

Multiple Sklerozisli Bir Olguda Retina Periflebiti ve Üveit

Turgut YILMAZ¹, Süleyman YILDIRIM², Orhan AYDEMİR¹, Serdar ÇELEBİ³, A. Şahap KÜKNER⁴

ÖZET

Amaç: Multiple sklerozis (MS), retina periflebiti ve üveitin birlikte görüldüğü bir olgunun sunulması.

Olgu Sunumu: 42 yaşındaki bayan hasta, her iki gözde iki yıldan beri tekrarlayan kronik iridosiklit ve sekiz yıllık MS tanısı ile refere edildi. Muayenesinde her iki gözde iridosiklit ve sağ gözde retina periflebiti saptandı. Sarkoidoz, tuberküloz ve sifiliz yönünden laboratuvar testleri menfi, göğüs radyografisi normal olan hastanın fundus fluorescein anjiyografisinde (FFA) sağ gözde perivenöz sızıntı izlenmedi.

Tartışma: Üveit, MS olgularında normal popülasyona göre daha sık görülmekte olup, bu birliktelik oldukça farklı çeşitlilik göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Multiple sklerozis, Üveit, Retinal periflebit.

RETINAL PERIPHLEBITIS AND UVEITIS IN A PATIENT WITH MULTIPLE SCLEROSIS

SUMMARY

Purpose: To report a patient with multiple sclerosis (MS) associated with periphlebitis retina and uveitis.

Case report: A 42-year-old woman with a 8-year history of MS and a 2-year history of chronic iridocyclitis was referred for evaluation. Ophthalmological examinations revealed iridocyclitis in both eyes and retinal periphlebitis in the right eye. Laboratory tests were negative for sarcoidosis, tuberculosis and syphilis. Chest x-rays were normal. Fluorescein angiography showed no perivenous leakage in the right eye.

Conclusions: Uveitis occurs more common in patients with MS than in the general population, and this association varies widely.

Key Words: Multiple Sclerosis, Uveitis, Retinal periphlebitis.

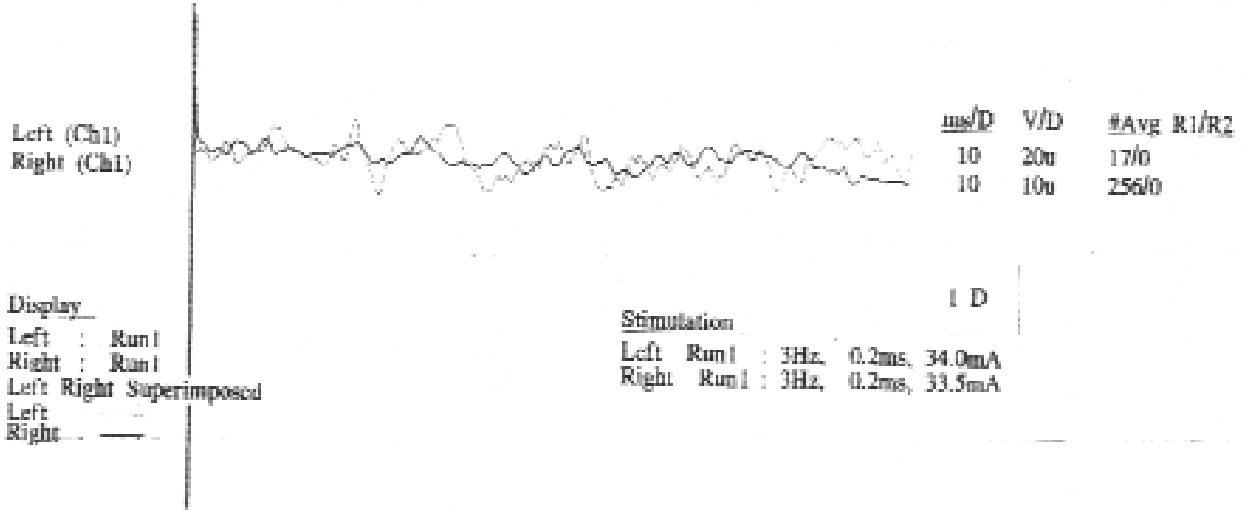
Ret - Vit 2003; 11 : Özel Sayı : 41-45

1- Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hast. AD., Elazığ; Yrd. Doç. Dr.

