

# Asemptomatik Papilödemli Kafa İçi Menenjiyom

## Intracranial Meningioma with Asymptomatic Papilledema: Case Report

Yrd.Doç.Dr. Ali KURT,<sup>a</sup>  
Yrd.Doç.Dr. Kemal TÜRKYLMAZ,<sup>a</sup>  
Yrd.Doç.Dr. Berrak ŞEKERYAPAN,<sup>a</sup>  
Prof.Dr. Mustafa DURMUŞ<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Göz Hastalıkları AD,  
Rize Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Rize

Geliş Tarihi/Received: 11.06.2011  
Kabul Tarihi/Accepted: 20.12.2011

*Bu olgu sunumu, TOD 45. Ulusal Kongresi  
(5-9 Ekim 2011, KKTC)'nde poster olarak  
sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Yrd.Doç.Dr. Kemal TÜRKYLMAZ  
Rize Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Göz Hastalıkları AD, Rize  
TÜRKİYE/TURKEY  
drkemalturkylmaz@gmail.com

**ÖZET** Kafa içi basınç artışı nedeniyle oluşan optik disk ödeme papilödem adı verilir. Kafa içi kitleler kafa içi basıncını artırır ve papilödem oluşturur. Bu olgu sunumunda, sıradan bir göz muayenesi esnasında göz dibi incelemesinin önemini anlatmayı amaçladık. Elli iki yaşında erkek hasta, kliniğimize yakın okuma güçlüğü nedeniyle başvurdu. Görme keskinlikleri her iki gözde 10/10'du. Pupiller normaldi. Göz içi basınçları normal sınırlarda idi ve her iki gözün ön segment muayenesinde özellik yoktu. Pupil genişletilmeden yapılan arka segment muayenesinde bilateral optik sinir başı sınırlarının belirsizliği dikkat çekiciydi. Pupil genişletildikten sonra iki taraflı papilödem kolaylıkla izlendi. Görüntüleme yöntemleriyle ile kafa içi kitle tespit edildi. Kitle ameliyatla çıkartıldı. Çıkarılan kitlenin patolojik incelemesiyle atipik menenjiyom tanısı kondu. Optik disk bulguları ameliyattan sonra düzeldi.

**Anahtar Kelimeler:** Papil ödem; intrakraniyal basınç; menenjiyom

**ABSTRACT** Optic disc edema caused by increased intracranial pressure is called papilledema. Intracranial masses increase intracranial pressure and creates papilledema. In this case report we aimed to explain the importance of fundus analysis during routine eye examination. Fifty two years old male patient was admitted to our clinic due to difficulty in near reading. The patient's visual acuity was 10/10 in both eyes. Pupils were normal. Intraocular pressures were within normal ranges and anterior segment examination of both eyes was unremarkable. Posterior segment examination without pupil dilatation was remarkable for fuzzy optic nerve head margins bilaterally. After dilatation of pupils, bilaterally papilledema easily viewed. Intracranial mass was detected with imaging techniques. The intracranial mass was removed surgically. Pathological examination of excised mass was diagnosed as atypical meningioma. Optic disc findings were improved after surgery.

**Key Words:** Papilledema; intracranial pressure; meningioma

**Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2012;21(1):53-7**

Optik diskte birleşen yaklaşık 1,0-1,2 milyon gangliyon hücre aksonu optik sinirin ilk kısmını oluşturur. Sinir lifleri daha sonra orbita ve optik kanal içinden geçerek optik kiazmayı oluşturmak üzere karşı taraf optik sinirle kısmen çaprazlaşır ve optik yolla beyin korteksine ulaşır. Her bir akson gözden kortekse ve korteksten göze doğru aksonal iletimi sağlar.

Kafa içi kitleler, beyin dokusuna yerleşerek veya beyne dışarıdan baskı uygulayarak kafa içi basıncında artışa neden olabilirler. Yükselmiş kafa içi basıncı olan hastaların büyük bir kısmında baş ağrısı, bulantı ve kusma gibi

