

DERLEMELER

Fonksiyonel (Organik Olmayan) Görme Kayb>lar>

Tahire Baflerer (*)

ÖZET

Bir oftalmoloji kliniginin günlük rutinde organik görme kayb>lar>nın ağırlı>, kimi zaman, hekimin fonksiyonel (organik olmayan) görme kayb>lar>nın olmas> gerekenden daha az önemsemesine ve hatta unutulmasına neden olabilmektedir. Bu makalede genç göz hekimlerinin, kendini fonksiyonel görme kayb>yla gösteren bu önemli klinik durumlara dikkatlerini çekmeyi ve bu konudaki bilgilerini tazelemeyi amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Fonksiyonel görme kayb>, simülasyon, temartız, histerik körlük

SUMMARY

Functional (Inorganic) Visual Losses

During a daily routine of an ophthalmology clinic the bulk of the organic visual losses may sometimes cause the physician to underestimate or even to forget the functional (inorganic) visual losses. In this article it was aimed to take the attention of the young ophthalmologists to and to refresh their clinical knowledge about those important clinical conditions those can be presented as a functional visual loss.

Key Words: Functional visual losses, simulation, histeric blindness

G<R>fi

Fonksiyonel görme kayb> denilince organik bir patoloji ile açıklanamayan hem nörooftalmologlar> hem de psikiyatristleri ilgilendiren bir görme kayb>ndan bahsedilmektedir. Organik görme kayb>nda patoloji ile uyumlu kay>plar izlenirken fonksiyonel görme kayb>nda rutin göz muayenesi ve yardımcı> testlerle açıklanamayan, tutarsız, degiflken bir tablo söz konusudur. Görmeye ait flikayetler hafiften şlık hissi derecesine kadar degiflebilir (1).

Walsh.TJ (1992) fonksiyonel görme kayb>nın iki grupta sınıflandırılır:

1- H<STER>K KÖRLÜK (Konversiyon Reaksiyonu): Hastanın, bilinç dışı çatışmay> sembolik planda çö-

zümleme giriffimidir. Böylece kifli büyüttüğü sorunlardan kaçarak ikincil bir kazanç elde etmifl olur.

2- TEMARUZ (Taklit yapma, kötüye kullanma): Hasta, bir kazanç için bilinçli olarak bir hastalık veya fonksiyon bozuklugunu taklit eder; alta yatan bir patoloji olsa bile semptomlar> abartır.

Bu tip olgularda kesin tan> için nörooftalmolojik ve sistemik tan> yöntemleri gerekli olabilir. Testlere geçmeden önce oftalmolojik ve sistemik anamnez sabırla alınmalı ve temaruz veya histeri için ipuçlar> edinilmeye çalışılmalıdır.

Görme kayb> flikayetiyle gelen hastalarda, rutin göz muayenesini takiben, ayırtıcı> tan>da, ambliyopi, kon distrofisi, retrobulber optik nörit, kiazma tümörü, kortikal

(*) İstanbul Üniversitesi, Göz Hastalıklar> Anabilim Dalı, İstanbul

Yazışma adresi: Prof. Dr. Tahire Baflerer, Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göz Hastalıklar> A.D., İstanbul E-posta: tahirebaserer@gmail.com

körlük araştırılmalıdır. Bu rahatsızlıkların fonksiyonel görme kaybından ayrılmasını sağlayabilecek özelliklerine kısaca değinildiğinde (1-4):

1- Ambliyopi

Bir gözde refraksiyon muayenesi ile düzelmeyen ve organik lezyonla açıklanamayan görme azlığı söz konusudur. Ambliyopi hayatın ilk dekadında ortaya çıkar. Görmenin iyi gelişmemesi durumunda nadir de olsa bilateral görülebilir. Değerlendirirken hastadan iyi bir anamnez alınmalı, açma-kapama testi uygulanmalı, anizometri ve kalabalıklaşma (crowding) fenomeni aranmalıdır (5).

