

HİPOFİZ MAKROADENOMUNA BAĞLI ATİPİK GÖRME ALANI OLAN BİR OLGU

Atypical Visual Field in a Case of Pituitary Macroadenoma

Neşe ARSLAN¹, Mustafa KÖŞKER¹, Hayri KERTMEN², Canan GÜRDAL¹

ÖZET

Bu yazıda hipofiz makroadenomunda beklediğimiz klasik bitemporal hemianopsi şeklinde izlenen görme alanı defektinin aksine ağrısız monoküler temporal hemianopsi olan 28 yaşında genç kadın bir hastanın görme alanı kaybının özelliklerini ve patofizyolojisini tartışmayı amaçladık. En iyi düzeltilmiş görme keskinliği sağ gözde 7/10 ve sol gözde ise 10/10 idi. Nispi afferent pupiller defekt (APD) sağ gözde pozitif. Optik sinir sağ gözde hafif soluktu. Monoküler temporal görme alanı defekti ve sağ optik disk solukluğu mevcuttu. Hasta beyin cerrahisinde hipofiz makroadenomu tanısıyla opere edildi. Cerrahi sonrası yapılan muayenede hastanın baş ağrısı ve göz ağrısı şikâyetleri düzelmişti ama sağ temporal görme alanındaki defekte düzelme izlenmedi. Sonuç olarak göz kliniğine görme azalması yada görme kaybı ile başvuran hastalara görme alanı testi uygulanması gerekmektedir bu şekilde erken tedavi ve muhtemel cerrahi sonrası görmede ve görme alanında iyileşme de elde edilebilir.

Anahtar kelimeler: *Hipofiz adenomu; Monoküler temporal hemianopsi; Makroadenom*

ABSTRACT

We aimed to discuss the characteristics and pathophysiology of a 20-year-old female patient with an unusual visual field loss as a painless monocular temporal hemianopia unlike the classic bitemporal hemianopia. The best-corrected visual acuity was 7/10 in the right eye and 10/10 in the left eye. Relative afferent pupillary defect (RAPD) in the right eye was positive. Monocular visual field defect and pale optic disc was observed in the right eye. The patient was operated with the diagnosis of pituitary macroadenoma in the neurosurgery clinic. In the postoperative examination, the patient's headache & ocular pain complain were improved but no improvement was observed in the visual field defect. Patients attending to the ophthalmology clinics with decrease in visual acuity should undergo visual field examination. In this way, early treatment and probable postoperative visual field improvement could be obtained.

Key words: *Pituitary adenoma; Monocular temporal hemianopsia; Macroadenoma*

¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Kliniği, Ankara

²Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin Cerrahisi Kliniği, Ankara

Neşe ARSLAN, Uzm. Dr.
Mustafa KÖŞKER, Uzm. Dr.
Hayri KERTMEN, Doç. Dr.
Canan GÜRDAL, Prof. Dr.

İletişim:

Uzm. Dr. Mustafa KÖŞKER
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Kliniği, Ankara

Tel: 0312 596 20 00

e-mail:

mustafakosker0@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 21.03.2016

Kabul tarihi/Accepted: 26.04.2016

Bozok Tıp Derg 2016;6(2):58-61
Bozok Med J 2016;6(2):58-61

GİRİŞ

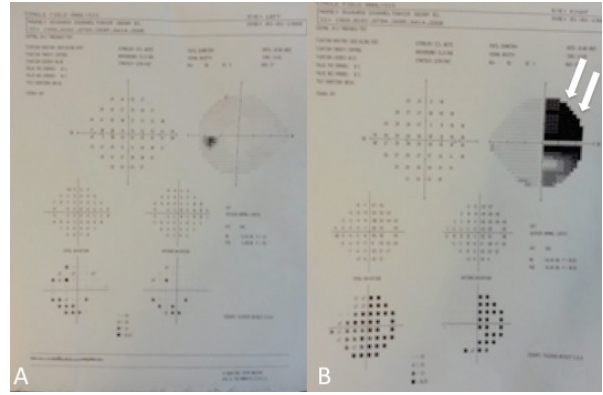
Optik kiyazmada aksonlar nazalde ve temporalde retina ganlion hücrelerinden ayrıldıktan sonra, nazal retinal lifler kontralateral optik sisteme kiyazmadan geçerken temporal retinal lifler lateral kiyazma vasıtasıyla ipsilateral optik sisteme akmaktadır. Kiyazmanın sıkıştırılması veya infiltrasyonu değişik şekillerde görme alanı kaybına neden olabilmektedir. Hipofiz tümörü optik kiyazmada farklı konumlarda bulunabilir. Görme alanı defektleri kiyazmanın ön açısı, gövde, arka açısı veya lateralindeki lezyonlara bağlı oluşmaktadır. Görme alanı defektlerinin tümöre bağlı optik kiyazmanın kan akımının etkilenmesi veya doğrudan kitle tarafından sıkıştırılması sebebiyle oluştuğu düşünülmektedir. Hipofiz tümörü genellikle başlangıçta optik kiyazmayı sıkıştırarak bitemporal hemianopsi'ye neden olmaktadır (1).

