

## ED-TÖRE MEKTUP

# Psödötümör Serebrili Hastalarda Cerrahi Tedavi Seçenekleri

Bülent Yazıcı (\*)

Sayın Editör,

Derginizde çıkan, Yüksel ve ark'n olgu sunumunu ilgiyle okudum (1). Bu yazı, optik sinir kılıf dekompresyonunun (OSKD) psödötümör serebrili (PS) hastalarda kronik papilödemini tedavi etmekte etkili olduğunu bir kez daha doğruluyor. Yüksel ve ark., bu yazıda, Banta ve Farris'in önerdiği bir tedavi flemasını sunmaktadır (2). Bu flemaya göre, PS'li bir hasta görme kaybıyla başvurursa, ilk seçilecek tedavi cerrahi girişim olmalıdır ve hastanın bafllarına varsa, öncelikle lumboperitoneal (LP) flant cerrahisi seçilmelidir. Bafllar yoksa, OSKD yapılmalıdır. Banta ve Farris'in bu önerisinin bafllıca gerekçesi, OSKD yaptıkları 86 PS hastasından 9'unda, inatçı baflların nedeniyle, görsel iflevleri bozulmadığı halde, flant cerrahisine gerek duymadıklarıdır (2).

Bu flemaya birkaç nedenle karşı çıkmamız gerektiğini düşünüyorum. Birincisi, PS'de asıl korkulacak fle, hastanın en ağır morbiditesi, baflların değil, geri dönüşümlü körlüktür. Diğer sorunların hiçbiri, körlük kadar ciddi değildir. Dolayısıyla, tedavinin çabası, öncelikle körlüğün önlenmesine yönelik olmalıdır. Bu hastalıkta körlüğün nedeni, kronik papilödemdir. Papilödem kalıcı biçimde düzeltmekte ve görmeyi korumakta en etkin yöntem de OSKD'dur, LP flant değildir.

Lumboperitoneal flant cerrahisinin iki temel dezavantajı, flantların yüksek bir sıklıkla tıkanması ve sık sık revizyon gerektirmesidir. Bir meta analize göre, LP flantların %52'si revizyon gerektirmektedir ve her bir hasta bafllıca düfler ortalama revizyon sayısı, yaklaşık olarak 4'dür (3). flant tıkanmasında, papilödemde körlükle sonuçlanabilecek hızlı bir kötüleşme meydana gelebilir (4). Bunun yanı sıra, LP flantlar, kafaiçi basıncı dü-

flürse bile, optik sinir bafllındaki basıncı etkin bir biçimde düşürmeyebilir ve görme kaybı sürebilir (5). flantlar papilödemde OSKD kadar hızlı bir düzelme sağlayamayabilir; papilödem düzelmesi, postoperatif 6. aya kadar gecikebilir (6). Ayrıca LP flantlar, serebellar herniasyon, subdural kanama, intrakranyal hipotansiyon ve flant enfeksiyonu gibi ciddi, yafllamsal komplikasyonlara yol açabilir (4,7). Serebellar herniasyon özellikle çocuklarda, yüksek sıklıkla gelişir ve hastaların, yıllar boyunca MR'la izlenmesini gerektirebilir (8).

Oftalmoloji yazısında yazarların çoğu, görme kaybıyla başvuran PS hastalarında öncelikle OSKD'na başvurulmasını önerir (3,9). Uygun biçimde yapılan bir OSKD'dan sonra papilödem hemen daima düzelir ve hastanın görme kapasitesi güvence altına alınır. Bu ameliyattan sonra papilödem sürmesi veya nüksetmesi istisnaidir ve sıklıkla, optik sinir kılıfında yeterince geniş bir açıklık oluşturulmamasına bağlıdır (10). Dekompresyon için bafllıca iki cerrahi teknik tanımlanmıştır: sinir kılıfında çizgisel insizyonlar yapılması ve dörtgen bir pencere çıkartılması (11,12). Yakında yayınlanan bir MR çalışmasına göre, OSKD büyük olasılıkla, beyin-omurilik sıvısının bafllıca yoluyla etki göstermektedir (13). Bu nedenle, sinir kılıfından pencere çıkartılması, çizgisel kesi tekniğine kıyasla daha etkin bir yöntem olabilir.

Kılıf dekompresyonu ameliyatını destekleyen bir başka unsur, bu ameliyattan sonra hastaların çoğunda bafllarının da düzelmesidir (2,5). Ameliyattan sonra baflların sürdüğünde bile, ameliyattan öncekiye kıyasla hafiftir, basit ağır kesicilere cevap verir ve zamanla tümüyle kaybolur.

