

Sempatik Oftalmili Bir Olguda OKT Yardımıyla Subfoveal Sıvının Tedavi Süreci Boyunca İzlenmesi

Demonstration of Subfoveal Fluid and Monitoring of the Treatment Effect by OCT in a Case with Sympathetic Ophthalmia

Tuğrul ALTAN¹, Nur ACAR¹, Yaprak Banu ÜNVER¹, Sezin ÖZDOĞAN², Ziya KAPRAN³, Yaşar KÜÇÜKSÜMER⁴

Olgu Sunumu

Case Report

ÖZ

Skleral çökertme ve subretinal sıvı drenajı sonrası sempatik oftalmi ve bununla birlikte subfoveal sıvı gelişen bir hasta incelendi. Subfoveal sıvı optik koherens tomografi (OKT) ile görüntülendi. Hastaya oral kortikosteroid ve siklosporin A kombine tedavisi uygulandı. Düzenli takiplerinde fundus flöresein anjiyografi ve OKT tetkikleri yapılan hastanın tedavi ile sempatize gözde, görme keskinliğinin 20/25'ten 20/20'ye yükseldiği ve subfoveal sıvısının çekildiği gözlemlendi. OKT sempatik oftalmi sisteminin etkinliğinin izlenmesinde değerli bir tetkik olabilir.

Anahtar Kelimeler: Sempatik oftalmi, subfoveal sıvı, optik koherens tomografi.

ABSTRACT

A patient who had subfoveal fluid associated with sympathetic ophthalmia following scleral buckling and subretinal fluid drainage surgery is evaluated. The subfoveal fluid was demonstrated with optical coherence tomography. The patient received oral corticosteroid and cyclosporine A combination. He is followed with regular examinations, fluorescein angiography and OCT. Visual acuity increased from 20/25 to 20/20 and the subfoveal fluid resolved in the sympathizing eye with therapy. OCT may be a valuable tool in monitoring the response to the systemic therapy of sympathetic ophthalmia with subfoveal exudation

Key Words: Smpathetic ophthalmia, subfoveal fluid, optical coherence tomography.

Ret-Vit 2008;16:307-310

GİRİŞ

Sempatik oftalmi, bir gözdeki travma veya cerrahi takiben haftalar, yıllar içinde gelişebilen nadir bir bilateral diffüz granümatöz üveittir. Daha çok oküler travma sonrasında ortaya çıksa da vitreoretinal cerrahi sonrasında daha sık bildirilmeye başlamıştır.¹⁻⁴ Papiilt, koroidit, vitrit ve Dalen-Fuchs nodülleri olsun ya da olmasın değişik derecelerde ön üveit görülebilir.⁵ Arka kupta ve bazen ekvatora uzanan alanlarda sarımsı çok sayıda küçük koroidal odaklar mevcuttur.

Flöresein anjiyografide (FA), koroidal infiltrasyon odaklarına bağlı erken hipofloresans, ya da bu odakların boyanmasına ve bazen sızıntısına bağlı geç hiperfloresans görülebilir. Retina pigment epitelinin depigmentasyonuna bağlı erken hiperfloresans da görülebilir.^{1,6}

Optik koherens tomografi (OKT) üveit için yararlı bir tetkik olarak tanımlanmış ancak henüz sempatik oftalmideki değeri ortaya konmamıştır.⁷

Geliş Tarihi : 09/08/2007

Kabul Tarihi : 26/11/2007

Received : August 09, 2007

Accepted: November 26, 2007

- 1- Beyoğlu Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başaistan, İstanbul, Uzm. Dr.
- 2- Beyoğlu Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Asist. Dr.
- 3- Beyoğlu Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Şefi, İstanbul, Doç. Dr.
- 4- Beyoğlu Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Şef Muavini, İstanbul, Uzm. Dr.

