

Anterior İskemik Optik Nöropati ve Siliyoretinal Arter Tıkanması ile Tanı Konulan Dev Hücreli Arterit Olgusu

Giant Cell Arteritis Diagnosed with Combined Anterior Ischemic Optic Neuropathy and Cilioretinal Artery Occlusion

Selçuk DAYI¹, Safiye YILMAZ², Ahmet MADEN³

Olgu Sunumu

Case Report

ÖZ

Dahiliye servisinde akut böbrek yetmezliği nedeniyle izlenen 65 yaşındaki bayan hasta sol gözde görme azalması şikayeti ile kliniğimize refere edildi. Sol gözde görme keskinliği el hareketleri düzeyinde, +2 relatif afferent pupiller defekt ve belirgin azalmış renk görmesi mevcut idi. Fundus muayenesinde optik disk ödemi ve aynı zamanda siliyoretinal arter tıkanıklığı mevcut idi. Hastanın dev hücreli arterit tanısını destekleyecek başka sistemik veya oküler şikayeti yok idi. Yüzeysel temporal arterden yapılan biyopsi dev hücreli arterit tanısını doğrulamaktaydı. Hastaya biyopsi sonucu elimize ulaşmadan derhal pulse steroid (1000 mg/gün) tedavisi 3 gün boyunca uygulandı. Tedaviye oral kortikosteroid (1 mg/kg) ile devam edildi. 2 ay sonraki kontrolünde optik sinir ve retinal ödemin belirgin olarak düzeldiği gözlemlendi. Bu vaka, klinik şikayetlerin tam olarak dev hücreli arterit tanısını yansıtmadığı ancak anterior iskemik optik nöropati ve siliyoretinal arterin tıkanması birlikteliği ile kliniğimize başvurmuş dev hücreli arterit tanısı için patognomonik bir olgu olması nedeniyle özellik arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dev hücreli arterit, anterior iskemik optik nöropati, siliyoretinal arter tıkanıklığı.

ABSTRACT

A 65-year-old female was referred with a decrease in vision in the left eye to our clinic. Patient was managed for the diagnosis of acute renal failure in the internal medicine clinic. Visual acuity was hand motion in the left eye with a 2+ relative afferent pupillary defect and markedly decreased color vision. Fundus examination revealed optic disc edema as well as a cilioretinal artery occlusion. The patient denied any other ocular or systemic symptoms related to giant cell arteritis. Biopsy of the superficial temporal artery confirmed the diagnosis of giant cell arteritis. Pulse steroid treatment (1000 mg/day) was performed for three days before the biopsy was resulted. Treatment was continued with oral corticosteroid (1 mg/kg). The retinal and optic nerve edema was improved at 2 month visit significantly. This case highlights the situation where clinical symptoms were not suspicious for giant cell arteritis but the presence of an anterior ischemic optic neuropathy and a cilioretinal artery occlusion was virtually pathognomonic for giant cell arteritis.

Key Words: Giant cell arteritis, anterior ischemic optic neuropathy, cilioretinal artery occlusion.

Ref-Vit 2009;17:73-75

Geliş Tarihi : 14/12/2007

Kabul Tarihi : 18/01/2008

Received : December 14, 2007

Accepted : January 18, 2008

- 1- İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Kliniği, İzmir, Uzm. Dr
- 2- İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Kliniği Başasistanı, İzmir, Uzm. Dr
- 3- İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Kliniği Şefi., İzmir, Prof. Dr

- 1- M.D., Atatürk Training and Research Hospital, Department of Ophthalmology İzmir/TURKEY
DAYI S., selcukdayi@hotmail.com
- 2- M.D., Atatürk Training and Research Hospital, Department of Ophthalmology İzmir/TURKEY
YILMAZ S., safiyekucukbay@hotmail.com
- 3- M.D. Professor, Atatürk Training and Research Hospital, Department of Ophthalmology İzmir/TURKEY
MADEN A., maden@deu.edu.tr

Correspondence: M.D., Safiye YILMAZ

Kaucuk Sokak No:6/3 P.K. 35330 Balçova İzmir/TURKEY

GİRİŞ

Dev hücreli arterit (DHA), iskemik arteriyel tıkanma ile sonuçlanan kraniyal arterlerin bölgesel tutulumu ile karakterize potansiyel ölümcül sistemik bir vaskülitir.¹

Arteritik anterior iskemik optik nöropati (AION) dev hücreli arteritin bir sonucu olarak kısa posterior siliyer arterlerin (KPSA) trombotik tıkanmasına bağlı, optik sinir başı enfarktı sonucu ortaya çıkar.²

Siliyoretinal arterler de KPSA'den köken alır.³ Bu nedenle KPSA'lerin tıkanması siliyoretinal arterin de eşlik eden tıkanması ile sonuçlanır.³ Dev hücreli arterit potansiyel bir körlük nedenidir.⁴ Ancak erken tedavi ile körlüğün önlenabilir oluşu nedeniyle, dev hücreli arterit olgularının erken tanısı çok önemlidir.

