

Guillain-Barré sendromu erken tanı ve tedavisindeki engel: Ense sertliği

Ali Ulvi Uca, Abdullah Seyithanoğlu, Süleyman Ömer Anlıaçık, Şahin Kavalcı

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı. Konya

Guillain-Barré Sendromu akut, hızlı progresif, asendan, simetrik güçsüzlük ve arefleksi ile karakterize akut inflamatuvar poliradikülönöropatidir. Bu sendromda tanı öykü ve muayeneye büyük ölçüde bağlı olmakla birlikte beyin omurilik sıvısı analizi ve elektrodiagnostik testlerle doğrulanır. Bazı vakalarda atipik bulgular tanıda gecikmeye neden olabilir. Bu yazıda ense sertliği gibi atipik bulgusu olan GBS'li 66 yaşında kadın hasta sunuldu.

Anahtar sözcükler: Guillain-Barré Sendromu, ense sertliği, ağrı

Difficulty in early diagnosis and treatment of Guillain-Barré syndrome: Neck stiffness

Guillain-Barré syndrome is a rapidly progressive, acute, inflammatory polyradiculoneuropathy. It typically presents as an acute ascending symmetrical weakness with areflexia. The diagnosis of this syndrome is dependent heavily on the history and examination, although cerebrospinal fluid analysis and electrodiagnostic testing usually confirm the diagnosis. In some cases atypical presentation may cause a delay in diagnosis. In this paper, we presented a 66 year old women with GBS who showed neck stiffness as an atypical symptom.

Keywords: Guillain-Barré syndrome, neck stiffness, pain

Giriş

Guillain-Barré Sendromu (GBS) poliomiyelit dışında en sık akut ve subakut jeneralize felce yol açan, hızlı progresif, asendan, simetrik güçsüzlük ve arefleksi ile karakterize akut inflamatuvar poliradikülönöropatidir (1). Bir yıl içindeki görülme sıklığı 100.000'de 1-2'dir. Ayrıca yoğun bakım ünitelerine yönlendirilen nörolojik hastalıklar içinde en sık rastlanılan nedenler arasında yer almaktadır. Nörolojik defisit günler-aylar içinde ilerleme gösterir. GBS tanısı beyin omurilik sıvısı (BOS)'nda albuminositolojik dissosiasyon (pleositöz olmaksızın protein seviyesinde artış) ve akut nöropatiyi destekleyen nörofizyolojik bulgularla (sıklıkla demiyelinizan) doğrulanır. Çocukluk çağından ileri yaşa kadar her yaşta görülebilir. GBS tanısı tipik klinik ve nörofizyolojik bulgular olan hastalarda nispeten kolaydır. Ancak bu bulgular hastalığın erken evresinde her zaman bulunmayabilir. Bir de atipik bulguların ilavesiyle, erken tanı ve tedavi güçleşebilir. Bu yazıda tipik bulguların yanında ense sertliği gibi atipik bulgusu olan GBS'li hasta tartışıldı.

Yazışma Adresi:

Ali Ulvi Uca
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Nöroloji
Anabilim Dalı. Konya

E-posta: aulviuca@hotmail.com

Olgu

Acil servise yürüyeme, kollarında ve bacaklarında güçsüzlük yakınması ile gelen hastada; bilinç açık, kooperasyon ve oryantasyon tamdı. Yakınmalarının 3 gün evvel ellerde ve ayaklarda uyuşukluk şeklinde başladığı, giderek yürüyemez ve elini kolunu kaldıramaz hale geldiği öğrenildi. Şikâyetleri öncesi geçirilmiş enfeksiyon, cerrahi müdahale öyküsü yoktu. Kranial sinir muayeneleri normal olan hastanın, belirgin ense sertliği mevcuttu. Kas gücü ekstremitelerde 1/5 olup, ekstremiteler flakstı. Arefleksisi olan hastanın, taban derisi refleksi bilateral lakaydı. GBS, servikal patoloji, subaraknoid kanama, serebrovasküler olay, ensefalit, menenjit ön tanımları ile hastaya yapılan bilgisayarlı beyin tomografi, kranial manyetik rezonans görüntüleme, servikal manyetik rezonans görüntüleme normal idi. Lomber ponksiyon sonucunda BOS'ta hücre görülmedi. BOS protein 87 mg/dl idi. Elektromiyografi (EMG)'si GBS'nun erken dönem bulguları ile uyumlu olan hastaya; klinik, muayene ve BOS bulguları neticesinde GBS tanısı konularak yatışının 3. günü intravenöz immünglobulin (IVIG) tedavisi başlandı. Yatışının 20. gününde kas gücü ekstremitelerde 3/5 haline geldi. Hasta fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniğine devredildi.

Tartışma

GBS periferik sinir sisteminin akut başlangıçlı, bağışıklık bozukluğuna bağlı olarak ortaya çıkan (gevşek felç) hastalığıdır. Akut enflamatuvar demiyelinizan poliradikulo-nöropati (AIDP) ile eş anlamlı kullanılmaktaysa da akut motor aksonal nöropati (AMAN), akut motor-duysal aksonal nöropati (AMSAN), Miller Fisher sendromu gibi farklı formları vardır (2). Genellikle hastalığın başlangıcından 1- 4 hafta öncesinde, üst solunum yolu enfeksiyonu, gastroenterit gibi bir enfeksiyon, cerrahi girişim, aşılama, doğum öyküsü mevcuttur. Bu duysal belirtiler ile birlikte veya günler içinde oldukça simetrik kuvvetsizlik eklenir. Yüz felci, yutma ve solunum güçlükleri eşlik edebilir. Kol veya bacaklarda ilerleyici kas kuvvetsizliği, muayenede reflekslerin alınamaması tanı için gereklidir.

