

Nadir Bir Transvers Miyelit Olgusu: Dural AVF

A Rare Transvers Myelitis Case: Dural AVF

A. Kasım Kılıç¹, Aslı Kurne¹, Kıvılcım Yavuz², Ersin Tan¹, Rana Karabudak¹

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,

¹ Nöroloji Anabilim Dalı, ² Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Faculty of Medicine, University of Hacettepe,

¹ Department of Neurology, ² Department of Radiology, Ankara, Turkey

Turk Norol Derg 2009;15(Ek 3):67-71

ÖZET

Otuz altı yaşındaki erkek hastanın paraparezi, üriner inkontinans şikayetleriyle başvurduğu ve manyetik rezonans görüntülemelerinde uzun segment torakal lezyonu görülerek pulse steroid ve takiben intravenöz immünglobulin verildiği öğrenildi. Semptomlarında düzelme olmaması nedeniyle merkezimize başvuran hastanın spinal anjiyografisinde sol T6-7 dural arteriyovenöz fistül saptanarak fistülü oklüde edildi. Arteriyovenöz fistül bağlı miyelopati oldukça nadir görülen bir tablodur ve tedavisi klasik uzun transvers miyelit olgularından oldukça farklıdır. Olgu bu nedenle bildirilmeye değer bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Transvers miyelit, a-v fistül.

ABSTRACT

A-36-year-old man patient had admitted with paraparesis and urinary incontinence. Spinal magnetic resonance showed long segment thoracic lesion. He was thought of transverse myelitis. Pulse steroid and intravenous immunoglobulin had been given. Because of no definite response to treatments, patient admitted our centre. A

spinal anjiogram was performed. Left T6-7 spinal dural arteriovenous fistula (AVF) was seen. And fistula was occluded. Arteriovenous fistula is a very rare cause of myelitis. And treatment is completely different from other etiologies

Key Words: Transvers myelitis, a-v fistula.

GİRİŞ

Miyelit veya miyelopati etyolojisinde çok değişik nedenler yer almaktadır. İnflamatuvar nedenler olarak genellikle postviral infeksiyonlar insan immünyetmezlik virüsü (HIV), HTLV-1, Ebstein-Barr virüs (EBV), sitomegalovirüs, varisella zoster virüs (VZV) sayılabilir. Otoimmün olaylar içinde demiyelinizan hastalıklar (akut dissemine ensefalomiyelit, multipl skleroz, Devic hastalığı), vaskülitik nedenler (sistemik lupus eritematozus, Behçet hastalığı, Sjögren sendromu, Wegener sendromu, sarkoid) bulunmaktadır. İnfeksiyonlar (apse, Lyme), vasküler nedenler (arteryel infarktlar), B₁₂ eksikliği, radyasyon ve metastazlar diğer nedenler arasında sayılabilir (1). Dural arteriyovenöz fistüle (AVF) bağlı olarak da miyelopati gelişebilmektedir (1). An-

çak nadir görülmekte olup tedavi protokolü özellikle inflamatuvar ve otoimmün gruptan farklıdır.

