

Posterior Skleritte Retina Pigment Epitel Dekolmanı

Feyza ÖNDER¹, Eser GÜLTAN², Delil ÖZCAN³, Gülcan KURAL⁴

ÖZET

Tedavi edilmediğinde kalıcı görme kaybına yol açması ve otoimmün sistemik bir hastalığın ilk bulgusu olabilmesi nedeniyle; semptom ve bulguları oldukça değişken bir klinik tablo olan posterior sklerit olgularının ayırıcı tanısının yapılması önemlidir. Bu makalede; retina pigment epitel dekolmalarının izlendiği bir posterior sklerit olgusundaki flöresein fundus anjiyografi, ultrasonografi ve komputerte tomografi bulguları sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Posterior sklerit, retina pigment epitel dekolmanı

SUMMARY:

Retinal Pigment Epithelial Detachments in Posterior Scleritis

It is important to make differential diagnosis of posterior scleritis which has quite various symptoms and signs because it may be an early sign of an autoimmune systemic disease and it may cause persistent vision loss unless treated. In this paper, fluorescein fundus angiography, ultrasonography and computerized tomography findings of a posterior scleritis case are represented in which retinal pigment epithelial detachments are observed. *Ret-vit 1996;4:572-75*

Key Words : Posterior scleritis, retinal pigment epithelial detachments

Posterior sklerit; arka segmentte sklera ve episklerayı tutan inflamatuvar bir hastalıktır¹. Skleranın inflamasyonu; oküler yüzeyi etkileyen en ciddi inflamatuvar hastalıklardan birisidir. Sklerit patogenezi tam olarak ortaya konulamamışsa da sınırlı sayıda patolojik incelemeden skleritin lokalize granülomatöz bir vas-külit olduğu sonucuna varılmıştır^{2,3}.

Watson posterior skleritin; semptom ve bulgularının çok değişken olması nedeniyle sıklıkla yanlış tanı konulan tedavi edilebilir bir klinik tablo olduğunu öne sürmüştür². Tedavideki gecikme görme kayıpları ile sonuçlanabileceğinden tanının zamanında konulması önemlidir. Bildirilen fundus bulguları; eksudatif veya seröz retina dekolmanı^{4,5}, retinal strialar ve koroidal foldlar^{5,7}, maküler ödem^{5,8} optik disk ödemi^{5,9}, göziçi kitlesi görünümü veren lezyonlar^{5,10,12}, uveal effuzyon⁵, sert eksudaya benzer beyazsarı renkte intraretinal depozitler⁵, annüler koroid dekolmanı¹³, retina pigment epitelinde turuncu-sarı benekler⁵ gibi farklı bulgulardır. Multifokal retina pig-

ment epitel (RPE) dekolmanı; posterior skleritin nadir olarak bildirilen bir bulgusudur^{5,8}. Bu klinik tablo ile ortaya çıkan bir posterior sklerit olgusu sunulmaktadır.

OLGU:

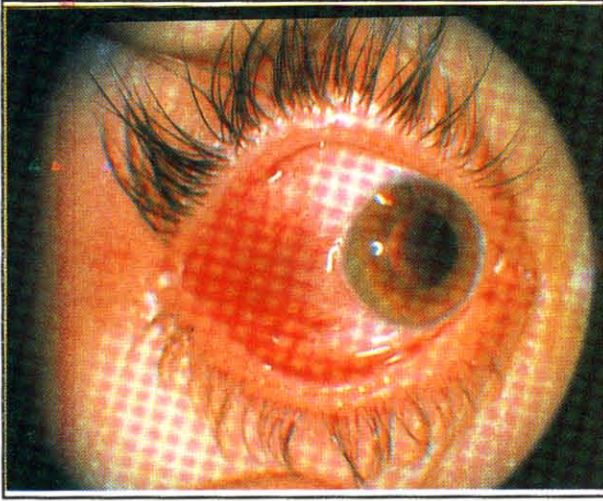
Yirmidört yaşında kadın hasta bir hafta önce başlayan sağ gözünde görme kaybı ve periorbital ağrı yakınmaları ile başvurdu. Öyküden hastanın daha önce sistemik ve oküler bir hastalığı olmadığı öğrenildi.