2- Kon Distrofisi

Çocuklarda veya genç erişkinlerde her iki gözde yavaş ilerleyen görme azlığı söz konusudur. Aile anamnezinin müspet bulunması, gündüz görmenin geceden daha kötü olması, fotofobi, renk görme zayıflığı ve nistagmus kon distrofisi tanıyan destekleyen özelliklerdir. Erken dönemde görme keskinliği zayıf olmasına rağmen fundus genel olarak normal görünümündedir. Elektrofizyolojik testlerden ERG ve VEP anormallikleri saptanır. Özellikle ERG'de kon fonksiyonunda azalma izlenir. Ancak hastaların ileri dönemlerinde funduskopide, RPE atrofisi, öküzlük makulopatisi görünümü, optik disk temporalinde solukluk saptanır (6).

3- Retrolbulber Optik Nörit

Klasik olarak 'Hasta görmez, hekim görmez!' tabiri kullanılsa da afferent pupilla defekti mevcuttur. Hastaların değerlendirirken detaylı anamnez alınmalıdır. Daha önce benzeri bir atak geçirip geçirmediği, yakın zamanda bir gribal enfeksiyon hikayesi olup olmadığı ve göz hareketlerinde ağrı hissinin bulunup bulunmadığı sorgulanmalıdır. Görme kaybı genellikle bir hafta içerisinde (az veya ileri derecede) gelişebilir. Sıklıkla unilateral bazen de bilateral izlenir. Mutat olarak 18-45 yaş arasında görülür. Azalmış renk görme, santral, çekosantral, altitudinal görme alanı defektleri, şakı flidnetini algılamada azalma mevcuttur. İlave nörolojik belirtiler de saptanabilir. Belirli bir süreden sonra görme hissinde düzelme izlenir (2, 7).

4- Kiyazma Tümörü

Görme kaybı, optik atrofiden ve perimetrik defektlerden önce gelişir. Pupillalar şakıga tembel olarak cevap verir (afferent pupilla defekti). Uzun süreli baş ağrıları sinir lifi dejenerasyonuna ve temporal solukluğa neden olur. Görme alanında bitemporal (asimetrik) hemianopsi gelişir. Görüntüleme yöntemlerinde tümör saptanır (2).

5- Kortikal Körlük

Pupilla reaksiyonlarının ve optik diskler normal iken bilateral ciddi (tama yakın) görme kaybı söz konusudur. Oksipital lob lezyonlarında semptom ve bulgular görseldir. Bilateral oksipital lob lezyonlarında tekrarlayan vasküler hadiseler en sık neden olarak karşımıza çıkmaktadır. MR tetkiklerinde bilateral oksipital lob enfarktöz gözlenir. Görme alanı bulguları, homonim defektlerin kombinasyonları fleklindedir. Eğer santral görme korunmuşsa tünel fleklinde bir görme alanı ortaya çıkar. Simülasyon yapan kişilerden ayırt etmek için defekt sınırlarının vertikal meridyene dayandığına dikkat etmek gerekir (1).

Fonksiyonel görme kaybı olduğu flüphelenilen olgularda testler çabuk, emin ve flıflırlı olmalıdır. Zira bu hastalar genellikle muayeneye koopere olmaz veya direnç gösterirler. Görme keskinliğini tayin etmek için kullanılan testlerdeki hileyi hissedersenler gösterecekleri direnç daha da artar. Bilateral görme kaybını genellikle histerikler tercih etmektedir. Takliti sürdürmek zor olduğundan temaruz yapanlar tarafından pek tercih edilmez (1).

Bu tip olguların gözlemlenmesi çok önemlidir. Zira gerçekten göremeyenler dikkatli olup el yordamıyla yürürler veya yürümeye gayret sarfederler. Oysa histerikler, objelere çarpmadan etrafından dolabilirler. Temaruz yapanlar ise objeleri görmediğini çevresindekiler kanıtlamak istemesine cisimlerin bilhassa üzerine gidip çarparlar (1).

