

## Göz Hastalıkları Polikliniğine Bulanık Görme Yakınması ile Başvurup İnme Tanısı Alan İki Olgu

### Two Cases who were Admitted to the Ophthalmology Outpatient Clinic with A Complaint of Blurred Vision and Diagnosed with Stroke

Dilbade Yıldız Ekinci ©  
Sadık Etkâ Bayramoğlu ©  
Nihat Sayın ©  
Mehmet Erdoğan ©  
Zuhâl Bayramoğlu ©  
Nevroz Ünlü ©

#### Öz

Akut iskemik inme, tüm dünyada en sık mortalite ve morbiditeye neden olan hastalıklar arasındadır. Hastalarda sıklıkla motor defisitler ön plandadır. Ancak birçok hastada dokunma, işitme ve görme vb. ile ilgili duyuşsal kayıplar da meydana gelmektedir. Görme ile ilgili sıklıkla renkli görmede bozukluk, görsel halüsinasyonlar, görme alanında defektler gelişmektedir. Görme alanı hasarı sıklıkla oksipital ve temporal lob lezyonlarında, orta ve posterior serebral arter infarktlarında görülmektedir.

İnme geçiren hastalar sıklıkla ekstremitelerde güçsüzlük, konuşma bozukluğu, bilinç bulanıklığı yakınması ile acil polikliniklerine başvurup tanı almakta ve tedavi edilmektedir. Günlük pratikte göz hastalıkları polikliniklerine görme kaybı ya da görme bulanıklığı yakınması ile başvurup, yapılan tetkikler sonucu inme tanısı konulması ender görülmektedir. Bu makalede, kliniğimize görsel semptomlarla başvurup oftalmolojik muayenelerinde patoloji saptanmayan, yapılan görme alanı testi sonucu defekt saptanıp, inme tanısı alan iki hastanın klinik bulguları anlatılmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** İnme, homonim hemianopsi, kadranopsi

#### ABSTRACT

Acute ischemic stroke is a common cause of mortality and morbidity worldwide. Motor deficits are often the main problem in these patients. However, sensory losses related to touch, hearing and sight also occur in many patients. Impaired color vision, visual hallucinations, and visual field defects often develop as regards to vision. Visual field damage is often seen in occipital and temporal lobe lesions and middle and posterior cerebral artery infarcts.

Patients who have stroke often present to the emergency outpatient departments with weakness in the extremities, speech impairment, and clouding of consciousness. It is rare in daily practice for a stroke diagnosis to be made after the patient presents to an ophthalmology outpatient department only complaining of visual loss or blurred vision. We present clinical findings of two patients who presented to our clinic with visual symptoms, but without any ophthalmic pathology detected during ophthalmologic examinations and received diagnosis of stroke after the visual field test revealed defects.

**Keywords:** Stroke, homonymous hemianopsia, quadrantanopia

#### GİRİŞ

İnme geçiren hastalarda motor ve duyuşsal defisitler ile birlikte görme alanında kayıp, bulanık görme, okuma güçlüğü, renk ayırımında güçlük, görsel halüsinasyon gibi semptomlar da görülebilmektedir <sup>(1,4)</sup>. Yapılan bir çalışmada inme ilişkili görme alanı defekti

%0.8 oranında saptanmıştır <sup>(4)</sup>. Hastaların yaklaşık 2/3'ünde homonim hemianopsi görülmekle birlikte, alt-üst kadranopsi, parsiyel homonim hemianopsi, skotom, periferik görme alanı daralması, altitudinal defekt saptanabilmektedir <sup>(1,4)</sup>. Oluşan görme alanı hasarının inmeden sonraki ilk 3-6 ay arasında yaklaşık %10 kadarının tamamen, %50 kadarının ise kısmi

