

Psödötümör Serebri ve Optosiliyer Şant Damarları

Selim DOĞANAY¹, Hamdi ER², Cemal ÖZCAN³, Cem EVEREKLIÖĞLU¹

ÖZET

Optosiliyer venöz şant damarları başta optik sinir meningiomu olmak üzere, optik sinir gliomu, optik sinirin araknoid kisti, optik sinir kolobomu, santral retinal ven oklüzyonu, optik sinir druzeni, kronik atrofik papil ödeminde ve hatta normal gözlerde de bildirilmiştir. Biz psödötümör serebrili bir olgunun tek gözünde optosiliyer venöz şant damarları tespit ettik. Psödötümör serebri arka segmentte, retina altı yeni damar oluşumları, maküla yıldızı, subretinal ve preretinal kanamalar, koroid katlantılarına neden olabilmektedir.

Bu olgumuzda, tek taraflı optosiliyer venöz şant damarları, koroidal katlantılar ve tedavi ile görme alanındaki değişiklikleri sunuyoruz.

ANAHTAR KELİMELEER : Psödötümör serebri, optosiliyer şant damarları, görme alanı, maküler değişiklikler.

SUMMARY

PSEUDOTUMOR CEREBRİ AND OPTICOCILIARY SHUNT VESSELS

Many reports have been published on the presence of opticociliary venous shunt vessels in association with especially, optic nerve sheath meningiomas, optic nerve gliomas, arachnoid cysts of the optic nerve, optic nerve coloboma, santral retinal vein occlusion, drusen of the optic disk, chronic atrophic papilledema and even normal eyes. We describe a patient with pseudotumor cerebri with apparent unilateral opticociliary venous shunt vessels. Pseudotumor cerebri can cause, macular star, sub-retinal neovascularization, subretinal and preretinal hemorrhage, choroidal folds in the posterior segment.

We are presenting unilateral opticociliary shunt vessels with choroidal folds and visual field changes after treatment. **Ret-vit 2001; 9 : 78-82.**

KEY WORDS: Pseudotumor cerebri, opticociliary shunt vessels, visual field, macular abnormalities.

1 Yrd.Doç.Dr., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

2 Doç.Dr., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

3 Doç.Dr., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı

İdyopatik intrakranial hipertansiyon; psödotümör serebri olarak da adlandırılan, tümör, hidrosefali, aşık beyin ödemi olmaksızın kendini kafa içi basınç artışı bulguları ile belli eden bir hastalık tablosudur¹⁻⁴.

Psödotümör serebride, arka segmente optik disk ödeminin yanısıra, retina altı yeni damar oluşumları, maküla yıldızı, subretinal ve pre-retinal kanamalar, koroidal katlantılar, optosiliyer venöz şant damarları oluşumu gibi değişik patolojiler görülebilmektedir^{5,6}. Psödotümör serebride optosiliyer venöz şant damarı oluşumu literatürde iki olgunun bilateral gözünde tarif edilmiştir⁷.

Biz, psödotümör serebri tanısı koyduğumuz bir olguda, literatürden farklı olarak tek taraflı oluşan, optosiliyer venöz şant damarları oluşumu gözlemedik. Bu olguda, optosiliyer venöz şant damarları ile beraber koroidal katlantılar ve tedavi ile görme alanındaki değişiklikleri sunmak istedik.

OLGU

18 yaşında genç kız, polikliniğimize 2 aydır süren baş ağrısı, bulantı ve dört gün önce başlayan çift görme şikayeti ile başvurdu. Hasta daha önce baş ağrısı nedeniyle çeşitli hekimler tarafından ağrı kesici ilaçlar ile tedavi edilmiş. Hastanın yapılan göz muayenesinde; sağ gözde dışa bakış kısıtlılığı dışında göz hareketleri serbest, düzeltmesiz görme keskinlikleri her iki tarafta 0.5, biomikroskopik muayenede bilateral göz normal, fundus muayenesinde her iki tarafta papilla ödemi tespit edildi. Direkt, indirekt ışık refleksleri ve renkli görme normal olarak değerlendirildi. Bilgisayarlı görme alanında belirgin konsantrik daralma mevcuttu (Resim 1). Hasta, bilgisayarlı tomografi(BT) incelemesi normal olması üzerine psödotümör serebri ön tanısı ile

