

Bir Vak'a Nedeniyle Kortikal Körlük

UFUK DEMİROĞLU ^{a)}, ZEKİ SÜREL ^{b)}, NEDİM ZEMBİLCİ ^{b)},
ŞEMSİ GÖK ^{b)}

^{a)} Adli Tıp Kurumu, İstanbul, Türkiye

^{b)} İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,
Göz Hastalıkları, Nöroloji ve Adli Tıp Anabilim Dalları,
Adli Tıp Enstitüsü ve Adli Tıp Kurumu, İstanbul, Türkiye

A CASE REPORT OF CORTICAL BLINDNESS

Summary

Damage of 17th Brodman area in the *area striata* of the occipital cortex due to traumatic, neoplastic, inflammatory, vascular and toxic lesions causes cortical blindness.

In this subject, clinical findings, diagnostic survey, treatment and prognosis of cortical blindness following atrium perforation and cardiac arrest is discussed.

Keywords : *Damage of 17th Brodman area - Cortical blindness - BBT*

Özet

Görme merkezinin bulunduğu oksipital korteks *area striata*'sındaki 17. *Brodman* alanının travmatik, neoplazik, inflammatuar, vasküler ve toksik nedenlerle harabiyeti sonucu gelişen körlüğe *kortikal körlük* denir.

Bu yazıda klinik bulgular, tanısal çalışmalar, tedâvi ve prognoz açısından, atrium perforasyonu ve kardiak arrest sonrası gelişen kortikal körlük tartışılmıştır.

GİRİŞ

Göz küresi, görme yolları ve kiazmanın sağlam olduğu zamanlarda, her iki lobu tutan oksipital korteks lezyonlarında körlük oluşabilir, bu duruma «*kortikal körlük*» denir. Görme fonksiyonlarının ilk reseptörü oksipital korteksin *area striata*'sında lokalizedir (17. *Brodman* alanı). Bu alanın uyarılması, belli bir şekil olmadan ışık algılanmasına sebep olur; bu alanın iki taraflı harabiyeti tam körlük ile sonuçlanır.

Hasta, periferik körlükteki gibi karanlığa gömülmemiş olmasına rağmen etrafındaki hiçbir şeyi görmez. Kortikal körlüğün şaşırtıcı bir özelliği de hastanın körlüğünün farkında olmamasıdır (*anosognosia*); körlüğüne karşı kördür (*Anton belirtisi*).

Klâsik semptomlar şunlardır :

- 1 — Körlük,
- 2 — Pupilla ışık refleksinin sağlam kalması,
- 3 — Normal oftalmoskopik tablo.

Daha az spesifik belirtiler ise :

- 1 — Kortikal irritasyona bağlı şekilsiz görme halüsinasyonları,
- 2 — Visuo-motor semptomlar, psiko-optik reflekslerin kaybı (fiksasyon ve refleksiyon, füzyon, visual göz kırpma, akomodasyon ve konverjans refleksleri). Optokinetik nistagmusun yokluğu tipik bulgudur. Optik traktus ve radyasyon lezyonlarında bu reaksiyon sağlamdır.
- 3 — Birlikte görülen mental belirtiler, anosognozi, agnozi, apati, idrak kaybı ve diğer mental bozukluklardır (1-3).

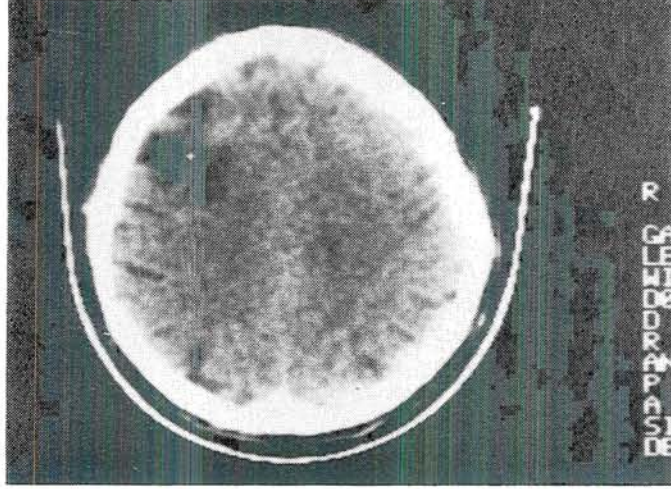
Alt görme yolu lezyonları, visual agnozi, histeri ve simülasyondan ayırd edilmelidir.

