

Ani geçici görme kaybı ile başvuran bir idiyopatik oksipital epilepsi olgusu

Bülent Ünay (*), Bülent Hacıhamdioğlu (*), Rıdvan Akın (*), Okan Özcan (*)

Özet

Ani görme kaybı çocukluk yaş grubunda sık rastlanmayan bir semptomdur. Ayırıcı tanıda multipl skleroz ve oksipital metastatik hastalık gibi ciddi ve endişe verici hastalıklar olduğu gibi, migren, oksipital epilepsi ve hipoglisemi gibi tedavi edilebilir hastalıklar da göz önüne alınmalıdır. Bu yazıda akut geçici görme kaybı atakları ile başvuran ve benign oksipital epilepsi tanısı alan 7 yaşında bir erkek hasta sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Ani geçici görme kaybı, oksipital epilepsi

Summary

A case of idiopathic occipital epilepsy presenting with acute transient visual loss

Acute visual loss is a symptom not frequently observed in childhood. In differential diagnosis serious disorders such as multiple sclerosis and occipital metastatic disease should be considered in addition to treatable diseases such as migraine, occipital epilepsy and hypoglycemia. A 7-year-old boy admitted with acute transient visual loss and diagnosed to have idiopathic occipital epilepsy is presented herein.

Key words: Acute transient visual loss, occipital epilepsy

Giriş

Ani görme kaybı çocukluk yaş grubunda nadir görülen bir semptomdur. Optik sinirle ilgili, retinal ve kortikal nedenlere bağlı olarak meydana gelebilir. Retina dekolmanı, retinal arter oklüzyonu gibi nedenler retinal nedenler olarak karşımıza çıkarken, optik nörit, papil ödemi ve multipl skleroz ise optik sinirle ilgili ani görme kaybı nedenleridir. Kortikal ani görme kaybı nedenleri ise hipoksi, hipoglisemi, intoksikasyon, travma, kafa içi basınç artış sendromu, menenjit, tümör, migren ve epilepsidir (1-4). Bu nedenlerin bazıları kalıcı, bazıları ise geçici görme kaybına neden olabilmektedir.

Çocukluk çağının benign oksipital epilepsileri, erken başlangıçlı Panayiotopoulos sendromu ve geç başlangıçlı Gastaut tipi olmak üzere iki sınıfa ayrılmaktadır (5,6).

Bu yazıda akut geçici görme kaybı atakları ile başvuran ve geç başlangıçlı oksipital epilepsi tanısı alan 7 yaşında bir hasta sunulmuş ve ayırıcı tanısı tartışılmıştır.

Olgu Sunumu

Yedi yaşında erkek hasta görme kaybı yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Daha önce herhangi bir yakınması olmayan hastanın iki gün önce akşam saatlerinde oda içerisinde hareket eden insanlar şeklinde halüsinasyon görme sonrası ani başlayan ve her iki gözünü de etkileyen tam görme kaybı olmuş. Ani başlayan ve 3-4 dakika süren görme kaybının ardından iki kez kusması olan hastada kusmanın ardından baş ağrısı yakınması başlamış ve uykuya dalmış. Bu şikayetler ile başvurduğu sağlık merkezinde sinüzit tanısı ile antibiyoterapi başlanmış. Hastanın ertesi gün

*GATF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

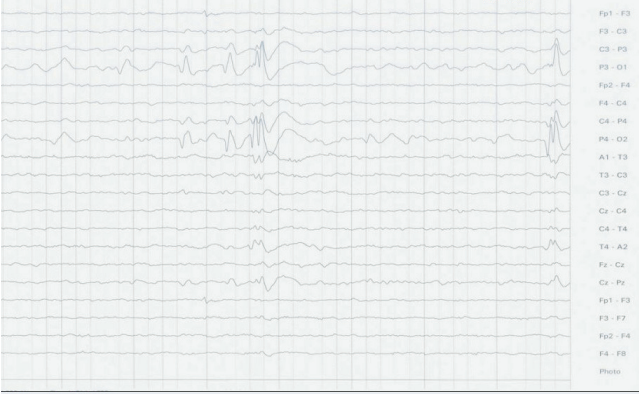
Ayrı basım isteği: Dr. Bülent Hacıhamdioğlu, GATF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Etlik-06018, Ankara
E-mail: hacihamdi@mynet.com

Makalenin geliş tarihi: 07.02.2007

Kabul tarihi: 20.03.2007

benzer görsel halüsinasyon ve ardından ani başlayan ve 4-5 dakika süren görememe şikayeti, ardından da kusması ve yaklaşık 3-4 saat süren baş ağrısı olmuş. Hasta yeniden başvurduğu sağlık merkezinden polikliniğimize sevk edilmiş. Öz geçmişinde özellik olmayan hastanın soy geçmişinde annesinde migren öyküsü vardı. Hastanın ailesinde epilepsi öyküsü yoktu.

