

OLGU SUNUMLARI

Kronik Papilla Ödemi Bulunan Pseudotümör Serebride Bilateral Optik Sinir Kılıf Dekompresyonu: Olgu Sunumu*

Dilek Yüksel (*), U. Emrah Altıparmak (**), Bekir Sıtkı Aslan (***), Sunay Duman (****)

ÖZET

Pseudotümör serebri, kafa içinde patoloji bulunmaksızın, basınç artışı ve papilla ödemi ile karakterize bir hastalıktır. Olgumuz, pseudotumor serebri nedeniyle kronik atrofik papilla ödemi gelişmiş ve bilateral optik sinir kılıf dekompresyonu uygulanan bir hastadır.

Anahtar Kelimeler: Pseudotümör serebri, optik sinir kılıf dekompresyonu, papilla ödemi

SUMMARY

Bilateral Optic Nerve Sheath Decompression in Pseudotumor Cerebri with Chronic Papilledema: Case Report

Pseudotumor cerebri is a disease characterized by increased intracranial pressure and papilledema without intracranial pathology. Our case is a patient that underwent bilateral optic nerve sheath decompression because of chronic atrophic papilledema due to pseudotumor cerebri.

Key Words: Pseudotumor cerebri, optic nerve sheath decompression, papilledema

GİRİŞ

İdiyopatik kafa içi hipertansiyon olarak tanımlanan pseudotümör serebri (PTS), kafa içi kitle veya hidrosefali bulunmaksızın ortaya çıkan basınç artışı ve papilla ödemi ile seyreden bir hastalıktır. Hastalık sıklıkla baş ağrısı, gelip geçici göz kararması ve diplopi yakınmaları ile başlamaktadır. Genel populasyonda görülme oranı 1/100.000 dir. Bu oran şişman kadınlarda 19 / 100.000'a kadar yükselebilmektedir (1). Çalışmalarda PTS'ye bağlı %25 ile %50 oranında ciddi ve kalıcı görme kaybı geliştiği bildirilmektedir (2,3). Kilo kaybının sağlanması, karbonik anhidraz inhibitörleri ve steroidler ilk seçenek

olarak uygulanan tıbbi tedavilerdir. Tıbbi tedaviye rağmen görme kaybı ve baş ağrısının devam etmesi durumunda ise, cerrahi tedavi seçenekleri gündeme gelmektedir. Beyin omurilik sıvısı şant yöntemleri ve optik sinir kılıf dekompresyonu (OSKD) uygulanan cerrahi tedavilerdir (4-6). İlerleyici görme alanı kaybı ve görme keskinliğinin azalması durumunda OSKD'nun gecikmeden uygulanması gerekmektedir..

Bu çalışmada, PTS nedeniyle kronik atrofik papilla ödemi gelişmiş olan bir olguda uyguladığımız bilateral OSKD takdim edilecektir.

(*) Uzm Dr., S.B Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Göz Kliniği Uzmanı

(**) Uzm Dr., S.B Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Göz Kliniği Başasistanı

(***) Uzm Dr., S.B Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Göz Kliniği Şef Yardımcısı

(****) Uzm Dr., S.B Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Göz Kliniği Şefi