BİLATERAL VE UNİLATERAL GÖRME KAYIPLARI ÇİN TESTLER

1- Pupilla reaksiyonlarının muayenesi (Direkt-indirekt şakı reaksiyonu)

Organik ve fonksiyonel görme kayıplarının ayırtılmasında yararlı bir testtir. Pupilla refleksi retina fotoreseptörlerinin uyarılmasıyla bafllar. Optik sinir üzerinden devam edip traktus optikus oluşturan lifler corpus geniculatum lateralede sinaps yapmadan evvel orta beyindeki superior colliculus bölgesinde pretektal nukleusta sonlanır (birinci nöron). Pretektal nukleustan kalkan lifler hem aynı taraf hem de karşı taraf Edinger-Westphal nukleularına dal vererek (2.nöron) III.kranial sinir (okülomotor sinir) üzerinden tranfer olan parasempatik pupillomotor liflerle sinaps yapar. III.sinirin inferior divizyonu içinde taşınan parasempatik lifler kavernoöz sinüs ve superior orbital fissürden geçerek intraorbital alanda yerleşik siliyer ganglionla bağlanır (3.nöron). Siliyer gangliondan çıkan lifler (4.nöron) kısaca siliyer sinirlerle sfinkter pupilla ve siliyer kasları innerve eder. Bu

suretle tüm bu refleksi arkın sağlam olmas› durumunda gören gözün şıkla uyarılmas›yla her iki gözde miyozis meydana gelir (8).

2- Marcus-Gunn pupillas› (sallanan fener testi)

Nörooftalmolojik muayenede optik sinir fonksiyonların› değerlendirilmesi açısından önemlidir. Normalde pupilla şık reaksiyonu her iki gözde simetriktr. Pupilla şık refleksi arkın aferent yolunun bozuk olmas› durumunda o tarafın pupillasın› direkt cevap› zayıf, indirekt cevap› normal olacaktır. İfın bir gözden diğerine hızlı geçifflerle tutulmas› durumunda direkt şık cevap› arasındaki asimetri daha rahatlıkla saptanabilir. Direkt ve indirekt şık refleksinin asimetrik olduğu bu tabloya Marcus-Gunn pupillas› denir. Rölatif aferent pupilla defekti olarak da bilinir (4).

3- Ani ve fiddetli şıkta gözde miyozisin yan›nda sulanma ve kapak kırpma refleksinin aranmas›

Kornea, konjunktiva, burun mukozasının uyarılması, korneanın kuvvetli şığa maruz kalmas›, esneme, öksürme, kusma refleksi olarak gözde yaflarmaya sebep olur. Buna refleksi ağlama denir. Ağlama refleksinin aferent yolunu V. kranyal sinir (trigeminus) sağlar ve beyin sapındaki lakrimal nukleusta sonlanır. Lakrimal nukleus üst tükrük bezi nukleusunun yan›nda ve VII.kranyal sinir (fasiyal sinir) nukleusunun iç taraf›nda bulunur. Lakrimal çekirdekten kaynaklanan parasempatik lifler (effent yol) tükrük bezi lifleriyle müftterek Wrisberg siniri olarak VII.kranyal sinirle birleşir. Geniculat ganglionda VII.kranyal sinirden ayrılan yüzeyel lifler, büyük petroz sinirde derine ilerler. Derin büyük petroz sinir IX.kranyal sinirden (glossofarengeal sinir) gelen küçük derin petroz sinirle birleşir, Vidien siniri olarak sfenopalatin ganglionda sinaps yapar. Burada trigeminus sinirinin ikinci dal› maksiller sinir ve onun da zigomatik dal›yla lakrimal sinirle birleşir. Palpebral ve orbital as› gözyafl› bezine ulaşır. Bu refleksi ark› sayesinde ilk önce tek tarafl› sonra çift tarafl› göz yaflarmas› meydana gelir. VII.kranyal sinir, orbikularis kasın› motor innervasyonunu sağlar. Temaruz yapan kifi testteki hileyi hissederse ani ve kuvvetli şıkta kapak kırpma refleksini engelleyebilir de gözdeki sulanmay› ve konjunktiva damarlarındaki dilatasyonu engelleyemez (9).