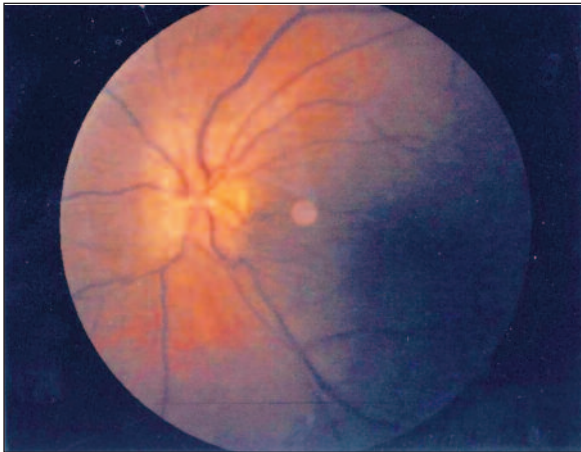
belirtiler mevcuttur. Oftalmolojik muayenede ise optik disk ödemi saptanabilmektedir. Kafa içi lezyonlar optik sinirde doğrudan bası veya işlev bozukluğuna yol açarak aksonal iletimde kısmi bozulmaya ve bunun sonucunda optik disk ödeme neden olmaktadır. Artmış kafa içi basıncına bağlı gelişen optik disk ödeme papilödem adı verilir. Erken dönemde papilla sınırları silik ve hiperemik görünümündedir. İleri dönemde papilla kabarıklığı artar. Venler ileri derecede genişler, kıvrımları artar ve retinal kanama ve eksudalar görülebilir. Kronik dönemde papilödem geriler. Tedavi edilmezse optik sinir atrofiye gider. Papilödemnin başlıca görsel belirtisi tek veya çift taraflı, saniyeler süren görme kayıplarıdır. Ancak her hastada görsel belirtiler bulunmayabilir.<sup>1</sup> Bunun yanında geçici görme kaybı papilödem olmaksızın da görülebilir.<sup>2</sup>

Hastaların çoğunda erken dönemde görme keskinliği ve renkli görme normaldir. Görme keskinlikleri uzun süre bu düzeyde kalabilir. Bu nedenle göz muayenesi sırasında rutin olarak göz dibi incelenmezse atlanabilir. Aynı zamanda kafa içi basınç artışı bulunan kişilerde papilödemnin erken saptanması hayat kurtarıcı olabilmektedir.

## OLGU SUNUMU

Polikliniğimize yakını görememe şikâyeti ile başvuran ve ek bir şikâyeti olmayan 52 yaşındaki

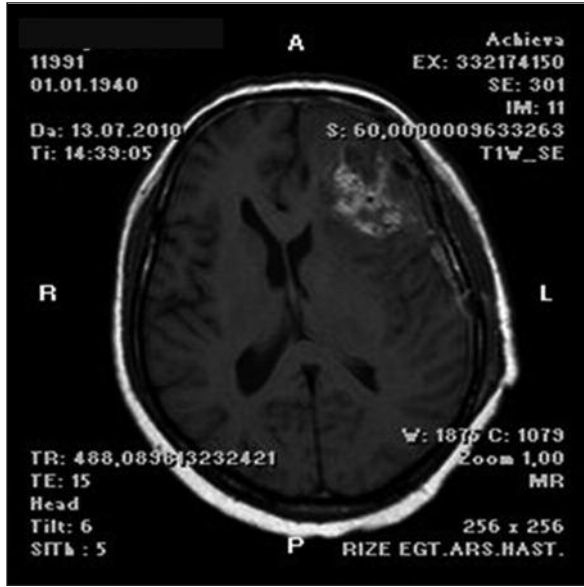
erkek hastanın göz muayenesinde görme keskinliği her iki gözde snellen eşeli ile 10/10 idi. Göz içi basıncı normal sınırlarda, ön segment muayenesi doğaldı. Pupil refleksi, renkli görme ve kontrast duyarlılığı normaldi. Göz hareketleri doğal ve ağrısızdı. Pupil genişletilmeden yapılan göz dibi muayenesi sırasında her iki gözde optik sinir sınırlarının belirsiz olduğu saptandı. Bunun üzerine %1'lik tropikamid ile pupil genişletilerek +78 dioptri non-kontakt lens ile göz dibi incelendi. Göz dibi muayenesinde, her iki gözde optik sinir başları kabarık ve sınırları silik izlendi (Resim 1, 2). Hastadan istenen bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT)'nde (BBT) sol beyin yarımküresinde kitle lezyonu izlendi. Ardından hastanın beyin cerrahisi kliniği ile konsülte edilmesi sonucunda hastadan kontrastlı beyin manyetik rezonans (MR) görüntülemesi istendi. T1 ve T2 ağırlıklı kontrastlı beyin MR incelemesinde "sol frontotemporopariyetal bölgede subkortikal yerleşimli 5 cm çapında kitle lezyonu ve orta hat yapılarında sağa yer değiştirme" izlendi (Resim 3, 4). Beyin cerrahisi tarafından hastaya kraniyotomi ve eksizyon cerrahisi uygulandı. Elde edilen kitle materyalinin patoloji sonucu, artmış selularite, yer yer pleomorfizm varlığı, belirgin nukleol ve harita tarzı nekroz bulunması nedeniyle "Grade II atipik menenjiyom" olarak değerlendirildi. Radyoterapi programına alınan hastanın postoperatif 2. ayda yapılan göz muayenesinde görme keskinliği her iki gözde 10/10 düzeyinde, göz içi basınçları normal sınırlarda, ön segment muayenesi