Alındığı tarih: 27.09.2018

Kabul tarihi: 06.05.2019

Ç. içi yayın tarihi: 26.09.2019

Dilbade Yıldız Ekinci

Diyarbakır Gazi Yaşargil EAH

Göz Hastalıkları Polikliniği

Diyarbakır - Türkiye

✉ dilbadeekinci@gmail.com

ORCID: 0000-0002-5535-264X

S. E. Bayramoğlu 0000-0002-9502-4368

N. Sayın 0000-0002-1442-9743

M. Erdoğan 0000-0002-2556-7363

İstanbul Kanuni Sultan Süleyman EAH

Göz Hastalıkları Polikliniği

İstanbul - Türkiye

Z. Bayramoğlu 0000-0002-1695-3290

İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi

Radyoloji Anabilim Dalı

İstanbul - Türkiye

N. Ünlü 0000-0003-2765-4760

İstanbul Kanuni Sultan Süleyman EAH

Nöroloji Polikliniği

İstanbul - Türkiye



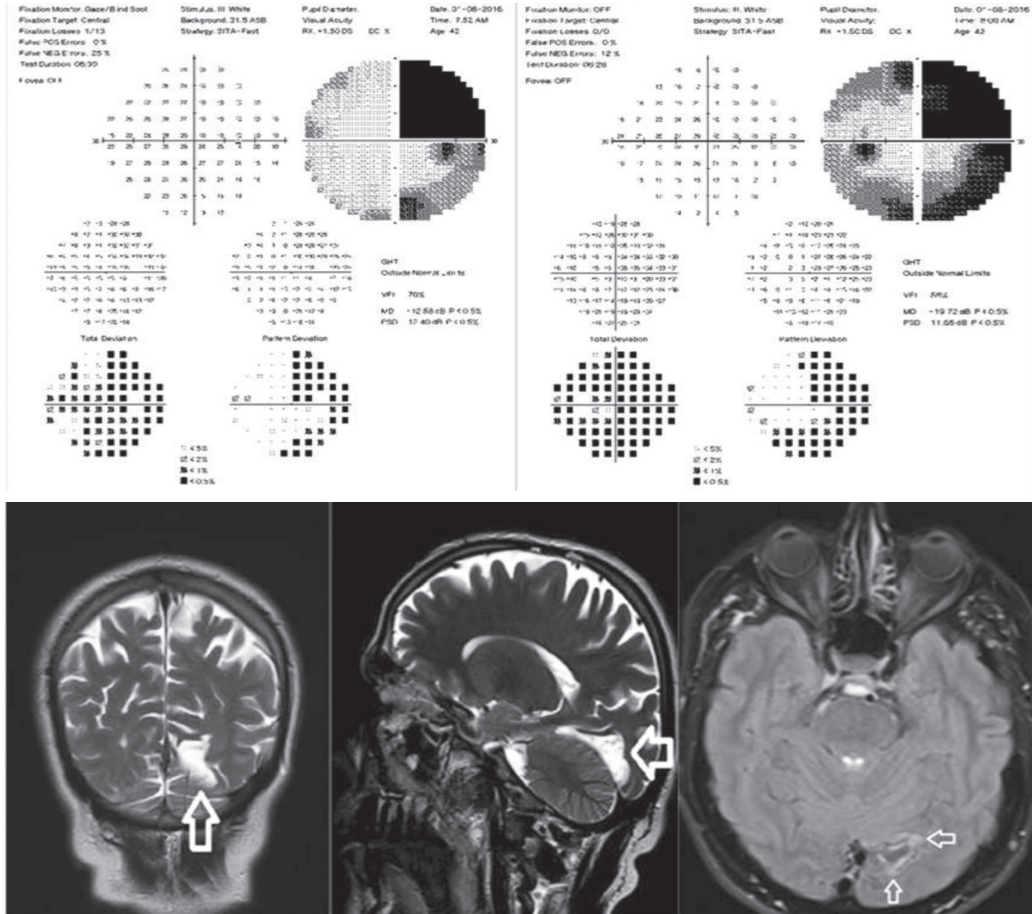
olarak düzelebildiği görülmüş, ilerleyen zaman içinde ise iyileşmenin yavaşladığı bildirilmiştir (5,6).

Ülkemizde inme geçiren hastalar, oluşan semptomlar sonucunda ilk olarak acil veya nöroloji polikliniklerine başvurmaktadır. Bu hasta gurubu, inme sonrası oluşan ciddi sekelleri düzeltmek ve yine inme geçirmeyi önlemek için tedavi edilip, rehabilite edilmekte, ancak oluşan görsel semptomlar ve sekeller açısından ender olarak oftalmolojik muayeneye gönderilmektedir. Bu makalede göz hastalıkları polikliniğine görme bulanıklığı yakınması ile başvuran ve nörolojik başka bir bulgunun eşlik etmediği iki hastaya iskemik serebrovasküler hastalık tanısı konulması anlatılmaktadır.