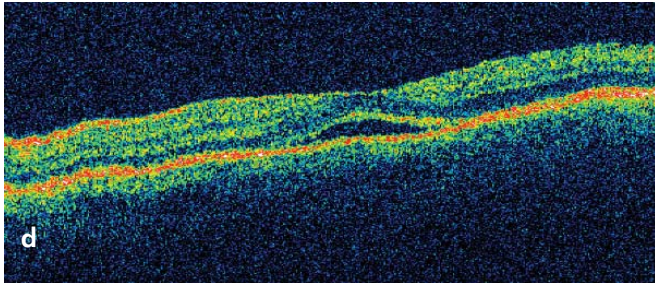
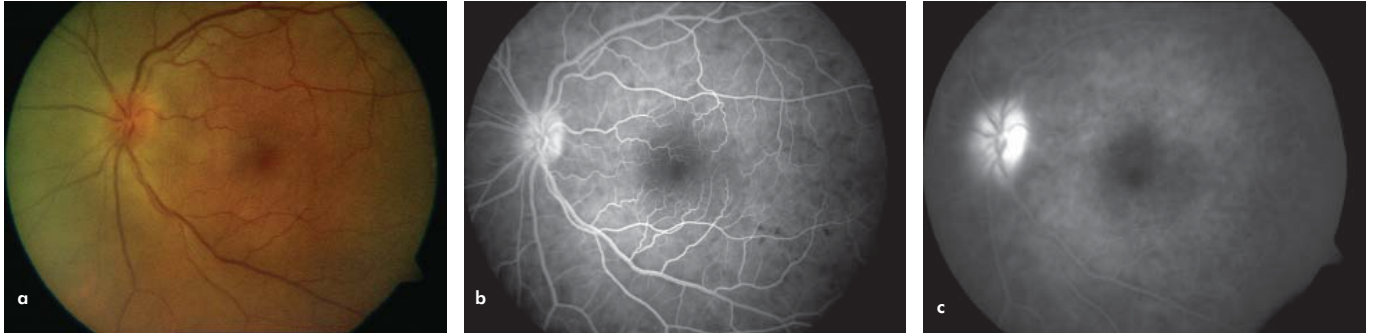
- 1- M.D. Beyoğlu Eye Education and Research Hospital, Eye Clinic İstanbul/TURKEY
ALTAN T., tugrulaltan@gmail.com
ACAR N., nuracar@yahoo.com
ÜNVER Y.B., yaprakbanu@yahoo.com
- 2- M.D., Beyoğlu Eye Education and Research Hospital, Eye Clinic İstanbul/TURKEY
ÖZDOĞAN S., sezino@hotmail.com
- 3- M.D. Associate Professor, Beyoğlu Eye Education and Research Hospital, Eye Clinic İstanbul/TURKEY
KAPRAN Z., zkpran@hotmail.com
- 4- M.D., Beyoğlu Eye Education and Research Hospital, Eye Clinic İstanbul/TURKEY
KUCUKSÜMER Y., kucuksumer@yahoo.com

Correspondence: M.D., Tuğrul ALTAN
Hukukçular Sitesi C/4 No:18 4. Levent İstanbul/TURKEY

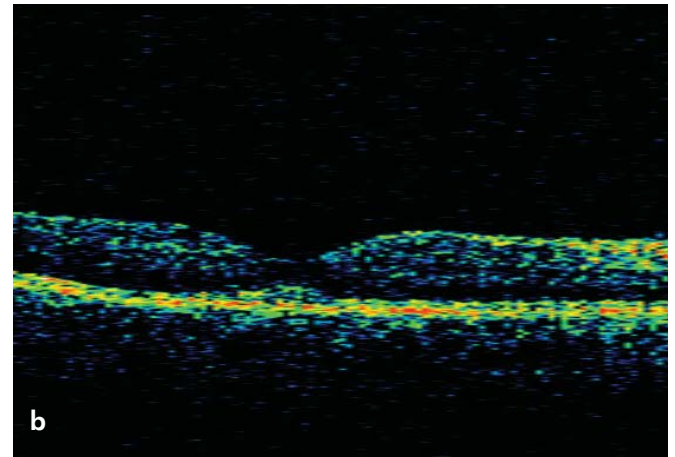
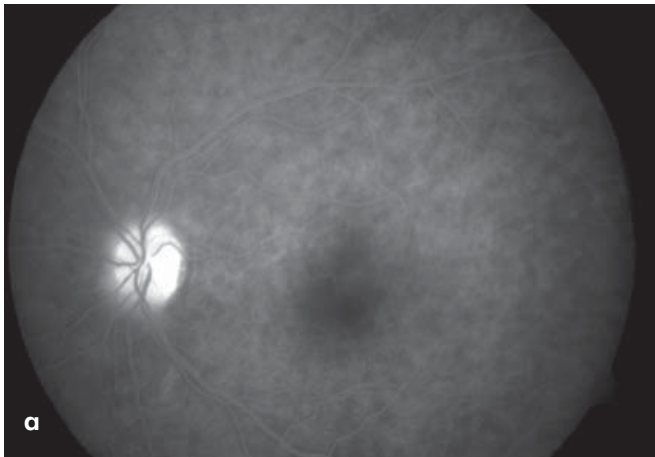
OLGU SUNUMU