nöroloji kliniğine yatırıldı. Ayırıcı tanıya yönelik bütün tetkikler planlandı. Düzenli olarak görme keskinliği değerlendirilmesi ve görme alanı incelemesi ile görme fonksiyonları takibe alındı. Hastaya 3500mg diazomid, steroid 80 mg/gün oral başlandı ve üç gün uygulandıktan sonra azaltılarak kesildi. Hastanın yatışının ikinci gününde görme keskinliği her iki gözde 5 metreden parmak sayma düzeyine indi. İkinci gün ayırıcı tanıya yönelik yapılan lumbal ponksiyonda(LP), BOS basıncı 480 mm-Hg, mikrobiyolojik ve biokimyasal incelemesi normal olarak bulundu. Dördüncü gün yapılan LP da BOS basıncı 240mm-Hg olarak bulundu, BOS kültüründe herhangi üreme olmadı. Beşinci gün medikal tedavi ve tekrarlayıcı LP ile görme keskinliği 0.5 düzeyine çıktı. Sekizinci günde tekrar LP muayenesinde BOS basıncı 200mm-Hg idi. Üç gün aralarla yapılan bilgisayarlı görme alanı muayenesinde konsantrik daralmanda azalma dikkati çekmekteydi. Optik disk ödeminde belirgin azalma mevcuttu. Hastamız taburcu edildiği yirminci günde baş ağrısı ve diplopi şikayeti tamamen düzelmişti. Yapılan göz muayenesinde, göz hareketleri tüm yönlerde serbest, görme keskinlikleri her iki gözde düzeltmesiz tam, biomikroskopik muayenede her iki göz normaldi. Fundus muayenesinde; sağ optik sinirdeki ödem tamamen düzelmiş, sol optik sinirde minimal ödemle birlikte belirgin optosiliyer venöz şant damarı izlenmekte ve papilla ile maküla arasında belirgin koroidal katlantılar mevcuttu. Bilgisayarlı görme alanında her iki gözde konsantrik daralma mevcut olmakla birlikte başlangıç görme alanlarıyla karşılaştırıldığında konsantrik daralmanın önemli derecede azaldığı görülmekteydi. Olgumuzun sol gözüne ait fundus floresein anjiyografisi ve renkli fundus fotoğrafı resim 1 ve 2 de görülmektedir.

TARTIŞMA

Psödötümör serebrinin görülme insidansı 1/100000 olup, hastaların %90'ından fazlası kadın ve obezdir. Hastalık özellikle 30 yaşlarında görülür, %10 oranında tekrarlama gösterebilir². Hastalık bazen kendini sınırlar ve nörolojik sekel bırakmaz, bazende ağır görme bozukluklarına yol açabilir. Psödötümör serebrinin patogenezi ve predispozan etkenlerin patogenetik mekanizma üzerindeki rolleri tam olarak bilinmemekle beraber, bugün bir çok çalışmada desteklenen görüş BOS dışı akımına karşı direnç olduğudur^{8,9}.

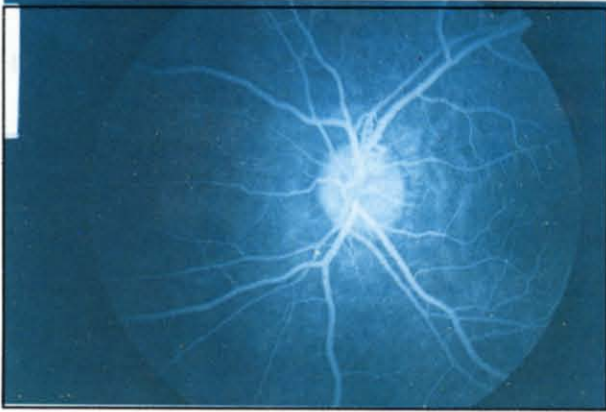
Psödötümör serebride görme kaybına yol açan mekanizma tam olarak bilinmemektedir. Bununla birlikte papil ödemi gelişmeden BOS basıncının arttığı durumlarda görme kaybının gelişmemesi, buna karşın tek taraflı veya asimmetrik olgularda papil ödeminin olduğu tarafta görmenin düşük olması, artan subaraknoid basıncın patogeneizde önemli rol oynadığını göstermektedir. Optik sinir üzerinde oluşan basıncın etkisiyle aksoplazmik sıvı akımı ve vasküler akımda meydana gelen etkilenme sonucu kalıcı görme bozukluğu olabilmektedir^{9,10}. Görme kaybının psödötümör serebrili hastalarda ne zaman ortaya çıkacağı ve hastalığın ne kadar süre devam ettiğinin bilinmemesi nedeniyle hastalar görme fonksiyonları yönünden yakından izlenmelidir¹¹. Bireylerdeki anatomik değişiklikler nedeni ile BOS basıncında meydana gelen yükselme her iki optik siniri farklı şekilde etkilemekte ve psödötümör serebride oluşan papil ödeminin, asimmetrik, tek taraflı veya simetrik olmasına neden olabilmektedir¹²⁻¹⁴.