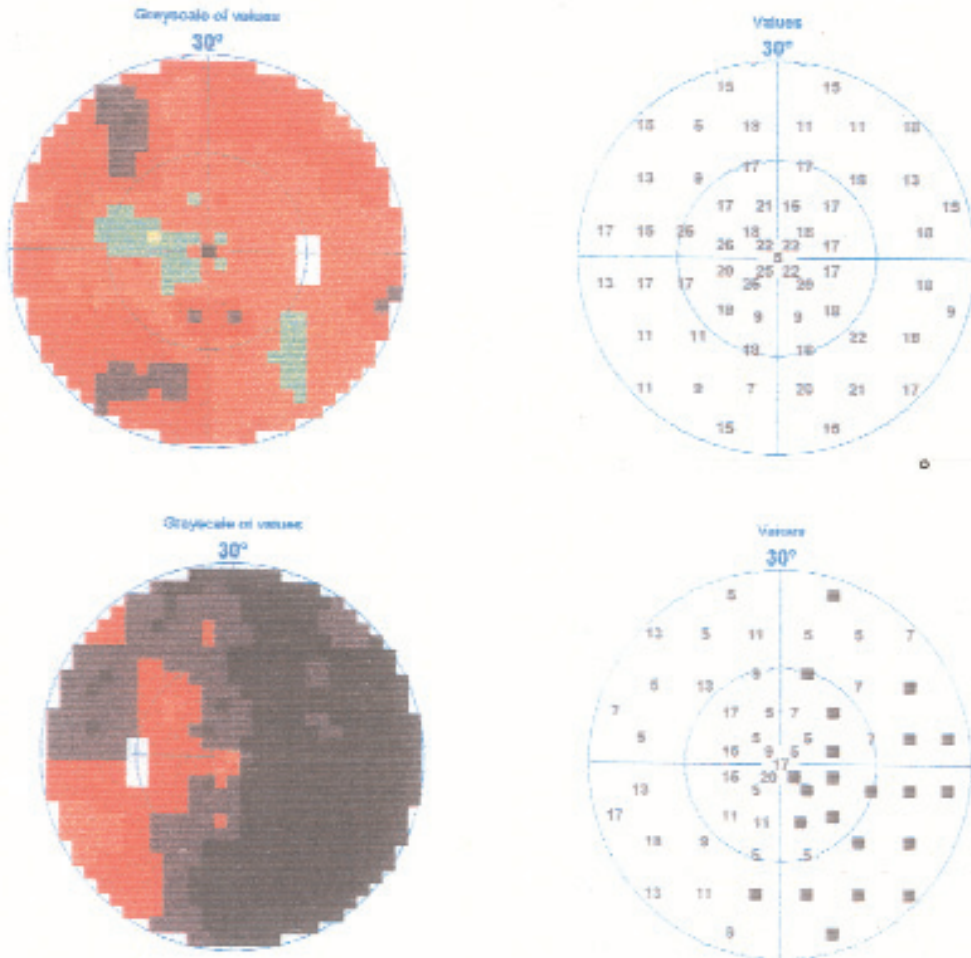
2- Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hast. AD., Elazığ; Araş. Gör. Dr.

3- Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hast. AD., Elazığ; Doç.Dr.

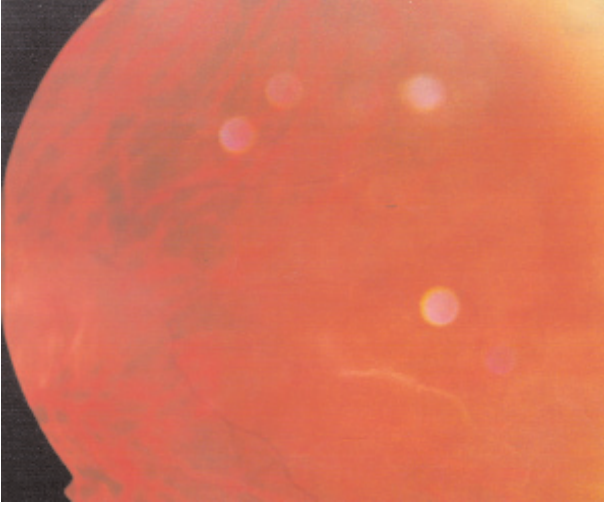
4- Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hast. AD., Elazığ; Prof.Dr.



