

OLGU SUNUMU

GLOKOM TANISI İLE TAKİP EDİLEN HASTADA HİPOFİZ ADENOMU TESPİTİ

DIAGNOSIS OF A PITUITARY ADENOMA IN ONE GLAUCOMA FOLLOW-UP PATIENT

Sultan KAYA ÜNSAL

Özel Kartalmed Göz Hastalıkları Hastanesi, Kartal, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Bilateral glokom tanısı ile izlenen hasta kontrol amacıyla göz polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde başka bir hastalığı olmayan hastanın göz içi basıncı her iki gözde dorzolomid timolol kombinasyonu ile 10 mmHg olarak tespit edildi. Her iki gözünün de görme keskinliği snellen eşeli ile 0,3 düzeyindeydi. Gonyoskopide her iki göz de açık açı izlenirken, psödoexfoliasyon izlenmedi. Arka segmentte ise her iki papillada solukluk tespit edildi. Papilladaki diffüz solukluğa çukurluk eşlik etmediği görüldü. Bu bulgularla glokom tanısından uzaklaşıp intrakranial patolojiden şüphelenildi. Hastadan görme alanı ve kranial MR istendi. Kranial MR'da 12x9 mm boyutlarında hipofiz adenomu, görme alanında konsantrik daralma tespit edildi ve hasta intrakranial cerrahiye yönlendirildi. Bu bulgular sonrası antiglokomatöz ilacı kesildi. Glokom tanısı koyulurken veya takibi sırasında mutlaka papilla çok iyi incelenmeli intrakranial kitleler akla getirilmeli ve atlanmamalıdır

Anahtar Kelimeler: Glokom, hipofiz adenomu, optik sinir başı

Çalışma 46. TOD Ulusal Kongresinde (16-21 Ekim, 2012, Antalya) poster olarak sunulmuştur

Yazışma Adresi;

Uz Dr Sultan Kaya Ünsal
Petrol İş Mah. Üsküdar Cad.
Besimpaşa Sok NO:1 Kartal/İstanbul
Telefon: 0 505 234 1048
e-posta: sultankaya@yahoo.com

SUMMARY

The patient under bilateral glaucoma follow-up admitted to our clinic for routine control. The medical history of the patient was unremarkable, and his intraocular pressure was measured as 10 mmHg in both eyes with a combination of dorzolamide/timolol. Visual acuity was 0.3 on the Snellen Scale in both eyes. Slit lamp examination revealed bilateral nuclear cataracts in the anterior segment. Open-angle was detected in both eyes on gonioscopy, but pseudoexfoliation was not observed. Pallor was detected in the posterior segment of both papillas. It was observed that optic disc cupping did not accompany to diffuse pallor. On the basis of these findings, the diagnosis of glaucoma was abandoned but intracranial pathology was suspected. Visual field and cranial MRI were planned. Cranial MRI demonstrated 12x9 mm pituitary adenoma, and concentric visual field constriction and the patient was referred to intracranial surgery. Based on these results, anti-glaucoma medication was stopped. Consequently, papilla should be carefully examined and intracranial masses should be considered during the diagnosis and follow-up.

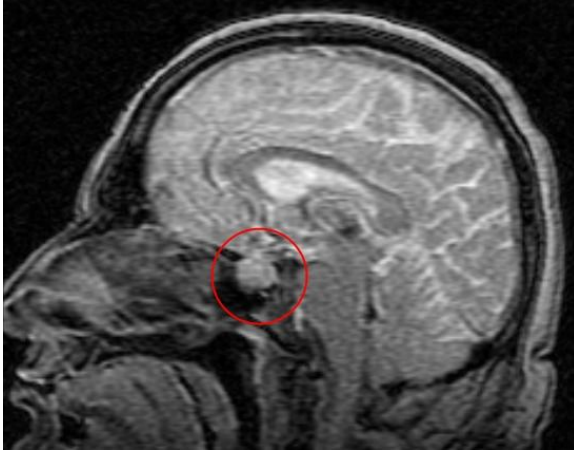
Key Words: Glaucoma, pituitary adenoma, optic nerve head

