

# Gebelikte Ani Gelişen Görme Kaybı: Kadranopsiyle Ortaya Çıkan Görsel Auralı Migren

## Sudden Loss of Vision During Pregnancy: Migraine with Visual Aura Presenting with Quadrantopsia

Nurettin Özgür DOĞAN

*Etilik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara*

### ÖZET

Migren öyküsü veren hastalarda baş ağrısı olmaksızın auralı migren tanısı kolay konabilirken, özellikle gebelik döneminde ve farklı bir migren paterninde bu tanının konması daha zordur. Gebeliğinin 37. haftasında olan 32 yaşında kadın hasta, sol gözün üst dış kadranında görme kaybı yakınmasıyla başvurdu. Hastada meningismus semptomları, duyuşal ve motor defisit bulunmamaktaydı. Görme alanı muayenesi kadranopsiyi doğrulamakla birlikte, 40 dakika kadar sürdü ve kendiliğinden tamamen düzeldi, bunun ardından hastanın migrene ait tipik baş ağrısı başladı. Literatüre göre kadınlarda migrene bağlı baş ağrıları gebelik döneminde azalır. Migrene bağlı baş ağrıları gebelik döneminde yaklaşık %10 oranında yeni başlangıçlı da olabilir, yeni başlangıçlı migren ağrıların çoğu auralıdır. Gebe hastalarda görülen geçici fokal nörolojik semptomların büyük kısmından auralı migren sorumludur. Acil tıp uzmanları negatif görsel bulgularla acil servise başvuran gebe hastalarda migreni ayırıcı tanıda düşünmelidirler.

**Anahtar sözcükler:** Auralı migren; baş ağrısı; gebelik.

### SUMMARY

*Migraine aura without headache can be easily diagnosed from an appropriate migraine history. However, diagnosis is more difficult with a different migraine pattern, especially during pregnancy. A 32-year-old woman in her 37<sup>th</sup> week of pregnancy presented with quadrantopsia in the upper outer quadrant of the left eye. There were no signs of meningismus, sensory or motor deficits. Visual field examination revealed quadrantopsia, which lasted 40 minutes and spontaneously resolved. Subsequently, a typical migraine headache began. Several studies have reported that migraine improves in most women during pregnancy. Migraine headaches start de novo during pregnancy in approximately 10% of cases, and the new-onset migraine is often accompanied by migraine aura. Migraine with aura is one of the most common disorders underlying transient focal neurological symptoms among pregnant women. Emergency physicians should take care about pregnant woman presenting with visual disturbance, and consider migraine as differential diagnosis.*

**Key words:** Migraine with aura; headache; pregnancy.

### Giriş

Migren sık görülen, toplumun büyük kesimini etkileyen, tekrarlayıcı bir baş ağrısı nedenidir. Gebelik döneminde migrene bağlı baş ağrıların gerilediği ve semptomlarda azalma olduğu bilinmektedir.<sup>[1,2]</sup> Gebelik döneminde aurasız migren ataklarının sıklığında ve şiddetinde azalma izlenirken, aura-

lı migrende ilk atak gebeliğin herhangi bir trimesterinde görülebilir.<sup>[3]</sup>

Gebelikte migren ve migren eşdeğeri semptomlarla, geçici iskemik atağın ayırımının yapılmasında güçlüklerle karşılaşılmaktadır.<sup>[1]</sup> Özellikle öncesinde tromboza yatkınlığı olan

**Geliş tarihi** (Submitted): 25.10.2011 **Kabul tarihi** (Accepted): 21.12.2011

**İletişim** (Correspondence): Dr. Nurettin Özgür Doğan, Etilik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Etilik, Ankara, Turkey

**e-posta** (e-mail): nurettinozdogan@gmail.com

veya antikoagülan ilaç kullanan hastalarda bu ayırım daha da zorlaşmaktadır.

Bu olgu sunumunda öncesine ait aurasız migren tanısı olan ve sol gözde tek kadranda olan ani görme kaybının ardından klasik migren ağrısı gelişen bir hasta tartışıldı.

## Olgu Sunumu

Otuz yedi haftalık gebeliği olan 32 yaşında kadın, acil servise sol gözde üst dış kadranda ani gelişen görme kaybı yakınmasıyla başvurdu. Hasta sabah saatlerinde çalışırken aniden önündeki yazının bir kısmını okuyamadığını, bu şikayetine eşlik eden başka bir yakınması olmadığını ifade etmekteydi, baş ağrısı ve baş dönmesi olmamıştı.