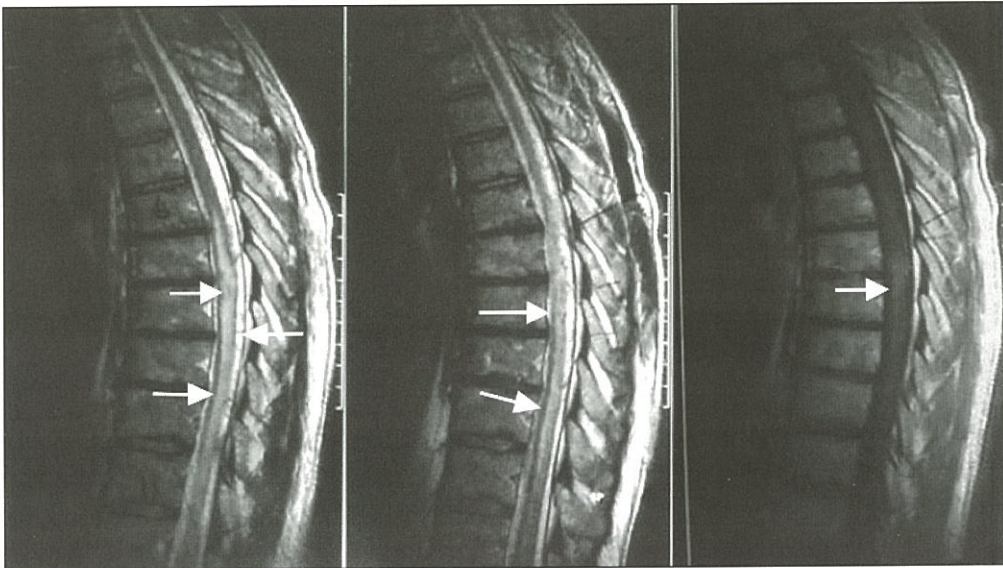
OLGU SUNUMU

Otuz altı yaşındaki erkek hasta beş-altı yıldır bel ağrısı şikayeti nedeniyle ağrı kesici ve miyorelaksan tedaviler kullanmıştır. Hastaneye başvurusundan sekiz ay önce sol dudak kenarında uçuk çıkmış ve bir ay süreyle tedavi kullanmış. İki ay sonrasında her iki ayak başparmağında karıncalanma ortaya çıkmış. Şikayetlerinde belirgin düzelme olmayan hastanın takip eden iki aylık dönemde kronik bel ağrılarında şiddetli ve ani bel ağrısı eklenmiş. Bir gün içinde sol alt ekstremitede distalden başlayıp proksimale geçen ve diğer alt ekstremiteye yayılan uyuşma ve güç kaybı ortaya çıkmış. Yürürken, merdiven çıkarken zorlanıyor, yeri tam olarak hissedemiyor ve dengesizlik yaşıyor. Ayrıca mevcut şikayetlerinin ilk döneminde idrar inkontinansı varken takibinde retansiyonu gelişmiş. Başvurduğu merkezde çekilen manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de torakal ve lomber spinalde segmentte görülen T2 hiperintens ve kontrast tutulumunda gösteren lezyon görülmesi üzerine transvers miyelit tanısıyla pulse steroid ve klinik yanıtın belirgin olmaması intravenöz immünglobulin tedavisine eklenmiş. Ancak belirgin düzelme görülmemesi üzerine hasta merkezimize başvurdu. Tedavi sonrası spinal MRG'lerde ilk tetkikinde görülen lezyon boyutunda değişiklik olmamakla beraber bir miktar artış da söz konusu idi (Resim 1). Başvuru muayenesinde 4/5 spastik paraparezi, eğer tipi hipoestezi, vibrasyon her iki malleole kadar azalmış, anal sfinkter tonusu azalmış, patella ve aşil refleksleri bilateral alt ekstremitelerde

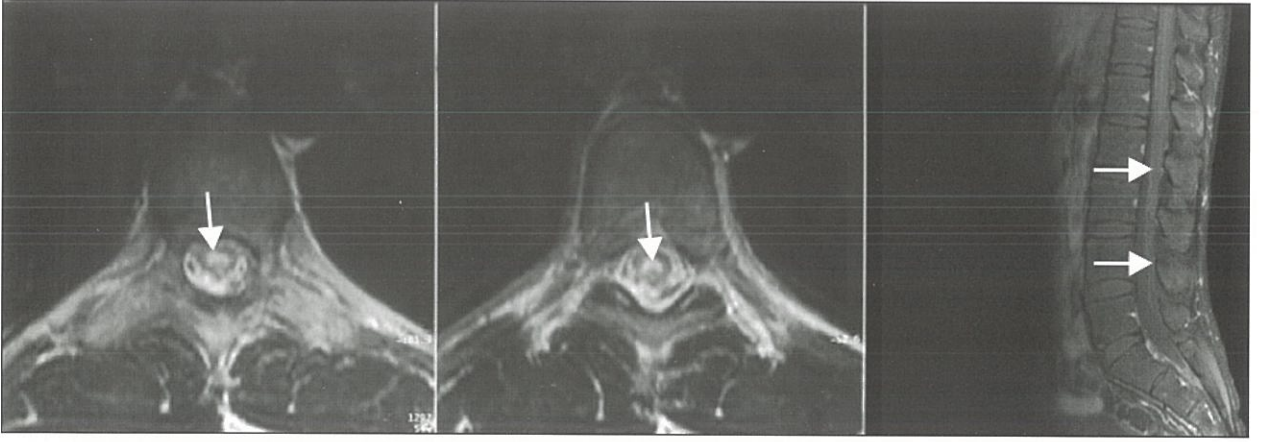
hipoaktif, plantar yanıtlar lakayt idi. Fizik muayenesinde genital siğil vardı. Hastanın eğer tipi hipoestezi ve hipoaktif refleksleri nedeniyle sakral spinal MRG'si de alındı. Kauda liflerinde yoğun kontrast tutulumu gözlemlendi (Resim 2).

