

# MONOKÜLER TEMPORAL HEMİANOPI

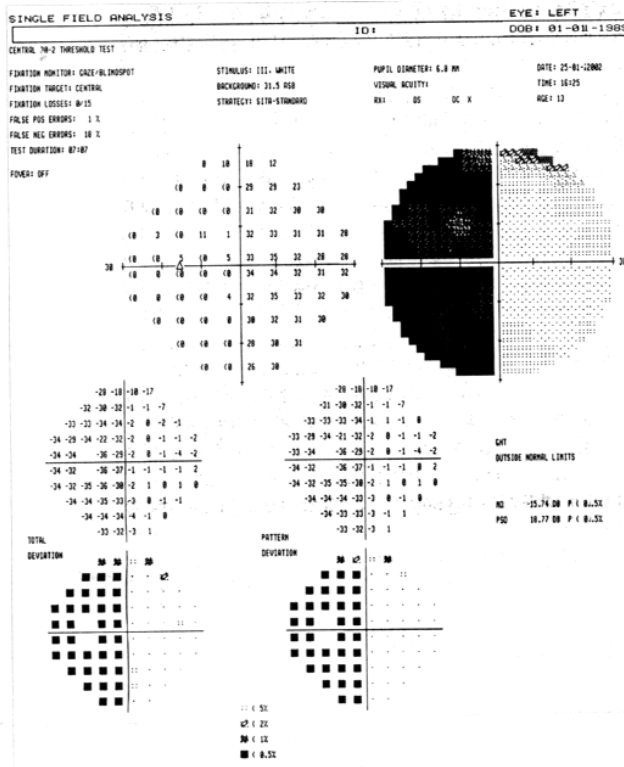
Gölge ACAROĞLU<sup>1</sup>, Orhan ZİLELİOĞLU<sup>2</sup>

## OLGU SUNUMU:

12 yaşında kız çocuğu, 1 hafta önce başlayan tek gözde yarım görme şikayetinin düzelmemesi üzerine merkezimize refere edildi. Bu süre zarfında yapılan otomatize statik görme alanında sol homonim hemianopi tespit edildiği, beyin manyetik rezonans görüntüleme-  
sinin (MRG) normal olduğu öğrenildi.

Nöro-oftalmolojik muayenede görme ve renkli görmesi normaldi. İzokorik ve normal reflekslere sahip pupillaları olduğu tespit edildi. Dilate gözdibi muayenesi normaldi. Görme alanı şekil 1A ve 1B'de görüldüğü gibi, sol homonim hemianopi şeklinde idi. Ek olarak başağrısı ve sol gözde ağrı şikayeti vardı.

Pediyatrik nörolog ile konsülte edilen hastada nörolojik muayene normal bulundu.



Lezyonun görüntülenebileceği bölgeler konusunda radyolog aydınlatılarak kiazmal bölge ve sol optik sinirin kiazma ile bileşim bölgesini gösterecek şekilde yeni bir MRG istendi, görüntülenemeyen bir lezyonun varlığı ekarte edilmek üzere EEG planlandı.

Ertesi gün hasta yeni ve yine normal MRG'si ile geldi. Bu sırada fonksiyonel bir görme alanı kaybı olasılığını kuvvetle düşündüğümüzden, hastaya, iki gözü açık olarak yeniden bir görme alanı testi yaptık. Binoküler görme alanında aynı defektin devam etmesi bu olasılığı kesinleştirdi (Şekil 2).

Hasta ile yalnız olarak konuşulduğunda bunun herhangi bir sıkıntısının dışı vurumu olabileceği, isterse kendisinin bunu aşabileceği söylendi. EEG'nin zor bir test olduğu, fakat aynı gün verilecek ilaçlara cevap alındığı takdirde buna gerek kalmayacağı belirtildi. Hastanın anne-babası ile ayrı bir odada görüşüldü. Parlak bir öğrenci olduğu, bu semptomu sayesinde öğretmen ve arkadaşlarının çok ilgisini çektiği öğrenildi. Hastaya saat başı damlatılmak üzere non-steroid anti-inflamatuvar

göz damlası ve oral vitamin kompleksi verildi. Desteklenerek iyileşmeye teşvik edilmesi önerildi.

Ertesi gün hasta daha iyi gördüğünü ifade ederek kontrole geldi ve yapılan görme alanında son gözdeki hemianopinin yalnızca temporal periferde non-spesifik bir defekt olarak kaldığı görüldü (Şekil 3). İyileşmenin başladığı söylenerek hasta evine gönderildi ve 2 hafta sonraki kontrolünde tamamen normal görme alanı bulguları elde edildi.

