

Bilateral Dejeneratif Retinoskizis ile Karakterize Bir Sempatik Oftalmi Olgusu

Avni Murat AVUNDUK¹, Kubilay ÇETİNKAYA¹,
Zerrin KAPICIOĞLU¹, Murat SAĞLAM².

ÖZET

Sempatik oftalmi ile birlikte seröz retina dekolmanı sıklıkla bildirilen bir durum olmasına karşın, sempatik oftalmi ile retinoskizis birlikteliği henüz bildirilmemiştir. Bu makalede sempatik oftalmili bir hastada bilateral retinoskizis gelişimi sunulmuştur. Sempatik oftalmide, uygun histopatolojik koşullarda eksudasyonların retina içine sızarak, nörosensoriyal retina katmanlarını birbirinden ayırması neticesinde retinoskizis geliştiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Sempatik oftalmi, Göz travması, Retinoskizis, Üveit

SUMMARY

A CASE CHARACTERIZED BY BILATERAL RETINOSCHISIS ASSOCIATED WITH A SYMPHATETHIC OPHTHALMIA

Although symphatethic ophthalmia is frequently complicated by serous retinal detachment, we could not find out any reported case characterized by bilateral retinoschisis associated with a symphatethic ophthalmia in the current ophthalmic literature. We reported a symphatethic ophthalmia patients associated with bilateral degenerative retinoschisis. We think that degenerative retinoschisis develops from leaking of subretinal exudate into the intraretinal layers. After that, these layers separate from each other on the basis of appropriate histopathological condition and retinoschisis ensues. *Ret-vit 1997;5:134-136*

Key Words : Symphatethic ophthalmia, Eye trauma, Retinoschisis, Uveitis

Cerrahi yada cerrahi olmayan penetran bir göz travmasını takiben her iki gözde gelişen granümatöz bir üveit olarak tanımlanan sempatik oftalmide retinal perivaskülit ve retina dekolmanı yüksek oranda görülebilmektedir.¹ Sempatik oftalmi ile sık görülebilen diğer göz rahatsızlıkları fakoanflaksi², koroidal malin melanoma³, katarakt, sekonder glokom, optik sinir retina atrofisi⁴ olarak bildirilmesine rağmen, daha önce bilateral dejeneratif retinoskizise neden olan sempatik oftalmi olgusuna literatür taramalarında rastlanılamamıştır.

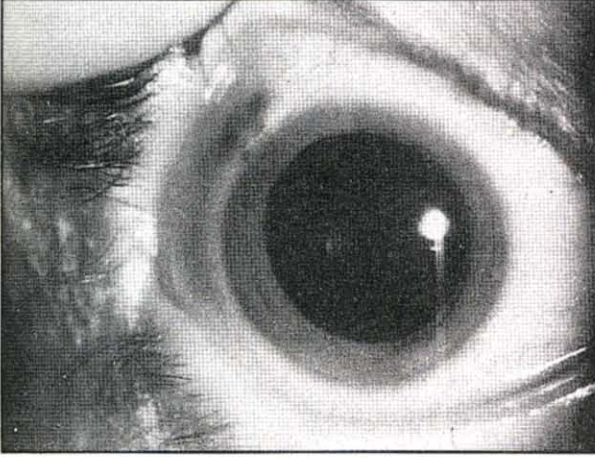
OLGU

Kırk yaşındaki bayan hasta sağ gözünden metalik bir cisim ile delici bir oküler yaralanma nedeniyle başvurduğu hekim tarafından topikal sikloplejik ve steroid tedavisine alınmıştı. Tedaviye rağmen uveal inflamasyonun ilerlemesi nedeniyle hasta kliniğimize refere edildi.

