

İnternal Karotid Arter Anevrizmasında Ani Geçici Görme Kaybı

Sevim KUYUMCU (*), Makbule C. KÖSOĞLU (**), H. Hasan ERBİL (***)

SUMMARY

Sudden Temporary Visual Loss in a Patient with Bilateral Intracranial Carotid Aneurysm

A dissecting aneurysm of the great cervical vessels causes local pain over the involved vessel, when the carotid artery involved there is severe retroorbital and frontal pain. Temporary severe visual loss is a rare symptom after dissection of the aneurysm. We present a 52-year-old woman who developed sudden painful loss of vision in the left eye. At first, we thought that she was having a retrobulbar optic neuropathy. After a follow-up period the diagnosis was compressive optic neuropathy. This report emphasizes that the difficulty in imaging intracranial aneurysms of various sizes, the rapidity with which intracranial aneurysms can enlarge, and the importance of continued follow up examinations in patients thought to have optic neuritis.

Key words: Sudden temporary visual loss, MR imaging, intracranial aneurysm

Anahtar kelimeler: Ani geçici total görme kaybı, MR görüntüleme, intrakranial anevrizma

OLGU

52 yaşında kadın hasta 2 gün önce sol gözündeki aniden perdenin ardından görmesinin tamamen kaybolduğu yakınmasıyla başvurdu. Daha önceden görmeyle ilgili bir yakın-

Tablo

Hafta	Sedimentasyon hızı (mm/h)	Vo
0	110	p(-)
1*	70	p(-)
2**	90	p(-)
3	65	30 cm ps
4	57	2 mps
5	48	5 mps
8***	15	0.7
10	24	0.4

* 1 mg/kg'dan prednizolon başlandı. **Hasta ilacı kesmişti tekrar başlandı. ***Steroid dozu azaltılmaya başlandı.

ması yoktu. Sistemik sorgusunda bir kaç yıldır ara ara olan baş ağrısı, halsizlik, yorgunluk, omuz ve sırt ağrısı, sol göz arkasında ağrı yakınmaları vardı. 220/110 mmHg'ya varan tansiyonu için tedavi alıyordu.

Oftalmolojik muayenesinde:

Vo: Tam (OD), p(-) (OS)

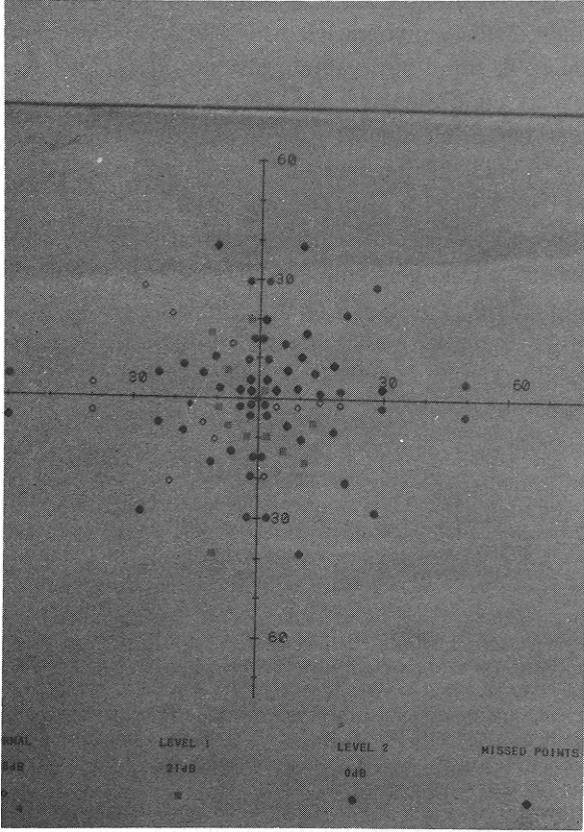
To:14 (OD), 18(OS) mmHg appl

Glob hareketleri her yöne serbest, solda ağırlı izlendi vardı. Solda afferent pupil defekti vardı.