GİRİŞ

Glokomatöz optik nöropati tipik olarak optik sinirin nöroretinal riminde kayıp, optik diskte çukurluk, disk hemorajileri, peripapiller koroidal atrofi, retinal arteriollerin çapında incelleme ve/veya lokal retinal sinir tabakası kaybı ile karakterizedir.(1-3) Tersine birçok glokomatöz olmayan optik nöropatide ise nöroretinal rim tipik olarak büyüyerek soluklaşır fakat optik dışta çukurlaşma veya koryoretinal atrofi gelişimi görülmez. Glokomatöz optik nöropatide ve non glokomatöz optik sinir hasarında da retinal arteriollerde incelleme ve retina sinir lifinde kayıp görülür.(4-6) Bu bulguların yanında geniş perisellar tümörler optik disk başında glokom benzeri görüntü oluşturabilmektedir. Bu tümörler, serbest serebrosipinal sıvının orbitaya geçişini engellemeleri nedeniyle retrolaminar düşük sıvı basıncına neden olarak translaminar basıncı arttırmaktadır. Bu nedenle translaminar basınç artışı optik diskte çukurluk ve solukluğa yol açabilirler. Benzer bir mekanizma düşünülen normotansif glokom hastalarında da intrakranial kitleyi ekarte etmek için nöroradyolojik inceleme yapılabilir.(3) Bu çalışmada optik disk bulgularının daha detaylı incelenmesiyle glokom tanısından uzaklaşılabilir ve intrakranial kitle tespit edilen bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

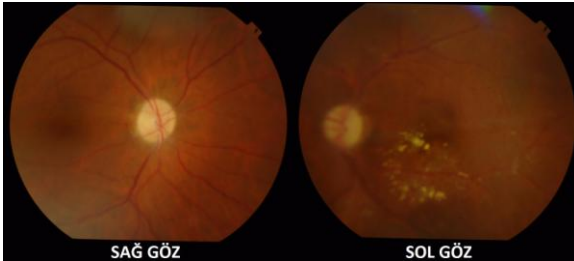
55 yaşındaki erkek hasta 27 Ağustos 2010 tarihinde Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi göz polikliniğine 3 yıldır çeşitli merkezlerde tedavi gördüğü glokom hastalığının takibi için başvurdu. Yapılan muayenesinde görme keskinlikleri otomatik chart projektörde (Huvitz-3300 Huvitz Co. Ltd, Kore Cumhuriyeti) alındı. Her iki tarafta Görme keskinlikleri Snellen eşeli ile 0.3 düzeyinde tespit edildi. Biyomikroskopik muayenesinde ön segmentte bilateral nükleer katarakt mevcuttu fakat pseudoexfoliasyon izlenmedi. Arka segmentte ise her iki papillada belirgin solukluk tespit edildi. Papillanın cup disk (c/d) oranının her iki gözde 3/10 olduğu; diffüz solukluğa çukurlaşmanın eşlik etmediği ve primer atrofi görülmünde olduğu görüldü. Gonyoskopik muayenesinde tüm kadrantlarda açının açık olduğu ve pigmentasyon olmadığı izlendi. Dorzolamid timolol kombinasyonu kullanan hastanın göz içi basıncı Applanasyon tonometresi ile her iki gözde 10 mmHg ölçüldü. Pakimetrik ölçümü ise sağ gözde 545µm, sol göz ise 540 µm idi. Yapılan sistemik sorgulamasında sistemik hastalığının olmadığı sadece ara ara baş ağrılarının olduğu ve göze yansıdığı öğrenildi.



Resim 1: Beyin MR'ında hipofiz adenomunun görüntüsü

Bu bulgularla intrakranial patolojide düşünülen hastadan görme alanı ve nöroloji konsültasyonu istendi. Görme alanında bilateral konsatrik daralma olan hastanın, nörolojik muayene sonucu çekilen kranial MR'ında 12x9 mm boyutlarında hipofiz adenomu tespit edildi ve Resim 1'de gösterildi.