Hastalık hızla ilerleme gösterir ve olguların yarısında 2 hafta, %90'ında 4 haftada oluşabilecek maksimum etkilenmeye ulaşılır. Olguların yarısından fazlası yürüyemez hale gelir. Hastaneye yatırılan hastaların yaklaşık üçte biri solunum desteğine ihtiyaç duyar, yoğun bakım ünitelerinde takip edilir (3). Kalp aritmileri, ortostatik hipotansiyon, hipertansiyon krizleri gibi otonomik bulgular görülebilir. Tanıya yardımcı laboratuvar yöntemleri BOS ve EMG incelemeleridir. BOS'ta protein yüksek, hücre 10/mm³'den azdır. EMG'de sinir ileti hızı yavaşlamaları, ileti blokları gibi demiyelinizasyon bulguları izlenir.

GBS'de ağrı vakaların yaklaşık %72'sinde görülmekte olup; parestezi, dizestezi, aksiyal ve radiküler ağrı, meningizm, miyalji ve eklem ağrısı şeklinde ortaya çıkmaktadır (4). GBS'de ağrının mekanizması tam anlaşılamamıştır.

GBS'da meningeal bulgular daha az dikkati çekmektedir. Oysaki McKhann ve ark. Çin'de GBS'li çocuklarda yaptıkları çalışmanın ilk aşamasında olguların %50'sinde pasif boyun fleksiyonuna ve düz bacak kaldırma testinde direnç tespit ederken (5), Koul ve ark.'da 52 GBS'li olgunun 16'sında (%30.8) meningeal irritasyon bulgularına rastlamıştır (6). Nguyen ve ark. 29 olgunun 11'inde (%38) ense sertliği tespit etmişler, 7'sinin (%24) başlangıç tanısının menenjit-ensefalit olduğunu belirtmişlerdir (7). Bradshaw, ensefalit tanısı ile sevk edilen beş çocukta GBS tanısı konulmasını endişe verici olduğunu, atipik bulgulara sahip hastalarda tanının gecikebileceğini ifade etmiştir (8). Moulin ve ark. da GBS'li olgularda yaptıkları ağrı çalışmasında düz bacak kaldırma testiyle akut bel bacak ağrılarının yüksek oranda arttığını ortaya koymuşlar ve bu bulguların sinir kökü enflamasyonu gösterdiğini, muhtemelen meningeal bulgulara eşdeğer olduğunu ima etmişlerdir (9). GBS'da ağrının olası mekanizmasında me-

ningeal ve sinir kökü irritasyonuna sebep bir etkileyicinin olduğu ya da immün aracılı serbest ürünlerin subaraknoid boşlukta sinir kökü demiyelinizasyonu veya nervi nervorum irritasyonu yaptığı şeklindedir (8).

Çocuk yaş grubunda daha sıklıkla görülmekle birlikte GBS'li hastalarda ense sertliği, meningizm gibi atipik bulgular erken teşhiste gecikmeye, yanlış tanı konulmasına sebep olmaktadır. Olgumuzda ense sertliği varlığı ön tanıların artmasına, kafaların biraz karışmasına sebep olmuştur. Buna rağmen en kısa zamanda IVIG tedavisi başlanmıştır.

GBS şüpheli bir hastayı değerlendirirken klasik semptomlarla her zaman karşılaşmayacağını, ense sertliği gibi atipik bulguların GBS'li hastalarda nadir olarak görülmeyişi vurgulamak isteriz. Unutulmamalıdır ki GBS'de erken tanı, en kısa zamanda IVIG veya plazmaferez tedavisini başlatmak için büyük önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1. Bella IR. Acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy. In: Deymeer F (ed). Neuromuscular diseases: From basic mechanisms to clinical management. Monogr Clin Neurosci. Basel: Karger. 2000;147-62.
2. Hughes RA, Cornblath DR. Guillain-Barré syndrome. Lancet 2005;366:1653-66.
3. Fletcher DD, Lawn ND, Wolter TD, Wijdicks EF. Long-term outcome in patients with Guillain-Barre Syndrome requiring mechanical ventilation. Neurology 2000;54:2311-5.
4. Pentland B, Donald SM. Pain in the Guillain-Barré syndrome: A clinical review. Pain 1994;59:159-64.
5. McKhann GM, Cornblath DR, Ho T, et al. Clinical and electrophysiological aspects of acute paralytic disease of children and young adults in northern China. Lancet 1991;338:593-7.
6. Koul RL, Alfutaisi A. Prospective study of children with Guillain Barre syndrome. Indian J Pediatr 2008;75:787-90.
7. Nguyen DK, Agenarioti-Belanger S, Vanasse M. Pain and Guillain-Barré syndrome in children under 6 years old. J Pediatr 1999;134:773-6.
8. Bradshaw DY, Jones HR. Pseudomeningoencephalitic presentation of pediatric Guillain-Barré syndrome. J Child Neurol 2001;16:505-8.
9. Moulin DE, Hagen N, Feasby TE, Amireh R, Hahn A. Pain in Guillain-Barré syndrome. Neurology 1997;48:328-31.