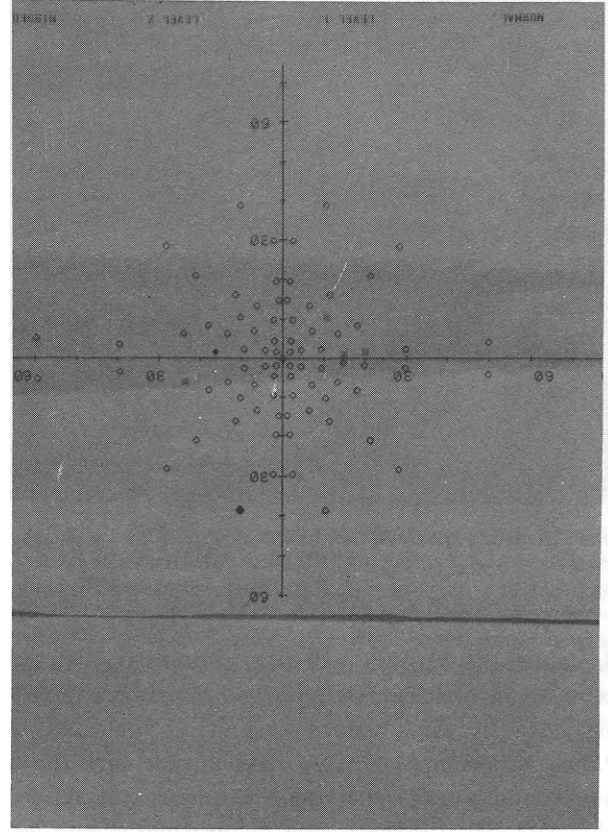
Fundus muayenesinde; her iki gözde papilla renk ve sınırları doğaldı, foveal refle alınmıyordu, grade 2 hipertansif retinopati vardı.

Hastanın semptomları, yaşı ve kliniği beraber değerlendirilince temporal arterit ön tanılar arasında ilk başta düşünüldü. Temporal arter nabızları zayıflamış alınan hastaya, biyopsi planlandı. Hastanın rutin biyokimyasıyla beraber, hemogram, CRP, ESR, dahiliye ve nöroloji konsültasyonları istendi. Sonuçlar değerlendirildiğinde posterior iskemik optik nöropatiyle giden retrobulber nörit düşünülüp temporal arter biyopsisi planlanarak 1 mg/kg'dan prednizolon başlandı. Hastanın ESR 110mm/saat (Western Green), CRP (-) geldi. Dahiliye konsültasyonunda hipertansiyonun regülasyonu sağlanırken, nöroloji konsültasyonunda kranial MRG ile yapılan değerlendirmede hasta nörolojik yönden normal bulundu. Hastanın takiplerinde Vo ve sedimentasyon değişiklikleri tablodaki gibi izlendi.

Tüm takip muayenelerinde fundus normal olarak izlendi. Sağ gözün vizyonu tamdır. Steroid başlanmasıyla beraber hastanın subjektif yakınmalarında da düzelme izlendi. İlk hafta sonunda yapılan temporal arter biyopsisi normal geldi. Hasta, semptom ve bulgularındaki hızlı düzelme, sedimentasyon hızındaki progresif düşmeye beraber vizyondaki artış nedeniyle steroidle takip edildi. Vo; 7/10 iken yapılan görme alanında santral skotom izlendi (Şekil 1). Hastanın steroid dozu azaltılarak yapılan takibinde kontrolde görme keskinliğinde 4/10'a düşüş izlendi. Bunun üzerine hastaya kranial MRG tekrarı uygun görüldü. Tekrar MRG'de sol suprasellar yerleşimli kitle izlendi (Şekil 2 a,b,c,d). Yapılan serebral anjiyografide; sağda sifonda C2-3 seviyesinde karotid arterde 15x5 mm'lik, solda aynı lokalizasyonda 5x3 mm'lik ikinci bir anevrizma izlendi (Şekil 3). Hasta girişimsel radyolojiye devredildi.

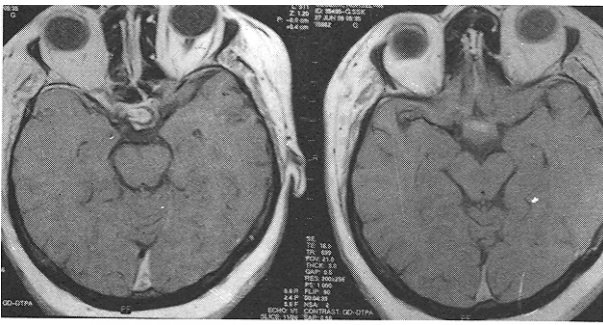


Sol

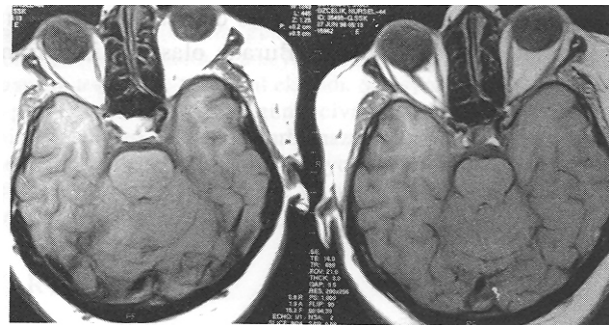


Sağ

Şekil 1. Hastanın takipte 8. haftadaki görme alanı.



