

# Papillit ile Bulgu Veren Multipl Skleroz Olgusu

**Araş. Gör. Dr. Nurgül YILMAZ**  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD

**Araş. Gör. Dr. Ebru ÖZAY**  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD

**Araş. Gör. Dr. Funda AÇIKGÖZ**  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD

**Prof. Dr. Nursel AYDIN**  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD

İletişim:

Araş.Gör.Dr. Nurgül Yılmaz  
Akpinar Sok. No:34/16 Polat Apt. Mamak/ANKARA  
Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Göz Hastalıkları ABD.

Tel: 0312. 320 44 50  
Mobil: 0532. 430 92 89  
E-posta: Nurgül25@hotmail.com

*Çalışmanın yapıldığı sırada çalıştıkları kurum: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD.  
Olgunun izlendiği kurum: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD.*



## Tek Taraflı Papilit ile Başvuran Multipl Skleroz Olgusu

**ÖZET** Multipl skleroz hastalarının % 20'sinde ilk bulgu optik nörittir. Optik disk, optik nöritli hastaların % 65'inde normal görülür (retrobulber optik nörit), veya % 35'inde optik disk şişmiştir (papillit). Dolayısıyla

multipl skleroz tanısı alan hastaların yaklaşık % 4-7'inde ilk bulgu papillittir. Biz de ani görme kaybı ile başvuran ve görmesi 2 ayda tam seviyesine çıkan, papillitli bir multipl skleroz olgusunu sunuyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Multipl skleroz, optik nörit, papillit

## A Case of Multiple Sclerosis Presenting As Unilateral Papillitis

**ABSTRACT** 20 % of patients with multiple sclerosis have optic neuritis as the initial symptom. Optic disc may appear normal in 65 % of patients (retrobulbar optic neuritis), or optic disc is swollen

in % 35 of patients (papillitis). So, approximately 4-7 % of patients diagnosed as multiple sclerosis, have papillitis as the initial symptom. We here describe a multiple sclerosis case with papillitis, applying to the clinic with sudden visual loss and gaining full vision in 2 months.

**Key Words:** Multiple sclerosis, optic neuritis, papillitis

### GİRİŞ

Optik nöritte, optik sinir myelinin inflamasyonuna bağlı olarak, klinik görme kaybı vardır. Optik nörit genellikle multipl skleroz ile birliktelik göstermesine rağmen, idiyopatik de olabilir. Özellikle genç insanlarda daha fazla olmak üzere, optik nörit multipl sklerozun ilk bulgusu olabilir.

Multipl skleroz olgularının % 7'si papillitle başvurur, bu durum retrobulber optik nöritten daha az karşılaşılmaktadır. Multipl skleroz hastası ne kadar genç ise optik nörit ile başvurma yüzdesi o kadar yüksektir. Ani görme kaybı ile başvuran genç hastalarda papillitle bulgu veren multipl skleroz akılda bulundurulmalıdır.

### OLGU SUNUMU

20 yaşında bayan hasta, sağ gözde 10 gün önce başlayan ani görme kaybı ve göz hareketleriyle artan göz ağrısı şikayeti ile Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi nöroloji bölümüne başvurdu. Temmuz 2001'de sağ kol ve bacağına güçsüzlük ve uyuşma olmuş, kas gevşetici kullanmış ve 1 hafta içinde tamamen düzelmiş. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik olmayan hastanın, yakın dönemde geçirilmiş enfeksiyon öyküsü yoktu. Göz muayenesinde, sağ göz ışığı görmüyordu ve göz hareketleri ile şiddetli ağrı vardı. Sağ gözde direkt ışık refleksi yoktu ve

biomikroskopi muayenesinde hafif arka vitrit vardı. Fundus muayenesinde sağ optik sinir şişmişti ve sınırları silikti, üzerinde iki tane kıymık kanama vardı ve fizyolojik çukurluk kaybolmuştu. Retina damarlarında kıvrım artışı ve hafif kıliflanma izleniyordu (şekil 1A). Sol göz muayenesi normaldi (şekil 1B). Göz bulguları dışındaki nörolojik muayenesi normaldi. Tam kan, biyokimya, sedimentasyon hızı, protein elektroforezi, tiroid fonksiyon testleri, ASO, CRP, RF, ANA, Anti-ds DNA sonuçları normaldi. Beyin MRG'de, iki taraflı periventriküler beyaz cevherde, çok sayıda pons üst soluna uyan