## OLGU 1

Kırk iki yaşında erkek hasta hapsirdikten üç gün

sonra fark ettiği iki gözünde görme bulanıklığı yakınması ile göz hastalıkları polikliniğine başvurdu. Hastanın anamnezinde bilinen oküler ve sistemik herhangi bir hastalığı yoktu. Sigara ve alkol kullanım öyküsü mevcuttu. Yapılan oftalmolojik muayenesinde sağ ve sol gözde görme keskinliği tashihsiz 10/10 idi. Ön segment muayenesinde patolojik bir bulguya rastlanmadı, pupiller bilateral izokorik, ışık refleksi pozitif. Relatif afferent pupil defekti (RAPD) yoktu. Yapılan fundus muayenesinde bilateral hafif retinal vasküler kıvrım artışı mevcuttu. Hastanın görme bulanıklığının yeni başladığını belirtmesi üzerine yapılan görme alanı testinde inkomplet homonim hemianopsi saptandı (Şekil 1). Görme alanında defekt saptanması üzerine kranial patoloji varlığını araştırmak üzere nöroloji polikliniğinden konsültasyon istendi. Hastanın nörolojik muayenesinde herhangi bir motor ve



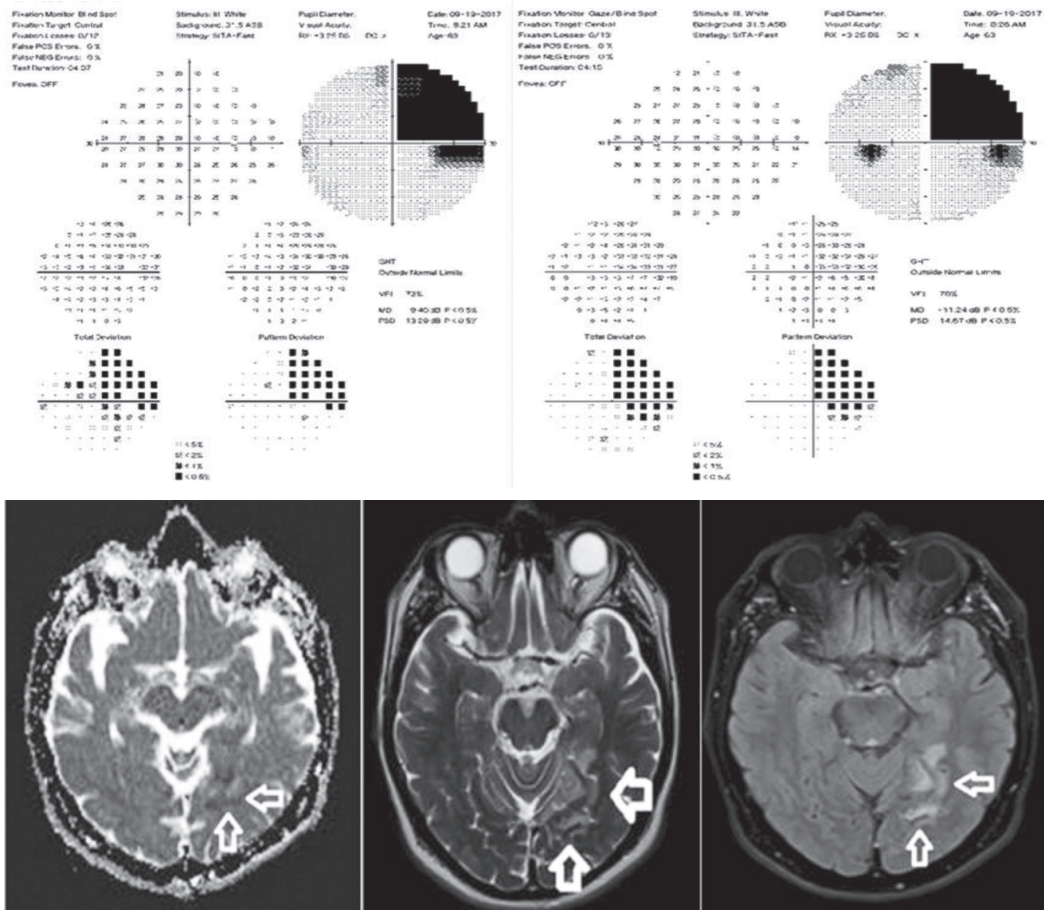
Şekil 1. İlk hastanın görme alanı testinde inkomplet homonim hemianopsi görülmektedir. Kranial MRG oksipital lobta kronik serebral enfarkt ile uyumludur.