Sağ gözünden 5 ay önce yırtıklı retina dekolmanı tanısı ile skleral çökertme, subretinal sıvı drenajı, göz içine hava enjeksiyonu ve kriyopeksi uygulanan 50 yaşında erkek hasta, sol gözünde görme azalması şikayeti ile başvurdu. Görme keskinlikleri sağ gözde parmak sayma düzeyindeyken sol gözde 20/25 olarak ölçüldü. Ön kamaranın sağ gözde hafif sığ olduğu ve evre 4 kortikal lens kesafeti olduğu görüldü. Yarıklı lamba muayenesinde her iki gözde seyrek keratik presipitat, 1+ ön kamara hücreleri ve sol gözde 1+ vitreus hücreleri bulunuyordu. Ultrasonografide sağ gözde alt yarıda sığ retina dekolmanı izlenmekteydi. Fundus muayenesinde sol gözde artmış damar kıvrımlanmaları, optik diskte diffüz kabarıklık, arka kutupta ve ekvatorunda derin yerleşimli sarımsı odaklar vardı. Fovea çukurluğu düzleşmişti. Çekilen fundus fotoğrafında papilla sınırlarında siliklik, papilla temporalinde dikey, ince retina katlantıları, arka kutupta derin sarımsı odaklar görülmüyordu (Resim 1a). FA tetkikinde erken evrede bazı bölgelerde birleşen çok sayıda hipofloresan nokta görüldü (Resim 1-b). Geç evrelerde lezyonların boyanmasına bağlı hiperfluoresan odaklarla optik disk kenarında sızıntıya bağlı hiperfluoresans izlendi (Re-

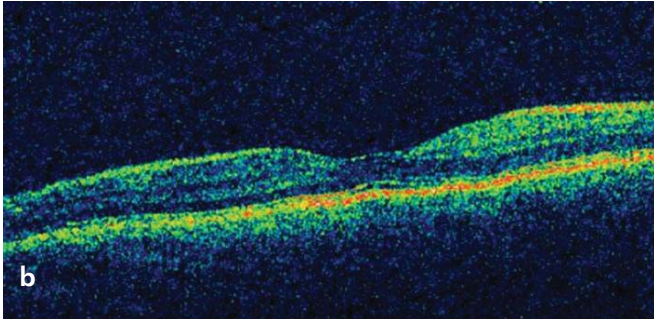
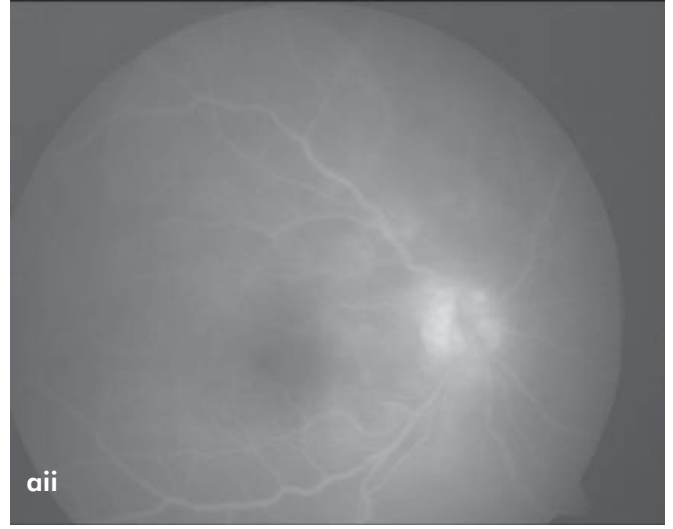
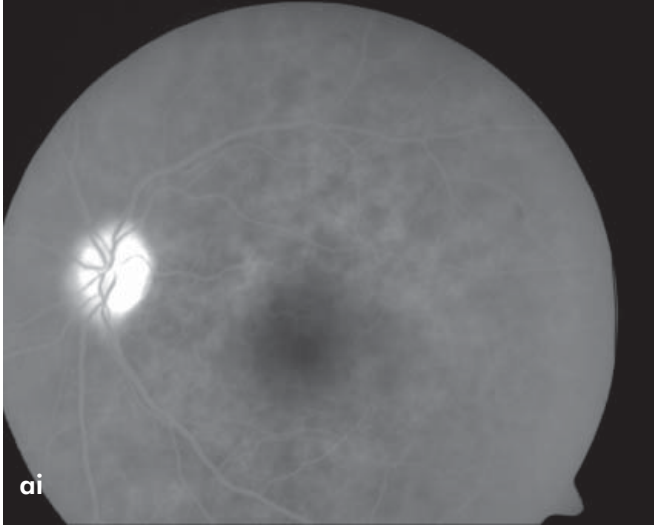
sim 1-c) . OKT incelemesi Stratus-OKT (Carl Zeiss Meditec, Inc., Dublin, CA) sol gözde foveada retina altı sıvı olduğunu gösterdi (Resim 1d). Akciğer grafisi, kan analizi ve PPD testinde herhangi bir anormalliğe rastlanmadı. Sempatik oftalmi tanısının konmasından sonra hastaya oral prednisolon 1.5 mg/kg ve siklosporin A 5 mg/kg tedavisi başlandı. Altı gün sonra sol gözde görme keskinliğinin 20/20'ye yükseldiği görüldü. Ön kamara her iki gözde de sakindi. FA incelemesinde optik diskten sızıntının azaldığı ve OKT'de de fovea altı sıvının gerilediği görüldü. (Resim 2 a,b) Siklosporin A 3 mg/kg'a düşürüldü. Hastanın sağ gözüne alt yarıda devam eden sığ retina dekolmanı ve katarakt nedeniyle oral tedavinin başlamasından 1 ay sonra katarakt ekstraksiyonu, pars plana vitrektomi ve göz içine silikon yağı enjeksiyonu ameliyatı uygulandı. Ameliyat sonrası erken dönemde sağ gözde topikal tedaviye cevap veren ön kamara reaksiyonu izlendi, sol gözde inflamasyonun alevlenmesine dair bir bulgu saptanmadı. Başvuru sonrası üçüncü ayda görme keskinliği sağ gözde 20/400, sol gözde 20/20 idi. Fundus incelemesinde sağ gözderetina yatıştı, optik disk sınırları belirgin değildi. Sol gözde soluk sarımsı noktalar seçilebiliyordu. FA'da her iki gözde optik diskten



