

## QEYRİ-ARTERİTİK ÖN İŞEMİK OPTİK NEYROPATIYA NƏTİCƏSİNDƏ YARANAN PSEVDO-FOSTER-KENNEDİ SINDROMU ZAMANI KLİNİK YANAŞMA VƏ MÜALİCƏ (KLİNİKİ HAL)

*Bioloji təbabət klinikası, Bakı şəh., Azərbaycan*

**Açar sözlər:** *Psevdo-Foster-Kennedi sindromu (PFK), papilla ödem, görmə siniri diskinin atrofiyası, ön optik neyropatiya*

Foster-Kennedi sindromu (FK) ilk dəfə britaniyalı nevroloq Robert Foster Kennedi tərəfindən 1911-ci ildə aşkarlanmışdır. O, bir neçə pasiyentin göz dibi müayinəsində ipsilateral görmə siniri diskinin atrofiyası, kontralateral papilla ödem və eyni zamanda anosmiyanın olmasını müəyyən etmişdir [1, 2]. Bu zaman yaranmış atrofiya subfrontal meningioma tərəfindən birbaşa kompressiyanın nəticəsi olaraq meydana çıxır, papilla ödem isə törəmənin yaratdığı yüksək kəllədaxili təzyiq səbəbindən ikincili olaraq yaranır [3]. Klassik FK (Govers–Paton–Kennedi sindromu, Kennedi fenomeni və ya Kennedi sindromu kimi də adlandırılır) beynin alın payının şişləri zamanı, qoxu siniri soğanağının meningioması və ya sfenoidal meningioma zamanı rast gəlinən nadir patalogiyadır [4,5]. Alın payı şişlərinin ümumi məcmusunun cəmi 2 faizində FK müsbət ola bilər [6,7]. Kəllədaxili şişin inkar olunduğu, lakin eynilə FK-da olduğu kimi birtərəfli optik sinir atrofiyası və əks tərəfli papilla ödemlə müşahidə olunan klinik hallara nisbətən daha çox rast gəlinir ki, buna da Psevdo-Foster-Kennedi sindromu (PFK) adı verilmişdir [3,8]. Optik sinirdə baş vermiş dəyişikliklərin oxşar olmasına baxmayaraq, kəllədaxili təzyiq əlamətlərinin, ürəkbulanma, qusma, yaddaş pozğunluğu, anosmiya kimi klinik əlamətlərin yoxluğu ilə FK-dan seçilən PFK-nın aşkarlanması zamanı bir sıra digər göz xəstəlikləri ilə də differensial diaqnostikanın aparılması nəzərdən qaçmamalıdır [5]. PFK zamanı müşahidə olunan xəstəliklər arasında bilateral optik nevrit və ya işemik optik neyropatiya, anadangəlmə optik sinir hipoplaziyası (qeyri progressiv optik atrofiya), qığant hüceyrəli arterit, B12 defisiti, HIV, psevdo-tumor serebri və s. olması geniş və ətraflı müayinələrin aparılmasına tələb yaradır [9-14]. Biz də klinik müşahidəmizə bu aspektdən yanaşaraq PFK zamanı xəstəliyə səbəb olan etioloji faktorların araşdırılması istiqamətində yola çıxdıq. Ədəbiyyatlarda bu barədə məlumat azlığının olmasını və xəstəliyin az hallarda rast gəlinməsinə nəzərə alaraq PFK ilə qarşılaşdığımız pasiyentin diaqnostikası, müalicə taktikası və aldığımız nəticə haqqında məlumat vermək istədik.

2017-ci il sentyabr ayında 21 yaşlı qadın N.Y. sol gözdə görmənin kəskin şəkildə itməsi şikayətilə Bioloji Təbabət klinikasına daxil olmuşdur. Pasiyentin dediyinə görə artıq bir həftədir ki, sol gözü tamamilə görmür. Pasiyentin xəstəlik anamnezində hər hansı bir keçirilən xəstəlik, stres, travma aşkar edilməmişdir. Pasiyentdə heç bir nevroloji simptomlar aşkar olunmadı, başgicəllənmə, ürəkbulanma, qusma, halsızlıq, qızdırma və ağrı kimi əlamətlər də həmçinin müşahidə olunmuşdur. Aparılan müayinələrin nəticələri belə oldu: Sağ gözün görmə itiliyi OD = 1,0 (Snellen cədvəlinə əsasən), sol gözün görmə itiliyi OS= 0.01 eksentrik k/v; göz daxili təzyiq Tn OD=17 mm.c.st., Tn OS=18 mm.c.st.; sol gözdə nisbi afferent bəbək defekti pozitiv oldu. Refraktometrik göstəriciləri OD= sph +0.50 cyl-0.50 ax 74; OS= sph +0.50 cyl -0.25 ax 176 oldu.