duyusal defisit saptanmadı. Yapılan kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tetkikinde, posterior serebral arterin beslediği bölgeye uyan, sol oksipital lobta T2A incelemede hiperintens kronik enfarkt ile uyumlu ensefalomalazi alanı ve FLAIR incelemede söz konusu bu alan etrafında hiperintens çepersel parankim ödemi saptandı (Şekil 1). Kranial MRG sonucuna göre hastaya kronik serebral infarkt tanısı koyuldu. Hastanın yaşı genç olduğu ve bilinen sistemik hastalığı olmadığı için etiyo-lojiye yönelik vaskülit belirteçleri ve homosistein düzeyi istendi. Kardiyak açıdan karotis doppler ultrasonografi (USG) ve ekokardiyografi (EKO) yapıldı. Ancak tüm bu tetkiklerde inmeye sebep olabilecek herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastaya antikoagülan tedavi olarak klopidogrel başlandı. Takiplerde ek bir nörolojik defisit ve yeni bir iskemik olay gözlenmedi. Kimliği afişe edilme-

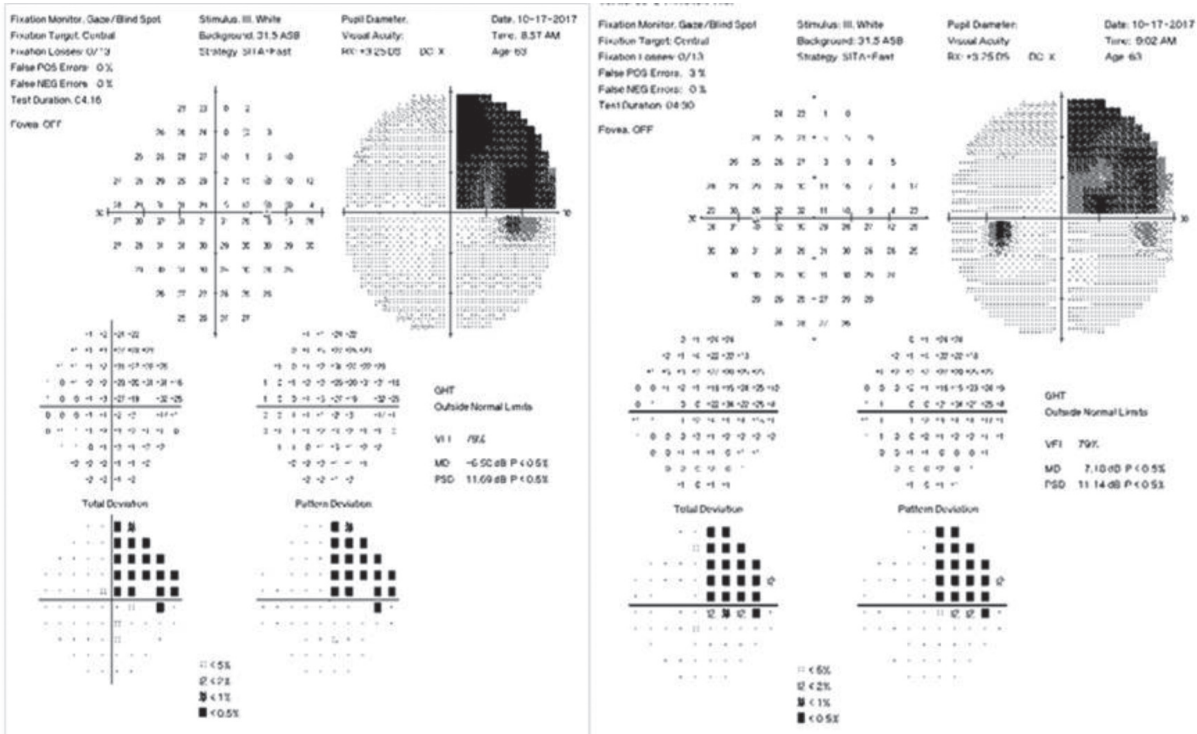
yecek şekilde olgunun bilimsel bir makale şeklinde yayınlanması için hastadan yazılı olarak bilgilendirilmiş olur onayı alınarak literatür taranmıştır.

## OLGU 2

Altmış üç yaşında erkek hasta 4 gündür sağ gözde dış yarıyı görememe yakınması ile başvurdu. Hastanın bilinen oküler ve sistemik hastalık öyküsü yoktu. Yapılan oftalmolojik muayenede hastanın görme keskinliği sağda tashihle 8/10, solda ise 10/10 düzeyindeydi. Bilateral ön segmentte grade 1 nükleer skleroz mevcut olup, pupiller izokorik, ışık refleksi pozitif. RAPD saptanmadı. Göz içi basıncı sağda 13 mmHg, solda 16 mmHg olarak ölçüldü. Retina muayenesi doğaldı. Hastaya yapılan görme alanı muayenesinde homonim üst kadransopsi saptandı (Şekil 2).