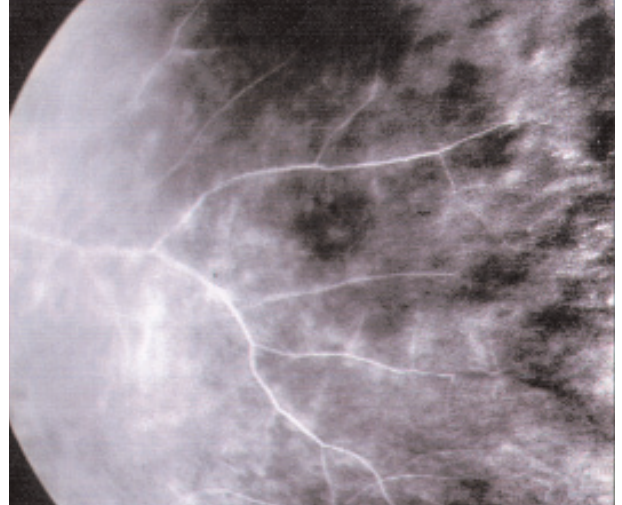
Resim 1. Hastanın yapılan VEP tetkikinde latensta artış ve amplitut değerinde azalma izlenmektedir.



Resim 2: Otomatik statik perimetride sağ gözde lokal görme alan defekti ve sol gözde temporalde görme alanı defekti izlenmektedir (Octopus 101).



Resim 3: Sağ göz fundusta periferik venöz kılınma.



Resim 4: Sağ göz FFA' da perivenöz sızıntı izlenmemektedir.

GİRİŞ

MS, etyolojisi bilinmeyen kronik bir hastalık olup, merkezi sinir sisteminde demiyelinizasyon ve sklerozis ile karakterizedir¹. Hastalık belirgin olarak 20-40 yaş civarındaki erişkinlerde ortaya çıkmakta ve kadınlarda daha sık görülmektedir.

MS olgularında, uveal doku ve retina damarlarının enflamasyonuna ait histolojik ve klinik bulgular ortaya çıkabilmekle birlikte, en sık görülen oküler enflamasyon optik nörittir²⁻⁴. Retina periflebiti ve uveit ise MS olgularında daha az olarak karşılaşılan bir klinik tablodur. Bu klinik birliktelik, yapılmış olan çalışmalarda oldukça değişken olup, MS hastalarında % 0.4 - 26, uveit hastalarında ise % 0.8 - 14 olarak bildirilmiştir⁵⁻⁶.

Bu çalışmada, retina periflebiti ve uveit tablosu saptanan bir MS hastasının klinik bulguları, tanı kriterleri ve etyopatogenez tartışılmıştır.

OLGU

42 yaşındaki bayan hasta, sol gözde daha fazla olmak üzere, her iki gözde kızarıklık ve görme azalması nedeniyle refere edildi.