Bu bulgularla anti glokomatöz ilacı kesilen hasta beyin cerrahisine yönlendirildi. 29 Eylül 2010 tarihinde hasta intrakranial cerrahi geçirdi. Devam eden takiplerinde Haziran 2011'de çekilen kontrol görme alanında konsatrik daralma devam ediyordu. Hasta 2011 Eylül ayı içerisinde de her iki gözünden katarakt operasyonu geçirdi ve sonrasında sol gözde kistoid makuler ödem gelişti. Kistoid ödem için gerekli tedavileri uygulandı.



Resim 2: Her iki gözün fundus görüntüsü

Haziran 2012'de yapılan muayenesinde hastanın Snellen eşelinde sağ göz görme keskinliği 0,8, sol göz

görme keskinliği 0,4 düzeyinde tespit edildi. İlaçsız göz içi basınçları sağ gözde 17 mmHg, sol gözde 15 mmHg olarak ölçüldü. Biyomikroskopik muayenede her iki gözü psödo-fak olan hastanın, fundus muayenesinde her iki papillası soluk ve c/d oranının 3/10 olarak devam ettiği izlendi. Ayrıca sol gözde kistoid makula ödemi devam ettiği gözlemlendi. Her iki gözün fundus fotoğrafları Resim 2'de gösterilmiştir.

Mayıs 2012'de son çekilen kranial MR'ında nüks izlenmeyen hasta, nöroşiruji ve göz hastalıkları birimlerindeki kontrollerine düzenli devam etmektedir.

TARTIŞMA

Glokom tanısı koyarken optik disk incelenmesi en önemli basamaklardan biridir. Glokomatöz disk çukurluğunu non glokomatözden klinik olarak ayırmak oldukça güçtür.(7) Optik disk görünümündeki çukurlaşma ve soluk luğa eşlik eden göz içi basınç yüksekliği ve görme alanı defektleri tanımızı desteklerken; retina sinir lifi kalınlığının ölçümü hasarın derecesini bize göstermektedir. Hasar derece sinin gözle görünür hale gelmesi tedavinin gecikmeden başlatılması gerektiğini ortaya koyar. Bunun yanında sadece soluklaşmanın olduğu, nöroretinal rimin incelmediği ve göz içi basıncının normal ölçüldüğü vakalarda normotansif glokom tanısı koyulmadan önce mutlaka nöro radyolojik inceleme yapılarak intrakranial kitle olup olmadığı araştırılmalıdır.

Trobe ve arkadaşları nöroretinal rimin soluklaşmasının %94 nonglokomatöz çukurlaşma için spesifik olduğunu ve nöroretinal rimin fokal veya diffüz incelmesinin glokomatöz çukurlaşma için %87 spesifik olduğunu bildirmişlerdir.(8) Fakat sadece fundus kopik karakterler genellikle subjektiftir ve tanımlanması zordur.

Greenfield ve arkadaşları glokomu olan gözlerde nöroretinal rim

solukluğunun önemli derecede az ve c/d oranının daha geniş, peripapiller atrofi ve papiller hemoraji oranının yüksek olduğunu, 70 yaş üzeri kadınlarda daha sık görüldüğünü ve görme keskinliğinin daha düşük olduğunu bildirmişlerdir.(7) Aynı çalışmada non glokomatöz optik sinir hasarı bulunan gözlerde solukluğun daha ön planda olduğunu, 50 yaş civarı erkek hastalarda görüldüğünü ve görme derecesinin iyi olduğu bildirmişlerdir. Bizim olgumuz 55 yaşında erkek ve optik diskinde solukluğun ön planda olması nede niyle non glokomatöz disk hasa rına uygun özellikler göstermektedir. Bu nedenle koyulan normotansif glokom tanısı optik disk görünümünü açıkla madiğı için intrakranial kitle araştırılmasına başlanmıştır.