4- Optokinetik nistagmusun aranmas›

Siyah-beyaz bandların bulunduğu dönen silindire tek gözle bakarken aranan fizyolojik nistagmustur. Sol göz kapalı olmak üzere sağ gözle düz olarak karşıdaki silindire bakarken silindir sağdan sola yavaşça döndürü-

lür. Gören sağ gözde parietooksipital bölge sola doğru olan yavaş faz›, sol frontal bölge ise sağa doğru olan hızlı faz› kontrol eder. Horizontal çray›› tipte nistagmus gelişir. Temarüz yapan kiflinin görmediğini iddia ettiği gözde nistagmus uyarılsa görme keskinliği el hareketi düzeyinden daha fazladır. fiayet temarüz yapan kifi silindire bakmazsa nistagmus görülmez (10).

5- Renk görme muayenesi

Konjenital renk körlüğü yoksa makula veya optik sinir lezyonlarının araştırılmas›nda kullanılır.

a) **Worth 4 nokta testi:** Bir kırmızı, bir beyaz, iki yeşil bulunan 4 noktalı bir efel kullanılır. Bir taraf› yeşil bir taraf› kırmızı bir gözlük takılır. Kırmızı tarafla monoküler bakıldığında 2 kırmızı, yeşil tarafla monoküler bakıldığında 3 yeşil, binoküler bakıldığında beyaz nokta dominant gözdeki cam›n rengini alarak 4 nokta görüyorsa görmediğini iddia ettiği gözde görme keskinliği el hareketi düzeyinden daha iyidir (11).

b) **shihara testi:** shiara kartları kırmızı lensle okunur yeşil lensle okunmaz. fiahs›n kötü gördüğünü iddia ettiği göze kırmızı cam iyi gören göze yeşil cam takılıp shiara kartları okumas› istenir. Okuyabilirse görme keskinliği el hareketi düzeyinden daha iyidir. Presbiyopik hastada yakın tashihini yapmalıdır (1).

6- Prizma testleri

a) **Binoküler tek görme muayenesi:** Binoküler olarak bakarken kötü gördüğü iddia edilen gözün önüne taban› dıflarda 10 veya 20 prizma diyoptrik prizma yerleştirilir. Gözde bir hareket izlenirse sözkonusu gözde yeterli düzeyde bir görme mevcuttur (1).

b) **Diplopi testi:** fiüpheli göz kapatılır. İyi gözde prizmanın taban› veya tepesi pupilla hizasında tutularak monoküler diplopi uyarılır. Bu esnada görmediği iddia edilen göz açılıp prizma monoküler çift görmeyi engelleyecek şekilde tüm pupilla alanına kaydırılır. Hasta hala çift gördüğünü söylüyorsa diğer göz de görüyordur. Hasta temaruz yapıyordur (1).

GÖRME KESKİNLİĞİ DERECESİNİN SAPTANMASI

Fonksiyonel görme kaybında gerçek görme keskinliğini saptamak zor olabilir.

1- Görme keskinliği tayini

a) Tek tek uzak görme keskinliğinin (refraksiyon kusuru düzeltilerek) alınması: rutin muayenede olduğu gibi saptanır.

b) Farklı mesafelerde uzak görme keskinliklerinin belirlenmesi: Hastanın eyle olan mesafesi yarıya düftürüldüğünde, kiffinin kötü gördüğünü söylediği gözündeki görme keskinliğinin iki katına çıkması gerekir. Aynı kalıyorsa fonksiyonel bir görme kaybı söz konusudur.

c) Yakın görme keskinliğinin test edilmesi ve uzak görme derecesiyle mukayesesi: Organik bir görme kaybında yakın ve uzak görme keskinliği kaybı efl veya bir sıra farklıdır. Fonksiyonel görme kaybında bu simetri bozulmuftur. Yakın görme değeri kabaca uzak görme keskinliği hakkında bilgi verebilir (1).

