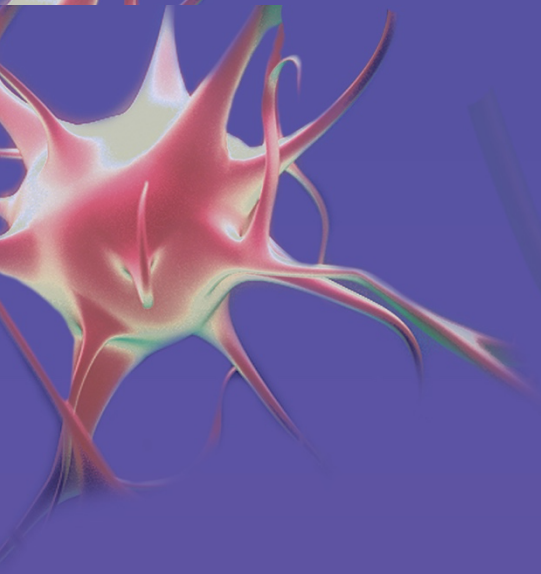


59. ULUSAL NÖROLOJİ KONGRESİ

Uluslararası Katılımlı

13-18 Aralık 2023
Kaya Palazzo Otel, Antalya

Ana Tema: Çocuk Nörolojisi

Cumhuriyetimizin 100 Yılı Bilimin Işığında

BİLDİRİ ÖZETLERİ

EP - 525 RRMS'TE NATALİZUMAB İLE KONTROL EDİLEN FİNGOLİMOD REBOUND SENDROMU

HAZAL ÇETİN , HİLALİ DUYGU ERARSLAN , BELGİN KOÇER

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Fingolimod rebound sendromunun insidansı yaklaşık %10-40'dır ve sıklıkla fingolimodun kesilmesinden 4-16 hafta sonra ortaya çıkar. Kliniğin ağırlığı, kontrast tutan lezyonlarla paraleldir. Bu bildiride gebelik planı nedeni ile fingolimod kesilmesini takiben şiddetli hastalık aktivasyonu gelişen ve natalizumab ile klinik ve radyolojik aktivitesi kontrol edilen bir olgu sunulmaktadır.

Olgu:
Yirmiyedi yaşında kadın hasta, ondört yaşından beri tekrarlayan-düzelen Multipl Skleroz tanısı ile takipli idi. On yıl yüksek doz interferon beta-1a ve ardından bir yıl süre ile dimetil fumarat ile tedavi edilmişti. Duyusal ataklar ve bir kez sağda optik nörit olmak üzere intravenöz metilprednizolon (İVMP) ile sekelsiz iyileşmiş 5 atak tanımladı. Son 2 yıldır fingolimod ile takip edilirken yeni atağı olmadı. Gebelik planı nedeniyle fingolimod sonlandırıldıktan 4 hafta sonra dengesizlik, iki gün aralıkla iki kez kompleks parsiyal nöbet, sağ kol ve bacakta güçsüzlüğü oldu. Nörolojik muayenesinde (NM) bilinci konfüze, oryantasyonu tam idi, sağda hemiparezi (kas gücü 4/5), bilateral alt ekstremitelerinde spastisite saptandı, bilateral plantar yanıtlar ekstansördü. Başvurusunda lenfosit sayısı 500/Ul, karaciğer fonksiyon testleri normal idi. Beyin MRG'de mevcut lezyonlara ilaveten bilateral subkortikal ve periventriküler derin beyaz cevher, solda mezensefalon, solda superior serebellar pedinkülde yeni gelişen, difüzyon kısıtlayan ve kontrast tutan demiyelizan plaklar izlendi. Fingolimod rebound sendromu olarak değerlendirilen hastaya 1000mg/gün İVMP başlandı, levetirasetam 1000mg/gün tedavisi eklendi, ancak bu süreçte bilinç düzeyi letarjiye geriledi, yer-zaman-kişi oryantasyonu bozuldu solda hemiparezi gelişti (kas gücü 4/5). İVMP tedavisinin 7.gününde sağ elde ve oral otomatizma, sol kolda distonik postürün izlendiği üçüncü bir kompleks partiyal nöbeti oldu, levetirasetam dozu arttırıldı. Tekrarlanan beyin MRG'sinde bilateral subkortikal ve periventriküler derin beyaz cevher, bilateral orta serebellar pedinküldeki lezyonların boyutlarında ve difüzyon kısıtlılığında artış, ayrıca sol parietal, sağ temporal, sağ mezensefalon, sağ pons, bulbus sol posterolaterali ve bilateral serebellar hemisferde difüzyon kısıtlayan ve kontrastlanmayan yeni demiyelinizan plaklar izlendi. İVMP tedavisine rağmen klinik ve radyolojik aktivasyonu nedeniyle hastaya plazmaferez uygulandı. Plazmaferezin 2.seansından itibaren hastanın kliniğinde düzelme izlendi, bilinci açık ve oryantasyonu tam idi. Dördüncü seans itibariyle kas gücü sağda tam, solda -5/5 idi, plazmaferez 7 seansa tamamlandı. Bazal serum JCV indeksi 1,21 idi, gebelik planı devam eden hastaya natalizumab iv. 300 mg/gün/ayda bir başlandı. Hasta natalizumab 9.dozunu almış olup bu süreçte klinik olarak stabildir. NM'de bilinci açık olup sol alt ekstremitesinde -5/5 kas gücünde minimal parezi ve bilateral alt ekstremitesinde spastisite mevcuttur.

Tartışma:
Fingolimod rebound gelişiminde genç yaş, kadın cinsiyet, iki ayı aşan arınma süresi, başlangıçta ve fingolimod tedavisi sırasında yüksek hastalık aktivitesi varlığı, daha önce natalizumab kullanımı ve fingolimodun kesilmesinden sonra 4 hafta içinde ölçülen lenfosit sayısındaki hızlı artış önemli risk faktörleridir. Olguda genç yaş ve kadın cinsiyet dışında başka bir risk faktörü yoktu. Fingolimod reboundu sonrası optimal tedavi konusunda henüz bir konsensüs oluşturulmamıştır. Kortikosteroid ile tedavi yanıtı değişkendir ve dirençli hastalarda plazma değişimi uygulanır. Uzun dönem tedavide rituksimab ve alemtuzumaba değişim ile olumlu sonuçlar bildirilmiştir. Natalizumab, lenfositlerin repopulasyonundan önce SSS'ne hızlı girişini önleyebileceğinden fingolimod sonrasında tercih edilecek ajanlar arasında öne çıkmaktadır. Kortikosteroide yanıtsız olgularda hızlı bir şekilde plazmafereze geçilmesi ve olgumuzda olduğu gibi gebelik planı devam eden olgularda Natalizumab ile koruyucu tedaviye devam edilebileceği akılda tutulmalıdır.