Şekil 1A: Akut papillit

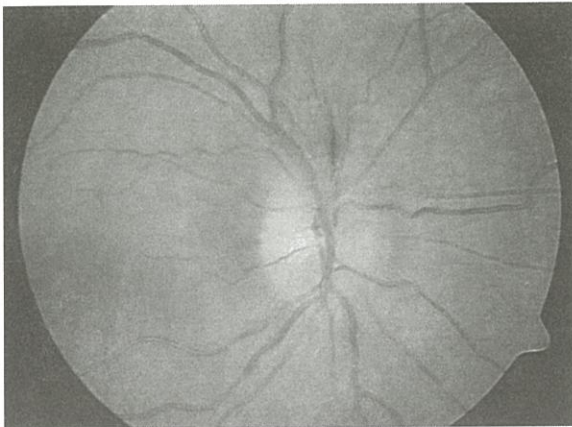


**Şekil 1B:** Normal optik sinir başı.

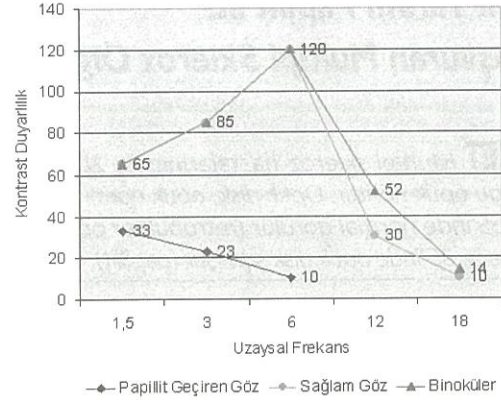
bölgede, korpus kallozum gövdesinde demyelinizan plaklar izlenmekte idi. Sağ ve sol lateral ventrikül komşuluğundaki iki adet plakta kontrast tutulumu tesbit edildi ve akut hecme lehine yorumlandı.

Hastaya, son tanımlanan multipl skleroz tanı kriterlerine göre 1; iki atak ve iki lezyona ait objektif klinik bulgu olduğu için multipl skleroz tanısı koyuldu. Hastanın Temmuz ayındaki olası atağının başka bir nedene bağlı olduğu düşünülse bile, monosemptomatik prezentasyon (sağ gözde ani görme kaybı) ve MRG'de yaygın lezyonların varlığı ile de multipl skleroz tanısı koyulabiliyordu.

Papillit ile bulgu veren multipl skleroz tanısı ile hastaya 3 gün, 1 gr/gün intravenöz kortikosteroid tedavisi verildi ve arkasından 1 mg/kg/gün oral kortikosteroid tedavisi başlandı ve 11 günde azaltılarak kesildi.



**Şekil 2:** Tedavinin 14. gününde azalmış papilla ödemi

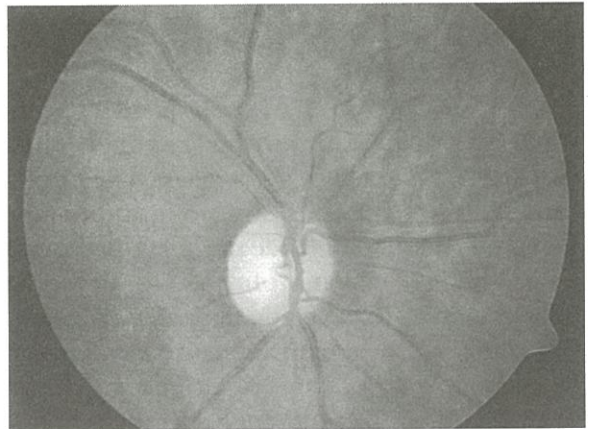


**Şekil 3:** Akut papillit atağından 2.5 ay sonra, papillit geçiren gözde azalmış kontrast duyarlılık seviyesi

Tedavinin 2. günü ışığı gören hasta, 7. günde 30 cm'den parmak sayabiliyordu. Tedavinin 14. gününde papilla sınırları ve fizyolojik çukurluk görünür hale gelmişti ve hasta 1 m'den parmak sayıyordu (şekil 2). Hasta taburcu oldu ve 2. ay kontrolünde her iki gözünde görme tam/tam düzeyinde idi. Papillit geçiren gözünde, aferent pupiller defekt vardı, renkli görme (0/10) ve kontrast duyarlılık testleri bozuktu (şekil 3). Papilla çok hafif temporal solukluk dışında normal izleniyordu (şekil 4).