Hastanın gebeliği boyunca obstetrik takibinde herhangi bir sorun olmamıştı. İlk gebeliği olan hasta öncesine ait düzenli menstrüel döngüye sahipti; abortus veya ovulasyon indüksiyonu öyküsü yoktu. Özgeçmişinde auranın eşlik etmediği migren öyküsü, gebelik öncesi takiplerinde saptanan heterozigot aktive protein C rezistansı ve heterozigot metilente-tetrahidrofolatredüktaz (MTHFR) gen mutasyonu mevcuttu. Hasta önceki migren ataklarının aurasız olduğunu, yaklaşık ayda bir kez atak geçirdiğini, fakat ilaç kullanmadığını ifade etmekteydi. Baş ağrısı nedeniyle daha önceden araştırılan hastanın kontrastlı ve kontrastsız beyin tomografisi, beyin manyetik rezonans görüntüleme ve beyin manyetik rezonans anjiyografisi normal sınırlardaydı. Trombofili profili nedeniyle kullanmakta olduğu günlük 100 mg asetil salisilik asit, gebeliği döneminde 4.000 IU subkutan enoksaparin ile değiştirilmişti, hastanın takiplerinde tromboz veya kanama saptanmamıştı.

Başvuru anında hastanın vital bulguları stabildi, nabızı 78 atım/dakika, kan basıncı 110/70 mmHg, ateşi 36.8°C olarak ölçüldü. Fizik bakısı sol gözde üst dış kadrandaki görme alanı defekti dışında doğaldı. Hastada motor ve duyu defisiti saptanmadı, ense sertliği yoktu, derin tendon refleksi normoaktif olarak değerlendirildi, serebellar testler doğaldı. EKG'de anormal bir bulguya rastlanmadı.

Hastanın göz muayenesinde görme keskinliği, göz hareketleri ve ışık refleksi doğaldı. Hasta göz hastalıkları bölümüne konsülte edildi. Göz konsültasyonu sırasında muayene olmak için beklemekteyken, kadranopsinin başlamasının ardından yaklaşık 40. dakikada görme kusurunun tamamen düzeldiğini ve önceki migren ağrılarına benzer şekilde yoğun baş ağrısının başladığını belirtti. Baş ağrısı zonklayıcı tarzda ve bilateral, önceki migren atakları gibi ışıktan rahatsız olduğunu belirtti, bulantı ve kusması olmadı.

Konsültan tarafından yapılan muayenede pupil dilatasyonu uygulandı, sonrasında yapılan göz dibi incelemesinde papil

ödemi tespit edilmedi, optik sinir ve vasküler yapılar doğaldı. Dijital tonometre ile ölçülen göz içi basıncı normal sınırlardaydı. Elle ve bilgisayarla yapılan görme alanı muayenesi tamamen normal olarak tespit edildi.

Gebeliği nedeniyle herhangi bir görüntüleme işlemi yapılmasını kabul etmeyen hasta sakin bir odaya alındı, semptomatik tedavi olarak intravenöz metoklopramid uygulandı. 12 saat izlenen hastanın nörolojik muayenesi tekrarlandı, anormallik izlenmemesi ve baş ağrısının tamamen düzelmesi üzerine yeni başlangıçlı görsel auralı migren tanısıyla taburcu edildi. Dört gün sonra kontrole gelen hastanın nörolojik muayenesi doğaldı, görmeyle ilgili tekrar herhangi bir şikayeti olmamıştı. Hastayla bir ay sonra tekrar yapılan görüşmede sağlıklı şekilde doğum yaptığı, görsel şikayetinin ve migren atağının tekrarlamadığı öğrenildi.

## Tartışma

Literatürde gebelikte migrenle ilgili olan çalışmalar genellikle geriye dönük tasarlanmış olgu serileri şeklindedir ve migren ataklarının sıklığını esas almışlardır. Sances ve ark. nın<sup>[2]</sup> prospektif çalışmasına göre, migren ataklarının sıklığı ve şiddeti gebelik döneminde azalmakta, üçüncü trimestere doğru bu azalma daha belirgin hale gelmektedir. Bizim hastamız da benzer şekilde, gebeliği döneminde atak şiddetinin ve sıklığının belirgin olarak azaldığını belirtmekteydi. Kanıt düzeyi düşük olmakla birlikte, gebelikte artan endojen opioid ve östrojen düzeylerinin bu durumda katkısı olduğu düşünülmektedir.<sup>[4,5]</sup>

Fokal ve geçici nörolojik semptomlarla acil servise başvuran gebe hastalarda, semptomların etyolojisinin araştırılması en sorunlu basamaktır. Ertresvg ve ark.nın<sup>[1]</sup> bu konuda yaptıkları beş yıllık olgu kontrol çalışmasının sonuçlarına göre, geçici nörolojik semptomlarla başvuran 41 gebe hastanın sadece ikisinde inme tespit edilmiş, buna karşın 34 hasta auralı migren tanısı almıştır. Gebelikte auralı migren tanısı alan hastaların %79'unda duyuşsal aura, %61'inde görsel aura olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada hastaların büyük çoğunluğu semptomlarının 60 dakikanın altında olduğunu belirtmişlerdir. Ertresvg ve ark.na göre gebelikte geçici fokal nörolojik defisitlerin en sık nedeni auralı migren iken, diğer nedenler arasında nöbet, iskemik inme ve multiple skleroz da yer almaktadır.<sup>[1]</sup> Bizim hastamızda da semptomlar 40 dakika içinde kendiliğinden geçmiş ve görme alanının düzelmesinin hemen ardından baş ağrısı şikayeti başlamıştır. Bu durum öncelikli olarak auralı migreni düşündürse de, bir saatin altında fokal nörolojik semptomu olan bir hastada uygun görüntüleme yöntemini (difüzyon manyetik rezonans görüntüleme) kullanmaksızın geçici iskemik atağı ekarte etmek teorik olarak mümkün değildir.