2- Sisleme (bulanıklık) testi

Sferik ve silendirik camlarla normal gören gözün bulanık görmesi sağlanarak görme keskinliği düşük olduğu iddia edilen gözle okuması sağlanır (1).

a) Uzak görme için: iyi gören göze -4.0 veya +10.0 diyoptrilik cam konularak binoküler okuması istenir. Efelde okuduğu değer kötü gördüğünü söylediği göze aittir. Yine iyi gören göze (90 derecede +5.00 dp) ve (0 derecede -5.00 dp) cam konularak camların birbirini nötrlemesi sağlanır. Binoküler okurken 0 ve 90 derecedeki camlar 15-20 derece oynatılır. Okuduğu değer kötü gördüğünü söylediği göze aittir.

b) Yakın görme için: iyi gören göze yakın değer üzerine +6.0 diyoptrilik cam yerleştirilir. 15-20 cm mesafeden yakın efl okurken, binoküler 40 cm mesafeden okuması istenir. Okuduğu değer kötü gördüğünü iddia ettiği göze aittir.

S·KLOPLEJ·K TEST

Uzak ve yakın görme keskinliğinin saptanması.

iyi gören göze uzak görme için tam tashih yapılır

ve uzak efl okutulur. Kötü gördüğünü söylediği gözde uzak tashih üzerine +2.5 veya +3.0 diyoptri ilave edilir. Binoküler olarak yakın eflini okuması istenir. Fonksiyonel görme kaybında kifli uzagı iyi gözle okuduğu için yakın efl de aynı gözle okudugunu zanneder. Yakın eflinde okuduğu değer kötü gördüğünü söylediği göze aittir (1).

GÖRME ALANI TESTLERİ

Fonksiyonel görme kaybında görme alanında skla bilateral konسانتریک daralma saptanır. Unilateral konسانتریک daralma oldukça seyrek (4).

A- Konfrontasyon (karşılaştırma) muayenesi

Hasta 60 cm mesafeden hekimin burnuna bakarken hekim 4 kadrandan ayrı ayrı obje yaklaşıtarak hasta ile kendi görme alanını karşılaştırır.

B- Tanjant perdesi

Santral 30 derecelik görme alanının basit, hızlı ve etkili bir şekilde değerlendirilmesinde kullanılır. Tanjant perdesinde siyah zemin üzerinde merkezi beyaz hedefe siyah bir sap üzerine eklenmiş değişik boyutlarda beyaz yuvarlak hedefler kullanılır. Görme alanı 1m mesafeden yapılır. Daralması alan saptanırsa 2 metreden tekrarlanır. 1 metredeki objenin çapı da 2 katına çıkarılır. Organik bir neden bağlı görme alanı daralması mevcutsa test mesafesinin artmasına bağlı olarak görme alanında geometrik bir artış olurken fonksiyonel bir görme kaybında 1 metreden alınan izopterin 2 metrede de dar, tübüler alanı devam ettiği görülür.

Ayrıca Mavi-Kırmızı-Yeşil aynı büyüklükteki renkli uyarılarla belirlenen izopterin büyüklüklerinin tayini yapılır. Aynı büyüklükte farklı renkte uyarılarla belirlenen izopterin büyüklükleri farklı olmalıdır. Normalde mavi dünya, kırmızı ortada, yeşil içinde izopterler elde edilmesi gerekirken buradaki degiflim fonksiyonel görme kaybını gösterir (4).

C- Goldmann perimetresi

Uyarının periferden merkeze doğru hareketinde fonksiyonel görme kaybı olgularda santral 5-35 dereceye kadar daralır. Her seferinde daha fazla daralan ve cevap verme süreleri uzayan spiral bir görme alanı alınır.