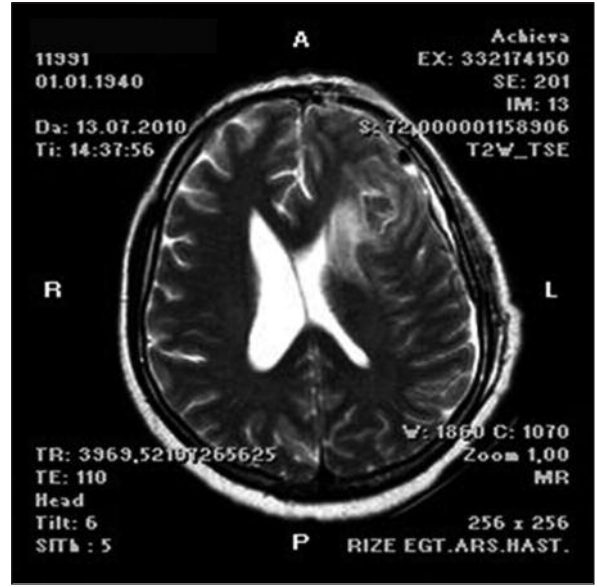
**RESİM 1:** Sol göz dibi görüntüsünde papilla sınırları silik izlenmektedir. (Renkli hali için Bkz. <http://oftalmoloji.turkiyeklinikleri.com/>)



**RESİM 2:** Sağ göz dibi görüntüsünde papilla sınırları silik izlenmektedir. (Renkli hali için Bkz. <http://oftalmoloji.turkiyeklinikleri.com/>)



**RESİM 3:** T1 ağırlıklı kontrastlı kranial MR görüntüsünde sol frontotemporo-pariyetal kitle ve orta hat yapılarında sağ tarafa yer değiştirme izlenmektedir.



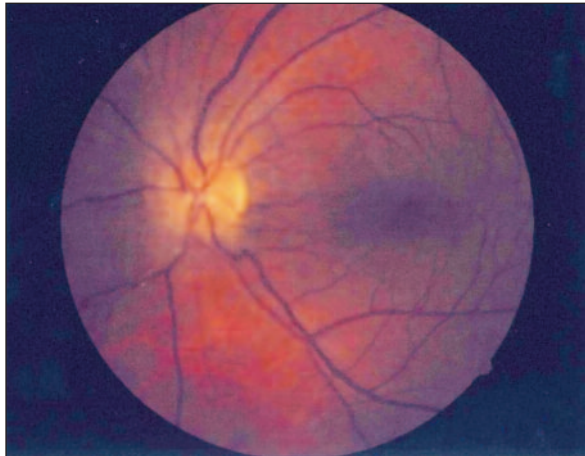
**RESİM 4:** T2 ağırlıklı kontrastlı kranial MR görüntüsünde sol frontotemporo-pariyetal kitle ve orta hat yapılarında sağ tarafa yer değiştirme izlenmektedir.

doğal izlenirken göz dibi muayenesinde papilödeminin gerilediği ve papil sınırlarının seçilebildiği görülmekteydi (Resim 5, 6).

