



Acil Serviste Beyin Tümörlerinin Tanınmayan Bir Semptomu: Sol Homonim Hemianopsi

An Unrecognized Symptom of Brain Tumors in the Emergency Department: Left Homonymous Hemianopsia

Yunus Emre Sağmal, Merve Ekşioğlu, Tuba Cimilli Ozturk

ÖZET

Görme yolları üzerinde kitle veya iskemik lezyonu bulunan hastalar, lezyonun lokalizasyonu uyumlu olarak etkilenen taraftaki engellerden kaçınamazlar, yaklaşan insanlara ve engellere çarpabilirler. Bu olgu sunumunda, baş ağrısı ve tekrarlayan travma öykülerinden yola çıkılarak yapılan görme alanı muayenesinde homonim hemianopsisi olan ve glioblastoma tanısı alan olguya dikkat çekilmek istendi. Elli iki yaşında erkek hasta, son bir haftadır sol tarafındaki nesnelere çarpma ve arabasının sol yanını iki kez vurma şikayetiyle acil servise başvurdu. Hastanın görme alanı muayenesinde sol homonim hemianopsi tespit edildi. Bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde sağ oksipitoparietalde yaygın periferik ödemin eşlik ettiği kitle izlendi. Hastanın beyin cerrahisi bölümüne yatırılıp, yatışından bir gün sonra opere edilen hastanın patoloji sonucu glioblastoma ile uyumlu bulundu. Görme alanları, özellikle diğer semptomlarla ilişkilendirildiğinde, beyin lezyonlarının yeri hakkında değerli bilgiler sağlar. Bu şikayetler ile gelen hastaların anamnezi derinleştirilmelidir. Bu hastalar görme kusurlarının farkında olmayabilir, bu nedenle hastalara nörolojik değerlendirmede rutin görme alanı muayenesi mutlaka yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Glioblastoma multiforme; görme alanı muayenesi; hemianopsi.

ABSTRACT

Patients with a mass or ischemic lesion on the visual pathways cannot avoid obstacles on the affected side in accordance with the localization of the lesion and may collide with approaching people and obstacles. In this case, we wanted to draw attention to the case with homonim hemianopsia and diagnosed with glioblastoma in the visual field examination based on the history of headaches and recurrent trauma. A 52-year-old male patient applied to the emergency department with the complaints of hitting objects on his left side and hitting the left side of his car twice in the past week. Left homonymous hemianopsia was detected in the visual field examination of the patient. On CT imaging, a mass with diffuse peripheral edema were observed in the right occipitoparietal. The patient was admitted to the neurosurgery department. The patient was operated 1 day after hospitalization and his pathology result of the lesion was compatible with glioblastoma. Visual fields provide valuable information about the location of brain lesions, especially when associated with other symptoms. The anamnesis of patients with these complaints should be examined in detail. These patients may not be aware of their visual impairment. Therefore, routine visual field examination should be performed in the neurological evaluation of the patients.

Keywords: Glioblastoma multiforme; hemianopsia; visual field examination.

Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

Atıf için yazım şekli:
Sağmal YE, Ekşioğlu M, Cimilli Ozturk T. Acil Serviste Beyin Tümörlerinin Tanınmayan Bir Semptomu: Sol Homonim Hemianopsi. Bosphorus Med J 2022;9(3):195–198.

Başvuru tarihi: 09.08.2021
Kabul tarihi: 01.05.2022

Yazışma Adresi:

Dr. Merve Ekşioğlu,
Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

Tel:

+90 216 578 30 00

e-posta:

mervekoyunoglu@gmail.com

OPEN ACCESS



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

Homonim hemianopsi (HH), retrokiazmal görsel yolları etkileyen çok sayıda lezyondan kaynaklanır. HH, araç kullanma veya okuma yeteneğini etkileyebilir ve düşme veya engellerden kaçınamama nedeniyle yaralanmalara neden olabilir. Bu nedenle bu şikayetler ile acil servislere başvuru yapan hastaların anamnezi derinleştirilmelidir. Görme alanı bozukluklarının tespiti, birçok hastalığın erken tanısı ve yönetiminde önemli bir etkiye sahiptir. Eşlik eden semptomlar ve fizik muayene tanıda yol göstericidir. HH, optik trakt, lateral genikulat cisim, optik radyasyon ve görsel korteksteki tümörler nedeniyle olabilir. Tümörler, temporal lezyonların yaklaşık üçte ikisinden ve pariyetal ve oksipital lezyonların yaklaşık yarısı ila üçte birinden sorumludur.^[1] Literatürde HH ile ilişkili etyolojide intrakraniyal tümörlerin olduğu sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır.^[1-4] Bu olguda, baş ağrısı ve tekrarlayan travma öykülerinden yola çıkılarak yapılan görme alanı muayenesinde HH'si olan ve glioblastoma tanısı alan 52 yaşında bir erkek hasta sunuldu.

