After Spinal Anaesthesia Induction: An Analysis with Automated Data Collection. *Anesth Analg* 2002; 94: 1521-9. [CrossRef]
7. Chinachoti T, Tritrakarn T. Prospective Study of Hypotension and Bradycardia during Spinal Anesthesia with Bupivacaine: Incidence and Risk Factors. *J Med Assoc Thai* 2007; 90: 492-501.
8. Auroy Y, Benhamou D, Bagues L, et al. Major Complications of Regional Anesthesia in France. *Anesthesiol* 2002; 97: 1274-80. [CrossRef]
9. Yavaşcaoğlu B, Kaya FN, Özcan B, Uzunalioglu S, Güven T, Yazıcı Ş, ve ark. Erişkinlerde Anestezi Sonrası Görülen Komplikasyonların Retrospektif Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniv Tıp Fak Dergisi* 2009; 35: 73-8.
10. Doğru S, Kaya Z, Doğru HY. Spinal Anestezi Komplikasyonları (Derlenme). *J Contemporary Med* 2012; 2: 127-4.
11. Eryeğin H, Yüksel E, Kokulu S, Doğan Bakı E, Gül Sivacı R. Hastanemizdeki Spinal Anestezi Uygulamalarının Retrospektif Değerlendirilmesi. *Kocatepe Med J* 2012; 14: 69-77.
12. Rabinowitz A, Bourdet B, Minville V, Chassery C, Pianezza A, Colombani A, et al. The paramedian technique: a superior initial approach to continuous spinal anesthesia in the elderly. *Anesth Analg* 2007; 105: 1855-7. [CrossRef]
13. Ahsan-ul-Haq M, Amin S, Javaid S. Paramedian technique of spinal anesthesia in elderly patients for hip fracture surgery. *J Coll Physicians Surg Pak* 2005; 15: 160-1.
14. Çerçi H. Spinal anestezi uygulanan hastalarda median ve paramedian uygulamanın karşılaştırılması. *dspace.trakya.edu.tr:8080/jspui/handle/1/201*
15. Özdemir H, Kayhan Z. Failure of neuraxial blocks and causes. *Turk J Anaesthesiol Reanim* 2011; 39: 198-206 [CrossRef]
16. Lingaraj K, Ruben M, Chan YH, Das SD. Identification of risk factors for urinary retention following total knee arthroplasty: a Singapore hospital experience. *Singapore Med J* 2007; 48: 213-6.
17. Schwabe K, Hopf HB. Persistent back pain after spinal anaesthesia in the non-obstetric setting: 134 incidence and predisposing factors. *Br J Anaesth* 2001; 86: 535-9. [CrossRef]
18. Dexter F, Tinker JH. Analysis of strategies to decrease postanesthesia care unit costs. *Anesthesiology* 1995; 82: 94-101. [CrossRef]
19. Jabbari A, Alijanpour E, Mir M, Bani Hashem N, Rabiea SM, Rupani MA. Post spinal puncture headache, an old problem and new concepts: review of articles about predisposing factors. *Caspian J Intern Med* 2013; 4: 595-602.
20. Dittmann M, Schafer HG, Ulrich J, Bond-Taylor W. Anatomical re-evaluation of lumbar dura mater with regard to postspinal headache. Effect of dural puncture. *Anaesthesia* 1988; 43: 635-7. [CrossRef]
21. Türker G, Gurbet A, Kelebek Girgin N, Erşaylı DT, Doğan Karaağaçlı M, Uçkunkaya N ve ark. Dura delinmesine bağlı baş ağrısı: Median ve paramedian yaklaşımların karşılaştırılması. *Türk Anest Rean Der* 2005; 33: 139-44.
22. Janik R, Dick W. Post spinal headache. Its incidence following the median and paramedian techniques. *Anaesthesist* 1992; 41: 137-41.

Cite this article as: Söylemez C, Ufuk E, Erdal Y, Avcı Gülen K, Saçak Ş. Association of multiple sclerosis and uveitis. *Istanbul Med J* 2018; 19: 69-72.