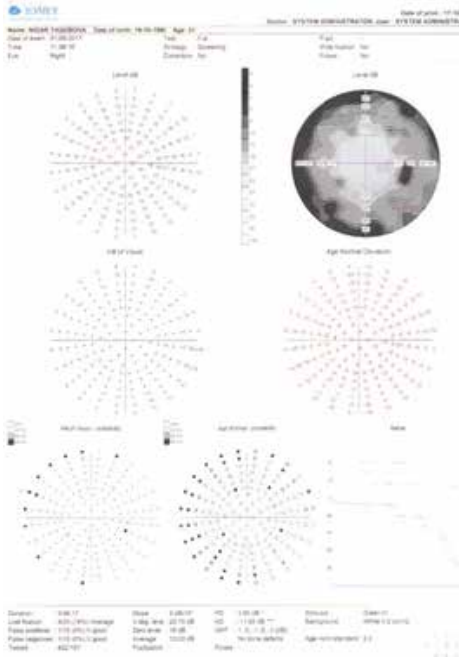
Şək.1. OD – göz dibi müayinəsi, görmə siniri diskinin atrofiyası



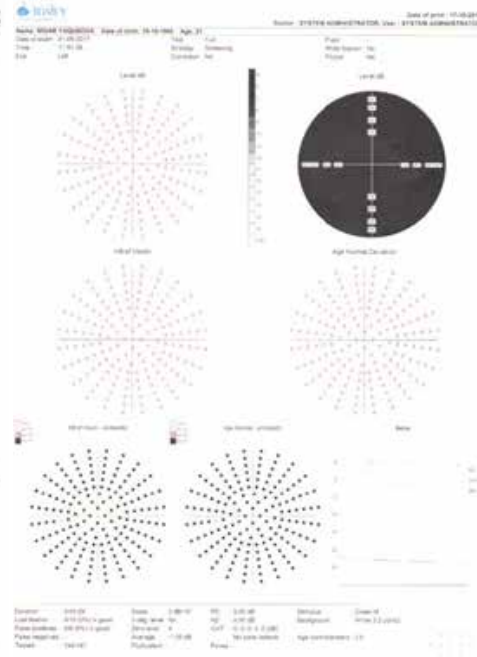
Şək. 2. OS – göz dibi müayinəsi, 2-ci dərəcəli papilla ödem

Hər iki gözün hərəkəli aparatında, ön seqmentdə, şuaqeyirici mühitlərində heç bir patalogiya aşkarlanmadı. Göz dibinin dolayı oftalmoskopiyası zamanı (78,0 D, 90,0 D linzalar ilə ) sağ gözün görmə siniri diskində (GSD) hissəvi atrofiya (şək.1); sol gözün GSD-də konturların bütün istiqamətlərdə itməsi, optik sinir başının 2D (D-diametr) ölçüdə hiperemik şişkinləşməsi, elevasiyası, mərkəzi damarlarda keçiricilik normaldır, obskurasiya yoxdur, zəif dərəcəli venoz durğunluq, 2-ci dərəcəli tam inkişaf etmiş papilla ödem müşahidə olundu (şək.2).

Klinik araşdırmamız zamanı aparılan perimetriya müayinəsində (Automated perimeter AP-2000, Tomey) sağ gözdə görmə sahəsinin yuxarı və aşağı bayır kvadrantlarında hissəvi periferik daralma (şəkil 3), sol gözdə isə görmə sahəsinin diffuz itməsi aşkarlandı (şək.4).