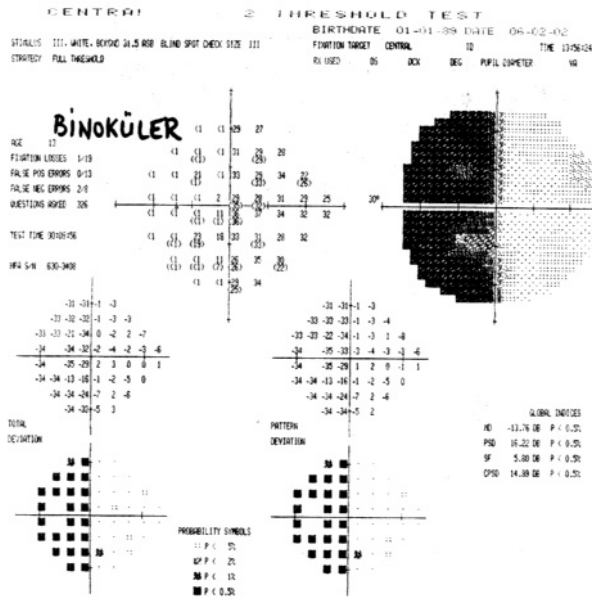
### TARTIŞMA:

Monoküler temporal hemianopi, ipsilateral optik sinirin kiazmaya komşu bölgesinde o göze ait nazal liflerin etkilendiği, fakat karşı taraftan gelen çaprazlaşan nazal liflerin etkilenmediği bir lezyonun varlığını gerektirir. Tam bu bölgedeki bir bası buna ek olarak relatif afferent pupilla defekti (RAPD) ve optik sinirde temporal solukluğa neden olabilir<sup>1</sup>. Hershenfeld ve ark.<sup>2</sup> 24 olgularının 19'unda, çoğunlukla hipofiz adenomu olmak üzere juxta-kiazmal lezyonlara rastladılar. Sadece 2 olguda görme alanı defekti fonksiyoneldi<sup>2</sup>.

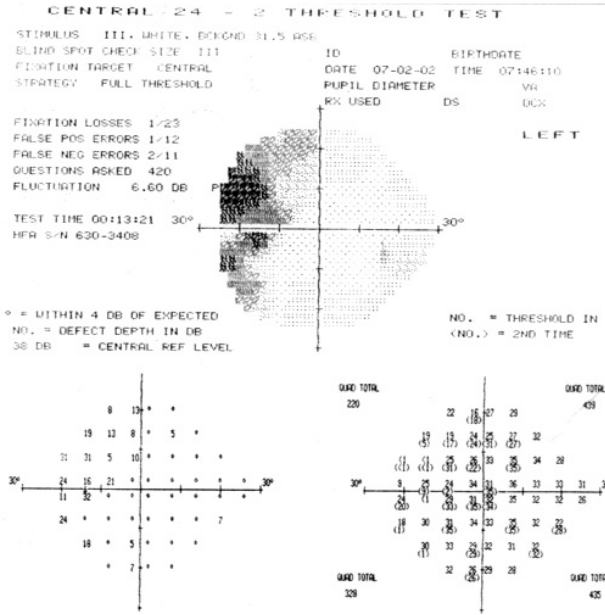
Bizim olgumuzda RAPD ve/veya optik atrofinin bulunmayışı ve kiazmal bölgenin normal görüntülenmiş olması ile; böyle bir görme alanı defekti oluşturacak yapısal bir lezyon olmadığı sonucuna varılmıştı. Yine de bu defektin fonksiyonel olduğunun kanıtlanması için binoküler simultane görme alanı testi yapıldı. Bu yöntem, bu ve benzeri fonksiyonel monoküleer görme alanı defektlerinin ayırıcı tanısında özellikle önerilmektedir<sup>3-4</sup>.

Gittinger ve ark.<sup>5</sup> aynı semptomla başvuran 4 erişkin hastada tanıyı bu yöntemle koymuş ve hastalarda baş ve göz ağrısı da bulunduğunu vurgulamıştır. Assi ve ark<sup>6</sup> da, 2 olgularının spontan düzelmesini rapor etmişlerdir.

Çocuklarda non-organik görsel yakınmalar



Şekil 2: Binoküler görme alanı



**Şekil 3:** Düzelen binoküler görme alanı

en çok 10 yaş civarı kızlarda rastlanmakta ve en sık olarak görme bulanıklığı, makropsi-mikropsi, daha az olarak da görme alanı daralmaları görülmektedir<sup>7</sup>. Görme alanında en sık yakınma "Tünel Görme" şeklindedir. Hemianopiler, özellikle monoküler hemianopi nadirdir<sup>8</sup>.

