

İzole Oküler Motor Sinir Paralizisi: Retrospektif Etyolojik Analiz

Fatma Kurtuluş, Deniz Tuncel, Canan Togay Işıkay,
Canan Yücesan, Nermin Mutluer

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji ABD, ANKARA

ÖZET

Bilimsel Zemin: Oküler motor sinirlerin izole paralizilerinde etyolojinin aydınlatılması önemlidir. Etyolojide hiçbir neden bulunamayacağı gibi neoplazm gibi erken tanı ve tedavinin önemli olduğu bir nedenle de karşılaşmak mümkündür.

Amaç: Bu çalışmada 1990-2000 yılları arasında AÜTF Nöroloji kliniğine izole oküler motor sinir paralizisi nedeni araştırmak üzere yatırılmış 32 hastanın etyolojisini incelemek amaçlandı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 32 olgunun 21'inde abduzens paralizisi (%65.6), 10'unda okulomotor paralizisi (%32.3), 1'inde troklear paralizisi saptandı. Abduzens paralizisi olan olguların %43 'ünde etyoloji bulunamadı. Diğer hastalarda etyoloji sırasıyla iskemi, vasküler malformasyonlar, neoplazm, travma, ensefalit olarak bulundu. Okulomotor sinir paralizisi olan olgularda en sık neden iskemi olarak saptandı (%70). Bunu izleyen diğer nedenler ; migren, vasküler malformasyonlar ve travmaydı. Troklear sinir paralizisi olan tek olguda ise kafa travması öyküsü vardı.

Anahtar kelimeler; izole, oküler motor sinir paralizisi, abduzens paralizisi, okulomotor paralizisi, troklear sinir paralizisi

Yazışma Adresi: Dr. Fatma Kurtuluş

Birlik Mah. Yeşil Çankaya Sitesi A Blok No: 25 06610 Çankaya - Ankara

Tel: 0312 495 39 57

kurtulus02@hotmail.com

Dergiye Ulaşma Tarihi: 22.09.2003

Revizyon İstenme Tarihi: 01.10.2003

Kesin Kabul Tarihi: 01.11.2003

ABSTRACT

Isolated Ocular Motor Nerve Paralysis: Retrospective Etiologic Analysis

Background: The definition of the etiology in isolated paralyzes of ocular motor nerves is essential. It is possible to find either no cause for the etiology or a condition like neoplazm in which early diagnosis and treatment is important.

Objective: This study aimed at evaluating the etiologies of 32 patients with isolated ocular motor nerve paralysis who where hospitalized in University of Ankara Medicine Faculty Neurology Clinic between 1990 and 2000.

Findings: Of the 32 patients in the study abduzens paralysis, oculomotor paralysis and trochlear paralysis were diagnosed in 21 (65.6%), 10 (32.3%) and 1 patient respectively. Abduzens paralysis was bilateral in 2 patients. There was no etiological factor in 43% of the patients with abduzens paralysis. In the remaining patients the etiological factor were in order incidence : ischemia, vascular malformation, neoplazm, trauma and encephalitis. Ischemia was the most common etiological factor in patients with oculomotor nerve paralysis (70%). Migraine, vascular malformations and trauma were the subsequent common etiological factors. Head trauma was the history only trochlear nerve paralysis patient.

Key Words: isolated ocular motor nerve paralysis, abduzens paralysis, oculomotor paralysis, trochlear nerve paralysis

GİRİŞ

İzole oküler motor sinir paralizilerine (okülomotor, troklear ve abduzens sinirleri) klinikte sık rastlanmasına rağmen; insidansı, etyolojisi ve prognozuna ilişkin az sayıda çalışma vardır. Büyük merkezli yapılan çalışmalarda insidansı kısmen yüksek olarak bulunmuştur. Oküler sinir paralizisinin en önemli kısmını etyolojide bir neden bulunamayan (idiyopatik) grup oluşturmaktadır (%25). İdiyopatik grubun dışında en sık bildirilen nedenler ise; neoplazm, iskemik vaskülopati, vasküler malformasyonlar ve travmadır⁽¹⁻⁵⁾. Migren, ensefalit, kemoterapi, radyoterapi ise diğer nadir nedenlerdendir^(2,6,7).

