

Pedriatrik Bir Hastada Postiktal Körlük

Postictal Blindness in a Pediatric Patient

Birce Dilge Taşkın*, Zeynep Selen Karalök, Alev Güven, Cahide Yılmaz, Ömer Bektaş, Aydan Değerliyurt

Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Bölümü, Ankara

ÖZET

Nöbet sonrası ortaya çıkan akut geçici görme kaybı, genellikle pediatrik yaş gurubunda görülen nadir komplikasyonlardan biridir. Postiktal kortikal körlükte pupil ışık refleksi alınır ve fundoskopik muayenede patolojik bulguya rastlanmaz. Postiktal kortikal körlük, Todd paralizisinin spesifik bir çeşidi olarak değerlendirilebilmektedir. Fakat postiktal kortikal körlük jeneralize nöbetler sonrasında görülürken, Todd paralizisi çoğunlukla parsiyel nöbetlerin ardından ortaya çıkar. Biz de, nadir olmakla beraber febril konvülsiyon sonrası geçici görme kaybının da ortaya çıkabileceğini vurgulamak istedik.

Postiktal görme kaybı olan pediatrik bir hastayı sunduk. Postiktal görme kaybı; ender olmakla beraber, febril konvülsiyon sonrasında da ortaya çıkabilen bir durumdur.

Anahtar Kelimeler: Kortikal körlük, postiktal körlük, oksipital serebral hipoksi

ABSTRACT

Acute transient postictal blindness is a rare complication of seizures which generally appears in pediatric age group. Normal pupillary reactions and fundoscopic examination are found in postictal cortical blindness. It has been reported as a specific kind of Todd's paralysis however, Todd's paralysis most commonly appears in patients suffering from focal seizures. On the other hand, postictal blindness follows generalized seizures. We report a case of the development of transient cortical blindness after febrile convulsion which occurs rarely. We report a pediatric patient who suffered from postictal blindness.

Postictal blindness can also occur after febrile convulsions which is very rare.

Key Words: Cortical blindness, postictal blindness, occipital cerebral hypoxia

Giriş

İktal veya postiktal akut geçici körlük, nöbetle ilişkili komplikasyonlar arasında nadir görülen durumlardan biridir. İzole epileptik görsel bulgular genellikle oksipital lob elektriksel aktivitesindeki anormallikten kaynaklanır (1). Akut gelişen görme kaybı genellikle bilateraldir ve retina, optik sinir ve oksipital lobdaki görme merkezine kadar bir çok alandaki patolojilere bağlı ortaya çıkabilir. Gözden, lateral genikulat nucleusa (LGN) kadar (retina, optik sinir, optik kiazma ve optic traktus) olan lezyonlar; anormal pupil ışık refleksi ve görme kaybına neden olurken, LGN'den oksipital lobdaki görme merkezine kadar olan lezyonlar ise; görme kaybına yol açarken pupil ışık refleksini etkilemezler (2). Postiktal gelişen hemianopsi, kısmi körlük gibi görsel bulgular çoğu zaman tanınal açıdan zorluk yaratmaktadır. Nöbet; migren ve iskemik olaylarla karışabilmektedir (3). Febril veya afebril nöbet sonrası ortaya çıkan kortikal

körlükte ışık refleksi alınır ve fundoskopik muayene normaldir. Postiktal körlük, Todd paralizisinin bir tipi olarak değerlendirilebilmekle beraber farklı özellikleri de sahiptir. Todd paralizisi sıklıkla fokal nöbetler sonrasında gelişir. Postiktal körlük ise jeneralize nöbet ve status epileptikus sonrasında ortaya çıkmaktadır. Görme kaybı bilateraldir ve saatler, günler hatta haftalar sürebilir. Bazen güç kaybı, işitme kaybı, afazi gibi ek nörolojik defisitler de eşlik edebilmektedir (4). Burada bu olgu ile, nadir görülen bir durum olan geçici postiktal körlüğün febril konvülsiyon sonrasında da ortaya çıkabileceği vurgulamak istenmiştir.