Resim 1a: Papilla sınırlarında siliklik, papilla temporalinde dikey ince retinal katlantılar, arka kutupta derin sarımsı odaklar. **1b:** Artmış damarsal kıvrımlanma, arka kutupta çok sayıda hipofloresan noktalar. **1c:** Optik diskten geç dönemde sızıntı. **1d:** Sol gözde optik koherens tomografide retina altı sıvı.



Resim 2a: Altı gün sonra optik diskten azalmış sızıntı. **2b:** Sol gözde retina altı sıvıda azalma.



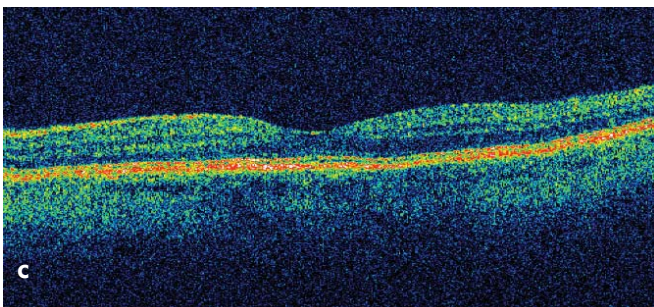
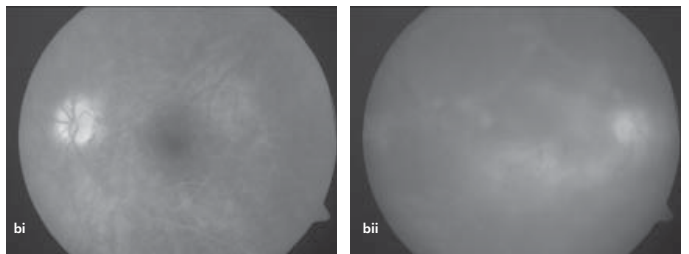
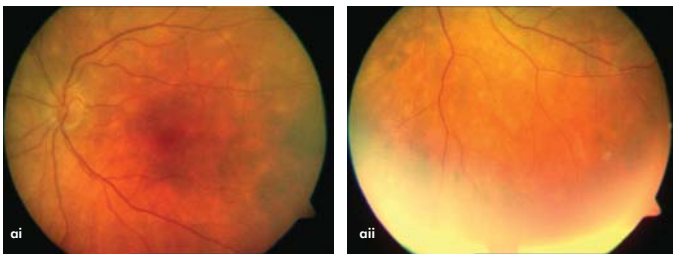
Resim 3ai: Üç ay sonra sol optik diskten sızıntı, hiper ve hipofloresan noktalar. **3aii:** sağ optik diskten sızıntı. **3b:** Sol gözde minimal retina altı sıvı.