Glokom benzeri optik disk görünümü tümörün lokalizasyonu ve büyüklüğü ile alakalıdır. Daha büyük ve optik sinire daha yakın olan tümörler glokom benzeri optik disk görünümüne daha fazla neden olmaktadır.(3) Birçok çalışma normotansif glokom tanısı koyulan olgularda intrakranial tümör bulunduğunu bildirmiştir. (3,9,10) Bizim olgumuzda ise intra kranial patoloji düşünülerek yapılan nöroradyolojik görüntüleme sonucun da tüm sellayı dolduran hipofiz makroadenomu tespit edildi. Papilla görünümü ise Qu Y ve ark (3) yaptığı çalışmada bildirdiklerinin tersine non glokomatöz özellikteydi.

Glokom hastalarının görme alanı defektleri genellikle horizontal meridyen hizasındadır. Prekiazmal optik sinir kompresyonu sonrası oluşan görme alanı defektleri ise (diffüz depresyon, konsantrik daralma, kör nokta genişlemesi ve santral depresyon) daha az spesifiktir.(7) Bizim hastamızın görme alanı bulgusu konsantrik daralma şeklindeydi. Bu görünüm ileri evre glokomatöz hasarla

karışabilir bu nedenle önce fizik muayene sonrasında yardımcı tanı yöntemlerine başvurulması gerekmektedir.

SONUÇ

Glokom tedavisine başlamadan önce mutlaka optik disk detaylı incelenmelidir. Tanısı koyulmuş olsa bile optik diskin periyodik aralıklarla incelenmesi sayesinde glokom takip edebilir veya glokom tanısından uzaklaşılabilir. Optik diskte diffüz solukluk ve çukurlaşmanın olmayışı intrakranial bir patolojiyi akla getirmez. Özellikle normotansif glokom düşünülen olgularda intrakranial lezyonlar akla gelmeli ve atlanmamalıdır.

KAYNAKLAR

- 1) Jonas JB & Budde WM. Optic nerve head appearance in juvenile-onset chronic high-pressure glaucoma and normal-pressure glaucoma. *Ophthalmology* 2000; 107: 704-11.
- 2) Teng CC, De Moraes CG, Prata TS, et al. β -Zone parapapillary atrophy and the velocity of glaucoma progression. *Ophthalmology* 2010; 117:909-15.
- 3) Qu Y, Wang YX, Xu L, et al. Glaucoma-like optic neuropathy in patients with intracranial tumours. *Acta Ophthalmol.* 2011; 89: e428-e433
- 4) Frisén L & Claesson M. Narrowing of the retinal arterioles in descending optic atrophy. A quantitative clinical study. *Ophthalmology* 1984; 91: 1342-6.
- 5) Jonas JB & Xu L. Parapapillary chorioretinal atrophy in normal-pressure glaucoma. *Am J Ophthalmol* 1993 a;115: 501-5.

6) Jonas JB, Ferná' ndez MC & Naumann GO. Parapapillary atrophy and retinal vessel caliber in nonglaucomatous optic nerve damage. Invest Ophthalmol Vis Sci 1991; 32: 2942-7.

7) Greenfield DS, Siatkowski RM, Glaser JS, Schatz NJ, Parrish II RK. The Cupped Disc Who Needs Neuroimaging? Ophthalmology 1998; 105: 1866-74.

8) Trobe JD, Glaser JS, Cassady J, et al. Nonglaucomatous excavation of the optic disc. Arch Ophthalmol 1980;98:1046-50.

9) Blumenthal EZ, Girkin CA & Dotan S. Glaucomatous-like cupping associated with slow-growing supra-sellar intracranial lesions. J Neuro ophthalmol 2006; 30: 111-5.

10) Kashiwagi K, Okubo T & Tsukahara S. Association of magnetic resonance imaging of anterior optic pathway with glaucomatous visual field damage and optic disc cupping. J Glaucoma 2004; 13: 189-95.

Yazının alınma tarihi:16.01.2014

Kabül tarihi:10.02.2014

Online basım:15.02.2014