Olgu Sunumu

3 yaşında kız hasta, çocuk acil polikliniğine febril konvülsiyon şikayetiyle başvurdu. Mental ve motor gelişimi yaşlarıyla uyumlu olan, ilk defa

nöbet geçiren hastanın vücut sıcaklığı 40 °C'ydi. Hastanın nöbeti; gözlerde yukarı deviasyon, dişlerde kenetlenme, tüm vücutta tonik kasılma arkasından dört ekstremitede de klonik atımlar şeklinde jeneralize tonik klonik semiyolojiye sahip olup yaklaşık 10 dk sürmüştü. Fizik muayenesinde; orofarinks-tonsiller hiperemikti, nörolojik muayenesinde ise görme kaybı dışında patolojik bulgu yoktu. Fakat görme keskinliği değerlendirildiğinde; ışık refleksi ve persepsiyon-projeksiyon bilateral pozitif ancak parmak sayması mevcut değildi. Hastada bilateral tam görme kaybı mevcuttu. Akut faz reaktanları normal değerlerdeydi. Hastanın takibinde görme kaybı birinci saatin sonunda gerilemeyince çekilen kraniyal MR ve kraniyal difüzyon MR görüntülerinde patolojik bulgu saptanmadı. Başvurunun ikinci saatinde yapılan görme keskinliği muayenesinde hasta, 1 metreden parmak saymaya başladı. Çocuk acil polikliniğine başvurduktan sonraki 3. saatin sonunda hastanın bilateral tam görme kaybı tamamen geriledi. Sekiz saat gözlem sonrasında çocuk acil servisinden taburcu edildi. İki gün sonra kontrole gelen hastanın nörolojik ve oftalmolojik muayenesi tamamen doğal olarak saptandı. Hasta, enfeksiyon döneminde febril nöbet geçirdiği için ve akut dönemde çekilen EEG, anormallik açısından yanıltıcı olabileceğinden dolayı 10 gün sonra, hastanın enfeksiyonu gerilediğinde çekilen istirahat-uyku EEG'si normal olarak bulundu. İzleminde yapılan tekrarlayan göz muayeneleri normaldi, herhangi bir sekel saptanmadı.

Tartışma

Epilepsi, migren gibi birçok nörolojik hastalık sırasında görsel bulgular ortaya çıkabilmektedir. Işık çakmaları, parlak, renkli halkalar, noktalar gibi görsel halüsinasyonlar, hemianopsi gibi görme alanı defektleri ya da geçici tam görme kaybı bunlardan bazılarıdır (5). Geçici görme kaybı, çoğunlukla oksipital kaynaklı nöbetler sırasında ya da oksipital serebral korteks etkilenimi olan febril ya da afebril nöbet sonrasında postiktal olarak ortaya çıkmaktadır.

İktal ve postiktal geçici görme kaybı, 1976 yılında Kosnik ve ark. (6) tarafından epileptik aktivite sırasında ortaya çıkan hiperpolarizasyon mekanizması ile açıklanmıştır. Görme kaybı fokal nöbetlerle birliktelik göstermiş ve oksipital lobun epileptik aktivitesiyle ilişkilendirilmiştir. Bununla beraber jeneralize nöbet veya status epileptikus ile ilişkisi açıklanamamıştır (6). Olurin tarafından 1970 yılında yayınlanan çalışmada ise; postiktal

geçici körlüğün nedeninin intra-iktal anoksi olduğu vurgulanmıştır (7).