Psödötümör serebride arka segmente ait; retina altı yeni damar oluşumları, maküla yıldızı, subretinal ve preretinal kanamalar, koroid kat-

lantıları, retina katlantıları, optosiliyer venöz şant damar oluşumları gibi değişik patolojiler meydana gelebilmektedir^{5,6}. Bizim bu olgumuzda sol gözde, optosiliyer venöz şant damarları ve koroidal katlantılar mevcuttu. Corbett ve arkadaşları¹⁵, 57 psödötümör serebrili hastanın 6'sında koroidal katlantı bildirmiştir. Baker ve Buncic¹⁶, papil ödemi ile birlikte koroidal katlantıları olan psödötümör serebrili hastaların retina altı yeni damar oluşumu ve santral retinal arter tıkanması açısından risk taşıdıklarını belirtmiştir. Friberg¹⁷, koroidal katlantıya bağlı iki olguda makülayı etkileyen retina altı yeni damar oluşumu vakası bildirmiştir. Koryoretinal katlantılar ve papilla etrafındaki retinada meydana gelen kalkıklık, retina altı mesafeye ekstraselüler sıvı toplanması veya şişmiş olan papilla nedeni ile göz küresinin deforme olmasından kaynaklanmaktadır¹⁸.

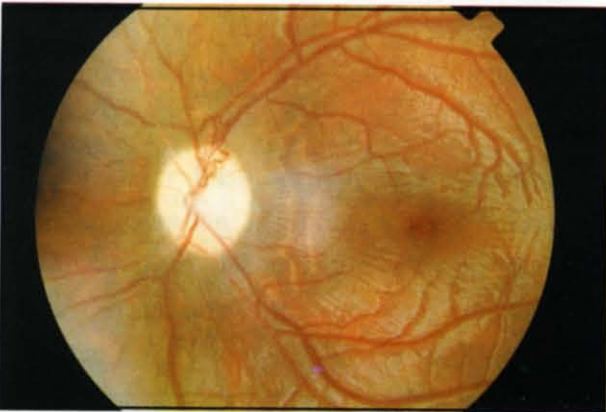
Optosiliyer venöz şant damarları ilk olarak Elschnig tarafından tarif edilmiştir⁷. Bu damarlar optik sinir kılıfı meningiomu, optik sinir gliomu, optik sinir araknoid kisti, optik sinir kolobomu, santral retinal ven tıkanması, optik sinir drusenleri, kronik atrofik papilla ödemi ve normal gözlerde gösterilmiştir⁷. Psödötümör serebride optosiliyer venöz şant damarları oluşum mekanizması BOS basıncının artmasına bağlı olarak santral retinal venin optik sinir içerisinde veya subaraknoid boşluk içerisinde lokal baskıya maruz kalması sonucu prelaminar venöz kanalların dilate olup kan akımının, direncin daha az olduğu koroidal sisteme yönelmesi ve göz küresini vorteks venleri aracılığı ile terk etmesi ile açıklanmıştır⁷. Perlmutter ve ark.¹⁷, iki psödötümör serebrili olguda ilk semptomların başlangıcından yaklaşık bir yıl sonra bilateral optosiliyer venöz şant damarları oluşumu bildirmişlerdir. Psödötümör serebri rekürrensi görülen bu olgularda optik

sinir kılıfı fenestrasyonu sonrası şant damarlarının ölçülerinde küçülme olduğunu ve papil ödeminin düzeldiğini belirtmişlerdir⁷. Bizim olgumuzda optosiliyer venöz şant damarları hastanın ilk şikayetleri dikkate alındığında 3 ay sonra oluştu (Resim 1,2). Optosiliyer venöz şant damarları görüldüğünde, hastanın papil ödemi sağda tamamen düzelmiş solda ise diskin temporalinde minimal düzeyde mevcuttu. Hastamızın son kontrol muayenesinde optosiliyer venöz şant damarlarının ölçülerinde küçülme olduğu ve papillanın temporalinde izlenen minimal ödeminde tamamen düzeldiği görüldü. Olgumuzda optosiliyer venöz şantın tek taraflı oluşumu artan BOS basıncının her iki gözü anatomik varyasyonlar



Resim 1

Olgumuzun sol gözüne ait optosiliyer venöz şant damarlarının anjiyografik görünümü.