OLGU

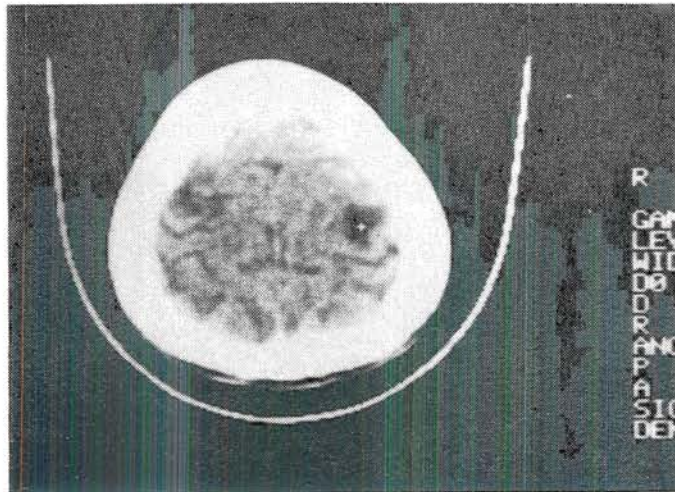
15 yaşında, erkek hasta. Sol hemitoraksta 5. kot aralığında 1 cm çapında kesici âlet yarası tanısıyla ameliyata alınıyor; yaranın perikarda ve sol atriuma nâfiz olduğu görülüyor. Bu arada kalb duruyor, gerekli masaj ve adrenalın injeksiyonu ile kalb yeniden çalıştırılıyor. Hasta, postoperatif ikinci gün görmediğini ifade ediyor, elli gün sonra yapılan muayenesinde sağ göz görmesi 1.5 m'den parmak sayma derecesinde, sol göz görmesi 75 cm'den parmak sayma derecesinde, her iki ön ve arka segment muayeneleri normal bulunarak *toksik ambliyopi* düşünülüyor.

Olaydan bir sene sonra Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göz Hastahkları Anabilim Dalı'nda yapılan muayenesinde, her iki göz görmesi 2 m'den parmak sayma derecesinde, sağ gözdibi normal, sol temporalde papilla kenarı koroidozu mevcut, pupilla ışık reaksiyonları pozitif, elektroretinografik (ERG) muayenesinde fotopik, skotopik ve maküler cevaplar ile görme alanı normal bulundu. Olaydan dört sene sonra, aynı Fakülte'nin Nöroloji Anabilim Dalı'nda yapılan muayenesinde, sağ üst ekstremitede *VTR* (*Verter Tendon Refleksi*) canlılığı ve monoparezi (3/4 oranında) tesbit edildi. Yapılan Bilgisayarlı Beyin Tomografisi'nde (*BBT*), supratentorial, sağ frontopariyetalde ve oksipitalde, sol hemisferde parietal lob üst konveksitede korteksi tutan keskin kenarlı hipodans alanlar saptandı, konveksite sulkusları belirgin, ventriküller sistem geniş, orta hat oluşumları normal bulundu; her iki hemisferde korteks alanlarını tutan lezyonların morfolojik görünümünün çok sayıda atrofik alana uymakta olduğu, ayrıca kortikal ve santral atrofi bulunduğu görüldü (Resim 1 - 4).





Resim 3



Resim 4

TARTIŞMA

Moya moya hastalığı, serebral venöz tromboz gibi hastalıklarda kortikal körlük tarif edilmiş ve *BBT* ile kanıtlanmıştır (4, 5). Vertebral anjiyografi gibi muayenelerden sonra da kortikal körlük gelişebildiği gösterilmiştir (6). Kardiyak arrest nedeniyle gelişen akut serebral anoksi sonrası da kortikal körlük tarif edilmiştir (7). *Moel* (8) 1978 yılında, hemodializden sonra, daha önce bir hemodializ komplikasyonu olarak tarif edilmemiş olan, kortikal körlüğü tesbit etmiştir. Arteria subklavia kateterizasyonu sonrası ve hidrosefalus'ta da kortikal körlük bildirilmiştir (9, 10).

Bizim olgumuzda, kesici âletle yaralanma ile oluşan atrium perforasyonu ve kardiyak arrest sonrası gelişen kortikal körlük tesbit edildi ve *BBT* muayenesiyle kanıtlandı. *BBT*, ilk kez 1973'de intrakraniyal kitlelerin gösterilmesinde kullanılarak klinik uygulamaya sokulmuştur (11). *VER* (*Visually Evoked Response*) ve optokinetik nistagmus bakamamıza rağmen, *BBT* muayenesinde oksipital korteks atrofisinin bulunması tanıya yardımcı olmuştur.

SONUÇ

Olguda, atrium yırtılması ve kalb durmasından sonra görme kaybı bulunması, glob ve eklerinin normal, pupilla ışık refleksinin pozitif, *ERG*'nin normal olması kortikal körlüğü düşündürmüştü, *BBT* muayenesi tanıyı kanıtlamıştır.

Bu yöntemle tesbit edilen kortikal körlük olgusunu, Türk Literatürü'nde ilk olması nedeniyle yayınlamayı uygun bulduk.

KAYNAKLAR

- 1 — Tepperberg, J. (1977) *J. Pediatr.*, **91**, 434-436.
- 2 — Duke-Elder, S. (1974) *System of Ophthalmology*, Vol. XII, pp. 489-503, H. Kimpton, London.
- 3 — Walsh, F.B. (1932) *Clinical Neuro-ophthalmology*, p. 54, Williams and Wilkins Co., Baltimore.
- 4 — Schrager, G.O. (1977) *Pediatrics*, **60**, 33-37.
- 5 — Monterio, M.L. (1984) *Arch. Neurol.*, **41**, 1300-1301.
- 6 — Ritter, G. (1976) *Radiologie*, **16**, 424-426.