(\*) Dr., Uludağ Üniversitesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa  
Yazılma adresi: Dr. Bülent Yazıcı, Uludağ Üniversitesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa  
E-posta: byazici@uludag.edu.tr

Mecmuaya Geliş Tarihi: 08.02.2008  
Kabul Tarihi: 15.02.2008

Psödötümör serebride papilödeme bağılı hasar sinsi biçimde ilerlemekte, santral görme keskinliği geç dönemlere kadar iyi korunmaktadır. Ancak, papilödem kronik atrofik aklamaya ulaştıktan sonra, görme kaybının seyri hızlanmaktadır. Psödötümör serebrili hastalar göz dışındaki kliniklerde tedavi edilip izlendikleri zaman, papilödem ve görsel iflevlerin izlenmesi ihmale uğramaktadır (10). Bu yüzden, hastaların bir bölümü, tedavi olabilecekleri bir hastalık nedeniyle kör olmaktadır. Yüksel ve ark'nın sunduğu hasta da böyle biridir (1). Hasta bir yıl önce nöroloji kliniğine bafıvurmuş ve asetozolamid tedavisi almıştır. Göz kliniğine bafıvurduğunda, görme keskinliği sağ gözde 1 metreden parmak sayma, sol gözde 0.1 düzeyindedir ve atrofik papilödem vardır. Ameliyattan sonra papilödem düzeldiği halde, görme keskinliği sağda aynı kalmış, sol gözde 0.5'e çıkmıştır. Görme alanı incelemelerine bakılırsa, solda retinal duyarlılık değerlerindeki düzelleme de oldukça sınırlıdır.

Psödötümör serebri, temel morbiditesi körlük olan, tedavi kararının fundus bulguları ve görsel iflevlere göre belirlendiği bir hastalıktır. Tedaviden sonra da görsel iflevlerin düzenli olarak izlenmesi gerekir. Bütün bu özellikler dolayısıyla, PS, primer olarak göz doktorlarının sorumlu olması gereken bir hastalıktır. Umalım ki ulusal oftalmoloji yazınımızda PS ile ilgili yazı ve tartışmaların varlığı, bu hastaların tanı ve tedavisine katkıda bulunsun.

## KAYNAKLAR

1. Yüksel D, Altıparmak UE, Aslan BS, Duman S. Kronik papilla ödemi bulunan pseudotumor serebride bilateral optik sinir kılıf dekompresyonu: olgu sunumu. T Oft Gaz 2007;37:381-84.
2. Banta JT, Farris BK. Pseudotumor cerebri and optic nerve sheath decompression. Ophthalmology 2000;107:1907-12.
3. Friedman DI, Jacobson DM. Idiopathic intracranial hypertension. J Neuroophthalmol 2004;24:138-45.
4. Kelman SE, Sergott RC, Cioffi GA, Savino PJ, Bosley TM, Elman MJ. Modified optic nerve decompression in patients with functioning lumboperitoneal shunts and progressive visual loss. Ophthalmology 1991;98:1449-53.
5. Kelman SE, Heaps RE, Wolf A, Elman MJ. Optic nerve decompression surgery improves visual function in patients with pseudotumor cerebri. Neurosurgery 1992;30:391-395.
7. Binder DK, Horton JC, Lawton MT, McDermott MW. Idiopathic intracranial hypertension. Neurosurgery 2004;54:538-51.
8. Chumas PD, Armstrong DC, Drake JM et al. Tonsillar herniation: the rule rather than the exception after lumboperitoneal shunting in the pediatric population. J Neurosurg 1993;78:568-73.
9. Keltner JL. Optic nerve sheath decompression. How does it work? Has its time come? Arch Ophthalmol 1988;106:1365-9.
10. Spoor TC, Ramocki JM, Madion MP, Wilkinson MJ. Treatment of pseudotumor cerebri by primer and second optic nerve sheath decompression. Am J Ophthalmol 1991;112:177-85.
11. Yazıcı B. Letter about the article entitled "Optic nerve sheath fenestration: A five year audit". Neuro-Ophthalmology 2006;30:73-74.
12. Yazıcı B. Optik sinir kılıf fenestrasyonu: Editöre mektup. T Oft Gaz 2005;35:79-80.
13. Yazıcı Z, Yazıcı B, Tuncel E. Findings of magnetic resonance imaging after optic nerve sheath decompression in patients with idiopathic intracranial hypertension. Am J Ophthalmol 2007;144:429-435.