Otomatik statik perimetreler, bugünkü kullanımlarında görme alanı kayıplarının etiolojisi hakkında bilgi veremezler<sup>9</sup>. Bu hastalar tekrar tekrar aynı fonksiyonel defekti yaratabilmektedirler<sup>10</sup>.

Çocuklarda bu tür şikayetlerin temelinde genellikle anne-baba boşanması, okul başarısızlığı ve dikkat çekme isteği gibi psiko-sosyal sorunlar yatmaktadır<sup>11</sup>.

Catalano ve ark. bu çocuklarda baş ağrısı, diplopi, mikropsi gibi eşlik eden semptomların da bulunduğu dikkati çekmişlerdir. Semptomlar ne kadar ciddi olursa olsun, bu olgularda en etkin tedavinin hastaya güven vermek ve takip olduğunu, psikiyatrik yardımı nadiren gerekeceğini savunmuşlardır<sup>12</sup>.

Olayın yapısal bir bozukluğa bağlı olmadığı hastaya ve anne-babasına söylenmeli ve iyileşmenin kesin olacağı konusunda güven verilmelidir. Çocuk bunun üstesinden gelebileceği konusunda yüreklendirilmeli ve ancak kısa süreli bir taktikten sonra semptomlar gerilemediği takdirde psikiyatri kliniğine gönderilmelidir.

Biz hastamız ve ailesi ile ayrı ayrı uygun bir dille konuştuktan sonra tedavimizi kısa süreli bir plasebo uygulamasıyla destekledik. Hastanın semptomu 24 saat içinde belirgin olarak düzeldi ve 2 hafta içinde tamamen normale döndü.

Sonuç olarak bu ilginç olgu bizlere, çocukların bu tür spesifik bir görme alanı defektini bile yaratabileceğini göstermiş ve tanıda izlenecek doğru yolun ne olması gerektiğini hatırlatmıştır. Monoküler homonim hemianopinin varlığında RAPD olmaması ve normal MRG bizi ilk muayenede binoküler simultane görme alanı testi yapmaya yöneltmeliydi.

#### REFERANSLAR:

1. Hedges TR, Friedman D, Horton J, Newman SA, Striph GG, Kay MC. (eds) The sensory visual system, in Basic and Clinical Science Course 1999-2000, American Academy of Ophthalmology, Section 5, p 55.
2. Hershenfeld SA, Sharpe JA. Monocular temporal hemianopia. Br J Ophthalmol 1993 Jul; 77(7): 424-7.
3. Miller NR, James RK. Neuro-ophthalmologic manifestations of nonorganic disease, in Miller NR, Newman NJ (eds): Walsh & Hoyt's Clinical Neuro-Ophthalmology, Vol 5 Baltimore, Williams & Wilkins, 1998, ed 5, p1775.
4. Martin TJ. Treshold perimetry of each eye with both eyes open in patients with monocular functional (nonorganic) and organic vision loss. Am J Ophthalmol 1998 Jun; 125(6): 857-64.
5. Gittinger JW Jr. Functional monocular temporal hemianopsia. Am J Ophthalmol 1986 15; 101(2):

- 226-31.
6. Assi A, Brazier DJ. Functional hemianopias on Humphrey visual field analysis. *Acta Ophthalmol Scand* 1998; 76(5): 620-2.
  7. Taylor D. Non-organic ocular disorders, in Taylor D: *Pediatric Ophthalmology, Section 5*. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1990, p 518.
  8. Taylor D. Non-organic ocular disorders, in Taylor D: *Pediatric Ophthalmology, Section 5*. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1990, p 522.
  9. Smith TJ, Baker RS. Perimetric findings in functional disorders using automated techniques. *Ophthalmology* 1987; 94(12): 1562-6.
  10. Miller NR, James RK. Neuro-ophthalmologic manifestations of nonorganic disease, in Miller NR, Newman NJ (eds): *Walsh & Hoyt's Clinical Neuro-Ophthalmology, Vol 5* Baltimore, Williams & Wilkins, 1998, ed 5, p 1777.
  11. Keltner JL, May WN, Johnson CA, Post RB. The California syndrome. Functional visual complaints with potential economic impact. *Ophthalmology* 1985; 92(3): 427-35.
  12. Catalano RA, Simon JW, Krohel GB, Rosenberg PN. Functional visual loss in children. *Ophthalmology* 1986; 93(3): 385-90.
  13. Taylor D. Non-organic ocular disorders, in Taylor D: *Pediatric Ophthalmology, Section 5*. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1990, p 523.