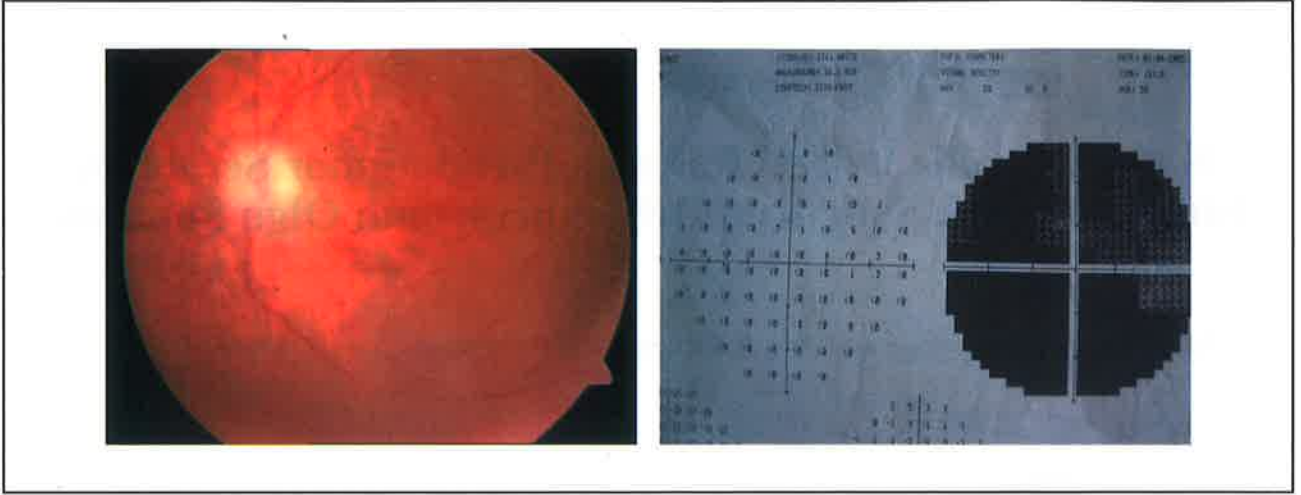
* Bu çalışma 17-21 Eylül 2005 tarihinde TOD 39. Ulusal Oftalmoloji Kongresinde nörooftalmoloji bölümünde poster olarak sunulmuştur.

Yazışma adresi: Dr Dilek Yüksel, Hoşdere Cad, Çankaya Evleri E blok No: 26
Çankaya / Ankara E-posta: yukseld2000@yahoo.com

Mecmuaya Geliş Tarihi: 05.06.2006

Düzeltilmeden Geliş Tarihi: 05.07.2007

Kabul Tarihi: 13.07.2007

Şekil 1,2. Hastanın sol gözünün ameliyattan önceki fundus görünümü ve görme alanı

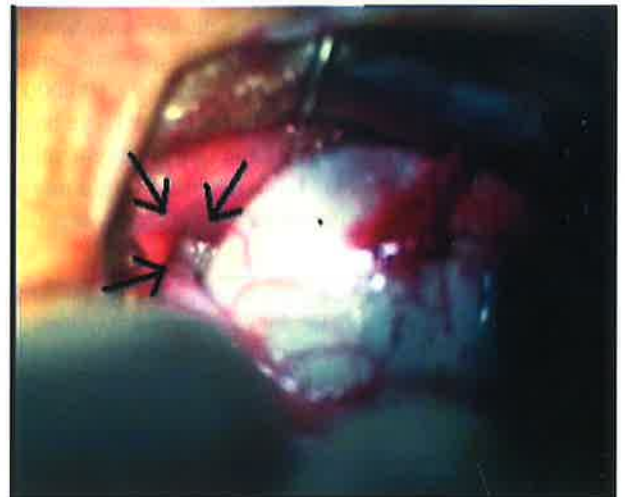
OLGU: 50 yaşında, PTS tanısı alan bayan hastanın anamnezinden baş ağrısı ve görme azalmasının 2,5 yıldan beri devam ettiği, 1 yıl önce nöroloji kliniğine başvurduğu öğrenildi. Hastanın tetkikleri incelendiğinde; orbital ve kranial görüntüleme tetkiklerinin, serebrospinal sıvı sitolojik tetkikinin, serebrospinal sıvı biyokimyasal değerlerinin ve rutin laboratuvar tetkiklerinin normal olarak çıktığı saptandı. Lomber ponksiyonda kafa içi basıncının yüksek (430 mm H₂O) olması ve papilla ödemi saptanması nedeniyle PTS tanısı konduğu ve asetazolamid tedavisi başlandığı öğrenildi.