Literatürde bizim vakamıza benzer örnekler nadir olarak bulunmaktadır. Sadeh ve ark. (4) tarafından postiktal kortikal körlük görülen beş erişkin vaka bildirilmiştir. Görme kaybı, üç tanesinde bizim vakamızdaki gibi tamamen gerilerken, iki tanesinde sebat etmiştir. Özellikle bir olguda görme, bizim vakamızdaki gibi saatler içinde tamamen normale döndüğü bildirilmiştir. İktal körlük, daha çok oksipital lob epilepsilerine eşlik eder ve literatürde çocuk vakalar bildirilmiştir. 1988 yılında Jaffe ve Roach (8) tarafından 3 çocuk hastada oksipital epileptik deşarjlara eşlik eden iktal geçici görme kaybı tariflenmiştir. Zung ve Margalit (9) 1993 yılında iktal geçici körlük görülen, EEG'sinde de oksipital diken-dalgaların bulunduğu bir pediatrik vakadan bahsetmiştir. 1995 yılında Gilliam ve Wyllie (10) ise 7 çocuk hastada oksipital epileptik deşarjlara eşlik eden iktal geçici görme kaybı olduğunu belirtmiştir. Erişkin vakalarda tanımlanan postiktal körlükten farklı olarak pediatrik yaş gurubunda febril nöbet sonrası görülen postiktal körlüğe son derece az rastlanmaktadır ve literatürde bizim olgumuzdan önce sunulmuş sadece bir vaka bulunmaktadır. Ohta ve ark. (11) 2001 yılında, febril jeneralize klonik konvülsiyon sonrası 7. günde postiktal kortikal körlük saptanan 19 aylık bir kız olguyu literatüre eklemiştir Bizim vakamız da febril fakat jeneralize tonik-klonik nöbet geçirmişti. Postiktal körlük ise bizim olgumuzda, çok daha erken dönemde, hemen nöbetin akabinde izlendi ve saatler içinde de geriledi.

Sonuç olarak, iktal veya postiktal geçici körlüğün oksipital anormal deşarjlarla ilişkili olduğu, literatürde oksipital epilepsiye eşlik eden görme kaybı vakalarının birçok defa tanımlandığı fakat postiktal körlük olgularının daha nadir bildirildiğini görmekteyiz.

Biz bu vaka ile, nadir de olsa jeneralize tonik klonik nöbet sonrasında da görme kaybı ortaya çıkabileceğini, postiktal körlüğün sık rastlanan bir durum olan febril konvülsiyon sonrası da gerçekleşebileceğini ve sekel bırakmadan düzeleceğini vurgulamak istedik.

Kaynaklar

1. Shahar E, Barak S. Favorable Outcome of Epileptic Blindness in Children. J Child Neurol 2003; 18(1): 12-16.
2. Meekins JM. Acute Blindness. Topics in Compan An Med 2015; 30(3): 118-125.

3. Ghosh P, Motamedi G, Osborne B, Mora CA. Reversible Blindness: Simple Partial Seizures Presenting as Ictal and Postictal Hemianopsia. *J Neuroophthalmol* 2010; 30(3): 272-275.
4. Sadeh M, Goldhammer Y, Kuritsky A. Postictal blindness in adults *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1983; 46(6): 566-569.
5. Panayiotopoulos CP. Elementary visual hallucinations, blindness, and headache in idiopathic occipital epilepsy: differentiation from migraine. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999; 66(4): 536-540.
6. Kosnik E, Paulson GW, Laguna JF. Postiktal blindness. *Neurology* 1976; 26(3): 248-250.
7. Olurin O. Cortical blindness following violent convulsions and fever in Nigerian children. *Pediatrics* 1970; 46(1): 102-107.
8. Jaffe SJ, Roach ES. Transient cortical blindness with occipital lobe epilepsy. *J Clin Neuroophthalmol* 1988; 8(4): 221-224.
9. Zung A, Margalit D. Ictal cortical blindness: A case report and review of the literature. *Dev Med Child Neurol* 1993; 35:(10): 921-926.
10. Gilliam F, Wyllie E. Ictal amaurosis: MRI, EEG and clinical features. *Neurology* 1995; 45(8): 1619-1621.
11. Ohta H, Yamamoto H, Kojima N, Todo G, Nii M. A Case of Postictal Cortical Blindness Detected by Brain Perfusion SPECT. *Clin Nucl Med* 2001; 26(8): 279.