Hastanın fizik incelemesinde, boy ve kilo ölçümleri yaşına uygundu. Vital fonksiyonları normal olan hastanın sistemik incelemesinde ve nörolojik muayenesinde anormallik saptanmadı. Göz dibi incelemesi normaldi. Laboratuvar testlerinde tam kan sayımı ve rutin biyokimyasal analizi normaldi. Elektroensefalografik (EEG) incelemesinde bilateral sık tekrarlayan temporookspital keskin yavaş dalgalar olduğu görüldü (Şekil 1). Beyin manyetik rezonans (MR) incelemesi normaldi. Mevcut klinik ve EEG bulguları eşliğinde "İdiyopatik çocukluk çağına geç başlangıçlı oksipital epilepsisi (Gastaut tipi oksipital epilepsi)" tanısı konulan hastaya okskarbazepin tedavisi başlandı.



Şekil 1. EEG trasesinde bilateral sık tekrarlayan temporookspital yerleşimli keskin yavaş dalga görünümü

Tartışma

Çocukluk çağına ani görme kaybı atağının ayrırcı tanısında benign oksipital epilepsi gibi çok sık rastlanmayan sebeplerle birlikte hipoglisemi, hipertansiyon, ilaç toksisitesi (siklosporin, v.b.) gibi kortikal nedenler; optik nörit, multipl skleroz, nöromiyelitis optika gibi optik sinir nöropatileri, retinal hastalıklar, migren, tümör ve histeri nöbetleri göz önünde tutulmalıdır (1-3).

Oftalmolojik muayene ile optik sinir ve retina hastalıklarının büyük bir kısmına tanı konulabilirken, beyin MR görüntülemesi ile multipl skleroz gibi demiyelinizan hastalıklar ve metastatik tümör veya kanama gibi lezyonlar ekarte edilebilmektedir. Bazen klinik bulgular bile tanı koydurucu olabilmektedir (1,2). Bizim hastamızda oftalmolojik muayene normal olarak bulunmuş, EEG bulguları eşliğinde oksipital

epilepsi tanısı konmuş ve yer kaplayan lezyonu ve demiyelinizan hastalıkları ekarte etmek amacıyla çekilen beyin MR normal olarak değerlendirilmiştir.

Erken başlangıçlı idiyopatik oksipital epilepsi (Panayiotopoulos sendromu) nöbetlerinde bulantı, kusma hastaların %74'ünde bulunurken, bazı hastalarda kusma olmaksızın sadece bulantı hissi vardır. Solukluk, siyanoz, midriyazis ve ısı değişimleri gibi diğer otonomik semptomlar da nöbetin başlangıcında veya seyrinde ortaya çıkabilmektedir. Çocukta aniden veya yavaş yavaş dalgınlık gelişmekte ve bilinç kapanmaktadır. Gözler genellikle bir tarafa kaymakta ve görsel halüsinasyonlar, orofaringeal hareketler ve fasiyal spazmlar görülebilmektedir. Nöbetler genellikle 1-30 dakika arasında ve ortalama 9 dakika sürmektedir (5).

Gastaut tipi geç başlangıçlı oksipital epilepsiler nadir görülmektedir. Başlangıç yaşı 3-15 yaş olup, ortalama 8 yaşdır. Çocukluk çağı fokal epilepsilerinin %2-7'sini oluşturmaktadır. Nöbetler genellikle görsel halüsinasyonlar, görme kaybı şeklinde veya her iki semptomla birlikte olabilmektedir ve ortalama 3 dakika sürmektedir. En sık görülen ve karakteristik olan iktal semptomlar, küçük renkli ve periferal görme alanında ortaya çıkan görsel halüsinasyonlardır. Görme kaybı görsel halüsinasyonlar sonrası ortaya çıkabildiği gibi ilk semptom da olabilmektedir. Bilincin korunduğu nöbetler sonrası kusma ve saatler süren baş ağrısı ortaya çıkabilmekte ve bu dönem özellikle migrenle karışabilmektedir (5-8).