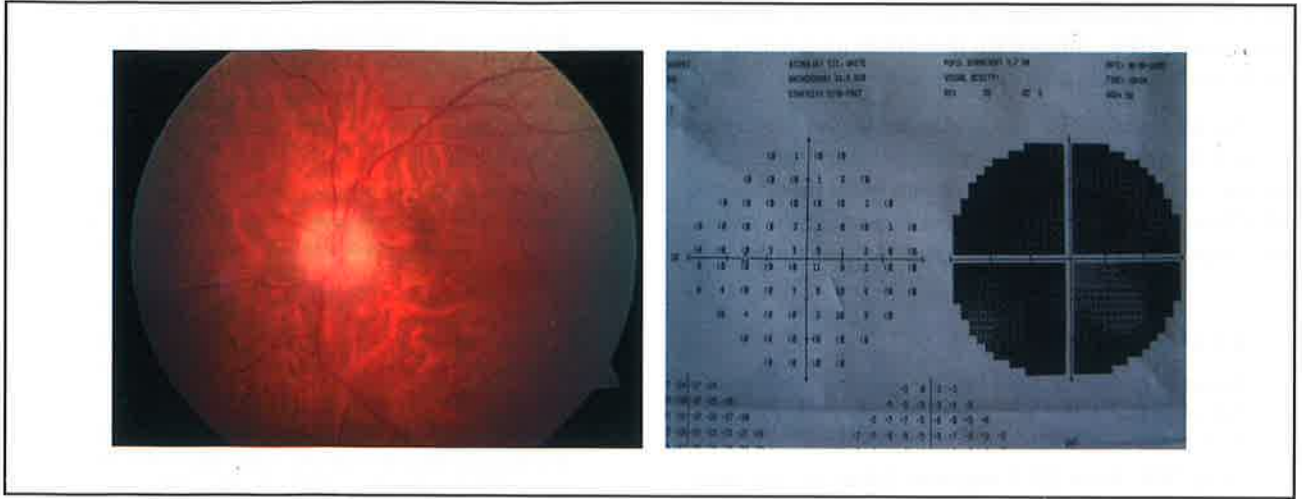
Hasta kliniğimize başvurduğunda görme keskinliği sağ gözde 1 metreden parmak sayma, sol gözde 1/10 düzeyindeydi. Her iki papillada kronik atrofik papilla ödemi görünümü (Şekil 1) mevcuttu ve sağ gözde görme alanı yapılamazken, sol gözde ileri derecede görme alanı kaybı (Şekil 2) bulunuyordu. OSKD planlanan hasta için, Hacettepe ÜTF Göz Hastalıkları Anabilim Dalı - Onkoloji biriminden istenen konsültasyon ve öneriler doğrultusunda girişim uygulandı.

Cerrahi teknik: OSKD genel anestezi altında, hastaya hafif ters trendelenburg pozisyonu verildikten sonra medial transkonjunktival yaklaşım ile gerçekleştirildi. Lateral kantotomiye takiben, medialde yaklaşık 270 derecelik konjunktival peritomi yapıldıktan sonra üst ve alt rektus kasına traksiyon sütürleri yerleştirildi. İç rektus kasına 6/0 poliglaktin (vikril) sütür konularak yapışma yerinden kesildi ve 5/0 ipek sütür iç rektus yapışma yeri boyunca sarmal şekilde geçirildikten sonra glob traksiyona hazırlandı. Orbita medialine yerleştirilen retraktör ve traksiyon sütürleri yardımı ile glob temporale deviyeye edildi. Traksiyon sırasında pupilla kontrol edilerek dilatasyon gözlenmesi durumunda traksiyon gevşetildi. Ameliyat mikroskobu ve pamuklu çubuklar kullanılarak

optik sinir (Şekil 3) açığa çıkarıldı. Dura üzerindeki posterior silier damar pleksusu kroşe ile ekarte edilip mikrocerrahi bıçak ile 3 adet horizontal kesi yapıldı ve kesi altındaki yapışıklıklar ve trabekülasyonlar açılmaya çalışıldı ve serebrospinal sıvının drenajı gözlemlendi. Kesilerin optik sinirin globla birleşme yerinin yaklaşık 2 mm gerisinden başlayıp, 3-5 mm uzunlukta olmasına özen gösterildi. Glob ile optik sinirin birleşme yerinden 9-13 mm arkada santral retinal arterin bulunması nedeniyle insizyonların bu bölgeye uzanmamasına dikkat edildi. Girişim tamamlandıktan sonra iç rektus kası 6/0 poliglaktin (vikril) sütür ile yapışma yerine dikildi. Hastanın sağ gözüne uygulanan girişimden sonra, sol gözdeki görme alanı ve görme keskinliğinde değişiklik olmaması nedeniyle 2 ay sonra sol gözüne de OSKD uygulandı.