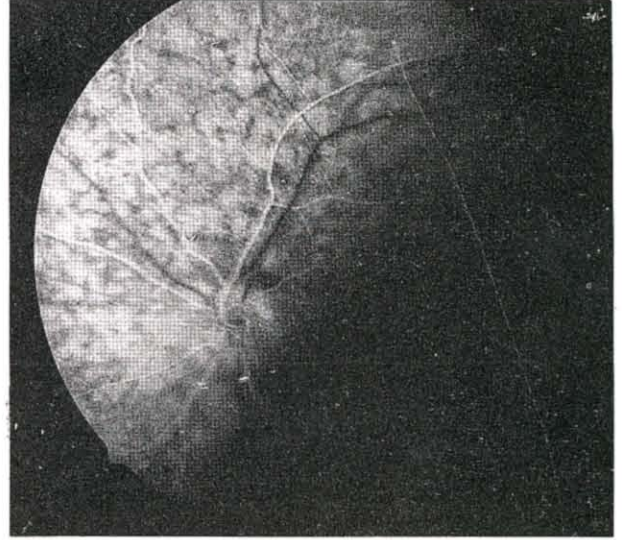
Hastanın bizim tarafımızdan yapılan ilk muayenesinde görme keskinliğinin her iki gözde de 10/10 seviyesinde olduğu, ön segment muayenesinde sağ göz üst temporal kadranda saat 10³⁰ hizasında limbustan 3 mm mesafede üzeri kojunktiva ile örtülü bir uveal doku prolapsus olduğu gözlendi (Resim 1). Ön kamara da (++) düzeyinde inflamatuvar hücre olduğu gözlenirken, korneada keratit presipitata rastlanılmadı. Oftalmoskopik muayenede herhangi bir patoloji teit edilmemesi üzerine, hasta topikal antibiyotik, sikloplejik ve steroid tedavisine alınarak izlendi. Yirmi gün sonra, tedaviye rağmen hastanın sağ gözünde geniş keratit presipitatların olduğu, vitreusta (++++) hücreye yol açacak kadar ağır bir vitritis tablosunun geliştiği ve sol gözde de benzer bir gramilamatüz üveit tablosunun geliştiği izlendi. Bu esnada görme keskinliği sağ göz için 1/10, sol göz için ise 5/10 seviyesinde bulundu. Oftalmoskopik muayenede her iki göz retina periferinde multipl sarı-beyaz renkli ve subretinal yerleşimli lezyonlar gözlenirken, FFA' da yine

1. Öğretim Üyesi Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları

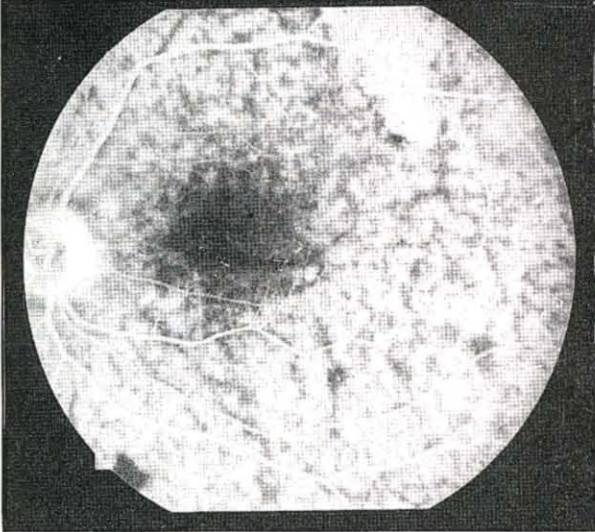
2. Arşiv Görevlisi Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları



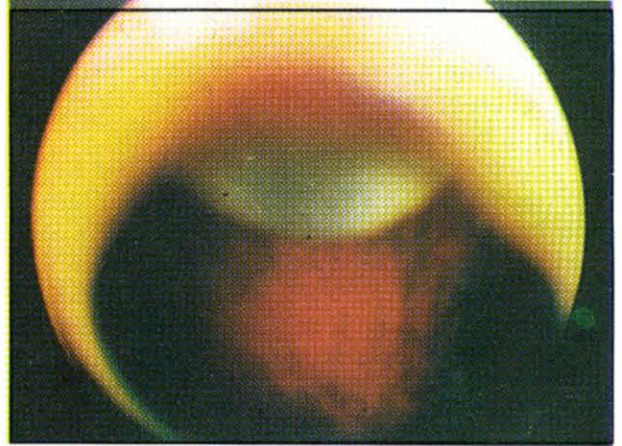
Resim 1. Hastanın sağ gözünün üst temponal bölgesinde yerleşimli uveal prolapsus sahası görülmektedir.