Oküler muayenede sağ globda hassasiyet, bulber konjonktivada temporal kadranda hiperemi ve kemozis, episkleral enjeksiyon görüldü Resim 1. Göz hareketleri değerlendirildiğinde sağ gözde abduksiyon kısıtlılığı saptandı. Her iki gözde oküler tansiyon ve diğer biyomikroskopik muayene bulguları normal sınırlarda idi. Görme keskinliğinin sağ gözde 3 metreden parmak sayma, sol gözde 10/10 düzeyinde olduğu saptandı. Renk görme fonksiyonu ishihara testi ile sağda 0/12, solda 12/12 düzeyinde bulundu. Fundus muayenesinde; maküla temporalinde ve büyük damar arkalarının sınırları içinde 4 disk çapı büyüklüğünde 2 adet sınırları belirgin bir alanda giderek artış gösteren flöresein göllenmesi ve optik diskte

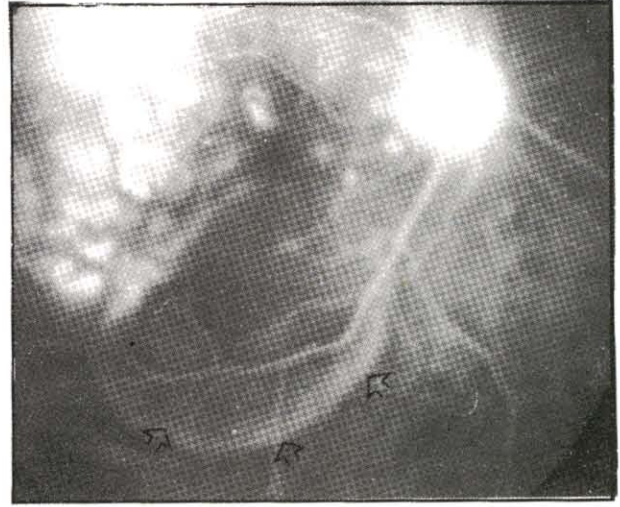
1- Uzm.Dr.Ankara Numune Hst.1.Göz Kliniği

2- Başasistan Ankara NumuncHast. 1. Göz Kliniği

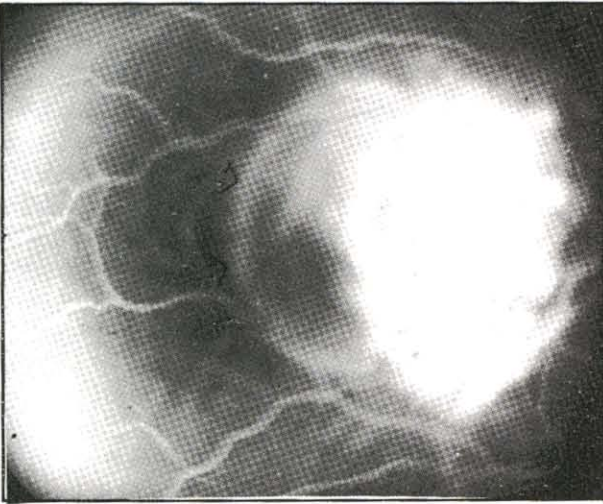
3- Dr. Ankara Numune Hast. 1. Göz Kliniği



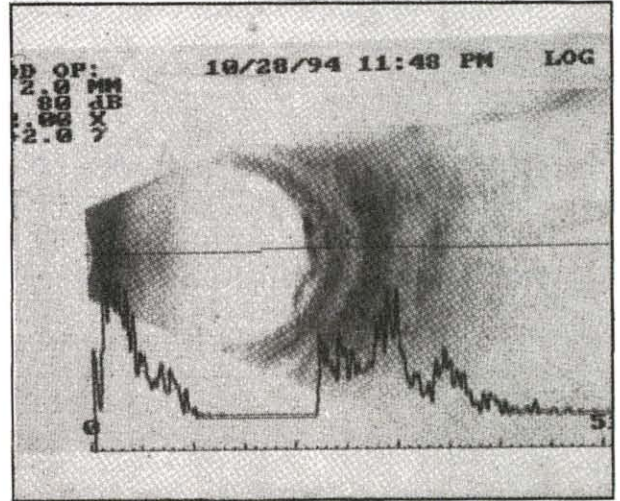
Resim-1: Sağ gözde bulber konjonktivada temporal kadranda hiperemi kemozis ve episkleral enjeksiyon.



Resim-2: Sağ gözde geç venöz fazda; multipl pigment epitel defektlerine bağlı hiperflöresans ve makula altında RPE dekolmanına bağlı flörescein göllenmesi (oklar)



Resim-3: Aynı gözde geç venöz fazda; multipl pigment epitel defektlerine bağlı hiperflöresans ve makula temporalinde yerleşim gösterin RPE dekolmanına bağlı flörescein göllenmesi (oklar).