a



b

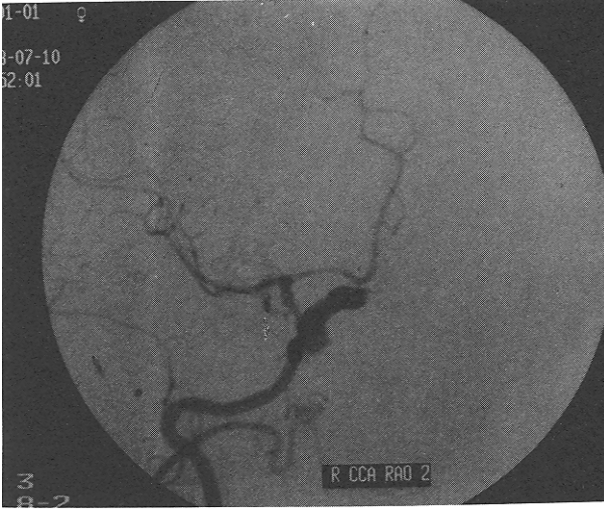


c



d

Şekil 2 a, b, c, d. Tekrar kranial MRG'de izlenen anevrizma.



Şekil 3. Kranial anjiyografide bilateral anevrizma.

TARTIŞMA

Hastanın ilk gelişinde oküler semptomları, sistemik yakınmaları, oküler muayene bulguları, nöroloji konsültasyonuna dayanarak bizi temporal arterite yönlendirdi (1-4). Hastanın semptomları ve vizyonundaki hızlı düzelmeye beraber sedimantasyonundaki düşüş tedaviyi desteklemekteydi. Temporal arter biyopsisinin negatif gelmesi, kliniği nedeniyle ekarte ettirmeyip, retrobulber nörit olarak tedaviye devam edildi (1,5,6). Hastanın iki aylık steroid tedavisi sonrası P(-)'ten snellen eşelinde 7/10 düzeyine çıkan vizyonu, steroid dozunun azaltılmasıyla kısa sürede 4/10'a düştü. Burada olası bir intrakranial

kitle yönünden hasta tekrar değerlendirilince, yeni kitle görüldü, MRG anjiyografiyle asıl sağdaki anevrizmanın solda optik sinire bası yaptığı görüldü. Steroidin basıyı önleyerek etkili olduğu düşünüldü. Literatürde gördüğümüz (7) benzer bir olgu 31 yaşında olup, retrobulber nörit olarak steroidle takibedilmiştir. Yine bir başka olgu da (8) benzer şekilde izlenmiştir. Karotid arter anevrizması diseksiyonu, şiddetli retroorbital ve frontal ağrıyla gelebilmektedir. Ancak, görmenin tamamen kaybedilip geri dönüşü nadirdir. Bu olgular değişik boyutlardaki intrakranial anevrizmaları görüntülenmenin zorluklarını, hızla büyüebileceklerini ve optik nöritlerin sıkı takibinin gereğini göstermektedir (7,8).

KAYNAKLAR

1. Faruque G: Current concepts in temporal arteritis. Survey of Ophthalmology 42:2, 1997.
2. Lipton RB, Seymour, Swertenbake C: Gradual loss and recovery of vision in temporal arteritis. Arch Internal Medicine 145(2):252-3, 1985.
3. Diamond JP: Treatable blindness in temporal arteritis. Br J Ophthalmology 75:432, 1991.
4. Hayreh SS: Ophthalmic features of GCA. Baillieres Clinical Rheumatology 5 :431-59, 1991.
5. Cullen JF, Coleira JA: Ophthalmic complications of giant cell arteritis. Survey of Ophthalmology 80:143-5, 1976.
6. Rosenfeld SI: Kosmosky treatment of temporal arteritis in ocular involvement. American Journal of Medicine 80:143-5, 1986.
7. Miller NR, Savino PJ, Schneider T: Rapid growth of intracranial aneurysm causing apparent retrobulber optic neuritis. J Neuroophthalmol 15(4):212-8, 1995.
8. Misra M, Mohanty AB: Giant aneurysm of internal carotid artery presenting features of retrobulbar neuritis. Indian J Ophthalmol 39(1):28-9, 1991.