Etyolojiye yönelik olarak tetkiklerine başlanılan hastanın gönderilen rutin tam kan sayımı, biyokimya, tiroid fonksiyon testleri, sedimentasyon, C-reaktif protein normal ve hepatit belirteçleri, vaskülit belirteçleri, HIV tetkikleri negatifti. Lomber ponksiyon (LP) yapılan hastanın beyin omurilik sıvısı (BOS) protein: 53 glukoz: 59, BOS yayma: Hücre, mikroorganizma yoktu. BOS sitolojisinde matür lenfositler görüldü. BOS Ig indeks: 0.58, oligoklonal band: Negatif, BOS ve serum anjiyotensin enzim dönüştürücü, tüberküloz, herpes simpleks virüs, EBV, VZV, *Borrelia* spp., *Brusella* spp., TPHA negatifti.

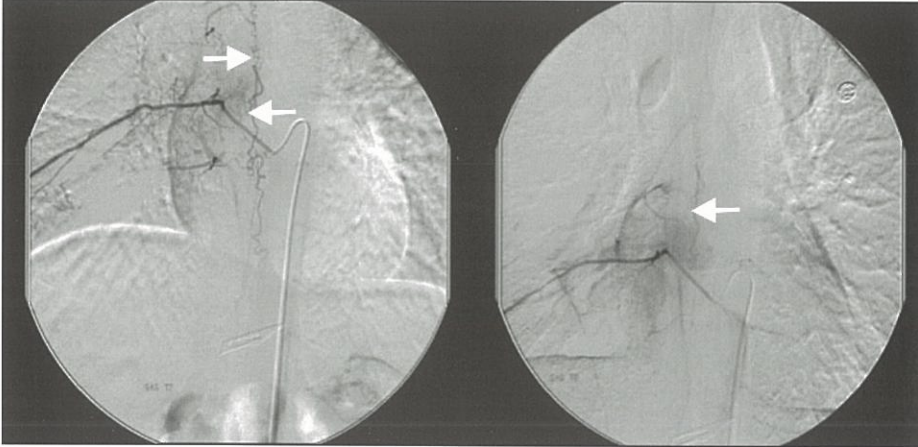
Spinal MRG'leri yeniden gözden geçirilen hastanın aksiyel kesitlerde intramedüller yaygın hiperintens görünümü olduğu ve ekstraksiyel T2 ağırlıklı kesitlerde şüpheli damar kesitine ait olabilecek görünüm nedeniyle spinal anjiyografi planlandı (Resim 2). Spinal anjiyografisi yapılan hastanın sağ T7 ve T8 düzeyinde dural A-v fistülü (AVF) tespit edilerek oklüde edildi (Resim 3a, 3b). BOS VDRL pozitif gelen hastaya ikinci kez LP yapıldı. BOS protein: 51, glukoz: 52, yayması temiz, BOS VDRL pozitif, TPHA negatif gelmesi üzerine infeksiyon hastalıklarına danışıldı, sifiliz kabul edilerek 21 gün intravenöz penisilin tedavisi verildi. Hastanın postoperatif dokuzuncu ayda çekilen spinal MRG'lerinde miyelopati ve kontrastlanması kayboldu ancak klinik olarak minimal düzelme gösterdi (Resim 4).



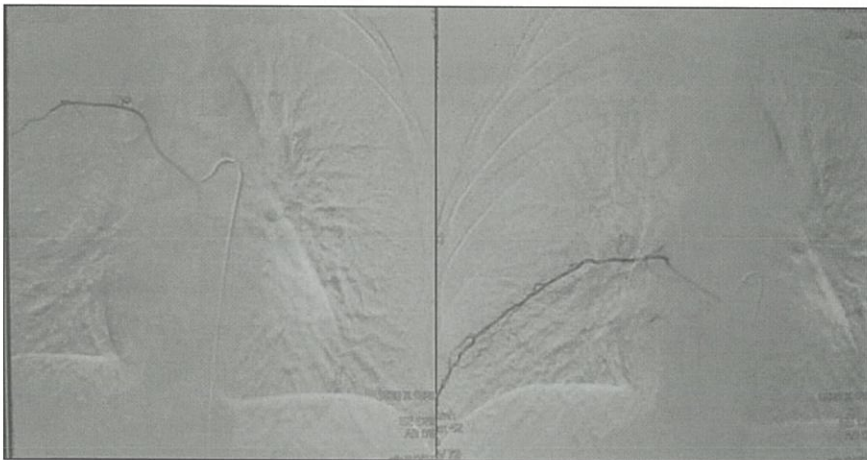
Resim 1. Torako-lomber spinal kontrastlı MRG, T2 ağırlıklı sagittal kesitlerde üst torakaldan lomber spinal kısma kadar hiperintens lezyon görünümü ve T1 ağırlıklı kesitlerde kontrastlanma (oklar).