Şekil 2. İkinci hastanın yapılan görme alanı testinde homonim üst kadransopsi saptanmıştır. Aynı hastaya ait kranial MRG' de oksipital lobta akut iskemik enfarkt görülmektedir.



Şekil 3. İkinci hastada bir ay sonra görme alanı testinde kısmi regresyon görülmektedir.

Hastadaki görme alanı defektinin etiolojisini araştırmak üzere Nöroloji Polikliniği konsültasyonu istendi. Yapılan kranial MRG'da sol posterior serebral arterin sulama bölgesi ve optik radyasyona uyan bölgede, oksipital lob parafalsin alanda T2A incelemede giruslarda hiperintens ödematöz değişimler saptandı. Ek olarak FLAIR incelemede bu bölgede iskemiye sekonder hiperintens sinyal artışı görüldü. ADC haritasında ise hipointens sinyal difüzyon kısıtlılığının akut iskemi ile uyumlu olduğu belirlendi (Şekil 2). Hastaya bu sonuca göre akut iskemik inme tanısı koyuldu. Sistemik risk faktörü araştırılması için hasta kardiyojoloji polikliniğine yönlendirildi. Kan basıncı 120/70 mmHg olarak ölçüldü. Yapılan elektrokardiogram (EKG) ve EKO'da patolojik bulguya rastlanmadı. Boyun doppler USG incelemesinde sol ortak karotis arter bifurkasyonunda internal karotis arter bölgesine uzanan, anlamlı hemodinamik darlığa neden olmayan kalsifiye plak saptandı. Hastanın lipid profili normaldi. Hasta sistemik antikoagulan tedavi uygulanarak takibe alındı. Hastanın tanıdan bir ay sonra yapılan kontrol muayenesinde sağ gözde görme keskinliği 10/10 seviyesine yükselmiş

olup, ek oftalmolojik patoloji saptanmadı. Hastanın görme alanı testinde ise kısmi spontan düzelmeye görüldü (Şekil 3). Kimliği afişe edilmeyecek şekilde olgunun bilimsel bir makale şeklinde yayınlanması için hastadan yazılı olarak bilgilendirilmiş olur onayı alınarak literatür taranmıştır.

## TARTIŞMA

İnme sonrası hastaların bir kısmında görme yollarının etkilenmesine bağlı olarak görme alanı defektlerinin görüldüğü yapılan çalışmalarda ortaya koyulmuştur<sup>(1,6)</sup>. Zhang ve ark.<sup>(6)</sup> inmeyle ilgili homonim hemianopi saptanan 629 hastanın verilerini incelemiş ve %38'inde komplet homonim hemianopi, %62'sinde inkomplet homonim hemianopi olduğunu görmüşlerdir. Homonim hemianopi saptanan hastaların %54'ünde lezyon oksipital lobta, %33'ünde optik radyasyonda, %6'sında optik traktta saptanmıştır.

İnme sonrası gelişen görme alanı kayıplarının incelendiği çalışmada, hastaların %52,3'ünde görme alanı kaybı saptanmış ve bu defekt saptanan hastaların

%84' inme döneminde görme alanı kaybı ile ilgili semptom bildirmiştir. Hastaların %47,2'sinde görme alanı kaybı tek görsel semptom olarak kaydedilmiş olup, geri kalan hastalarda ek olarak okuma güçlüğü, diplopi, renkli görmede bozukluk gelişmiştir. Defekt gelişen hastalarda en sık komplet ve inkomplet homonim hemianopsi görülmüştür. Yine bu çalışmada, görme alanı hasarı oluşturan inmelerin en sık oksipital ve parietal lobta geliştiği gösterilmiştir <sup>(4)</sup>. Görme alanı defektinin tipi ile inme gelişen lezyonun yeri birlikte değerlendirildiğinde, homonim hemianopsinin, orta ile posterior serebral arter infaktlarında ve oksipital bölgeyi etkileyen lezyonlarda, homonim kadranopsi ve konsantrik daralmanın ise parietal ve temporal lobu etkileyen, orta ile posterior serebral arter infaktlarında grldği gösterilmiştir <sup>(4)</sup>.