## TARTIŞMA

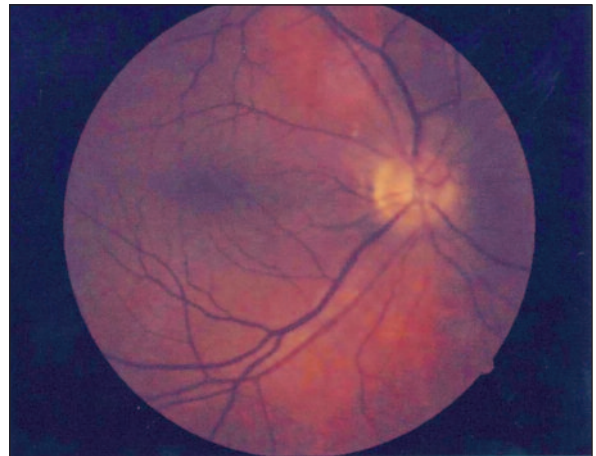
Papilödem, kafa içi basınç artışı nedeniyle optik diskin şişmesidir. Erken dönemde papilla sınırları silik, çukurluğu kaybolmuştur aynı zamanda hiperemik görünümündedir. İleri dönemde papilla kaba-

rıklığı artar. Venler ileri derecede genişler, kıvrımları artar ve retinal kanama ve eksudalar görülebilir. Kronik dönemde papilödemi geriler. Tedavi edilmezse optik sinir atrofiye gider. Papilödemnin belirgin semptomu göz karaması şeklinde tarif edilen yaklaşık 10-20 saniye süren süren geçici görme bulanıklığıdır. Bu belirti öne eğilmek ve yataktan kalkmak gibi ani vücut hareketleriyle ortaya çıkabilir. Bu bulanıklık geçici olmakla birlikte optik sinirde daha fazla hasara yol açarak ikincil optik atrofiye



**RESİM 5:** Tedavi sonrası sol göz dibi görüntüsünde papilla sınırları seçilebilmektedir.

(Renkli hali için Bkz. <http://oftalmoloji.turkiyeklinikleri.com/>)



**RESİM 6:** Tedavi sonrası sağ göz dibi görüntüsünde papilla sınırları seçilebilmektedir.

(Renkli hali için Bkz. <http://oftalmoloji.turkiyeklinikleri.com/>)

neden olur.<sup>3</sup> Bunun yanı sıra hastaların çoğunda erken dönemde makula tutulmadıkça görme keskinliği ve renkli görme normaldir. Görme keskinlikleri uzun süre bu düzeyde kalabilir. Bu nedenle göz muayenesi sırasında göz dibi incelenmezse atlanabilir. Papilödemde görsel değişiklikler papilödem süresine ve şiddetine göre değişmektedir. Papilödem tedavi edilmez ve kronik hale gelirse akson kayıpları sonucu geri dönüşsüz görme bozuklukları yani optik atrofi ve kalıcı körlük gelişir.<sup>4</sup> Aynı zamanda kafa içi basınç artışı bulunan kişilerde papilödemnin erken saptanması hayat kurtarıcı olabilmektedir.

Papilödemli hastalarda görme keskinliği normal olsa bile %50-75'inde kontrast duyarlılık testinde kayıplar saptanabilir.<sup>5</sup> Erken dönem papilödemli bulunan hastamızda geçici görme bulanıklığı bulunmaması yanında görme keskinliği her iki gözde 10/10 düzeyindeydi ve kontrast duyarlılığı normaldi.

Papilödemli hastalarda acil nöroradyolojik inceleme yapılmalıdır. Akut kafa içi kanama ve akut kafa travmasında ilk istenecek yöntem BBT'dir. Diğer durumlarda ise en uygun yöntem kontrastlı MR'dır. Biz de hastamızda bilateral papilödemli saptar saptamaz sırasıyla BBT ve kontrastlı MR görüntülemelerini yaptırıldı. İnceleme sonuçlarının kafa içi kitle ile uyumlu gelmesi üzerine hasta beyin cerrahi kliniği tarafından ameliyat edildi. Kitlenin cerrahi olarak çıkartılması sonrasında hastanın optik sinir bulgularının gerilediği gözlemlendi.