DHA olgularının %21.2'si başka sistemik yakınma olmaksızın ani görme azalması ile başvururlar.⁴ Bu nedenle muayenesinde anterior iskemik optik nöropati ile birlikte siliyoretinal arter tıkanmasının olduğu ve başka destekleyici sistemik yakınmanın olmadığı ani görme azalması ile gelen olgularda dev hücreli arterit tanısı ayırıcı tanıda ilk sırada yer almalıdır.

OLGU SUNUMU

Akut böbrek yetmezliği nedeniyle dahiliye servisinde izlenmekte olan 65 yaşındaki bayan hasta sol gözde bir gündür görme azalması şikayeti ile kliniğimize refer edildi. Ayrıntılı yapılan anamnez sorgulamasında, hastanın iki gündür hafif baş ağrısı dışında dev hücreli arterit tanısını destekleyecek başka sistemik veya oküler şikayetin olmadığı saptandı.

Hastanın özgeçmişinde böbrek yetmezliği dışında özellik arz etmiyordu. Oftalmolojik bakışında görme keskinliği sağ gözde tam, sol gözde el hareketleri düzeyinde idi. Sol gözde +2 rölatif afferent pupiller defekt ve belirgin azalmış renk görmesi mevcut idi. Göz içi basıncı ve ön segment bakışı her iki gözde normal idi. Pupiller dilatasyon sonrası yapılan fundus muayenesinde optik disk ödemi ve aynı zamanda siliyoretinal arter tıkanıklığını destekleyen retinal ödem mevcut idi (Resim 1).

Görme alanı sağ gözde normal sınırlar içinde idi, solda ise görmesi çok az olması nedeniyle sağlıklı bir görme alanı değerlendirmesi yapılamadı. Yapılan laboratuvar incelemesi, eritrosit sedimentasyon hızının saatte 120 olması dışında olağan idi.

Yüzeysel temporal arterden yapılan biyopsi dev hücreli arterit tanısını doğrulamaktaydı. Hastaya biyopsi sonucu elimize ulaşmadan derhal pulse steroid (1000 mg/gün) tedavisi 3 gün boyunca uygulandı.

Tedaviye oral kortikosteroid (1mg/kg) ile devam edildi. 2 ay sonraki kontrolünde optik sinir ve retinal ödem belirgin olarak düzeldiği gözlemlendi (Resim 2).

TARTIŞMA

Anterior iskemik optik nöropati (AION) klinik olarak arteritik ve non-arteritik olmak üzere iki grup altında incelenmektedir.²

Arteritik iskemik optik nöropati, dev hücreli arterit sonucu ortaya çıkmaktadır. DHA'nin erken tanısı ile tedavisinin mümkün olması ve ileri görme kaybının önlenilebilir olması nedeniyle bu iki klinik formun ayırımı oldukça önemlidir.⁴

Vakaların çoğunluğu (%80-90) non-arteritik formdadır ve sıklıkla diyabet, hipertansiyon, ateroskleroz ve diğer vasküler ve otoimmün risk faktörlerine sahip hastalarda görülmektedir.⁵ AION patolojisinde optik sinir başı ön kısmının akut iskemisi gözlenmektedir.²

Optik sinir başı ön kısmı perfüzyonu peripapiller koroid ve KPSA tarafından sağlanmaktadır.⁶ Siliyoretinal arterler de KPSA'den köken almaktadırlar.³

Non-arteritik AION optik sinir ön kısmının peripapiller koroiddeki perfüzyon basıncının düşmesine bağlı geçici hipo- veya non-perfüzyonu sonucu ortaya çıkarken⁷, arteritik AION tipik olarak KPSA'nin trombotik tıkanması sonucu ortaya çıkar.⁸ Bunun yanı sıra siliyoretinal arterlerin KPSA'nin dalı olması nedeniyle, arteritik AION siliyoretinal arterde de perfüzyon kesilmesi ile sonuçlanır. Hayreh de 66 DHA tanılı hasta serilerinden 14'de siliyoretinal arter tıkanması olduğunu bildirmektedir.²

Yaşlı hastalarda ani şiddetli görme azalması, çene kladikasyonu, baş ağrısı, boyun ağrısı, saç derisi hassasiyeti, ateş, halsizlik gibi oküler ve sistemik semptomlar olduğunda DHA tanısını koymak oldukça kolaydır.⁹ Ancak bizim vakamızda olduğu gibi semptomlar DHA için spesifik değilse, tanı ve tedavi bir çıkmaza girer. Özellikle tedavide yan etkisi oldukça fazla olan yüksek doz ve uzun süreli kortikosteroid kullanılması gerekliliği hekimin şüpheli vakalarda tedaviye başlamasını geciktirebilmektedir. Burada sunduğumuz vakada da semptomlar DHA için tipik değildir.