Biz bu yazıda hipofiz makroadenomunda beklediğimiz klasik bitemporal hemianopsi şeklinde izlenen görme alanı defektinin aksine monoküler temporal hemianopsisi olan bir hastanın görme alanı kaybının özelliklerini ve patofizyolojisi tartışmayı amaçladık.

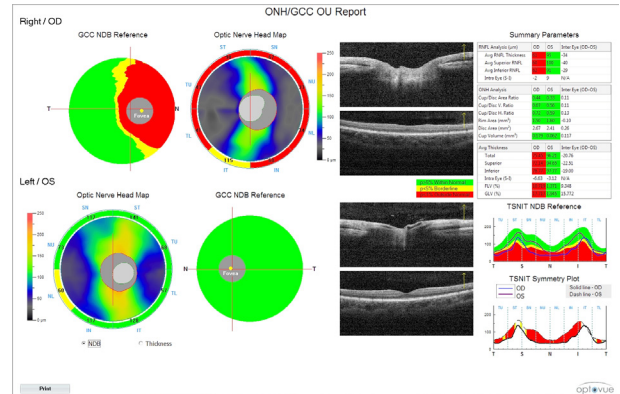
OLGU SUNUMU

Yirmi sekiz yaşında genç kadın hasta sağ gözünde ağrısız, temporal görme kaybı ile kliniğimize başvurdu. En iyi düzeltilmiş görme keskinliği sağ gözde 7/10 ve sol gözde ise 10/10'ydü. Pupil her iki tarafta eşit ve yuvarlak. Nispi afferent pupil defekti (APD) sağ gözde pozitif. Biyomikroskopta ön segment bulguları normal olup göz içi basıncı her iki gözde 14 mmHg idi. Pupil dilatasyonu yapıldıktan sonra fundus muayenesi yapıldığında optik sinir sağ gözde hafif soluktu; maküla, vasküler yapılar ve periferik retina her iki gözde normal idi. Nörolojik muayenesi normaldi. Hastanın özgeçmişinde önemli bir özellik yoktu. Sağ gözde görme keskinliğinde azalma, monoküler temporal görme alanı defekti (Şekil 1) ve sağ optik disk solukluğu vardı. Hastanın optik koherens tomografisinde sağ retinal sinir lifi tabakasında incelleme izlendi (Şekil 2). Optik kiyazmayı etkileyen intrakraniyal patoloji şüphesi ile nöro-oftalmolojiye refer edildi. Hastanın yapılan kontrastlı kraniyal manyetik rezonans görüntülemesinde (MRI) hipofiz makroadenomuna saptandı. Kraniyal MRI'nda ayrıca sellar bölgeyi

kısmen tutan, suprasellar bölgeyi kaplayan ve sfenoid sinüse doğru ekspansiyon gösteren intravenöz kontrast madde enjeksiyon sonrası heterojen kontrast tutulumu olduğu lezyon alanı rapor edildi. Hasta beyin cerrahisinde hipofiz makroadenomuna tanısıyla opere edildi. Cerrahi sonrası 1. ay yapılan muayenede hastanın baş ağrısı ve göz ağrısı şikâyetleri düzelmişti ama sağ temporal görme alanındaki defekte düzelleme izlenmedi.



Şekil 1. A, sol gözde normal görme alanı izleniyor; B, sağ gözde monoküler temporal hemianopsi izleniyor (Beyaz oklar).



Şekil 2. Sağ optik diskte tüm kadrantlarda Retinal Sinir Lifi (Retinal Nerve Fiber Layer = RNLF) kalınlığı referans aralığına göre %1'in altındayken, sol optik diskte RNLF'nin normal kalınlıkta olduğu izleniyor.

TARTIŞMA

Hipofiz adenomun genişlediği 3 ayrı muhtemel yön mevcut: suprasellar, infrasellar ve parasellar alan (kavernus sinüs) (2). Hipofiz adenomları boyutlarına göre genellikle mikroadenom, makroadenom ve dev adenomları olarak sınıflandırılmaktadır (3-6). Hipofiz adenomu genişledikçe optik kiyazma yada optik sinir kompresyonu riskinin yükselmesine bağlı (1,7,8) görme alanı defekti makroadenomlu ve dev adenomlu hastalarda daha yüksek oranda bildirilmiştir (4).

Bizim vakamızda makroadenoma bağlı sağ gözde monoküler temporal görme alanı defekti vardı. Literatürde temporal monoküler hemianopsi optik sinir veya kiyazma lezyonlarının potansiyel bir sonucu olarak bildirilmiştir. Monoküler hemianopsi hem organik hem de organik olmayan etiyojiler nedeniyle olan olağandışı görme alanı kayıplarıdır (9-11).

