

Bir Olgu Eşliğinde Multipl Sklerozda Ağrılı Tonik Spazmlar

A Case Report: Painful Tonic Spasms in Multiple Sclerosis

Sibel Canbaz Kabay

Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Kütahya, Türkiye
Department of Neurology, Faculty of Medicine, University of Dumlupınar, Kutahya, Turkey

Turk Norol Derg 2009;15(Ek 3):79-81

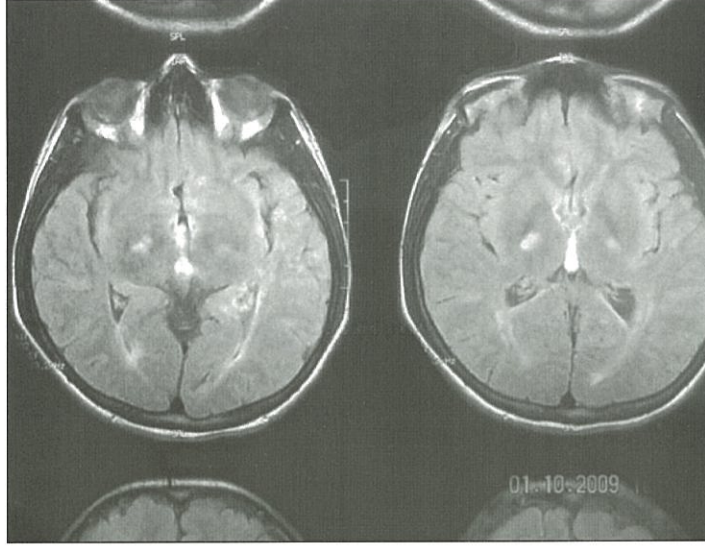
Multipl skleroz (MS)'da görülen paroksizmal semptomlar genellikle birkaç saniye ile birkaç dakika arasında süren ve gün içerisinde pek çok kez tekrarlayabilen ani nörolojik defisit ataklarıdır. En sık görülen semptomlar arasında diplopi, epizodik ataksi, epizodik dizartri, epizodik pruritis, hemiataksi, Lhermitte's bulgusu, tonik spazmlar ve diğer istemsiz hareketler, geçici ekstremitte kuvvetsizliği, trigeminal nevralji, diğer paroksizmal ve sensöriyal semptomlar yer alır. Burada bir olgu eşliğinde MS'in nadir paroksizmal semptomlarından olan ağrılı tonik spazmlar gözden geçirilmiştir.

Yirmi altı yaşında kadın hasta, bir haftadır sağ kolda kasılma yakınması ile başvurdu. Hastada bir hafta önce başlayan ve sağ kolda ağrılı kasılma ile seyreden günde 2-3 kez gelen ataklar mevcuttu. Hastanın ilk yakınmaları bir ay önce ellerde titreme, halsizlik, dengesizlik yakınması ile başlamıştı. Yakınmalarının iki haftada kendiliğinden kısmen hafiflediği belirtilmişti. Ancak bir haftadır sağ kolda ağrılı kasılma atakları eklenmişti. Hastanın özgeçmişinde üç yıl önce bir ay süreli çift görme yakınması ve bir yıl önce 3-4 gün boyunca devam edip düzelen sağ gözde istemsiz seğirmeler ve iki hafta süreli sol kolda güçsüzlük öyküsü mevcuttu. Nörolojik muayenesinde belirgin taraf bulgusu saptanma-