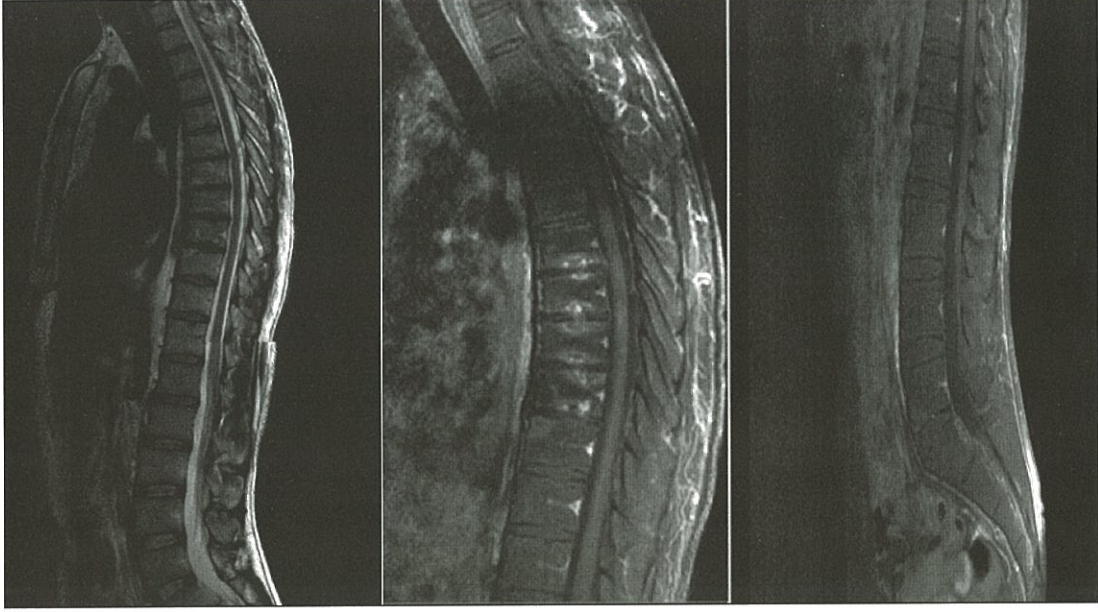
Resim 2. Aksiyel T2 kesitler intramedüller yaygın sinyal artışı ve lumbosakral spinal T1 ağırlıklı kesitlerde kauda liflerinde kontrastlanma.



Resim 3a. Spinal anjiyografi preoperatif görüntüleri, sağ T7 ve T8 enjeksiyonlarında venöz doluş paterni (oklar).



Resim 3b. Postoperatif spinal anjiyografi kesitleri (normal görüntüler).



Resim 4. Dokuzuncu ay kontrol spinal MRG. Kontrastlanma ve yaygın intramedüller sinyal artışı izlenmiyor.