Resim-4: Sağ gözde A ve B scan ultrasonografide; arka kutupta RPE dekolmanları ile uyumlu kabarıklık, skleral kalınlaşma ve retrobulber ödem ile uyumlu ekosuz band.

ultrasonografide; arka kutupta FFA ile gösterilen RPE dekolmanları ile uyumlu kabarıklık, skleral kalınlaşma ve retrobulber ödemle uyumlu ekosuz band şeklinde bir alan görüldü. Resim-4. Orbital bilgisayarlı tomografide (BT) sağ gözde posterior skleranın kalınlaştığı saptandı Resim-5.

Hasta iç hastalıkları ve fizik tedavi rehabilitasyon klinikleri tarafından değerlendirildi ve sistemik bir hastalık bulgusu saptanamadı. Tam kan sayımı, kan biyokimya değerleri, idrar analizi, romatoid faktör, serum antinükleer antikor, VDRL test sonuçları normal sınırlarda idi. Akciğer ve sakroiliyak eklem grafileri nor-

mal olarak değerlendirildi. Eritrosit sedimentasyon hızı 35 mm/saat olarak bulundu.

Klinik tablo, FFA, ultrasonografi ve BT bulguları posterior sklerit ile uyumlu bulunarak sistemik kortikosteroid (günlük 80 mg. prednizolon) başlandı. İki hafta sonraki değerlendirmede hastanın görme keskinliğinin 2/10 düzeyine çıktığı ve ağrı, abduksiyon kısıtlılığı, konjunktival kemozis ve enjeksiyon gibi bulgulara azalma olduğu saptandı. Kontrol FFA'da multipl pigment epitel defektlerine bağlı hiperflöresansın azaldığı ve RPE dekolmanlarının yatıştığı gözlemlendi Resim-6. 3 ay sonra hasta tekrar değerlendirildiğinde görme keskinliği 7/10 düzeyinde idi ve asemptomatikti.



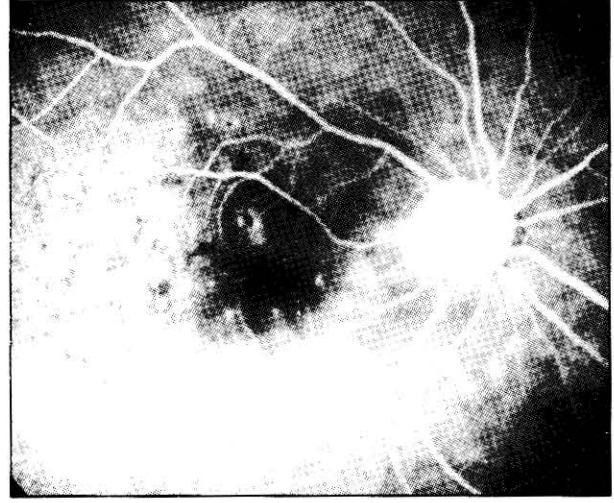
Resim-5: Sağ gözde orbital BT'de kalınlaşmış posterior sklera.

TARTIŞMA:

Sklerit olgularının yaklaşık olarak %2 ile %6'sını oluşturan posterior sklerit, genellikle 40-60 yaşları arasındaki kadınlarda ve ön sklerit ile birlikte görülür¹ İnflamasyon kasları, diğer orbital dokuları, koroidi ve retinayı tutabilir¹¹.

Sklerit olgularında %34-%45 oranlarında sistemik hastalık görüldüğü bildirilmiştir⁵. Romatoid artrit, periarteritis nodoza, Wegener granülomatozisi, relapsing polikondrit, sistemik lupus eritematozis, Reiter sendromu psöriatik artrit, ankilozan spondilit, Behçet hastalığı, dev hücreli arterit, Cogan sendromu ve inflamatuvar barsak hastalıkları ile birlikte görülebilir. Hayatı tehdit eden sistemik otoimmün bir hastalığın ilk bulgusu olabildiğinden tanınması önem taşır¹⁴⁻¹⁶. Olgumuzda klinik ve laboratuvar araştırmalarda sistemik bir hastalık bulgusu saptanamamıştır.