Girişim sırasında ve sonrasında herhangi bir komp-

Şekil 3. Globa uygulanan traksiyon ile optik sinirin açığa çıkartılması

Şekil 4,5. Hastanın sol gözünün ameliyattan sonraki fundus görünümü ve görme alanı

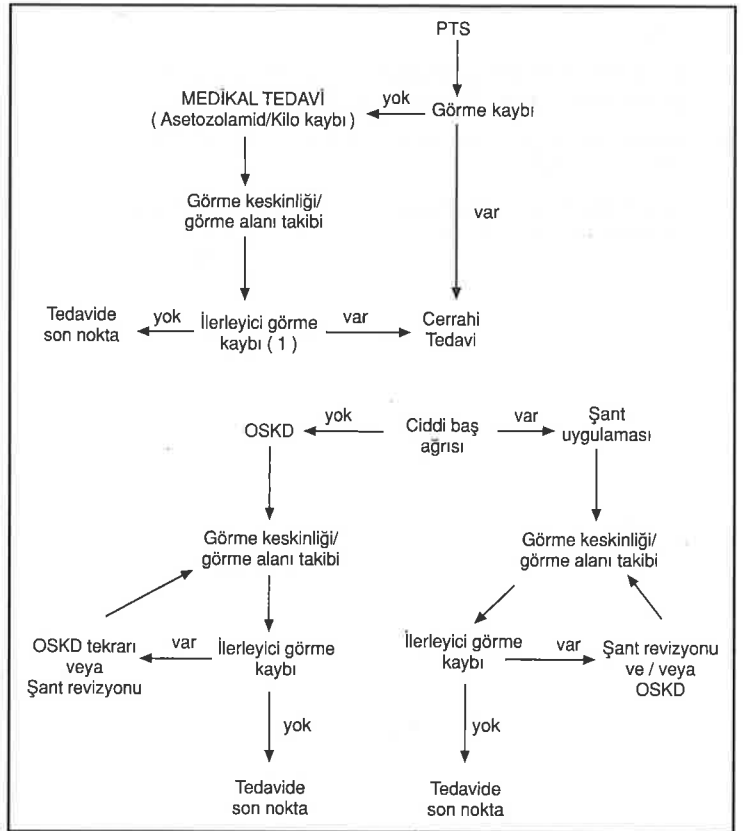
likasyonla karşılaşılmadı. Hasta 1. hafta, 1. ay ve 3 aylık aralarla kontrol edildi. Hastanın 1 yıl sonraki kontrolünde görme düzeyinin sağ gözde aynı kaldığı, sol gözde ise 5/10'a artış gösterdiği saptandı. Papillalardaki ödem ve sol gözdeki görme alanında iyileşme gözlemlendi (Şekil 4,5).

papilla ödemi tekrarlayabilmektedir. Bu da Davidson'nun (17) öne sürdüğü, erken dönemde filtrasyon, geç dönemde ise oluşan fibrozisin oluşturduğu bariyerin OSKD yapılan gözü koruduğu hipotezi ile açıklanmak-

TARTIŞMA

Bazı optik sinir hastalıklarında ve 1988 yılından bu yana PTS'nin tedavisinde yaygın olarak uygulanmakta olan OSKD'nda %68 - 100 arasında değişen başarı oranları bildirilmektedir (7-14). Banta ve Farris (4) PTS'nin takip ve tedavi protokolünü tablo'daki şekliyle özetlemiştir.

OSKD'nun muhtemel etki mekanizması; beyin omurilik sıvısının aksonlar üzerindeki basıncının ortadan kaldırılması ve BOS filtrasyonu ile papilla ödeminde gerileme olmasıdır (15). Spor ve ark (16), erken dönemde OSKD yapılan olgularda görme düzeyindeki iyileşmenin geç dönemde OSKD yapılan olgulara kıyasla daha iyi olduğunu bildirmişlerdir. Yapılan çalışmalarda görme düzeyinde ciddi azalma ve görme alanı kaybı olan hastalarda, iki taraflı OSKD uygulamaları bulunmaktadır (9,10). Ülkemizden de Kıratlı ve ark (13) ile Yazıcı ve ark'nın (14) çalışmalarında, tek taraflı OSKD sonrası diğer gözde iyileşmenin olmadığı olgularda diğer gözde OSKD uygulamaları bulunmaktadır. Bir göze uygulanan OSKD sonrası başlangıçta iki gözde birden papilla ödeminde düzelmeye rağmen, bir süre sonra OSKD yapılmayan gözde

Tablo.