Bu çalışmanın amacı izole oküler motor sinir paralizisi tanısı alan hastalarda etyolojiyi sıklık sırasına göre saptamaktır.

MATERYAL VE METOD

Çalışmaya, 1990-2000 yılları arasında, kliniğimizde yeni gelişmiş olan izole okülomotor, troklear veya abduzens paralizisi nedeni ile yatırılmış olan hastalar alınmıştır. Bu hastaların oküler motor bulguları, nörolojik muayeneleri, eşlik eden diğer hastalıkları, laboratuvar incelemeleri ve radyolojik görüntüleme kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir. Doğumsal oküler hareket bozukluğu olan, oküler motor paralizisi dışında nörolojik bulgusu bulunan ve kayıtları yetersiz olan hastalar çalışmaya alınmamıştır.

SONUÇLAR

Çalışmaya 32 hasta alınmıştır. Otuziki hastanın 15'i kadın (%47), 17'si erkektir (%53). Hastaların yaşları 12 ile 74 arasında değişmektedir (Yaş ortalaması : 52); %71'i (23 hasta) 50 yaş üzerindedir. Hastaların 21'inde abduzens paralizisi, 10' unda okülomotor paralizisi ve birinde troklear paralizisi saptanmıştır.

Tüm oküler motor sinir paralizilerinin etyolojisinde iskemik vaskülopati ilk sırada yer almaktaydı, bunu idyopatik grup izlemekteydi. Sıklık sırasına göre diğer nedenler; kafa travması, vasküler malformasyonlar, migren ve ensefalit olarak bulundu (Tablo 2).

İzole okülomotor sinir paralizisi olgularında bulunabilen nedenler sıklık sırasıyla; iskemi, migren, vasküler malformasyonlar ve travma idi (Tablo 3).

İzole abduzens paralizisi olanlarda bulunabilen nedenler sıklık sırasıyla; iskemi, vasküler malformasyonlar, neoplazm, travma ve ensefalit idi. İdiyopatik grup ise en sık bulundu (Tablo 4). Bilateral abduzens paralizisi olan iki hastadan

birinde nazofarenks karsinomu, diğerinde bilateral dural AVM saptandı.

Troklear sinir paralizisi olan bir hastamızın etyolojisinde travma saptandı.

Tablo 1. Oküler motor sinir paralizilerinin dağılımı

Oküler motor sinir	Hasta sayısı	%
Okülomotor	10	31
Troklear	1	3
Abduzens	21	66
Toplam	32	100

Tablo 2. Oküler motor sinir paralizisi nedenleri

Etyoloji	Sayı	%
İskemik	14	44
İdiyopatik	9	28
Kafa travması	3	9
Anevrizma, AVM*	3	9
Migren	1	3
Ensefalit	1	3
Neoplazm	1	3

AVM*: Arteriyovenöz malformasyon

Tablo 3. Okülomotor sinir paralizisi nedenleri

Etyoloji	Sayı	%
İskemi	7	70
Migren	1	10
Anevrizma, AVM	1	10
Travma	1	10

Tablo 4. Abduzens sinir paralizisi nedenleri:

Etyoloji	Sayı	%
İdiyopatik	9	43
İskemik	7	33
Anevrizma, AVM	2	10
Neoplazm	1	5
Travma	1	5
Ensefalit	1	5

TARTIŞMA

İzole oküler motor sinir paralizili hastalarımızın büyük grubunu abduzens paralizisi oluşturuyordu. Bunu okülomotor ve troklear sinir paralizisi izlemekteydi. Bu alanda yapılan en büyük çalışmalar Mayo klinikte 1950-1988 yılları arasında yapılmıştır ve benzer sıklıkta bulunmuştur. ^(1,2)