Posterior sklerit olgularında semptom ve bulgular oldukça değişkendir. Hastaların semptomlarının belirginliği nedeniyle erken dönemde başvurmalarına karşın, tanının ortalama 7 ay gecikebildiği bildirilmiştir⁵. Özellikle beraberinde anterior skleritin bulunmadığı olgularda pek çok klinik tablo posterior sklerit ile benzerlik gösterir. Karışabildiği klinik tablolar, santral seröz koroidopati, uveal effüzyon sendromu, Harada hastalığı, plakoid pigment epitelyopati, orbital psödotümör, koroidit, optik nevrit açı kapanması glokomu, primer yada sekonder göziçi tümörleri olarak sayılabilir. Malign melanom tanısıyla enükleasyon uy-



Resim-6: Sağ gözde kontrol FFA'da pigment epitel defektlerine bağlı hiperflöresansta azalma ve RPE dekolmanlarının yatıştığı görülüyor.

gularan posterior sklerit olguları olduğu gibi^{10,18,19}, posterior sklerit tanısı alıp tedavinin geciktirildiği malign melanom olguları da rapor edilmiştir²⁰. Feldon ve arkadaşları, brawny skleritin malign melanom ile karışabileceğini, radyoaktif fosfor uptake testi ve ultrasonografi gibi tetkiklerin yanlış tanı konulmasını önleyemeyeceğini öne sürmüşlerdir¹⁸.

Göziçi neoplazma, retrobulber tümör, koroidit, santral seröz koroidopati ön tanıları ile sevk edilen 7 posterior sklerit olgusunun incelendiği bir çalışmada ultrasonografide globun arka yüzünün düzleştiği, arka katlarının kalışlaştığını ve retrobulber ödem bulunduğunu saptamışlar, ek olarak A scan ultrasonografi uygulandığında kitede yüksek iç yansıtıcılık ve retrobulber ödem alanından düşük amplitüdü ekolar alındığını göstermişlerdir. A ve B scan ultrasonografinin birlikte uygulanmasının posterior sklerit tanısının konulmasında ve primer veya sekonder tümörlerin ekarte edilmesinde çok yararlı olduğunu bildirmişlerdir.

FFA bulguları ayırıcı tanıda yardımcı olsa da lezyonun değişken olması nedeniyle patognomonik değildir. Multipl pigment epitel defektleri, koroidal foldlar, disk ve maküla ödemi sıklıkla saptanan FFA bulgularıdır⁵. Posterior sklerit tanısının konulmasında diğer bir yardımcı yöntem olan BT'de uveoskleral kalınlaşma ve kontrast madde verildiğinde dansite artışı görülür²². Bizim olgumuzda da posterior sklerit tablosuyla uyumlu olarak A ve B scan ultrasonografide skleral kalınlaşma Resim 5 gösterilmiştir. FFA'da saptanan retina PED'leri Resim 2,3 posterior skleritte nadiren

saptanan bir bulgudur.

Korio-kapilleristen kaynaklanan seröz sıvının subepitelyal boşlukta toplanması sonucunda oluşan retina PED'ları; yaşa bağlı makula dejeneresansı, anjioid streaks, presumed oküler histoplazmozis, Harada sendromu gibi koriokapillaris ve Bruch membranının geçirgenliğini etkileyen hastalıklarda görülür²⁴⁻²⁵. Olgumuzdaki benzer olarak retina PED'larının saptandığı bir posteriorskleritli olguda; skleritli olguların çoğunda histolojik olarak gösterilmiş olan koroiditin retina PED'larından sorumlu olabileceği belirtilmiştir. Yazarlar posterior skleritli olgulara rutin olarak FFA uygulandığında daha fazla oranda retina PED saptanabileceğini öne sürmüşlerdir⁸.

Posterior sklerit olgularının prognozu değişkendir. Tanı ve uygun tedavi geçtikğinde ciddi görme kaybı oluşabilir. Lezyonun oluşması ile tedavinin başlaması arasındaki sürenin kısa olduğu olgularda görsel sonuçlar iyidir. Buna rağmen erken dönemde yeterli bir tedavi uygulanırsa bile görmenin yada perforasyon ile globun kalıcı olarak kaybedilmesi mümkündür. Lezyon rekürrens gösterebilir ve ya kronik hale gelerek devam edebilir⁵.

Posterior sklerit; sistemik nonsteroidal anti-inflamatuvar, kortikosteroid tedavisi oral yada intravenöz pulse metilprednizolon şeklinde uygulanabilir. Bizim olgumuzda da oral steroid tedavisine olumlu sonuç alınmış ve hastanın görme keskinliğinin 2 hafta içinde 3 metreden parmak sayma düzeyinden 2/10 düzeyine çıktığı görülmüştür.