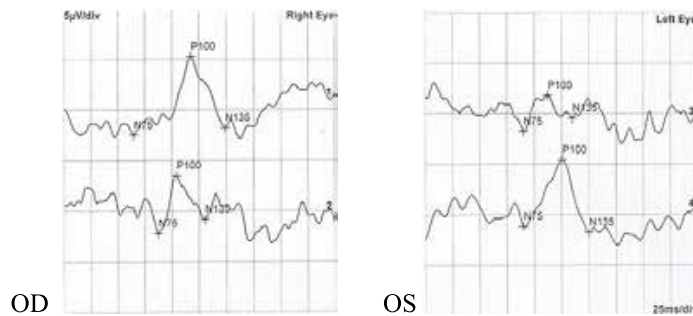
Şək. 3. OD - perimetrik müayinəsi, görmə sahəsinin yuxarı və aşağı bayır kvadrantlarda hissəvi periferik daralması



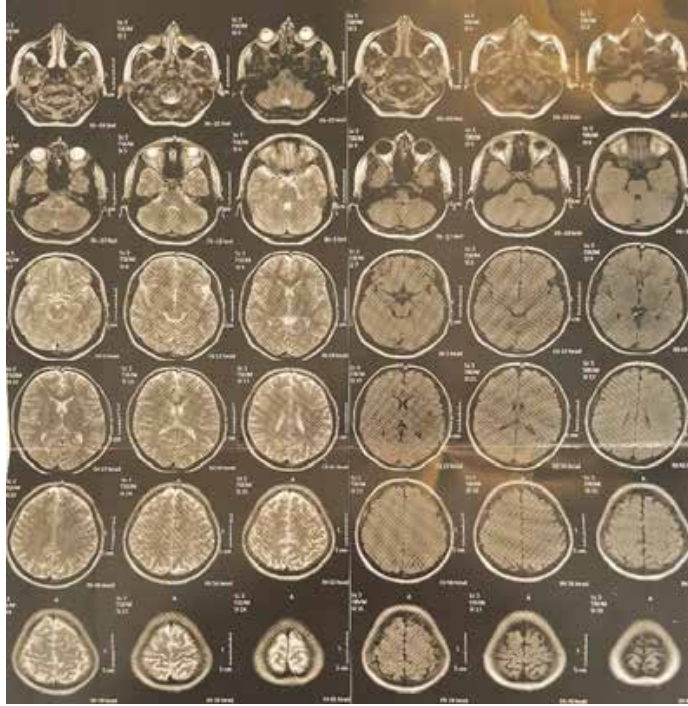
Şək. 4. OS - perimetrik müayinəsi, görmə sahəsində diffuz itmə

Aparılan görmənin çağırılmış potensialları (GÇP) müayinəsi zamanı interpretasiyalar belə oldu: P100 komponentinin latentliyi sağ gözdə cüzi, sol gözdə isə orta dərəcədə uzanmışdır. Amplitudası isə sağ gözdə cüzi, sol gözdə isə daha çox azalmışdır (şək. 5).

Görmə sinirində baş vermiş FK sindromuna xarakterik patoloji dəyişikliklər, perimetriya və GÇP müayinələrinin nəticələri pasienti təcili olaraq maqnit-rezonans tomoqrafiya (MRT) müayinəsinə göndərmək üçün zəmin yaratdı. Aparılan MRT müayinəsinin nəticəsinə əsasən hər iki beyin yarımkürəsinə aid patoloji siqnal dəyişikliyi, kəllədaxili patoloji dəyişikliklər və törəmənin izlənilməsi (şək. 6) FK sindromunu, qiçant hüceyrəli arterit, dağınıq skleroz kimi xəstəlikləri inkar edərək klinik araşdırmamızın istiqamətini autoimmun, iltihabi və işemik xəstəliklər yönündə dəyişdirmiş oldu.