Menenjiyomlar, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1993 yılında iyi huylu (Grade I), atipik (Grade II) ve anaplastik (GradeIII) olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Menenjiyomlar beyin tümörleri içinde 2. sıklıkta görülmektedir (%15-26). Genelde iyi huylu ve iyi prognozlu olmakla birlikte %10 habis eğilim olabilir.<sup>6</sup> Claus ve ark.nın yaptığı çalışmada, menenjiyom olgularının %5'nin atipik karakterli bulunmuştur.<sup>7</sup> Atipik menenjiyomlar diğer iyi huylu ve anaplastik tipteki menenjiyomlar gibi

tümörün büyüklüğüne, evresine, köken aldığı bölgeye, kafatası sinirlerini içerip içermediğine ödem ve damar tıkanıklığına yol açıp açmadığına göre farklı belirti ve bulgular sergileyebilirler. Dolayısıyla klinik bulgular ile menenjiyomun hangi evrede olduğu değerlendirilemez. Tanısı sıklıkla MR ile konur. Hastamızda tanıya yönelik olarak ilk önce BBT çekilmiş ve BBT'de tespit edilen bozuk dokunun daha açık ortaya konması için kontrastlı MR çekilmiştir.

DSÖ'nün santral sinir sistemi tümörleri sınıflandırmasında atipik menenjiyomlar iyi huylu ve kötü huylu arasında bir geçiş grubu olarak yer almakla birlikte kafa içi atipik ve kötü huylu melanomların 10 yılı aşkın izlemi sonucunda sağkalım açısından atipik ve kötü huylu melanomlar arasında fark izlenmemiştir.<sup>8</sup> Dolayısıyla atipik menenjiyomlarda hastalığın erken tanınması ve kesin tanısının konması sağkalım açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle çıkartılan dokunun patolojik incelemesi gerekmektedir. Hastamızda çıkartılan kitlenin patolojik yönden incelenmesi ile atipik menenjiyom tanısı kesin olarak konmuştur. Atipik menenjiyomlar bölgesel, hızlı yayımlı ve cerrahi sonrası erken nüks gösteren tümörlerdir. Bu nedenle tedavide cerrahi çıkarım genellikle tek başına yetersizdir ve kontrolü için radyoterapi gerekmektedir.<sup>9</sup> Bizim hastamızda ise kitlenin cerrahi çıkarımı sonrasında radyoterapi ile tedaviye devam edilmektedir.

## SONUÇ

Hiçbir görsel yakınması olmayan hastaya anamneze yönelik göz muayenesi yerine göz dibi muayenesini de içeren kapsamlı göz muayenesinin yapılması sonucunda acil bir durum olan papilödem tespit edilmiş olup hastanın görme kalitesi korunmuş, daha önemlisi kafa içi kitlenin erken tanısı sağlanarak hastanın prognozuna önemli ölçüde katkı sağlanmıştır. Olgumuzdan yola çıkarak göz muayenelerinin eksiksiz ve özenli yapılmasının ne denli önemli olduğu bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Sadun AA, Currie JN, Lessell S. Transient visual obscurations with elevated optic discs. *Ann Neurol* 1984;16(4):489-94.
2. Cole A, George ND. Unilateral papilloedema with transient visual obscurations. *Eye (Lond)* 2006;20(9):1095-7.
3. Walsh TJ. Papilledema. *Neuro-Ophthalmology: Clinical Signs and Symptoms*. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Lea and Febiger; 1992. p.1-51.
4. Söylev M. [Optic nerve diseases]. Aydın P, Akova YA, editörler. *Temel Göz Hastalıkları*. 1. Baskı. Ankara: Güneş Kitapevi; 2001. p.465-6.
5. Wall M. Contrast sensitivity testing in pseudotumor cerebri. *Ophthalmology*. 1986;93(1):4-7.
6. Mahmood A, Caccamo DV, Tomecek FJ, Malik GM. Atypical and malignant meningiomas: a clinicopathological review. *Neurosurgery* 1993;33(6):955-63.
7. Claus EB, Bondy ML, Schildkraut JM, Wiemels JL, Wrensch M, Black PM. Epidemiology of intracranial meningioma. *Neurosurgery* 2005;57(6):1088-95.
8. Şekerci Z, Oral N, Uğurluoğlu Ö, Çolpan E, Uğur A. [Evaluation of forty-five atypical and malignant meningioma cases: over the 12-years follow-up period]. *Turkish Neurosurgery* 2004;4(1-2):12-20.
9. Combs SE, Edler L, Burkholder I, Rieken S, Habermehl D, Jäkel O, et al. Treatment of patients with atypical meningiomas Simpson grade 4 and 5 with a carbon ion boost in combination with postoperative photon radiotherapy: the MARCIE trial. *BMC Cancer* 2010;10:615.