İnme-görme alanı defekti ilişkisi sıklıkla inme tanısından sonra yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Görme ile ilgili yakınması ile başvuru sonucu inme tanısı ender konulmaktadır. Tayvan'da 66 yaşında kadın hasta özellikle okurken sağ dış yarıyı görememe yakınması ile göz hastalıkları polikliniğine başvurmuş, yapılan görme alanı testinde üst homonim parasentral kadranopsi belirlenmiştir. Hastada görme alanı defekti saptanması üzerine kranial MRG yapılmış ve oksipital lobta infarkt saptanmıştır. Bu olgu görme ile ilişkili semptom sonucu göz hastalıkları uzmanına başvurup görme alanı defekti ve kranial MRG sonucu inme tanısı konan ender olgulardandır <sup>(7)</sup>.

İnme geçiren hastaların akut hospitalizasyon, etiyolojiye yönelik tetkikleri ve tedavileri genellikle nöroloji kliniklerinde yapılmaktadır. Günlük nöroloji pratiğinde sıklıkla motor defisitler üzerinde durulmakta ve görsel semptomların varlığı dikkat çekmemektedir. Bu nedenle birçok hastada inmeye bağlı oluşan görme alanı kayıpları teşhis edilememekte ve bu hastalar motor defisitler için rehabilite olsalar bile görme alanı kaybı için yeterli destek tedaviyi görememektedirler.

Kliniğimize görme bulanıklığı yakınması ile başvuran iki hastanın genel oftalmolojik muayenelerinde

anamlı bir patoloji bulunmamasına rağmen, yapılan görme alanı testinde defekt saptanmıştır. Bunun zerine hastaların kranial MRG'ı çekilmiş, görüntüleme sonucu görme alanı defektinin iskemik inmeye bağlı olduğu anlaşılmıştır. Hastalar nöroloji polikliniğine yönlendirilmiş, etiyolojik araştırması yapılıp tedavileri başlanmıştır. Bu iki olgu görme yakınması üzerine göz hastalıkları polikliniğine başvurup inme tanısı alan ender olgulardandır. Günlük pratikte birçok hasta bulanık görme yakınması ile polikliniklere başvurmakta, oftalmolojik muayenesi normal olduğu taktirde herhangi bir ek tetkik yapılmamaktadır. Ancak makalemizde konusu geçen bu iki olgu, bize özellikle yeni başlayan görme bulanıklığı olan veya görme alanında karanlık noktalar belirten hastalarda konfrontasyon testi yapılmasını ya da olanak dhilinde ise mutlaka görme alanı testinin yapılması gerektiğini göstermektedir. Ayrıca bu tarz hasta grubunda ek nörolojik semptomların varlığı tanıya yardımcı olması açısından kesinlikle sorgulanmalıdır. Tüm bunlar hem hastanın doğru tanıyı alıp tedavi olmasını sağlamakta hem de uygun görsel rehabilitasyon ile günlük aktivitelerini kolaylıkla yapabilmesine olanak tanımaktadır.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

**Conflict of Interest:** No conflict of interest was declared by the authors.

#### KAYNAKLAR

1. Gilhotra JS, Mitchell P, Healey PR, Cumming RG, Currie J. Homonymous visual field defects and stroke in an older population. *Stroke*. 2002 Oct; 33(10):2417-20.
2. Gray CS, French JM, Bates D, Cartlidge NE, Venables GS, James OF. Recovery of visual fields in acute stroke: homonymous hemianopia associated with adverse prognosis. *Age Ageing*. 1989 Nov; 18(6):419-21.
3. Townend BS, Sturm JW, Petsoglou C, O'Leary B, Whyte S, Crimmins D. Perimetric homonymous visual field loss post-stroke. *J Clin Neurosci*. 2007 Aug; 14(8):754-6.
4. Rowe FJ, Wright D, Brand D, Jackson C, Harrison S, Maan T, et al. A Prospective profile of visual field loss following stroke: Prevalence, type, rehabilitation, and outcome. *BioMed Res Int*. Volume 2013;2013: 719096.
5. Pambakian ALM and Kennard C. Can visual function be restored in patients with homonymous hemianopia? *Br J Ophth*. 1997;81(4):324-8.
6. Zhang X, Kedar S, Lynn MJ, Newman NJ, Biouesse V. Homonymous hemianopia in stroke. *J Neuroophthalmol*. 2006 Sep;26(3):180-3.
7. Lin SF, Kuo YT, Chanq FL, Tsai RK. Homonymous central quadrantanopia caused by an extrastriate (V2/V3) infarction: A case report. *Kaohsiung J Med Sci*. 2008 Aug;24(8):430-5.