Uyarın fiksasyon noktasından periferde doğru hareket ettirildiğinde ise genişleyen bir spiral oluşabilir. Teste uyumu az olan olgularda da bu şekilde sonuç alınabileceği ihmal edilmemelidir.

Görme alanında bütün bunlardan farklı olarak tutarsız alan defektleri de saptanabilir.

Binoküler görme alanı testinde organik nedenle oluşan monoküler görme alanı defekti iyi gören gözün görme alanına girdiğinden genellikle izlenmez. Fonksiyonel kaybında ise monoküler defekt varlığını sürdürür (4).

D- Otomatik perimetre

Rastgele kısa süreli uyarılar önceden planlanan şekilde anormal alan defekti oluşturabilmelerini güçlendirmektedir. Ayrıca inancılık indekslerinin düşük olması değerlendirilen için uyarıcı olabilmektedir. Santral görmenin korunduğu kortikal körlükte tünel flekinde bir

görmeye alanında defekt sınırlar› vertikal meridyene dayanması› simülasyon yapandan ayrımda önemli kriterdir (2).

Fonksiyonel görme kaybından büyük oranda flüphaneniyor fakat ispat etmekte zorlanıyorsa 1 veya 2 hafta sonra yeniden değerlendirme yapılır. ‹lave olarak görüntüleme yöntemlerinden ERG, VEP, FFA ve özellikle BT veya MR, kardiyovasküler konsültasyon, laboratuvar tetkikleri (kan biyokimyas›, anemi, polisitemi aranması›) istenir.

Sonuç olarak tüm tetkikler görme kaybını› izah edemez ise hastaya herhangi bir patoloji bulunmadığı› söylenir. Psikiyatri konsültasyonunun gerekli ve yararlı olabileceği bildirilmelidir.

KAYNAKÇA

1. Köz Ö, Aydın P. Fonksiyonel Görme Kayb›. Syf 229-237. In: Görme Alan› El Kitab›. Ed. Aydın P. Aksu Kitabevi 2005.
2. Walsh TJ. Neuro-Ophthalmology Clinical Signs and Symptoms. 1992. 3rd Ed. Leo-Febriger Philadelphia
3. Acaroglu G. Görme Yollar› Hastalıkları›. Syf 220-228. In: Görme Alan› El Kitab›. Ed. Aydın P. Aksu Kitabevi, ‹stanbul 2005.
4. Alp MN. Amsler ve klasik tanjant perdesi. Syf 38-41. In: Görme Alan› El Kitab›. Ed. Aydın P. Aksu Kitabevi 2005.
5. Rodier DW, Mayer DL, Fulton AB. Assessment of young amblyopes. Array vs. single picture acuities. Ophthalmology. 1985 Sep;92(9):1197-202
6. Dhellemmes SD, Vincent F, Arndt C, Drumare IB, Hache JC. Simplified electroretinography protocol and diagnosis of retinal dystrophies in Children. J Fr Ophthalmol. 1999 Apr;22(3):383-7. French.
7. Arden GB, Gucukoglu AG. Grating test of contrast sensitivity in patients with retrobulbar neuritis. Arch Ophthalmol. 1978 Sep;96(9):1626-9.
8. Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL. Otolaryngology. Volume 1. Basic Sciences and Related Principle. Third Ed. 1991 W.B. Saunders Company Harcourt Brace Jovanovich, Inc. pp 117.
9. May M, Schaitkin B. The Facial Nerve May's Second Ed. 2000 Thieme, New York, Stuttgart pp39. West ST, Rizzo JF 3rd, Balkwill MD, Wall C 3rd.
10. Optokinetic nystagmus as a measure of visual function in severely visually impaired patients. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2007 Oct;48(10):4542-8.
11. Morale SE, Jeffrey BG, Fawcett SL, Stager DR, Salomão SR, Berezovsky A, Lapa MC, Birch EE. Preschool Worth 4-Shape test: testability, reliability, and validity. J AAPOS. 2002 Aug;6(4):247-51.