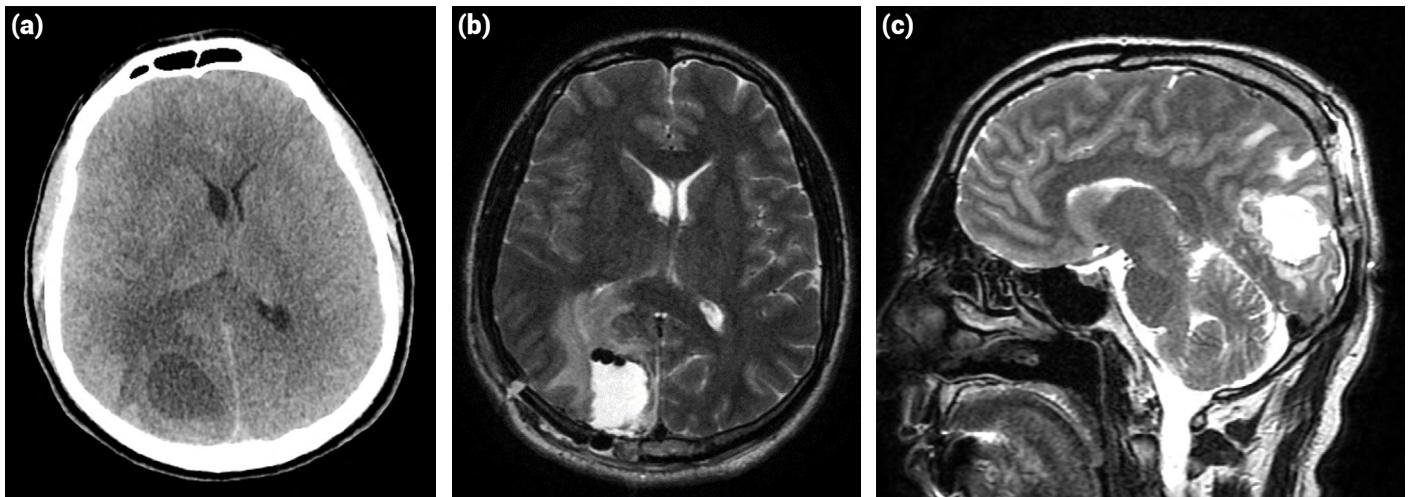
Olgu Sunumu

Elli iki yaşında erkek hasta son bir haftadır sol tarafındaki nesnelere çarpma ve arabasının sol yanını iki kez vurma şikayeti ile acil servise başvurdu. Bu şikayetlere ek olarak, hasta zaman zaman lokalizasyonu bilinmeyen hafif baş ağrılarının da olduğunu bildirdi. Genel durumu iyi, oryante ve koopereydi. Öz geçmişinde bilinen bir astım hastası olması ve bu nedenle salbutamol inhaler kullanma öyküsü dışında dikkati çeken başka bir bulguya rastlanmadı. Hastanın kan basıncı 131/88 mmHg, nabızı düzenli 90 atım/dakika,

solunum sayısı 15 soluk/dakika, vücut ısısı 36,4 °C, oda havasında oksijen saturasyonu %97 olarak kaydedildi. Nörolojik muayenesinde motor ve duyu defisiti, fasyal asimetrisi saptanmayan hastanın serebellar testleri becerikli ve plantar yanıtı bilateral fleksördü. Pupiller iki taraflı izokorik, ışık refleksi (IR) iki taraflı pozitif, kraniyal sinir muayenesi normal, göz hareketleri normaldi. Ancak hastanın görme alanı muayenesinde sol HH tespit edildi. Rutin kan tetkikleri ve elektrokardiyografisi (EKG) normal olan hastanın iskemik/hemorajik inme ön tanısıyla beyin bilgisayarlı tomografisi (BT) istendi. Beyin BT görüntülemesinde sağ oksipitoparietalde sınırları belirsiz, yaklaşık 3,5 cm alana yayılan kitle ve yaygın periferik ödem ile uyumlu olabilecek değişiklikler izlendi (Şekil 1a). Hasta beyin cerrahisi bölümüne konsülte edildi ve beyin cerrahi servisine yatırıldı. Hastanın serviste çekilen kraniyal manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG), sağ oksipital horn posterior komşuluğunda yaklaşık 38x26 mm boyutlarında subkortikal alana uzanan T1A ve FLAIR hipo, T2A hiperintens sinyalleri ve postkontrast kesitlerinde periferik kontrastlı, posterior ve posteromedialde nodüler olan düzensiz sinyal değişiklikleri ve ayrıca lezyon çevresinde belirgin ödem saptandı (Şekil 1b-c). Sonuç olarak, hasta yatıştan bir gün sonra opere edildi ve lezyonun patoloji sonucu glioblastoma ile uyumlu bulundu.