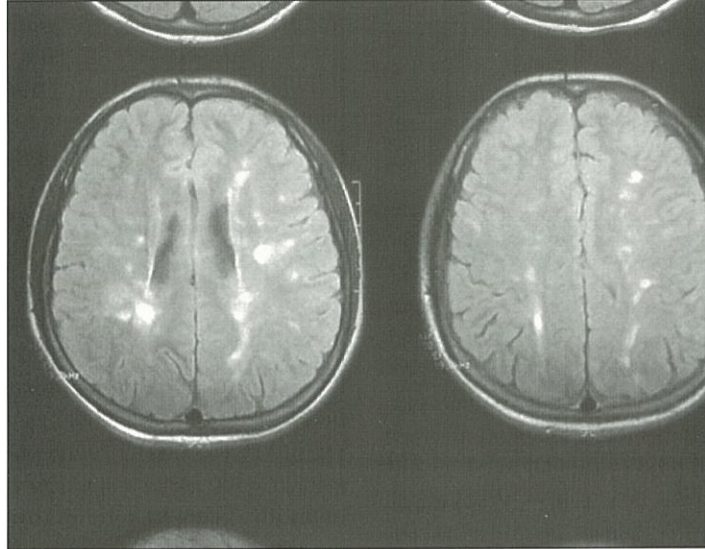
dı, bilateral ellerde pozisyonla artan düşük amplitüdü orta frekanslı ince tremor mevcuttu, derin tendon refleksleri bilateral hiperaktifti, taban cildi refleksleri bilateral ekstensör yanıtı idi. Tandem yürüyüşü beceriksizdi.

Kraniyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de ikisi kontrast tutan multipl supratentöriyal ve servikal spinal demiyelinizan plakları mevcuttu. Beyin omurilik sıvısında oligoklonal bant pozitifliği. Klinik ve laboratuvar bulguları ile Mc Donalds ve Poser kriterlerine göre klinik kesin MS (relapsing-remitting tip) kabul edilen hastanın atak tedavisine yönelik 1 g/gün metilprednizolon 7 gün uygulandı. Hastanede yatışı sırasında da sağ kolda 10-15 saniye süreli ağrılı distonik postürle karakterize atakları görüldü. Bu atakların gün içerisinde 7-10 kez tekrarladığı tespit edildi. Video monitörize elektroensefalografi (EEG) incelemesinde hastanın mevcut atağı sırasında EEG'de epileptiform aktivite saptanmadı. Bu atakların MS'in paroksizmal semptomlarından olan ağrılı tonik spazmlar ile uyumlu olduğu düşünüldü. Tedavide karbamazepin 400 mg/gün başlanması ardından 24 saat içerisinde ağrılı tonik spazm atakları ortadan kayboldu.

Hastaya ait kraniyal MRG'ler Resim 1 ve Resim 2'de görülmektedir.



Resim 1. Hastaya ait kraniyal manyetik rezonans görüntüleme.



Resim 2. Hastaya ait kraniyal manyetik rezonans görüntüleme.

MS'de sıkça rastlanan ve önemli bir problem olan ağrı santral/nöropatik ya da periferik/somatik patolojiye bağlıdır. Nadir olgularda MS ağrı ile prezente olabilir ya da ağrılı tonik spazmlar veya Lhermitte bulgusunda olduğu gibi ağrı MS'in bir alevlenme bulgusu olabilir. MS'deki ağrı patofizyolojisinde spinotalamik yolların demiyelinizan plaklarla kesintiye uğraması ve motor aksonlara anormal impuls gönderimi, etkilenen sinirlerde sonradan gelişen bir kanalopati ya da gliyal hücre inflamatuvar immün mekanizmaların tetiklenmesinin sorumlu olabileceği öne sürülmüştür (1).

Ağrılı tonik spazmlar MS paroksizmal semptomları arasında %8-19 sıklıkla görülür (2,3). Sıklıkla birkaç dakika-

dan daha uzun sürmez (30-60 saniye). Sıkça, bazen yaklaşık olarak günde 300 kez kadar sık izlenir. Spontan ortaya çıkabileceği gibi, sensöriyal uyaranlar, anksiyete, hiperventilasyon, gövde ve ekstremitelerin istemli hareketleri ile tetiklenir. MS'de ağrılı semptomlar EDSS skorunun artışı ve spinal kord tutulumu ile paralellik gösterir (3).

Anlatılan olguda lateral talamus ve bazal ganglionları tutan lezyonlar hastada ağrılı tonik spazmların gelişiminde etkili olabilir, benzer şekilde Waubant ve arkadaşları kraniyal MRG'de solda lateral talamusta ve lentifom nükleusta demiyelinizan lezyonları olan bir olguda sağ kol omuz ve sağ yüz yarısında hiperventilasyonla tetiklenen ağrılı paroksizmal distonik ataklar bildirmişlerdir (4).