Resim 2

Olgumuzun sol gözüne ait optosiliyer venöz şant damarlarının renkli fotoğrafı izlenmekte.

nedeni ile farklı etkilemiş olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Psödötümör serebride, BOS basıncının artması sonucu optik sinir kılıfında artan basınç, akson kaybına neden olduğundan, glokomda görülen defektlere benzer görme alanı değişiklikleri görülmektedir³. Bu defektlere; kör noktada genişleme, arkuat skotomlar, nasal basamak, konsantrik daralma örnek olarak gösterilebilir¹. Tezel ve arkadaşları¹⁹, 16 olguluk psödötümör serebri vakasında görme alanı muayenesi yanında sinirlifi fotoğrafisinin öneme dikkati çekmektedirler. Bizim olgumuzda ilk yapılan 30-2 sita-fast threshold bilgisayarlı görme alanı muayenesinde konsantrik daralma görüldü. Takiplerimizde bu daralmanı azaldığını ancak son kontrolümüzde halen konsantrik daralmanın devam ettiğini gözlemledik.

Hastamızı polikliniğimize başvurduran temel şikayet çift görme şikayeti idi, bu yüzden şiddetli baş ağrısı mevcut hastalarda, fundus muayenesinin ihmali, görüntüleme yöntemleride normal olduğundan, psödötümör serebri tanısının atlanmasına veya gecikmesine yol açar. Bu da hastanın yanlış tedavi alması ve kalıcı görme kayıpları ile sonuçlanabilir.

KAYNAKLAR

1. Barrett K, Michael W. The optic neuropathies. In: Steven M. Podos, Myron Yanoff, editors. Textbook of Ophthalmology, volume:6. Neuro-Ophthalmology 1994;3:17-26.
2. Corbett JJ, Savino PJ, Thompson HS. Visual loss in pseudotumor cerebri. Arch Neurol 1982;39:461-74.
3. Durcan FJ, Corbett JJ, Wall M. The incidence of pseudotumor cerebri. Population studies in Iowa and Louisiana. Arch Neurol 1998;45:875-7.
4. Wall M. Idiopathic intracranial hypertension. Semin Ophthalmol 1995;10(3):251-9.
5. Mitchell DJ, Stahly LP. Pseudotumor cerebri and macular disease. Retina 1989;9:115-7.

6. Gittinger JW, Asdounan GK. Macular abnormalties in papilledema from pseudotumor cerebri. *Ophthalmology* 1989;96:192-4.
7. Perlmutter JC, Klingele TG, Hart WM, Burde RM. Disappearing opticociliary shunt vessels and pseudotumor cerebri. *Am J Ophthalmology* 1980;89(5):703-7.
8. Brouman ND, Spoor TC, Ramocki JM. Optic nerve sheath decompression for pseudotumor cerebri. *Arch Ophthalmol* 1998;106:1378-83.
9. Tse DT, Nerad JA, Anderson RI, Corbett JJ. Optic nerve sheath fenestration in pseudotumor cerebri. *Arch Ophthalmol* 1998;116:1458-62.
10. Corbett JJ, Nerad JA, Anderson RL. Result of optic nerve sheath fenestration for pseudotumor cerebri. The lateral orbitotomy approach. *Arch Ophthalmol* 1988;106:1391-7.
11. Kırkalı P, Kansu T, Öztekin NS. Psödötümör serebri'de erken görme kaybının tayini. Ed;Doğan ÖK. 22. Ulusal Kongre Bülteni Konya 1988;587-9
12. Keitner JL. Optic nerve sheath decompression. Editorial. *Arch Ophthalmol* 1988;106:1365-9.
13. Sergott RC, Savino PJ, Bosley TM. Modified optic nerve sheath decompression provides long term visual improvement for pseudotumor cerebri. *Arch Ophthalmol* 1988;106:1384-90.
14. Wall M, George D. Idiopathic intracranial hypertension(Pseudotumor cerebri): A prospective study of 50 patients. *Brain* 1991;114:155-80.
15. Corbett JJ, Savino PJ, Thompson HS, et al. Visual loss in pseudotumor cerebri: follow up of 57 patients from five to 41 years and a profile of 14 patients with permanent severe visual loss. *Arch Neurol* 1982;39:461-74.
16. Baker RS, Buncic JR. Sudden visual loss in pseudotumor cerebri due to central retinal arter occlusion. *Arch Neurol* 1984;41:1274-6.
17. Friberg TR, Grove AS. Subretinal neovascularization and choroidal folds. *Ann Ophthalmol* 1980;12:245-9.
18. Corbett JJ, Jacopson DM, Mauer RC, Thompson HS. Enlargement of the blind spot caused by papilledema. *Am J Ophthalmology* 1988;105:261-5.
19. Tezel TH, Günalp İ, Tezel G. İdyopatik intrakraniyal hipertansiyon. *Oftalmoloji* 1992;1:152-63