sızıntı izlenmekteydi. (Resim 3ai, a-ii) OKT'de sol gözde çok az miktarda fovea altı sıvı vardı (Resim 3c). Oral prednisolon azaltıldı ve siklosporin A 3 mg/kg seviyesinde tutuldu. Sekizinci ayda sol gözde görme keskinliği 20/20 seviyesini korumaktaydı. Her iki ön segment sakin görünümdeydi. Fundus muayenesinde sağ gözde papilla sınırlarında hafif siliklik, sol gözde de yaygın hipopigmentasyon ile birlikte yer yer pigment kaybı olan noktalar mevcuttu. Çekilen fundus fotoğrafında sol gözde arka kutup (Resim 4ai) ve alt yarıda (Resim 4aii) sarımsı benekler, optik disk sınırlarında belirginleşme görülmekteydi. FA incelemesinde sol gözde koroida damarları belirgindi ve optik diskin iç kenarından hafif bir sızıntı saptan-

dı (Resim 4bi). Sağ gözde ise papilladan sızıntı ile birlikte foveada kistoid göllenme izlendi. (Resim 4bii). OKT'de foveada retina altı sıvı yoktu. (Resim 4c). Oral siklosporin A 3 mg/kg dozunda devam edilerek hasta kontrole çağırıldı.

TARTIŞMA

Sempatik ofalmi eskiden sıklıkla açık glob yaralanması sonrasında görülürken günümüzde daha çok vitreoretinal cerrahilerden sonra bildirilmektedir ancak primer çökertme cerrahisinden sonra görülmesi oldukça nadirdir.⁴ Bu vaka bizim kliniğimizde Haziran 1998



Resim 4ai: Sekiz ay sonra arka kutup ve optik disk. **4aii:** Alt yarıda sarımsı benekler. **4bi:** Sol optik diskin nazal kenarından minimal sızıntı, belirgin koroida damarları. **4aii:** Sağ optik diskten sızıntı ve foveada kistoid göllenme **4c:** Sol gözde optik koherens tomografide normal foveal anatomi.

ve Aralık 2004 yılları arasında çökertme cerrahisi uygulanan 1546 hastada görülen ilk sempatik oftalmidir (0.065%).

Sempatik oftalmi tanısı klinik temellere dayanarak verilir. Vogt Kayanagi Harada (VKH) hastalığı, multipl geçici beyaz nokta sendromu (MEWDS) ve diğer korooidal enflamatuvar hastalıklar sempatik oftalmiyi taklit edebilir. Ekstraoküler bulguların olmayışı ve geçirilmiş cerrahi travma öyküsü VKH hastalığı olma ihtimalini azaltır.⁸ Olgunun yaşı, cinsiyeti, bilateral tutulum varlığı, anjiyografik bulgular ve hastalığın kronik seyri, MEWDS tablosuna uymamaktadır.

OKT'nin sempatik oftalminin tanı ve tedavisindeki değeri henüz gösterilmemiştir. Bu olguda fundus muayenesinde kuşkuyla görülen subfoveal sıvının varlığı OKT'de gösterilmiştir. OKT'de retina altı sıvı olmasına rağmen, FA sempatize gözde foveada herhangi bir sızıntı göstermemiştir. Özdemir ve ark. oral kortikosteroid tedavisine dirençli bir sempatik oftalmi olgusunda vitreus içi steroid enjeksiyonu sonrasında fovea altındaki sıvının gerilediğini OKT ile göstermişlerdir.⁹ Biz bu olguda, fovea altındaki sıvının oral kortikosteroid ve siklosporin A tedavisine verdiği cevabı izlemede OKT'yi kullandık. OKT bize tedavinin ilk haftasında fovea altındaki sıvıda hızlı bir azalma ve zaman içerisinde ilerleyen bir düzelme olduğunu gösterdi. Subfoveal sıvının çekilmesi, görme keskinliğinin artmasıyla paralel bir seyir gösteriyordu. Tedaviye ve bu iyileşmelere karşın enflamasyon bulguları fundoskopik ve anjiyografik olarak tam anlamıyla düzelmedi. Takip süresi içinde sağ gözde kistoid maküla ödemi ve sol gözde de ilerleyici depigmentasyon gelişimi inflamasyonun düşük derecede de olsa devam ettiğine işaret etmektedir.