Bizim hastamızda da bilincin kapanmadığı ve 2-3 dakika süren, önce oda içinde hareket eden insan görme şeklinde halüsinasyon ve sonrasında görme kaybı şeklinde nöbet ortaya çıkmıştır. Nöbet kusma ile sona ermiş ve sonrasında 3-4 saat süren baş ağrısı olmuştur. Annede migren öyküsü olması, kusma ve baş ağrısı olması nedeni ile görsel halüsinasyonlar ve görme kaybının da aura olarak değerlendirileceği göz önüne alınarak ilk planda hastada migren atağı olabileceği düşünülmüştür. Daha sonra çekilen EEG'de tipik anormallikler saptanması ve görsel bulguların tipik migren nöbetinden farklı olması nedeni ile bu tanıdan uzaklaşmıştır.

Hastada her ne kadar görülen iki nöbette de kusma olması nedeni ile erken başlangıçlı oksipital epilepsi (Panayiotopoulos sendromu) düşünülebilirse de, gerek hastanın 7 yaşında olması gerekse görme kaybı gibi görsel bulguların ön planda olması ve bilinç kaybının belirgin olmaması nedeni ile klinik olarak geç başlangıçlı oksipital epilepsi (Gastaut tipi) ile uyumludur.

Çocukluk çağına oksipital epilepsilerinde EEG bulguları oksipital diken-dalga paroksizmleri şeklinde

ortaya çıkar. Panayiotopoulos sendromunda frontal ve pariyetal dikenler de görülebilirken, Gastaut tipinde bunlar daha nadirdir (5,6).

Bizim hastamızda da EEG'de tipik olarak her iki oksipital bölgede diken ve diken-dalga paroksizmleri izlenmiştir. Klinik bulgularla birlikte değerlendirildiğinde hastaya geç başlangıçlı oksipital epilepsi tanısı konulmuştur.

Hastalığın tedavisinde karbamazepin, okskarbazepin, gibi parsiyel nöbetlere etkili ilaçlarla iyi sonuçlar alındığı bildirilmektedir. Benign seyri nedeniyle tedavi önermeyenler de vardır, ancak özellikle Gastaut tipi oksipital epilepside nöbetlerin sık görülmesi sebebiyle tedaviye genellikle gerek duyulmaktadır (9,10).

Çocukluk çağında ani görme kaybı migren, histeri ve oksipital epilepsi gibi benign seyirli hastalıklarla ortaya çıkabildiği gibi, multipl skleroz ve tümör gibi ciddi hastalıkların bulgusu da olabilmektedir. Böyle hastalarda dikkatli bir anamnez ve fizik muayene sonrasında klinik bulgular eşliğinde EEG çekimi tanı koydurucu olabilmektedir.

Kaynaklar

1. Doummar D, Roussat B, Pelosse B, et al. Management of

acute visual loss in children. Arch Pediatr 2004; 11: 1384-1388.

2. Chutorian AM. Acute loss of vision in children. Rev Neurol 2003; 36: 264-271.
3. Aydın A, Atasever S, Cakmakci H. Acute disseminated encephalomyelitis presenting with bilateral transient amaurosis. Pediatr Neurol 2005; 32: 60-63.
4. Jaffe SJ, Roach ES. Transient cortical blindness with occipital lobe epilepsy. J Clin Neuroophthalmol 1988; 8: 221-224.
5. Panayiotopoulos CP. The Epilepsies. 1st ed. Oxford: Bladon Medical Publishing, 2005: 235-255.
6. Gastaut H. A new type of epilepsy: benign partial epilepsy of childhood with occipital spike-waves. Clin Electroencephalogr 1982; 13: 13-22.
7. Velioglu SK, Özmenoğlu M, Boz C, Çan G. Epilepsi ve migren. Epilepsi 2000; 6: 116-121.
8. Menon B. Symptomatic occipital epilepsy misdiagnosed as migraine. Headache 2007; 47: 287-289.
9. Kuzniecky R, Gilliam F, Morawetz R, Faught E, Palmer C, Black L. Occipital lobe developmental malformations and epilepsy: clinical spectrum, treatment, and outcome. Epilepsia 1997; 38: 175-181.
10. Kun Lee S, Young Lee S, Kim DW, Soo Lee D, Chung CK. Occipital lobe epilepsy: clinical characteristics, surgical outcome, and role of diagnostic modalities. Epilepsia 2005; 46: 688-695.