

GÖRME AGNOZİSİ İLE SEYREDEN BİR OKSİPİTAL İNFARKT OLGUSU*

Dr.Gülten Tunalı**

ÖZET

Bu yazıda, görme agnozisi, aleksi ve kompleks görme halüsinasyonları olan bir vaka sunuldu. Bu vakada BT sol tarafta posterior temporal loba da yayılan oksipital infarktın varlığını gösterdi. Görme agnozisindeki muhtemel mekanizma literatür bilgisi ışığında tartışıldı.

SUMMARY

A CASE WITH VISUAL AGNOSIA DUE TO OCCIPITAL INFARCT

In this paper, a case who had visual agnosia, alexia and complex visual halusions was presented. CT scan showed left occipital infarct which also involved posterior temporal lobe. The propable mechanism of visual agnosia was discussed in wiew of the literature.

Key words: Visual agnosia.

Anahtar kelimeler:

Görsel obje agnozisi spesifik nöropatolojik bir sendrom olup bu rahatsızlıkta hasta kendisine gösterilen objeleri gördüğü halde onun özelliklerini ve fonksiyonunu değerlendiremez, yani onu tanıyamaz. Objeyi isimlendiremediği gibi onun ne amaçla kullanıldığını bilemez ve daha önce görüp görmediğini de hatırlayamaz. Fakat dokunarak objeyi

* Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fak. Nöroloji Anabilim Dalı çalışmalarından.

** Ondokuz Mayıs Univ. Tıp Fak. Nöroloji Anabilim Dalı Profesörü.

tanır ve fonksiyonunu bilir. Görme agnozisi son derece nadir bir durumdur^{1,2}.

Biz bu yazımızda, kliniğimizde yatırılarak tedavi edilen, görme agnozisi ve kompleks görme halüsinasyonları olan ve BT ile sol oksipito-temporal infarkt saptadığımız bir vakamızı sunmak ve görme agnozisi ile ilgili literatür bilgisini gözden geçirmek istedik.

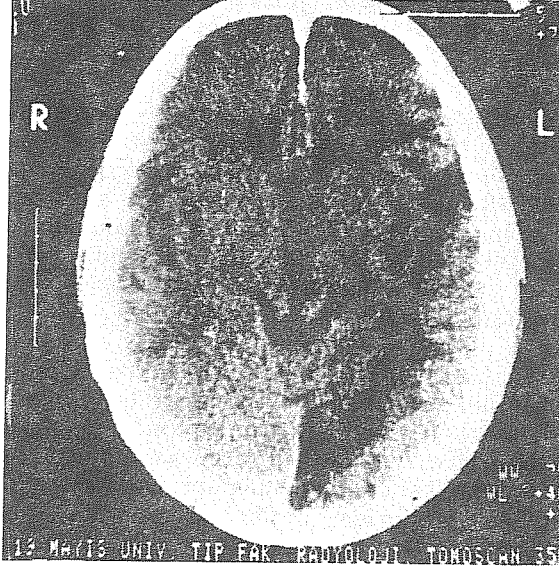
Vaka Takdimi

55 yaşında emekli erkek hasta başağrısı, bulanık görme ve denge kusuru yakınmalarıyla kliniğimize başvurdu. Kendisi farkında olmamasına rağmen yürürken etrafındaki objelere çarptığı için yakınları görme ile ilgili bir sorunu olduğunu anlamışlar ve bir nöroloji uzmanına götürmüşler. Tansiyonu 240/100 mmHg bulunmuş ve hastaya regerton verilmiş. Yapılan LP bulguları normalmiş. Daha ileri tetkikler için kliniğimize gönderilen hastanın dört sene önce myokard enfarktüsü geçirdiği, üç-dört yıldan beri tansiyonunun yüksek olduğu, günde varım paket sigara içtiği, babası ile kız kardeşinin enfarktüsden annesinde yüksek tansiyon ve felç olduğu öğrenildi. Hipertansiyon (200/120 mmHg) dışında genel fizik muayene bulguları normal olan hastanın nörolojik muayenesinde, bilinci açık oryantasyonu ve kooperasyonu iyi ve konuşması normaldi. Hasta kitap ve gazete okuyamıyordu (aleksi) ve yazması ile derecede bozuktuktu (disgrafi). Objeleri isimlendiremiyor ve fonksiyonlarını söyleyemiyordu (görme agnozisi). Fakat objeleri dokunarak tanıyabiliyordu. Hastamızın mental fonksiyonları sağlamdı ve apraksi saptanmadı. Gözdibi muayenesinde birinci devre hipertansif retinopati bulguları vardı. Görme alanı muayenesinde sağ homonim hemianopsi saptandı. Diğer kranial sinirlerin muayenesi ile motor sistem ve hissiyet muayeneleri normaldi.

Laboratuvar bulguları: Rutin kan ve idrar tetkikleri hiperlipidemi dışında normaldi. Telegrafide aortta kalsifiye atherom plağı, EKG'de eski anteroseptal myokard enfarktüsü ve ön duvar myokard iskemisi bulguları vardı. Çekilen BT'de sol oksipital lobda muhtemelen temporal lobun arka kısımlarına da uzanan ve kontrast madde tutmayan hipodens alan vardı (Resim). Hastada posterior serebral arter tıkanmasına bağlı infarkt düşünüldü. Antihipertansif ve antiagregan teavi uygulandı. Hastanın 3-4 gün süreyle görme halüsinasyonları (kendisine saldırmaya hazırlanan vahşi hayvanlar görüyordu) ve ajitasyonu oldu. Bunun üzerine tedaviye Norodol ve akineton eklendi. Hastanın ajitasyonu kayboldu. Daha sonra kontrole gelmesi önerilerek taburcu edildi.