Gebelikte yeni başlangıçlı olan migren türünün sıklıkla auralı

migren olduğunu belirtilmektedir.<sup>[1,6]</sup> Ertresvg ve ark.<sup>[1]</sup> auralı migrende sıklıkla duyuşsal auraların ağırlıkta olduğunu belirtirlerken, Liberman ve ark.<sup>[6]</sup> göre görsel auralar daha ön plandadır. İskemik inme şüphesinin devam ettiği hastalarda difüzyon ağırlıklı manyetik rezonans görüntüleme, iskeminin dışlanması için istenebilir.

Bütün bunlarla birlikte hastamızda klinik tabloda ayırıcı tanımı zorlaştıran iki etmen göze çarpmaktadır. Bunlardan ilki trombofil riski, ikincisi ise gebeliğin başından beri olan düzenli enoksaparin kullanımınıdır. Heterozigot aktive protein C rezistansı ve heterozigot MTHFR gen mutasyonu olan kişilerde gebelikte ağırlıklı olarak venöz tromboemboli riskinde artış gösterilmekle birlikte, gebelik seyrinde düşük moleköl ağırlıklı heparin kullanımı bu riski en aza indirmektedir.<sup>[7,8]</sup> Venöz tromboemboli profilaksisinde kullanılan enoksaparin, fraksiyone olmayan heparinle karşılaştırıldığında daha güvenli bir ilaç olarak kabul edilmektedir.<sup>[9]</sup> Hastamızda herhangi bir görüntüleme yöntemi kullanılmamış olmakla birlikte, fundoskopik bakıda venöz ve arteryel yapılarda tromboz veya hemoraji düşündürecek bulguya rastlanmamıştır.

Sadece fundoskopik bakıyla kafaiçi iskemik ve hemorajik olayların dışlanması mümkün olmamakla birlikte, hastanın defisitinin geçici olması, belirgin bir anatomik lokalizasyonla birebir eşleşmemesi (homonim veya heteronim kadranopsi), görme alanı defisitinin düzelmesinin hemen ardından tipik baş ağrısının başlaması ve aynı semptomun tekrarlamaması; var olan literatür ışığında hastanın yaşadığı durumun geçici iskemik ataktan çok, auralı migren olduğunu düşündürmektedir.

Acil servise fokal nörolojik semptomlarla başvuran gebelerde, başvuru anında baş ağrısı bulunmasa bile, yeni başlangıçlı auralı migren göz önünde bulundurulmalıdır.

## Çıkar Çatışması

Yazar çıkar çatışması olmadığını bildirmiştir.

## Kaynaklar

1. Ertresvg JM, Stovner LJ, Kvavik LE, Johnsen HJ, Zwart JA, Helde G, et al. Migraine aura or transient ischemic attacks? A five-year follow-up case-control study of women with transient central nervous system disorders in pregnancy. *BMC Med* 2007;5:19.
2. Sances G, Granella F, Nappi RE, Fignon A, Ghiotto N, Polatti F, et al. Course of migraine during pregnancy and postpartum: a prospective study. *Cephalalgia* 2003;23:197-205.
3. Torelli P, Allais G, Manzoni GC. Clinical review of headache in pregnancy. *Neurol Sci* 2010;31:55-8.
4. Cahill CA. Beta-endorphin levels during pregnancy and labor: a role in pain modulation? *Nurs Res* 1989;38:200-3.
5. Dawson-Basoa MB, Gintzler AR. 17-Beta-estradiol and progesterone modulate an intrinsic opioid analgesic system. *Brain Res* 1993;601:241-5.
6. Liberman A, Karussis D, Ben-Hur T, Abramsky O, Leker RR. Natural course and pathogenesis of transient focal neurologic symptoms during pregnancy. *Arch Neurol* 2008;65:218-20.
7. European Genetics Foundation; Cardiovascular Disease Educational and Research Trust; International Union of Angiology; Mediterranean League on Thromboembolism, Nicolaides AN, Breddin HK, Carpenter P, Coccheri S, Conard J, et al. Thrombophilia and venous thromboembolism. International consensus statement. Guidelines according to scientific evidence. *Int Angiol* 2005;24:1-26.
8. Bates SM, Greer IA, Pabinger I, Sofaer S, Hirsh J; American College of Chest Physicians. Venous thromboembolism, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest* 2008;133:844S-886S.
9. Warner GT, Perry CM. Enoxaparin: in the prevention of venous thromboembolism in medical patients. *Am J Cardiovasc Drugs* 2001;1:477-84.