Tartışma

HH, her iki gözde birden görme alanının aynı tarafında olan kayıptır. Bu tür görme alanı kaybı, retrokiazmal görsel yolları içeren bir lezyonun göstergesidir. HH, araç kullanma



Şekil 1. (a) Aksiyal BT kesitinde sınırları net tanımlanamayan, yaklaşık 3.5 cm'lik alanda yayılan kitle ve yaygın çevresel ödemle uyumlu olabilecek değişimler izlenmekte. Kontrastlı beyin MRG'de aksiyal (b) ve sagittal (c) T2A ağırlıklı görüntülerde, sağ oksipital horn posterior komşuluğunda subkortikal alana uzanan yaklaşık 38x26 mm boyutunda hiperintens sinyal değişikliği ve lezyon komşuluğunda belirgin ödem izlenmekte.

veya okuma yeteneğini etkileyebilir ve düşme veya engellerin etrafından geçememe nedeniyle yaralanmalara neden olabilir. Ayrıca bu klinik durum, erken tanı ve tedavinin hayati önem arz ettiği birçok hastalık grubunda ilk ve izole yakınma olabileceğinden, tanı sürecinde gecikmelere neden olabilmektedir.^[5] Tanınmayan hemianopsi, özellikle dikkat gerektiren işlerde veya araba kullanma sırasında hastanın sağlığını ve yaşamını tehdit edebilir. Bu nedenle görme zorluklarının belirlenmesi ve yönetilmesi, hastanın yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.

HH ile sonuçlanan lezyonların patogenezi, incelenen popülasyona ve hasta seçimine bağlı olarak değişkendir. Yetişkinlerde HH'nin en yaygın nedeni inmedir. İnme hastalarının yaklaşık %8-10'unda kalıcı HH görülmektedir ve hemianopsilerin %52-70'ine inme neden olmaktadır.^[6,7] HH'nin diğer yaygın nedenleri arasında travmatik beyin hasarı (HH olgularının %14'ü) ve tümörler (HH olgularının %11'i) bulunmaktadır.^[5,6] Ancak çocukluk çağında travma ve tümör HH'nin en sık nedenleridir.^[8]

Görme alanları, özellikle diğer semptomlarla ilişkilendirildiğinde, beyin lezyonlarının yeri hakkında değerli bilgiler sağlar. Retrokiazmal görsel yolun tek taraflı hasar görmesi, kontralateral görme alanını etkileyen bilateral görme kaybına neden olur. HH ile sonuçlanan lezyonların en yaygın yerleşimi oksipital lobdur (%45), ardından optik radyasyon gelir (%32). Geri kalanına optik trakt lezyonları (%10), lateral genikulat nükleus (LGN) (%1,3) veya birkaç alanın kombinasyonu (%11) neden olur.^[5] Tam bir HH, her iki gözün tüm yarı alanını etkiler. Bu, retrokiazmal herhangi bir yerdeki lezyonla ortaya çıkabilir ve yalnızca görme alanına dayalı olarak lezyon yeri daha fazla lokalize edilemez.^[9]

HH, oksipital lob lezyonunun ana sonucudur. Oksipital lob lezyonlarının en belirgin özelliği simetrik, kontralateral HH'lerdir ve çoğunda santral (maküler) görme korunmuştur. Oksipital lobdaki hasarlar genellikle başka nörolojik belirtilere neden olmaz. Bazı hastalar kör yarı sahada fotopsi veya başka halüsinasyonlar yaşayabilir. İlginç bir şekilde, bu hastaların bir kısmı görme alanı kusurlarının farkında değildir ve çoğu günlük yaşamlarına devam etmektedir. Bu da hem nörolojik defisitleri olan hem de olmayan hastalarda, homonim görme alanı kusurlarının sıklıkla gözden kaçırıldığını düşündürmektedir.^[10] HH'nin kendiliğinden iyileşmesi, altta yatan patolojinin tipine bağlıdır. İnme hastalarında prognoz çok kötüdür. Aksine, beyin tümörü veya kafa travması olan hastalarda iyileşme yaygındır (yaklaşık %40) ancak şanslı zamanla doğrusal olarak düşer.^[11]