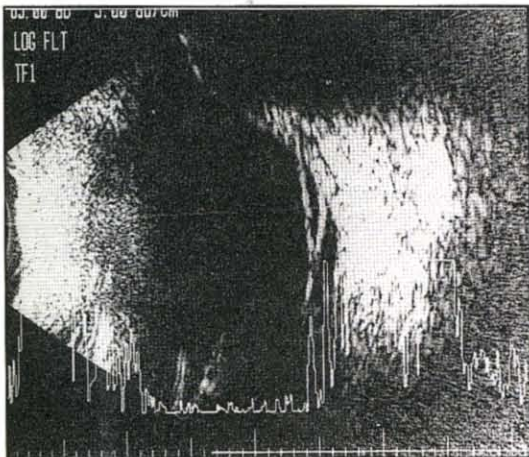
Resim 2. FFA'nın arteriel safhasında çok sayıda subretinal yerleşimli hiperfloresan noktanın varlığı dikkati çekmektedir.



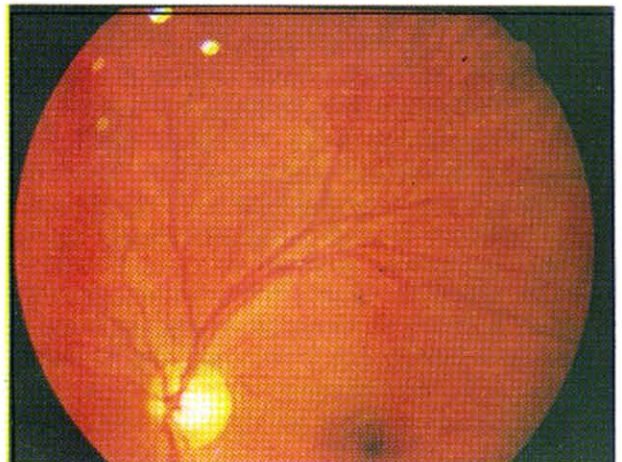
Resim 3. Anjiografinin geçevrelerinde hiperfloresan noktalarda genişleme meydana geldi.



Resim 4. Retinoskizis sahası fundus fotoğrafı ile görüldü.



Resim 5. B skan ultrasonografi ile retinoskizis varlığı doğrulandı.



Resim 6. Hasta retinada atrofik skarlar bırakarak iyileşti.

çok sayıda subretinal hiperfloresan noktaların varlığı dikkati çekti. Anjiografinin geç safhalarında bu hiperfloresan noktalar genişleme gösterdiler ve floresein göllenmesi ortaya çıktı (Resim 2, 3).

Bu bulgularla hastaya sempatik ofalmi tanısı konularak hospitalize edildi. 0.5 mg./kg. / gün oral pernisolon ve 5 mg./ kg/ gün dozunda sistemik siklosporin-A tedavie eklendi. Hospitalizasyonu takiben üçüncü günde görme keskinliklerinin her iki gözde de 3 metreden parmak sayar düzeye indiği ve bilateral papilödem ve kistoid makula ödemi geliştiği gözlemlendi. Bu safhada izlenen en ilginç bulgu ise yine her iki gözde de gözlenen ve ekvatorun hemen gerisinden başlayarak saat 10 ile 16 meridyenleri arasında uzanan retinoskizis sahasının varlığı idi (Resim 4,5).