Tanı aşamasında bu semptomların fokal motor nöbetlerle de karıştırılması olasıdır, bu nedenle EEG münitorizasyonu ile takipleri de faydalıdır.

Trigeminal nevralji ve ağrılı tonik spazmlar gibi ağrılı paroksizmal semptomların tedavisinde ilk seçenek olarak karbamazepin, okskarbazepin, lamotrijin, gabapentin ve pregabalin gibi antiepileptik ajanlar tercih edilir (5,6). Karbamazepin Na kanallarını bloke ederek nöron membranının eksitabilitesini azaltır, diyabetik nöropatide (1000-1600 mg/gün dozlarında) plaseboya göre belirgin olarak üstündür, MS'de görülen ağrılı paroksizmal semptomların tedavisinde de düşük doz ile başlanıp bulantı, denge kaybı ve hafıza bozukluğu gibi yan etkileri önlemek amacıyla yavaşça doz yükseltilir. Bir keto asit analogu olan okskarbazepin de iyi tolere edilebilmesi nedeniyle kullanım kolaylığı olan farklı tedavi seçeneğidir (7).

Lamotrijin, glutaminin presinaptik salınımını inhibe ederek ve Na kanallarını kapatarak etkisini gösterir, diyabetik nöropatilerde 200-400 mg/gün dozunda önerilmekle birlikte, MS'de ağrılı tonik spazmlar ve diğer, ağrılı paroksizmal semptomlar üzerine yapılmış, geniş hasta gruplu çalışmalar yoktur (8).

Gabapentin etki mekanizması tam bilinmeyen bir antiepileptik ajan olmakla birlikte son yıllarda daha çok nöropatik ağrı sendromlarında öncelikli olarak tercih edilmektedir. Arka boynuzdaki substansiya jelatinoza bölgesinde bulunan voltaj bağımlı kalsiyum kanallarına bağlanarak etki gösterdiği düşünülmektedir. MS'de ağrılı semptomların tedavisinde yavaş titrasyon ile 3600 mg/gün dozuna dek çıkılabilir. Pregabalin yapısal olarak gabapentine benzer, önerilen doz aralığı 150-600 mg/gün olarak bildirilmiştir.

Olgumuzda karbamazepin 400 mg/gün başlanması ardından 24 saat içerisinde atakların ortadan kalkması, günlük yaşam aktivitesini önemli ölçüde kısıtlayan ve yaşam kalitesini düşüren ağrılı tonik spazmların antiepileptik ajanlar ile hızlı ve düşük dozda kolay kontrol altına alınması açısından dikkat çekicidir.