Bu olgu sunumu ile; tedavi edilmediğinde görmeyi tehdit edebilen ve otoimmün sistemik bir hastalığın ilk belirtisi olabilen posterior skleritin; değişken klinik özellikleri gözden geçirilmiş ve nadiren retina PED'ları ile ortaya çıkabildiği belirtilmiştir.

KAYNAKLAR:

1. Watson PG, Hayreh SS: Scleritis and episcleritis. Br J Ophthalmol 1976; 60:163-91
2. Watson PG: The nature and the treatment of scleral inflammation. Trans Okphthalmol Soc UK 1982; 257-81.
3. McCluskey P, Wakefield D: Intravenous Pulse Methylprednisolone in Scleritis. Arch Ophthalmol 1987; 105:793-7
4. Sears ML: Choroidal and Retinal Detachment Associated with Scleritis. Am J Ophthalmol 1964; 58:764-6
5. Calthorpe CM, Watson PG, McCartney ACE: Posterior Scleritis: a Clinical and Histological Survey. Eye 1988; 2:267-77.
6. Cangemi FE, Trempe CL, Walsh JB: Choroidal Fold,

Am J Ophthalmol 1978; 86: 380-7.

7. Cappaert WE, Purnell EW, Frank KE: Use of B-Sector Scan Ultrasound in the Diagnosis of Benign Choroidal Fold. Am J Ophthalmol 1977; 84:375-9
8. Berger B, Reeser F: Retinal Pigment Epithelial Detachments in Posterior Scleritis. Am J Ophthalmol 1980; 90:604-6
9. Munk P, Nicolle D, Downey D, Villet AD, McKeown M: Posterior scleritis: ultrasound and clinical findings. Can J Ophthalmol 1993; 28:177-80
10. Finger PT, Perry HD, Pocker S: Posterior scleritis as an intraocular tumour. Br J Ophthalmol 1990; 74:121-92
11. Gedde SJ, Augsburger JJ: Posterior scleritis as a Fundus Mass. Ophthalmic Surg 1994; 25: 119-21
12. Brod RD, Saul RF: Nodular Posterior Scleritis. Arch Ophthalmol 1990; 108:1170-7.
13. Quinlan MP, Hitchings RA: Angle Closure glaucoma secondary to posterior scleritis. Br J Ophthalmol 1978; 62:330-5.
14. McGavin DDM, Williamson J, Foulds WS, Buchanan WW, Dick WC et al; Forrester JV et al. Episcleritis and scleritis. A Study of their clinical manifestations and association with rheumatoid arthritis. Br J Ophthalmol 1976;60:192-226
15. Günalp I, Zilelioğlu G, Baykam N: Episklerit Skleritte Tanı ve Tedavi. XIII. Türk Oft. Kong. (1978) Ankara Kardeş Matbaası, 1979:322
16. Ögüt M, İrkeç M: Skleritlerde etyolojik ve klinik özellikler T Oft Gaz 1988; 18:556-60.
17. Wald KJ, Spaide R, Patalano VJ: Posterior Scleritis in Children. Am J Ophthalmol 1992; 113:281-6
18. Feldon SE, Sigelman J, Albert DM, Smith TR: Clinical Manifestations of Brawny Scleritis. Am J Ophthalmol 1978; 85: 781-8.
19. Gass JDM: Differential Diagnosis of Intraocular Tumors. A stereoscopic Presentation. St. Louis CV Mosby, 1974: 200-7.
20. Yap E, Robertson DM, Buettner H: Scleritis as an Initial Manifestation of Choroidal Malignant Melanoma. Ophthalmology 1992; 99:1693-169.
21. Benson WE, Shields JA, Tasman W, Crandall AS: Posterior Scleritis, A Cause Of Diagnostic Confusion. Arch Ophthalmol 1979; 97: 1482-6.
22. Chaques VJ, Lam S, Tessler HH, Mafee MF: Computed Tomography and Magnetic Resonance Imaging in the Diagnosis of Posterior Scleritis. Ann Ophthalmol 1993; 25:89-94.
23. Siegel MJ, Rosenblatt MA, Orallama J: Multifocal Idiopathic Serous Detachment of the Retina Pigment Epithelium. Arch Ophthalmol 1988; 106:845-5.
24. Robinson TR, Gitter KA: Multiple Serous Detachments of the Retinal Pigment Epithelium. A stage of Senile Disciform Macular Degeneration. Arch Ophthalmol 1972; 88:487-92.
25. Spitznagel M: Central Serous Retinopathy. In Ryan SJ: Retina The CV Mosby Co St Louis 1989; Vol 2 p:217-27