Optik disk enflamasyonu belki hastalığın alevlenmesinin bir belirtisi olarak düşünülebilir. Ancak bu bulgu geç tespit edilebilir ve derecelendirilemeyebilir. Bu olguda OKT'de subfoveal sıvının çekilmesi FA'da optik diskten sızıntının azalmasından çok daha önce görülmüş, görme keskinliğindeki düzelme ve enflamasyon bulgularının gerilemesiyle çok daha uyumlu olmuştur. İnvazif olmayan ve kolay uygulanabilen bir işlem olan OKT, fovea altı eksüdasyonu bulunan sempatik oftalmili gözlerde hastalığın alevlenmesinin ve tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesinde yararlı olabilir.

Hastamız steroid ve siklosporin A kombinasyon tedavisine hızla yanıt verdi. Sempatize gözde, bu kombi-

nasyon tedavisi altında diğer göze uygulanan pars plana vitrektomi ve göz içi silikon yağı enjeksiyonu ameliyatından sonra da sempatik üveitin alevlenmesine dair bir bulgu gözlenmedi. Sempatik oftalmide tedavinin en az 6 ay sürdürülmesi gerekmektedir. Ancak steroidler uzun dönem kullanımları güvenli olmayan ilaçlardır. Hızlı bir iyileşme için tedaviye steroid ve siklosporin A kombinasyonu ile başlayıp, daha sonra steroidi azaltarak yalnızca siklosporin ile devam etmek doğru görünmektedir.

Sempatik oftalminin erken tanısı daha iyi görme prognozu sağladığından önemlidir.^{6,10} Diğer tanılal teknikler yerine invazif olmayan bir yöntem olan OKT'nin kullanımı, sempatik oftalminin erken tanısında ve tedavi seyrinin incelenmesinde değerli olabilir.

KAYNAKLAR/REFERENCES

1. Pollack AL, McDonald HR, Ai E et al.: Sympathetic ophthalmia associated with pars plana vitrectomy without antecedent penetrating trauma. *Retina*. 2001;21:146-154.
2. Gass JDM.: Sympathetic ophthalmia following vitrectomy. *Am J Ophthalmol*. 1982;93:552-558.
3. Su DH, Chee SP.: Sympathetic ophthalmia in Singapore: new trends in an old disease. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2005;19:1-5.
4. Kilmartin DJ, Dick AD, Forrester JV.: Sympathetic ophthalmia risk following vitrectomy: should we counsel patients? *Br J Ophthalmol*. 2000;84:448-449.
5. Marak GE: Sympathetic uveitis. In: Yanoff M, Duker JS, ed. *Ophthalmology*. London, Mosby International Ltd. 1999:10(20.1-20.2)
6. Landolfi M, Bhagat N, Langer P et al.: Penetrating trauma associated with findings of multiple evanescent white dot syndrome in the second eye: coincidence or an atypical case of sympathetic ophthalmia? *Retina*. 2004;24:637-645.
7. Ciardella AP, Prall FR, Borodoker, N, et al.: Imaging techniques for posterior uveitis. *Current Opinion in Ophthalmology*. 2004; 15:519-530.
8. Rajendram R, Evans M, Rao NA.: Vogt Koyanagi Harada disease. *Int Ophthalmology Clinics*. 2005; 45:115-134
9. Ozdemir H, Karacorlu M, Karacorlu S.: Intravitreal triamcinolone acetone in sympathetic ophthalmia. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2005;243:734-736.
10. Chan CC, Roberge FG, Whitcup SM, et al.: 32 Cases of Sympathetic Ophthalmia: A Retrospective Study at the National Eye Institute, Bethesda, Md, From 1982 to 1992. *Arch Ophthalmol*. 1995;113:597-600.