(1) İlerleyici görme kaybı: Görme keskinliğinde 2 sıradan daha fazla azalma veya yeni başlayan önemli görme alanı defekti veya görme alanı kaybının ilerlemesi

tadır. Bu gerekçelerle olgumuzda, öncelikle daha az gören göze uygulanan OSKD sonrası diğer gözde iyileşme olmaması üzerine, diğer göze de OSKD uygulanmış ve görme keskinliğinde artış sağlanmıştır.

Sonuç olarak, PTS tanısı alan hastaların kilo verememesi ve medikal tedaviye uyum göstermemesi durumunda, ya da görme kaybının devam ettiği durumlarda, OSKD'nun erken yapılması görme keskinliğinin korunması veya artışının sağlanması açısından önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Durcan J, Corbett JJ, Wall M: The incidence of pseudotumor cerebri: Population studies in Iowa and Louisiana. Arch Neurol 1988; 45: 875-877.
2. Lysak WR, Svien HJ: Long-term follow-up on patient with diagnosis of pseudotumor cerebri. J Neurosurg 1966; 25: 284-287.
3. Corbett JJ, Savino PJ, Thompson HS, Kansu T, Schatz NJ, Orr NS, Hopson D: Visual loss in pseudotumor cerebri. Follow-up of 57 patients from 5-41 years and a profile of 14 patients with permanent severe visual loss. Arch Neurol 1982; 39: 461-474.
4. Banta JT, Farris BK: Pseudotumor cerebri and optic nerve sheath decompression. Ophthalmology 2000; 107: 1907-1912.
5. Beatty RA: Cervical-peritoneal shunt in the treatment of pseudotumor cerebri. J Neurosurg 1982; 57: 853-855.
6. Söylev MF: Optik sinir kılıf dekompresyonu. Ret-Vit; 1994 2: 318-323
7. Sergott RC: History, techniques, and indications. Int Ophthalmol Clin 1991; 31: 71-81.
8. Söylev MF, Sadun AA, Feldon SE: Progresif nonarteritik anterior iskemik optik nöropatide optik sinir kılıf dekompresyonu. Türk Oftalmoloji Derneği XXVII. Ulusal Kongresi ve VI. Yaz sempozyumu. 1993.
9. Brourman ND, Spoor TC, Ramocki JM: Optic nevre sheath decompression for pseudotumor cerebri. Arch Ophthalmol 1988; 106: 1378-8
10. Sergott RC, Savino PJ, Bosley TM: Modified optic nevre sheath decompression provides long-term visual improvement for pseudotumor cerebri. Arch Ophthalmol 1988; 106: 1384-1390.
11. Cobett JJ, Nerad JA, Tse DT, Anderson RL: Results of optic nevre sheath fenestration for pseudotumor cerebri: The lateral orbitotomy approach. Arch Ophthalmol 1988; 106: 1391-7.
12. Acaroğlu G, Berker N, Men G, Zilçelioğlu O: İdyopatik intrakranyal hipertansiyonda optik sinir kılıf dekompresyonu. MN Oftalmoloji. 2003; 10: 289 - 294.
13. Kıratlı H, Sönmez B, Bilgiç S: Kafa içi basınç artışına ikincil gelişen papilla ödemi olgularında optik sinir kılıf fenestasyonu sonuçları. T Oft Gaz 2004; 34: 67-73.
14. Yazıcı B, Horoz R, Kaderli B: İdyopatik intrakranyal hipertansiyonlu hastalarda optik sinir kılıf dekompresyonunun sonuçları. MN oftalmoloji . 2005; 12 : 299 - 303
15. Keltner JL, Albert DM, Lubow M, Fritsch E, Dovey LM: Optic nevre decompression. A clinical pathologic study. Arch Ophthalmol 1977; 95: 97-104.
16. Spoor TC, Ramorcki JM, Madion MP, Wilkinson MJ: Treatment of pseudotumor cerebri by primary and secondary optic nevre sheath decompression. Am J Ophthalmol. 1991; 112: 177-185.
17. Davidson SI: A surgical approach to plerocephalic disc oedema. Trans Ophthalmol Soc UK 1969; 89: 669-90.