Nazaldeki retinal dekolmanı, doğuştan tilte bir optik disk teorik olarak temporal bir görme alanı defektine neden olabilse de bizim hastamızın fundus muayenesinde retina doğaldı ve optik sinirler tilte değildi. Bu yüzden, hastamızdaki görme alanı kusurunun kiyazmanın önündeki nedenlerden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Kiyazmal bir lezyonunsa -bu alandaki yapıların çok yakın olması sebebiyle- bir gözün sadece nazal liflerini etkilemesi için çok lokalize olması gerekmektedir. Bu, olağandışı bir bulgudur. Toronto Hastanesi'nde 15 yıllık bir dönemde monoküler temporal hemianopsisi olan 24 hasta rapor edilmiş (1). Hastaların 19'unda hipofiz adenomu veya kraniofarengiyomalar gibi juxtasellar lezyonlar saptanmış. Bir hastada tilte disk kayması, bir hastada optik nörit, bir hastada astrositom, diğer iki hastada işlevsel görme kaybı bulunmuştur. Hastaların çoğunda görme keskinliği kaybı, optik sinir solukluğu ve/veya APD tespit edilirken izlenmiş. Yine bu çalışmada bitemporal görme alanı defekti olan bir hastada hipofiz adenomu rezeksiyonu sonrası görme alanı defektinin tek gözde düzeldiği izlenmiş.

Gittinger ve arkadaşları (9) 4 erişkin hastada monoküler temporal hemianopsi, baş ağrısı ve göz ağrısını ilk semptom olarak rapor etmişler. Bizim hastamız da sağ gözde görmede azalma ve göz ağrısı şikâyetiyle başvurmuştu. Traquair ve arkadaşları erken kiazmal lezyon

larda üst temporal defektin sadece tek alanda belirgin olabileceğini bildirmişlerdir (1). Scott'a göre, mediyal taraftan laterale uzanan ön kiazmal açıdaki lezyonlar ilk olarak etkilenen tarafta temporal hemianopsiye neden olan çapraz geçiş yapan lifleri etkilemektedir (1). Bizim olgumuzda makroadenom sellar bölgeyi kısmen tutarken, suprasellar bölgeyi tamamen kaplıyordu. Acaroğlu ve arkadaşları (12) makroadenoma bağlı monoküler temporal görme alanı defekti rapor edilen bir hastada cerrahi sonrası görme alanında düzelme bildirmelerine rağmen bizim olduğumuzda cerrahi sonrası 3. ay yapılan görme alanında sağ monoküler temporal görme alanı defektinin devam ettiği gözlemlendi. Bunu hastanın geç tanı almasına bağlı sinir hasarının kalıcı hale gelmesine bağlamaktayız.

Sonuç olarak göz kliniğine görme azalması yada görme kaybı ile başvuran hastalara mutlaka görme alanı testi uygulanması gerekmektedir ve bu hastalarda tek taraflı yada her hangi bir defekt saptandığında hipofiz makroadenomdan şüphelenmeli ve nörolojik konsültasyon önerilmeli bu şekilde erken tedavi ve muhtemel cerrahi sonrası görme alanı iyileşmesi elde edilebilir.

KAYNAKLAR

1. Hershenfeld SA, Sharpe JA. Monocular temporal hemianopia. *Br J Ophthalmol.* 1993;77(7):424-7.
2. Ho RW, Huang HM, Ho JT. The Influence of Pituitary Adenoma Size on Vision and Visual Outcomes after Trans-Sphenoidal Adenectomy: A Report of 78 Cases. *J Korean Neurosurg Soc.* 2015;57(1):23-31.
3. Garibi J, Pomposo I, Villar G, Gaztambide S. Giant pituitary adenomas: clinical characteristics and surgical results. *Br J Neurosurg.* 2002;16(2):133-9.
4. Goel A, Nadkarni T, Muzumdar D, Desai K, Phalke U, Sharma P. Giant pituitary tumors : a study based on surgical treatment of 118 cases. *Surg Neurol.* 2004;61(5):436-45.
5. Hennessey JV, Jackson IM. Clinical features and differential diagnosis of pituitary tumours with emphasis on acromegaly. *Baillieres Clin Endocrinol Metab.* 1995;9(2):271-314.
6. Krisht AF. Giant invasive pituitary adenomas: management plan. *Contemp Neurosurg.* 1999;21:1-5. *Ophthalmology.* 1983;90(11):1265-70.

7. Anderson D, Faber P, Marcovitz S, Hardy J, Lorenzetti D. Pituitary tumors and the ophthalmologist. *Ophthalmology*. 1983;90(11):1265-70.
8. Ebersold MJ, Quast LM, Laws ER Jr, Scheithauer B, Randall RV. Long term results in transsphenoidal removal of nonfunctioning pituitary adenomas. *J Neurosurg*. 1986;64(5):713-9.
9. Gittinger JW Jr. Functional monocular temporal hemianopsia. *Am J Ophthalmol*. 1986;101(2):226-31.
10. Gittinger JW Jr. Functional hemianopia: a historical perspective. *Surv Ophthalmol*. 1988;32(6):427-32.
11. Keane JR. Hysterical hemianopia. The 'missing half' field defect. *Arch Ophthalmol*. 1979;97(5):865.
12. Acaroğlu G, Guven A, Ileri D, Zilelioglu O. Monocular temporal hemianopia in a young patient Turkey *The Turkish Journal of Pediatrics*. 2004;46(1):98-100.