TARTIŞMA

Literatürde görme agnozisi ile seyreden olgular tanımlanmışsa da bunların çoğunda afazi, apraksi ve demans gibi başka bulgular da tabloya eşlik etmektedir. Saf görme agnozisi son derece nadir bir



Resim: Vakamızda kranial BT tetkiki. Sol oksipital lobda temporal lobun arka kısmına uzanan hipodens lezyonun varlığı görülmektedir.

durum olup retrospektif bir çalışma tek taraflı serebral lezyonu olan dörtüzdenden fazla hastanın yalnızca bir tanesinde görme agnozisi bulunduğunu ortaya koymuştur³.

Lissauer 1890 yılında görme agnozisi olan bir hasta sunmuş ve görme agnozisini aperseptif (apperceptive) ve assosiyatif (associative) olmak üzere iki gruba ayrılabilirliğini bildirmiştir. Aperseptif agnozide objenin tanınması ve diğer objelere kıyasla farklarının ortaya konması mümkün olmamaktadır. Bu bozukluğu ortaya koymak için hastadan objenin görüntüsünü tanımlaması, şeklini çizmesi ve benzerleri arasında o objeyi tanıması istenir. Assosiyatif agnozide görme ile ilgili bellek bozukluğu sonucu hasta objeyi ve rengini tanıyamaz. Bunlardan aperseptif agnozisin sağ tarafı tutan lezyonlarda, assosiyatif agnozisin ise sol tarafı tutan lezyonlarda ortaya çıktığı bildirilmiştir².

Hernekadar görme agnozisine neden olan lezyonun yeri konusunda fikir birliği yoksa da otörlerin çoğunluğunun birleştiği ortak nokta, sağ tarafı tutan lezyonlarda figuratif resim ve çehre agnozisi ile mekan agnozisi, dominant hemisferi tutan lezyonlarda ise obje ve renk agnozisinin ortaya çıktığı şeklindedir^{2,4}.

Assosiyatif visüel agnozisin hangi patofizyolojik mekanizma ile ortaya çıktığı yeterince açıklanmış değildir. Rubens ve Benson⁵ görme agnozisini visüel-verbal diskonneksiyon sendromu ile açıklarken, Taylor

ve Warrington⁶ visüel-verbal diskonneksiyonun yeterli olmadığını yalnızca verbal değil bütün bağlantıların kesildiğini ileri sürmektedirler.

Görme agnozisi sol posterior serebral arter tıkanması sonucu gelişen sol oksipital lob ve splenium infarktı ile açıklanmak istenmiştir. Buna göre sol oksipital infarkt sonucu sağ homonim hemianopsi geliştiğinden sol hemisferdeki konuşma merkezinin aktivasyonu için gerekli görsel bilgiler (visüel bilgi) kendi içinden değil karşı taraf serebral hemisferdeki oksipital lobdan gelmelidir. Ancak sol posterior arter tıkanması gelişen splenium lezyonu bunu engeller ve hasta gördüğü objeleri tanıyamaz⁷.

Görme agnozisi, aleksi ve disgrafi bulguları olan ve sunduğumuz vaka ile yakın klinik benzerlikler gösteren bir vakanın MRI (magnetic resonance imaging) ile tetkikinde sol oksipital lobda temporal lobun arka bölgelerine yayılan infarkt saptanmıştır. Splenium dahil olmak üzere korpus kallozumun sağlam kalması görme agnozisinin ortaya çıkışında hemisferler arasındaki diskonneksiyon görüşü ile ters düşmektedir⁸.

Sunduğumuz vakada kognitif fonksiyon bozukluğu ile kommunikasyon bozukluğu yoktur. Esasen görme agnozisinden bahsedilmek için hastada afazi ve demans bulgularının bulunmaması gerekmektedir³. Hastamızda yapılan BT tetkiki sol hemisferin oksipital lobunda temporal lobun arka bölgelerine yayılan infarktın varlığını ortaya koymuştur. Bu bulgu obje agnozisinin dominant hemisferin arka bölgelerinin (oksipital lob ile temporal lobun arka tarafı) lezyonuna bağlı olarak ortaya çıktığı görüşünü desteklemektedir.

KAYNAKLAR

1. Rander MB and Feldman M. The so-called "visual agnosias". **Brain** 95: 175-186, 1972.
2. De Renzi E, Scotti G and Spinnler H. Perceptual and associative disorders of visual recognition: relationship to the side of the cerebral lesion. **Neurology** 19: 634-642, 1969.
3. Albert ML, Rechs AR and Silverberg R. Associative visual agnosia without alexia. **Neurology** 25: 322-326, 1975.
4. Whiteley AM and Warrington AK. Prosopagnosia: a clinical, psychological and anatomic study of three patients. **J Neurol Neurosurg Psychiatr** 40: 395-403, 1977.
5. Rubens A and Benson DF. Associative visual agnosias. **Arch Neurol** 24: 305-316, 1971.

6. Taylor A and Warrington E. Visual agnosia: a single case report. *Cortex* 7: 152-161, 1971.
7. Adams RD and Victor M. **Neurological Disorders Caused by Lesions in Particular Parts of the Cerebrum: Principles Neurology**, Second Edition. Mc Graw Hill Company, 1981, pp 312-320.
8. Mc Carthy RA, Warrington EK. Visual associative agnosia: a clinico-anatomical study of single case. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 49: 1233-1240, 1986.