Etyolojik açıdan değerlendirdiğimiz de ise en sık sebep; iskemik nöropati idi (% 44). Bunu hiçbir neden bulunamayan

idiopatik grup izlemektedir (%28). İskemik izole oküler motor sinir paralizi genellikle yaklaşık 60 yaş civarında olan etyolojisinde vasküler risk faktörlerinin (diabetes mellitus, hiperlipidemi, hipertansiyon, koroner arter hastalığı vs.) olduğu, spontan olarak düzelen ve ileri tetkiklerle başka bir tanı konmayan kranial sinir zedelenmesidir (sırasıyla 6, 3, 4. kranial sinirleri etkiler)^(8,9). İskemik nöropatili bizim hastalarımızın tümünde diabetes mellitus ve hipertansiyon gibi aterosklerotik risk faktörleri vardı. Rush ve arkadaşları tarafından 1981 yılında, Richards ve arkadaşları tarafından 1992 yılında yapılan^(3,4,6). kranial sinir paralizilerinin nedenlerini ve prognozunu inceleyen çalışmalarda en sık (%26.3 ; %24.2) neden idiyopatik olarak gösterilmiştir^(1,2). Bizim hasta grubumuzda iskemik grubun çoğunluğu oluşturması hastaların %71'inin 50 yaşın üstünde olması ile açıklanabilir.

Etyolojisi belirlenen grup içerisinde diğer sık rastlanan nedenler; kafa travması, neoplazm, anevrizma, AVM' dir^(1,2). Literatürden farklı olarak bizim hasta grubumuzda kafa travması, neoplazm, anevrizma ve AVM'nin daha az görülme nedeni bu hastaların Nöroşirurji kliniği tarafından takip edilmeleri olabilir.

İzole oküler motor sinir paralizi olgularında en sık nedeni iskemik ve idiyopatik grup oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalarda bu grup hastalarda klinik düzelmenin iyi olduğu bulunmuştur. Kendiliğinden düzeme oranı ilk 3 ay içinde %70-78 olarak bildirilmiştir^(10,11). İleri yaşta iskemik nöropati daha ön plana çıkabilir. Ancak diğer nedenler (kafa travması, neoplazm, anevrizma ve AVM) ki, bunların çoğu görüntüleme yöntemleri ile kolayca ayırt edilebilir, akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Rush JA, Younge BR. Paralysis of cranial Nerves 3, 4 and 6 : cause and prognosis in 1000 cases. Arch Ophthalmol 1981; 99:76-79.
2. Richards BW, Jones FR, Younge BR. Causes and prognosis in 4,278 cases of paralysis of the oculomotor, trochlear, and abducens cranial nerves. Am J Ophthalmol. 1992;111: 489-496.
3. Tiffin PAC, Macewen CJ, Craig EA, Clayton G. Acquired palsy of the oculomotor, trochlear and abducens nerves. Eye 1996; 10: 377-384.
4. Keane JR. Fourth nerve palsy. Neurology 1993; 43:2439-2443.
5. Morioka T, Matsushima T, Yokoyama N, Muratani H, Fujii K, Fukui M. Isolated bilateral abducens nerve palsies caused by the rupture of a vertebral artery aneurysm. J Clin Neuro-ophthalmol 1992; 12(4): 263-267.
6. Friedman AP, Harter DH, Merritt HH. Ophthalmoplegic migraine. Arch of Neurol 1962;7: 82-89.
7. Woods D, O'connor PS, Fleming R. Episodic unilateral mydriasis and migraine. Am J Ophthalmol 1984 ; 98:229-234.
8. Saleh M, Bosley TM. Microvascular cranial nerve palsies in an arabic population. J Neuro-Ophthalmol 1999; 19(4): 252-256.

9. Hopf HC, Gutmann L. Diabetic 3rd nerve palsy: evidence for a mesencephalic lesion. Neurology 1990; 40:1041-1045.
10. Trimble RB, Kelly V. Diplopia as a presenting symptom: a prospective study. Proc IV Int Orthopt Congr, Berne 1979:91-4.
11. King AJ, Stacey E, Stephenson G, et al. Spontaneous recovery rates for unilateral sixth nerve palsies. Eye 1995; 9:476-8.