Şək.5. GÇP müayinəsinin nəticəsi



Şək. 6. MRT müayinə: görmə çarpazı sərbəstdir; görmə sinirlərinin qalınlığı və siqnal intensivliyi təbii; beyində major damarlara aid patalogiya yoxdur; beyin yarım kürələrinə aid patoloji siqnal dəyişikliyi izlənilmir

Pasiyentin qan göstəriciləri, EÇS, C-reaktiv zülal, qanda şəkər, plazma lipid fraksiyası, fibrinogen təhlilləri yoxlanıldı və norma daxilində oldu. Antinuklear anticism (ANA), anti-double-stranded DNA anticism (anti-dsDNA), perinuklear anti-neytrofil sitoplazmatik anticism (P-ANCA), sitoplazmatik anti-neytrofil sitoplazmatik anticism (C-ANCA), və anti-kardiolipin anticismləri yoxlanılaraq ölçülərinin normal sərhədlərdə olması mikrovaskulit mənşəli paximeningit, optik nevriti və arteritik ön optik neyropatiyanı inkar edərək diaqnozun qeyri-arteritik ön optik neyropatiya qoyulmasında yardımçı vasitə oldu.

Müalicəyə steroid təyinatı ilə başladıq. Pasiyentin çəkisinə uyğun olaraq Metipred 56 mq dozada, per os sxem üzrə təyin olundu; Kopred 1 d x 2 d; Diacarb 1 tab x 1 d (5 gün) və yanaşı olaraq Panangin 1 tab x 1 d (5 gün); Dorzamed 1 d x 3 d (1 həftə). Pasiyent müşahidə altında saxlanılaraq, periodik müayinələrdən keçdi. Tam müalicə kursundan sonra görmə itiliyində artım müşahidə olundu. Sol gözün görmə itiliyi OS= 0.8 (Snellen cədvəlinə əsasən), bəbəyin işığa qarşı reaksiyası və ishiara testində rəng duyğusu normal oldu.

Pasiyent hal – hazırda nəzarət altındadır.

Beləliklə, xəstənin şikayətlərinə, anamnez (hər hansı bir keçirilən xəstəlik, stres, travma aşkar edilməmişdir) və aparılan bütün müayinələrin nəticələrinə (oftalmoskopiya, perimetriya, GÇP də xarakterik dəyişikliklərin olması, MRT və qanın laborator göstəricilərinin normal olması, yanaşı xəstəliklərin inkar olunması) əsaslanaraq pasiyentdə PFK sindromunun qeyri-arteritik ön optik neyropatiya səbəbindən yarandığını və bu sindromun ölkəmizdə az rast gəlindiyini düşünərək öz klinik təcrübəmizi bölüşməyi lazım bildik.

## ƏDƏBİYYAT:

1. Liang F., Ozanne A., Offret H. et al. An Atypical Case of Foster Kennedy Syndrome // Interv. Neuroradiol., 2010, v.16(4), p.429–432..
2. Kennedy F. Retrobulbar neuritis as an exact diagnostic sign of certain tumors and abscesses in the frontal lobe // Thorofare, NJ (1911) // J. Med. Sciences, Thorofare, N.J., 1911, v.142, p.355-368.
3. Bansal S., Dabbs T., Long V. Pseudo-Foster Kennedy Syndrome due to unilateral optic nerve hypoplasia: a case report // J. Med. Case Reports, 2008, v. 2, p.86.
4. "Kennedy syndrome" at Dorland's Medical Dictionary.
5. Willacy, Hayley. "Foster Kennedy syndrome". Retrieved 2008-08-13.

6. Pastora-Salvador N., Peralta-Calvo J. Foster Kennedy syndrome: papilledema in one eye with optic atrophy in the other eye // CMAJ, 2011, v.83(18), doi:10.1503/cmaj.101937
7. Micieli J.A., Al-Obthani M., Sundaram A.N.E. Pseudo-Foster Kennedy syndrome due to idiopathic intracranial hypertension. Canadian Journal of Ophthalmology // J. Canad. Ophtalmol., 2014, v.49, p.4.
8. Brazis P.W., Masdeu J.C. Localization in Clinical Neurology // Medicine and Health Sciences, 2007, chapter 6, p.129.
9. Parsa C.F., Hoyt W.F. Nonarteritic Anterior Ischemic Optic Neuropathy (NAION): A Misnomer. Rearranging Pieces of a Puzzle to Reveal a Nonischemic Papillopathy Caused by Vitreous Separation // Ophthalmology, 2015, v.122(3), p.439-442.
10. Danesh-Meyer H. The prevalence of cupping in end-stage arteritic and nonarteritic anterior ischemic optic neuropathy // Ophthalmology, 2001, v.108(3), p.593-598.
11. Bansal S., Dabbs T., Long V. Pseudo-Foster Kennedy Syndrome due to unilateral optic nerve hypoplasia: a case report // Journal of Medical Case Reports, 2008, v.2, p.1.
12. Vickers L.A., Bhatti M.T., El-Dairi M.A. / Ed. Sharon F., Scott I.U. Diagnose and Manage Pseudo-Foster Kennedy Syndrome // Am. Acad. Ophthalmol. EyeNet Magazine, 2014.
13. Petramfar P., Hosseinzadeh F., Mohammadi S.S. Pseudo-Foster Kennedy Syndrome as a Rare Presentation of Vitamin B12 Deficiency // Iran Red. Crescent. Med J., 2016, v.18(6), p.e24610.
14. A rare case of pseudo foster Kennedy syndrome in a HIV positive patient // Delhi J. Ophthalmol., 2014, v.24(4), p.277-278.
15. Torun N., Sharpe J.A. Pseudotumor cerebri mimicking Foster Kennedy syndrome // Neuro-Ophthalmology, v.16(1), p.55-57.