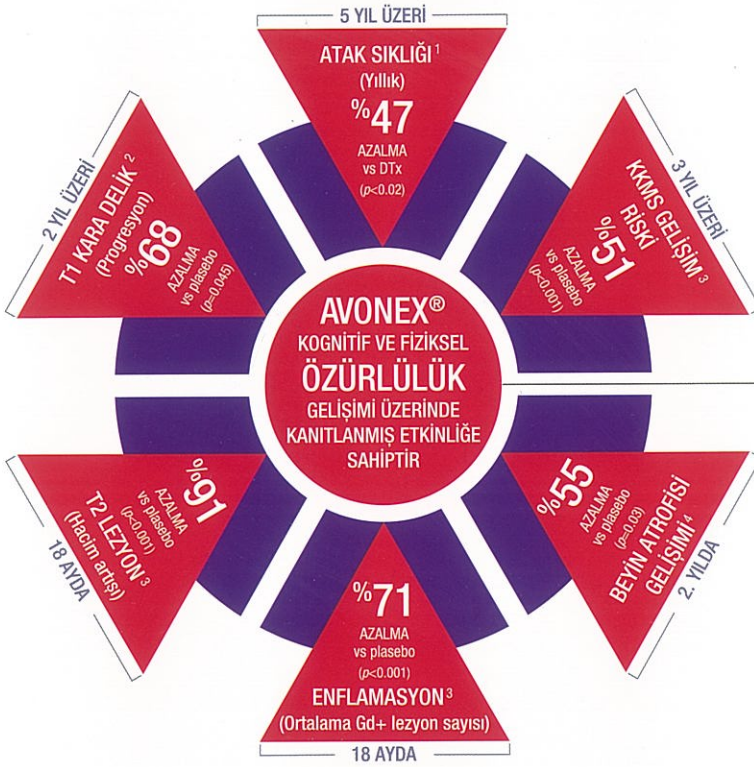
KAYNAKLAR

1. Kenner M, Menon U, Elliott DG. Multiple sclerosis as a painful disease. *Int Rev Neurobiol* 2007;79:303-21.
2. Solaro C, Bricchetto G, Amato MP, et al; PaIMS Study Group. The prevalence of pain in multiple sclerosis: a multicenter cross-sectional study. *Neurology* 2004;63:919-21.
3. Fryze W, Zaborski J, Cz_onkowska Pain in the course of multiple sclerosis. *A Neurol Neurochir Pol* 2002;36:275-84.
4. Waubant E, Alizé P, Tourbah A, Agid Y. Paroxysmal dystonia (tonic spasm) in multiple sclerosis. *Neurology* 2001;57:2320-1.
5. Pöhlmann W, Feneberg W. Current management of pain associated with multiple sclerosis. *CNS Drugs* 2008;22:291-324.
6. Pöhlmann W, Feneberg W, Steinbrecher A, Haupts MR, Henze T. Therapy of pain syndromes in multiple sclerosis-an overview with evidence-based recommendations. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2005;73:268-85.
7. Grosskopf J, Mazzola J, Wan Y. A randomized placebo-controlled study of oxcarbazepine in painful diabetic neuropathy. *Acta Neurol Scand* 2006;114:177-88.
8. Eisenberg E, Lurie Y, Braker C. Lamotrigine reduces painful diabetic neuropathy. *Neurology* 2001;57:505-9.



Kendimi her gün

güçlü
hissedebilirim ✓



%37
AZALMA

FİZİKSEL

2. YILDA

• Plaseboya karşı fiziksel özürülük gelişiminde %37'lik risk azalması sağlanmıştır (p=0.02).⁵

%31
AZALMA

FİZİKSEL

8. YILDA

• AVONEX® ile tedavi edilen hastalarda EDSS≥6.0'a ulaşma riskinde %31'lik azalma gösterilmiştir (p=0.09).⁵

%47
AZALMA

KOGNİTİF

2. YILDA

• Plaseboya göre kognitif bozulma riskinde %47'lik azalma sağlanmıştır (p=0.023).⁵
• Plasebo grubundaki %63'lük orana karşın AVONEX® ile tedavi edilen hastaların %80'inde hiçbir kognitif bozulma görülmemiştir (%17'lik mutlak azalma).

Tüm parametrelerde kanıtlamış tek etkinlik

Referanslar

1. CHAMPIONS Study Group. Neurology. 2006; 66:1-7 2. Radue E-W, Sahaian MA, Hallerfrom S, et al. European Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis (ECTRIMS); September 27-30, 2006; Madrid, Spain. 3. Jacobs LD, Beck RW, Simon JH, et al. and the CHAMPS (Controlled High-Risk Subjects Prevention Study) Study Group. N Engl J Med. 2000; 343:898-904 4. Rudick RA, Fisher E, Lee J-C, Simon J, Jacobs LD, and the Multiple Sclerosis Collaborative Research Group. Neurology. 1999; 53:1698-1704 5. Rudick RA, Cutter GR, Baier M, et al. Mult Scler. 2005; 11:1-9 6. Fischer JS, Priore RL, Jacobs LD, et al. and the Multiple Sclerosis Collaborative Research Group. Ann Neurol. 2000; 48:885-92

HAFTADA
BİR **AVONEX®**
(interferon beta-1a)

AVONEX®

Dünyanın
En Çok
Tercih Edilen
MS Tedavisi



 Gen

biogen idec™