Oyküsünden 8 yıllık MS hastası olduğu ve başka bir merkezde iridosiklit tanısı ile 2 yıldan beri takip edildiği öğrenildi. Dört yıl önce çekilmiş olan beyin MR grafisinde periventriküler beyaz plaklar, VEP (visual-evoked potentials) tetkikinde ise sağ gözde latansda artış, amplitüd değerinde azalma izleniyordu (Resim 1). Görme keskinliği sağda 0.4, solda ise 0.2 olup, tashihle artmıyordu. Biyomikroskopik muayenede, her iki gözde keratik presipitatalar ve ön kamarada 2 (+) hücre izlendi. Oftalmoskopide her iki gözde vitreusta 1 (+) hücre, optik diskte solukluk ve sağ gözde periferik venlerde kılınma izlendi (Resim 2). FFA' da perivenöz sızıntıya ait herhangi bir hiperflöresans izlenmedi (Resim 3). Otomatik statik perimetride (Octopus 101) sağ gözde lokal görme alanı defektleri, sol gözde ise temporalde derin görme alanı defekti izlendi (Resim 4). Sifiliz, sarkoidoz ve tüberküloz yönünden laboratuvar testleri negatif olan hastanın göğüs radyogramı normal idi. Topikal (deksametazon 5x1) ve sistemik steroid (1mg/kg prednisolon asetat) başlanan hastanın ön uveit tablosunun tedaviye oldukça kısa sürede iyi cevap verdiği, periflebit tablosunun ise sebat ettiği gözlemlendi.

TARTIŞMA

Granülomatoz uveit ve MS birlikteliği, ilk kez Wuseke tarafından 1953 yılında periferik uveitli bir hastada tanımlanmıştır (7). MS tanısı almış uveit hastalarının, iridosiklit, pars planitis ve koroidit gibi oldukça geniş bir klinik farklılık gösterdiği bildirilmiştir⁸⁻¹⁰. Bu klinik tablolardan biri olan pars planit; vitreus enfiyasyonu, eksudası ve pars planada kar topu görünümü ile karakterize olup, dikkatli bir muayene gerektirmektedir. Malinowski ve ark.¹¹ 54 pars planitli hastada yapmış oldukları çalışmada, 89 aylık takipte % 14.8' inde MS, % 7.4' ünde ise optik nörit atağı geliştiğini saptamışlardır. Meisler ve ark.¹² ise MS ve granülatöz uveitin birlikte bulunduğu üç olgu tanımlamış olup, bu olgulardan birinde granülatöz uveitin MS tanısından çok daha önce ortaya çıktığını bildirmişlerdir. Hastamızda ise uveit tablosu MS tanısından daha sonra ortaya çıkmıştır.

MS olgularında, aktif ve inaktif olmak üzere iki tip venöz kıliflanma tanımlanmıştır^{13,14}. Aktif venöz kıliflanma, görülüp kaybolabilen ve birkaç aydan iki yıla kadar uzayabilen infiltrasyonlar olarak görülür. İnaktif venöz kıliflanma ise keskin sınırlı ve belirgin olarak gözlenen kalıcı bir klinik tablo olup, aktif flebitin sekeli olarak hücre infiltrasyonu ile kalınlaşan yeni duvarlarının kollajen ile laminasyonu sonucu ortaya çıkmaktadır¹⁵.

MS olgularında gözlenen venöz kıliflanma flöresein anjiyografik olarak ta çalışılmıştır. Oftalmoskopik olarak venöz kıliflanma gösteren venler, flöreseini normalden daha fazla tutmaktadır¹⁶. Bazı venlerde ise kıliflanma olmasına rağmen, FFA' da sızıntı gözlenmemektedir. Bu durum, venlerde muhtemel bir inaktif periflebit (venöz sklerozis) tablosunun mevcudiyeti ile açıklanmaktadır¹⁷.

Bazı çalışmalarda, retinadaki venöz

kıliflanmanın, MS kliniğinin seyri ile uyum gösterdiği iddia edilmiştir¹⁸. Lightman ve ark.¹⁹ elli optik nöritli olguyu takip etmiş ve bunların bir kısmında en fazla 3.5 yıllık bir süre içinde venöz kıliflanma veya uveit tablosunun ortaya çıktığını bildirmişlerdir.

Gerek MS gerekse uveitin etyolojisi karanlık olduğundan, bu iki klinik tablonun neden bir arada görüldüğü de bilinmemektedir. Etiyolojiye yönelik olarak myelin basic protein, virüsler ve myelinle ilişkili glikoproteinler araştırılmıştır. Elektron mikroskopik olarak viral partiküller gösterilememiş olduğundan, herpes simplex virus, cytomegalovirus ve varisella zoster virusun etyolojideki muhtemel rolleri ortaya konamamıştır²⁰. Malinowski ve ark.¹¹ ise, MS hastalarında genetik olarak uveite bir yatkınlık olduğunu iddia etmişlerdir.