Халыгвердиева Г.А., Гумматова С.А.

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ПСЕВДО-ФОСТЕРА-КЕННЕДИ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕАРТЕРИТИЧЕСКОЙ ПЕРЕДНЕЙ ОПТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ (НПОН) (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

*Клиника биологической медицины, г.Баку, Азербайджан*

**Ключевые слова:** синдром Псевдо-Фостер-Кеннеди (ПФК), папиллярный отек, атрофия диска зрительного нерва, передняя оптическая нейропатия

### РЕЗЮМЕ

В статье представлен клинический случай пациента с острой потерей зрения в одном глазу, в анамнезе у него нет травмы, стресса, неврологических и любых продромальных симптомов, тяжелых или хронических заболеваний. Во время осмотра глазного дна мы наблюдали атрофию диска зрительного нерва, контралатеральный папиллярный отек. Офтальмоскопия, периметрия, зрительные вызванные потенциалы, МРТ и анализ крови были в норме. Основываясь на жалобы пациента, анамнез и результаты проведенных обследований мы пришли к заключению, что причиной развития синдрома ПФК явилась неартеритическая передняя оптическая нейропатия.

Khalikverdiyeva G.Ə., Hummatova S.A.

## CLINICAL APPROACH AND TREATMENT OF PSEUDO-FOSTER-KENNEDY SYNDROME DUE TO NONARTERITIC ANTERIOR ISCHEMIC OPTIC NEUROPATHY (NAION) (CLINICAL CASE)

*National Ophthalmology Centre named after Zarifa Aliyeva, Baku, Azerbaijan\**  
*Biological Medicine Clinic, Baku, Azerbaijan*

**Key words:** *Pseudo-Foster-Kennedi syndrome (PFK), papillaedem, atrophy of the optic nerve, anterior ischemic optic neuropathy*

## SUMMARY

In this report we discuss about how to manage the patient with the acute loss of vision in one eye although in the anamnesis she hasn't got any trauma, stress, neurological symptoms and any prodromal symptoms of severe or chronic diseases. During fundus examination we observed ipsilateral eye's optic atrophy, contralateral eye's papillaedema. At the further examinations according to ignorance of any pathological changes on magnetic resonance imaging (MRI) of the brain and inspite of pathological changes on examination of the optic nerve, perimetry exam data changes and visual evoked potential (VEP) test interpretations have been a clue for the diagnosis a PFK. Differentiate all the different diseases which can cause PFK and made a conclusion that in this clinical case acute loss of vision was related with NAION. Because of rarity of this case and lack of information at the literatures, we had made a decision to lighten this syndrome and had shared our treatment results.

### Korrespondensiya üçün:

*Xalıqverdiyeva Günel Əlövsət qızı Bioloji Təbabət Klinikasının həkim-oftalmoloqu*

*Hümmətova Sevda Akif qızı akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin müalicə və reabilitasiya şöbəsinin həkim-oftalmoloqu*

*Ünvan: Seyid Cəfər Pişəvəri 110, Nəsimi, Bakı, AZ1111*

*Tel.: (+99412) 430-89-89;*

*E-mail: dr\_gunelkh@yahoo.com ; dr.guliyeva@yahoo.com*