Hastanın 65 yaşında oluşu, ani görme azalması ve anamnez sorgulaması sırasında hatırladığı hafif baş ağrısı dışında DHA tanısını destekleyecek sistemik bir yakınması yoktu. Burada saptadığımız hafif bir eritrosit sedimentasyon hızındaki artış da aslında DHA tanısını koymak için yeterli değildir. Bununla birlikte DHA patogenezinin bir sonucu olarak ortaya çıkan AION ve beraberinde siliyoretinal arter tıkanıklığı olması DHA tanısı için oldukça patognomonik ve akıldaki tutulması gereklidir. Tedavide hemen steroid tedavisinin başlanması oldukça önemlidir.

Tedavi daha fazla görme kaybını önlemekle kalmayıp ileri dönemde görme keskinliğinin artmasını, diğer gözde görme kaybının önlenmesini ve hatta uzun dönemde sistemik düzelmeyi sağlayabilmektedir. Bu vaka klinik semptomların DHA tanısı için yeterli olmadığı, ancak retinal bulguların tanı koymada patognomonik olduğu bir tabloyu yansıtmaktadır.

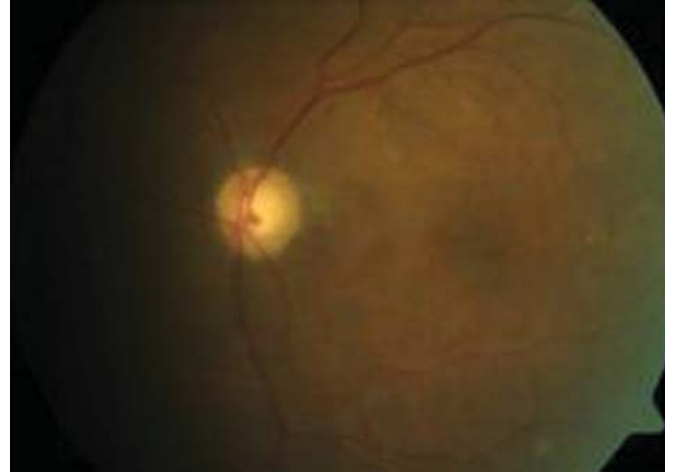


Resim 1: Ani görme azalması ile başvuran 65 yaşındaki bayan hastanın yapılan fundus muayenesinde saptanan anterior iskemik optik nöropati ile birlikte siliyoretinal arter tıkanması.

Siliyoretinal arter tıkanıklığı ile birlikte iskemik optik nöropati bulgusu olan ve ani görme azalması ile başvuran hastalarda oftalmoloji kliniğinin acillerinden olan DHA tanısı akılda tutulmalı ve buna yönelik tanısal işlemler ve tedavi acilen uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR/REFERENCES

1. Zborowska B, Ell J, McGhee-Collett M, Scolyer R, et al.: Progressive visual loss in a patient with presumed temporal arteritis despite treatment: how to make the diagnosis. *Clin Experiment Ophthalmol.* 2004;32:335-336.
2. Hayreh SS.: Anterior Ischemic Optic Neuropathy: Differentiation of arteritic from non-arteritic type and its management. *Eye.* 1990;4:25-41.
3. Hayreh SS.: The cilioretinal arteries. *Br J Ophthalmol.* 1963;47:71-89.
4. Hayreh SS, Podhajsky PA, Zimmerman B.: Occult giant cell arteritis: ocular manifestations. *Am J Ophthalmol.* 1998;125:521-526.
5. Buono LM, Foroozan R, Sergott RC, et al.: Nonarteritic anterior ischemic optic neuropathy. *Curr Op Ophthalmol.* 2002;13:357-361.
6. Hayreh SS.: The blood supply of the optic nerve head and the evaluation of it-myth and reality. *Prog Ret Eye Res.* 2001;20:563-593.
7. Arnold AC.: Pathogenesis of nonarteritic anterior ischemic optic neuropathy. *J Neuro-Ophthalmol.* 2003;23:157-163.
8. Galasso JM, Jay WM.: An occult case of giant cell arteritis presenting with combined anterior ischemic optic neuropathy and cilioretinal artery occlusion. *Semin Ophthalmol.* 2004;19:75-77.
9. Subaşı M, Özer A, Or M, ve ark.: Temporal arterit. *MN Oftalmol.* 1999;6:40-43.



Resim 2: Aynı hastanın kortikosteroid tedavisinden 2 ay sonraki fundus görünümdeki düzelme.