TARTIŞMA

Spinal dural AVF'ler nadir görülmekte olup, bir veya daha fazla dural arter dalı ile medüller venöz sistem arasındaki arteriyovenöz şantlardır (2,3). Fistül genellikle köke komşu olup genellikle segmental radiküler arter tarafından beslenir (2). Drenaj medüller ven sayesinde sağlanır ve koronal venöz pleksus da retrograd dolmaya bağlı olarak konjesyon, dilatasyon, venöz hipertansiyon olur (2,4). Sonuçta azalmış perfüzyona bağlı olarak iskemi, ödem ve yavaş progresif konjestif miyelopati tablosu oluşur (2-4). Klinik genellikle yürüme bozukluğu, uyuşukluk, parestezi ve üriner inkontinans şeklindedir (5). Spinal dejeneratif hastalık, polinöropati, infeksiyon ve tümörün taklit edebilir (3,5). Radikülopati, subaraknoid kanama veya hematomiyele de görülebilmektedir (2,6). Spinal dural AVF'ler spinal arteriyovenöz malformasyonların %70'ini oluşturmaktadır (2,5). %80 erkeklerde görülür (2). Çoğunlukla torako-lomber bölgede lokalizedir ve soliterdir (3,5,7). Patogenez belirsizdir (3,7). Ortalama görülme yaşı 62 yaş olup, yıllık insidansı 5-10/100.000'dir (2,7). Semptomların süresi ve tedavi öncesi nörolojik disabiliteinin ağırlığının prognozu etkileyeceği söylenmektedir (3,7). Literatürde semptomların başlangıcında miyelit gibi tedavi edilen ancak paraplejik olan ve altı yıl sonra AVF tespit edilip tedavi edilen, motor semptomlarında %30 gibi düzelmesi olan bir olgu bildirilmiştir (8). Bizim olgumuzda BOS VDRL iki kez pozitif gelmiş ve 21 gün sifiliz tedavisi almıştır. Literatürde postinfeksiyöz, sifiliz sonrası veya sifiliz infeksiyonu sırasında gelişen AVF bilgisine ulaşamamıştır.

MRG'de spinal kordda T2 sinyal artışı, dilate perimedüller venler, kontrast tutuluşu, kordda ödem bulguları vardır (5). Difüzyon MRG'de vazojenik ödem görülür (2). Tanıda DSA anjiyografinin yanı sıra kontrastlı spinal MRG anjiyografi veya bilgisayarlı tomografi anjiyografi kullanılabilir (2,3,7,9). Tedavide anjiyografik olarak embolizasyon veya cerrahi olarak hemilaminektomi ve koagülasyon yapılmaktadır (2,4). Her iki yöntemle de başarı sağlanmakta olup değişik yayınlarda farklı sonuçlar vardır. Mikrokateterin ulaşamadığı veya ciddi ateroskleroz gibi durumlarda cerrahi önerilebilir (2). Ancak anjiyografik olarak aynı seansta hem tanısallık hem de terapötik girişim yapılabilir. Bununla birlikte endovasküler tedavide rekürrens biraz daha yüksek olduğu söylenmektedir (4). Rekürrens halinde cerrahi tedavi gerekebilmektedir (10). Uzun dönem takipte hastalarda tedavi sonrası anlamlı düzelme olduğu da bildirilmiştir (4).

KAYNAKLAR

1. Sheerin F, Collison K, Quaghebeur G. Magnetic resonance imaging of acute intramedullary myelopathy: Radiological differential diagnosis for the on-call radiologist. *Clinical Radiology* 2009;64:84-94.
2. Andres RH, Barth A, Guzman R, et al. Endovascular and surgical treatment of spinal dural arteriovenous fistulas. *Neuroradiology* 2008;50:869-76.
3. Jellema K, Tijssen CC, van Gijn J. Spinal dural arteriovenous fistulas: A congestive myelopathy that initially mimics a peripheral nerve disorder. *Brain* 2006;129:3150-64.

4. Sherif C, Gruber A, Bavinkzi G, et al. Long-term outcome of a multidisciplinary concept of spinal dural arteriovenous fistulae treatment. *Neuroradiology* 2008;50:67-74.
5. Boestrem A, Thron A, Hans FJ, et al. Spinal vascular malformations-typical and atypical findings. *Zentralbl Neurochir* 2007; 68:205-13.
6. Minami M, Hanakita J, Takahashi T, et al. Spinal dural arteriovenous fistula with hematomyelia caused by intraparenchymal varix of draining vein: A case report. *The Spine Journal* 2009;9:e15-9.
7. Krings T, Geibprasert. Spinal dural arteriovenous fistulas. *AJNR Am J Neuroradiol* 2009;30:639-48.
8. Kaut O, Urbach H, Klockgether T. Improvement of paraplegia caused by spinal dural arteriovenous fistula by surgical obliteration more than 6 years after symptom onset. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008;79:1408-9.
9. Mull M, Nijenhuis RJ, Backes WH, et al. Value and limitations of contrast-enhanced MR angiography in spinal arteriovenous malformations and dural arteriovenous fistulas. *AJNR Am J Neuroradiol* 2007;28:1249-58.
10. Park SB, Han MH, Jahng TA, et al. Spinal dural arteriovenous fistulas: Clinical experience with endovascular treatment as a primary therapeutic modality. *J Korean Neurosurg Soc* 2008;44:364-9.