Sunulmuş olan olguda, araba kazası sonrası baş ağrısı şikayeti ile acile gelen hastanın anamnezi detaylı olarak alındığında, bu trafik kazasının son bir haftadır ikinci kazası olduğu ve her iki durumda da arabasının sol tarafını çarptığı öğrenildi. Hasta görme alanı defektinin farkında olmayıp son bir hafta içinde günlük yaşantısına devam etmiş ve de bu süreçte etrafındaki nesnelere sürekli çarptığını belirtmiştir. Bu olgu acil servise tekrarlayan kazalar sonrası yaralanmalar ve baş ağrısı şikayeti ile gelen hastalarda detaylı anamnez ve görme alanı muayenesinin önemini vurgulamaktadır. Başlangıçta konfrontasyon testi ile basit görme alanı muayenesi özellikle acil servise başvuran hastalarda rahatlıkla yapılabilmektedir. Bununla birlikte, görme alanının ayrıntılı incelenmesi için otomatik perimetri ile yapılacak değerlendirmeler bu hastaların değerlendirilmesinde daha güvenilirdir.^[12] Bu sadece görme kusurlarını bildirenlerde değil, tüm hastaların yönetimi sırasında akılda tutulmalıdır.

Sonuç olarak; acil serviste nörolojik muayene içerisinde görme alanı muayenesi, izole görme alanı kısıtlaması yapan intrakraniyal kitlelerin ve iskemik lezyonların erken tanısı ve de tedavilerinin gecikmesinin önlenmesi açısından oldukça önemlidir.

Açıklamalar

Bilgilendirilmiş onam: Olgu sunumunun ve beraberindeki görüntülerin yayınlanması için hastanın ebeveynlerinden yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Yazarlık Katkıları: Konsept – Y.E.S., M.E., T.C.O.; Dizayn – Y.E.S., M.E., T.C.O.; Denetim – Y.E.S., M.E., T.C.O.; Materyal – Y.E.S.; Veri toplama veya işleme – Y.E.S., M.E.; Analiz ve yorumlama – M.E., T.C.O.; Literatür arama – M.E., T.C.O.; Yazan – Y.E.S., M.E.; Kritik revizyon – T.C.O.

Kaynaklar

1. Huber A. Homonymous hemianopsia in brain tumors. Klin Monbl Augenheilkd [Article in German]1988;192:543–50.
2. Shinoura N, Suzuki Y, Yamada R, Tabei Y, Saito K, Yagi K. Relationships between brain tumor and optic tract or calcarine fissure are involved in visual field deficits after surgery for brain tumor. Acta Neurochir (Wien) 2010;152:637–42.
3. Ogawa K, Ishikawa H, Suzuki Y, Oishi M, Kamei S. Clinical study of the visual field defects caused by occipital lobe lesions. Cerebrovasc Dis 2014;37:102–8.
4. Obuchowska I. Left-sided hemianopia as an unrecognized symptom of brain tumor and head injury. Klin Oczna 2012;114:204–7.
5. Obuchowska I. Left-sided hemianopia as an unrecognized symptom of brain tumor and head injury. Klin Oczna

- 2012;114:204–7.
6. Zhang X, Kedar S, Lynn MJ, Newman NJ, Bioussé V. Homonymous hemianopia in stroke. *J Neuroophthalmol* 2006;26:180–3.
 7. O'Neill EC, Connell PP, O'Connor JC, Brady J, Reid I, Logan P. Prism therapy and visual rehabilitation in homonymous visual field loss. *Optom Vis Sci* 2011;88:263–8.
 8. Kedar S, Zhang X, Lynn MJ, Newman NJ, Bioussé V. Pediatric homonymous hemianopia. *J AAPOS* 2006;10:249–52.
 9. Goodwin D. Homonymous hemianopia: Challenges and solutions. *Clin Ophthalmol* 2014;8:1919–27.
 10. Gilhotra JS, Mitchell P, Healey PR, Cumming RG, Currie J. Homonymous visual field defects and stroke in an older population. *Stroke* 2002;33:2417–20.
 11. Zhang X, Kedar S, Lynn MJ, Newman NJ, Bioussé V. Natural history of homonymous hemianopia. *Neurology* 2006;66:901–5.
 12. Kerr NM, Chew SS, Eady EK, Gamble GD, Danesh-Meyer HV. Diagnostic accuracy of confrontation visual field tests. *Neurology* 2010;74:1184–90.