MS ve uveit birlikteliği çok nadir olmamakla birlikte, kolayca gözden kaçabilmektedir. Bu hastalar, genellikle uveit hastalarının büyük bir kısmının içinde bulunduğu idiopatik grubunun içinde değerlendirilmektedir. Bu hastalarda, nöroloji veya göz bulgularının ortaya çıkması gecikebilmekte ve bu noktada iyi bir takip yapılması önem arz etmektedir. Bu iki klinik tablonun birlikteliğinin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, uveit MS tablosundaki otoimmün fenomenin bir parçası olabilir.

KAYNAKLAR

1. Markovic S, McFarland HF.: Immunopathogenesis of the multiple sclerosis lesion. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2001; 1: 257-262.
2. Kerrison JB, Flynn T, Green R.: Retinal pathologic changes in multiple sclerosis. *Retina* 1994; 14: 445-451.
3. MacFayden DJ, Drance SM, Douglas GR, et al.: Paty DW. The retinal nerve fiber layer, neuroretinal rim area, and visual evoked potentials in multiple sclerosis. *Neurology* 1988; 38: 1353-1358.
4. Acar MA, Birch MK, Abbott R, et al.: Chronic granulomatous anterior uveitis associated with multiple sclerosis. *Graefes Arch Ciin Exp Ophthalmol* 1993; 231: 166-168.
5. Breger BC, Leopold IH.: The incidence of uveitis in multiple sclerosis. *Am J Ophthalmol* 1966; 62: 540-545.
6. Porter R.: Uveitis in association with multiple sclerosis. *Br J Ophthalmol* 1972; 56: 478-481.
7. Wuseke W.: Seltene Augenveraderungen bei multipler sklerose. *Ber Dtsch Ophthalmol Ges* 1953; 58: 338,339
8. Towler HM, Lightman S.: Symptomatic intraocular inflammation in multiple sclerosis. *Clin Experiment Ophthalmol* 2000; 28: 97-102.
9. Prieto JF, Dios E, Gutierrez JM, et al.: Pars planitis: epidemiology, treatment, and association with multiple sclerosis. *Ocul Immunol Inflamm* 2001; 9: 93-102.
10. Mackenzie PJ, Chang TS, Hay D.: Pasterior retinal vasculitis with multiple sclerosis. *Ret* 2002; 22: 133,134.
11. Malinowski SM, Pulido JS, Folk JC.: Long term visual outcome and compications associated with pars planitis. *Ophthalmology* 1993; 100: 818-824.
12. Meisler DM, Tomsak RL, Khoury S, et al.: Anterior uveitis and multiple sclerosis. *Cleve Clin J Med* 1989; 56: 535-538.
13. Haar M.: Retinal periphlebitis in multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand* 1963; 39: 270-272.
14. Moller PM, Hammerberg PE.: Retinal periphlebitis in multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand* 1963; 39: 263-269.
15. Shaw PJ, Smith NM, Ince PG, et al.: Chronic periphlebitis retinae in multiple sclerosis: a histopathological study. *J Neurol Sci* 1987; 77: 147-152.
16. Younge BR.: Fluorescein angiography and retinal venous sheating in multiple sclerosis. *Can J Ophthalmol* 1976; 11: 31-36.
17. Arnold AC, Pepose JS, Hepler RS, et al.: Retinal perphlebitis and retinitis in multiple sclerosis. *Ophthalmology* 1984; 91: 255-262.
18. Tola MR, Granieri C, Casetta I, et al.: Retinal periphlebitis in multiple sclerosis: a marker of disease activity. *European Neurology* 1993; 33: 93-96.
19. Lightman S, McDonald WI, Bird AC, et al.: Retinal venous sheating in optic neuritis. *Brain* 1987; 110: 405-414.
20. Lucarelli MJ, Pepose JS, Arnold AC, et al.: Immunopathological features of retinal lesions in multiple sclerosis. *Ophthalmology* 1991; 98: 1652-1656.