#### TARTIŞMA

Multipl skleroz olgularının % 20'si ilk bulgu olarak optik nöritle başvurabilir.<sup>2</sup> Frederiksen ve ark. 223 tek taraflı optik nöritli olgunun; 161'nin retrobulber optik nörit ve 62'sinin papillit



**Şekil 4:** Akut papillit atağından 2.5 ay sonra, papilla temporalinde hafif solukluk

olduğunu tesbit etmişlerdir, retrobulber optik nörit ve papillitin multipl skleroz spektrumunun bir parçası olduğunu, klinik ve paraklinik parametrelerle birbirinden ayıramayacağını bildirmişlerdir.<sup>3</sup> Bu olguları birbirinden ayırmanın tek yöntemi, akut dönemde yapılan göz muayenesidir. Kronik süreçte retrobulber optik nöritli ve papillitli olguların fundus muayenesi bulgusu ayırt edilemez.

Fundus muayenesinde papillit görülen olguların % 70'inde neden belirlenemez. İnflamatuvar hastalıklar (Lyme hastalığı, sıtma ve sifiliz gibi infeksiyonlar, paranazal sinüs ve basis cranii inflamasyonuna ikincil optik sinir inflamasyonları), otoimmün hastalıklar (lupus eritematosus, polikondrit, Crohn hastalığı, ülseratif kolit, nodüler panarterit ve Wegener granülomatosisi) ve toksik hasar (metanol, etambutol, kurşun, kloramfenikol) papillite neden olabilir.<sup>4</sup> Multipl skleroz da papillite neden olabilmektedir. Bizim sunduğumuz hastada, yapılan tetkik sonuçlarıyla inflamatuvar ve otoimmün hastalıklar dışlandı, toksik ajan kullanma hikayesi ise yoktu. Çekilen MRG ile multipl skleroz tanısı koyuldu. Multipl skleroz kadınlarda ilk bulgu olarak optik nöritle başladığında ve küçük yaşta başladığında iyi prognoz gösterir.<sup>5</sup> Bizim olgumuzda da görsel prognoz iyi olup, nörolojik bulguya rastlanmamıştır.

Multipl skleroz olgularının çoğunda optik nörit retrobulber optik nörit olarak görülsede, ilk bulgu papillit de olabilmektedir.<sup>6</sup> Papillit tanısı alan hastalarda multipl skleroz mutlaka araştırılmalıdır. Bizim olgumuzda olduğu gibi ağır papillit tablosuyla başvuran olgularda, ışık hissi olmayabilir. Dolayısıyla görsel uyarılmış potansiyeller, kontrast duyarlılık, renkli görme ve aferent pupiller defekt değerlendirilemez ve tanı koymada değeri yoktur. Ağır görme kaybı ile başvuran papillitli olgularda, MRG multipl skleroz tanısı koymada oldukça değerlidir.

Ani görme kaybı ile başvuran ve fundus muayenesinde papillit tesbit edilen genç olgularda mutlaka MRG yapılarak multipl skleroz araştırılmalıdır. Bu olgularda, bizim sunduğumuz olguda olduğu gibi, görsel prognoz çok iyi olup kısa sürede ışık göremeyen hastanın görmesi tam seviyesine çıkabilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. McDonald WL, Compston A, Edan G et al. Recommended Diagnostic Criteria for Multiple Sclerosis Guidelines From the International Panel on Diagnosis of Multiple Sclerosis. *Ann Neurology* 2001, 50 121-127.
2. Söderström M, Ya-Ping J, Hillert J et al. Optic neuritis. Prognosis for multiple sclerosis from MR1, CSF, and HLA findings. *American Academy of Neurology* 1998, 50 708-714.
3. Frederiksen JL, Olesen J, Larsson HB et al. Acute unilateral papillitis versus retrobulbar neuritis: relation to multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis* 1996, 1(4) 223-7.
4. Lang GK. *Ophthalmology, A Short Textbook*. 1st edition. New York, 2000, 370-373.
5. Sorensen TL, Frederiksen JL, Bronnum-Hansen H et al. Optic neuritis as onset manifestation of multiple sclerosis. *American Academy of Neurology* 1999, 53 473-478.
6. Podos SM, Yanoff M. *Neuro-Ophthalmology. Textbook of Ophthalmology* 1999, 6 326-330.