Yukarıda anlatılan tedavi protokolü ile hastanın iki ay süren tedavisi sonucundan görme keskinliklerinde sağ gözde 5/10, sol gözde ise 9/10 seviyesine kadar yükseldi. Makula ve papila ödeminin yatıştığı, retina periferinde gözlenen sarı-beyaz lezyonların atrofik skarlar bırakarak iyileştiği gözlemlendi (Resim 6).

Her iki gözde de keratit presipitatlar kaybolurken, ön kamara ve vitreusta (+) inflamatuvar hücre varlığı sebat etti. Retinoskizis sahalari ise yatıştı. Hastanın sistemik steroid dozu tedricen azaltılarak 5 mg. / gün'e, sistemik siklosporin-A dozuda 2 mg. /kg. / gün'e düşüldü. Tedavi süresince serum kreatinin seviyesinde anlamlı bir yükselmeye rastlanılmazken, sistemik hiper tansiyon gelişmedi.

TARTIŞMA

Retinoskizis konjenital ve dejeneratif varyetleri olan bir hastalıktır. Konjetinal retinoskizis X' e bağlı resesif geçişli bir hastalık olarak bilinmekte ve kadınlar sadece taşıyıcı olmaktadır.⁵ Kadınlarda, bilinen bir vaka hariç, görme düşüklüğü veya herhangi bir fundus anomalisi meydana gelmemektedir. Bildirilen bu tek vakada da görme çok hafif derecede etkilenmiştir ve fundus anomalileri tek gözde sı-

nırlıdır.⁶ Vakamızın kadın olması retinoskizis tipinin dejeneratif olduğunu düşündürmektedir.

Sempatik oftalminin klasik sürecine bakıldığında, koroid tabakasının primer olarak hastalıktan etkilendiğini, retina pigment epitelinin daha sonraki süreçlerde etkilenecek subretinal sahada seröz sıvı toplanması ve bazı vakalarda retina dekolmanı gelişimi izlenmektedir.⁴ Biz vakamızda subretinal eksudasyonların retina içine sızarak retinokizis'e yol açtığını düşünmekteyiz. Ancak bu düşüncemizi destekleyecek herhangi bir delile sahip olmadığımız açıktır.

Subretinal eksudasyonların tüm sempatik ofalmi vakalarında gözlenmesine rağmen, neden intraretinal ayrılmanın sadece tek bir vakada ortaya çıktığını açıklamak güçtür. Hastamızda tespit edilemeyen birtakım ek retinal patolojilerin retinayı zayıflatarak retinoskizis gelişimine zemin hazırlaması, güçlü fakat ispat edilmesi zor bir olasılıktır. Benzer vakalar bildirildikçe, bu vakaların ortak özelliklerinin araştırılarak patojenik mekanizmanın daha kolay aşılabileceğine inanmaktayız.

KAYNAKLAR

1. Croxatto JO, Rao NA, Leon IW, et al : Atypical histopathologic features in symphatetic ophthalmia. A study of hundred cases. *Int. Ophthalmol.* 1981;129-35.
2. Blodi FC: Symphatetic uveitis as an allergic phenomenon. *Trans. Am. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol.* 1989;63: 442-9.
3. Easom HA: Symphatetic ophthalmia associated with malignant melanoma. *Arch. Ophthalmol.* 1963;70: 786-90.
4. Nussenblatt RB, Plastine AG : Symphatetic ophthalmia. In Nussenblatt RB, Plastine AG (eds.) *Uveitis. Fundamentals and Clinical Practise. Year Book.* Chicago 1989.
5. Audet C, Weber C, Kaplan F, et al: Characterization of highly polymorphic microsatellite at the DX s 207 locus: Confirmatory of very close lincage to the retinoschisis disease gene. *F. Med. Genet.* 1993;30 (4): 300-3.
6. Wu G, Cothier E, Brodies S : A carrier state of X-linked juvenile retinoschisis. *Ophthalmic Pediatr. Genet.* 1985;5(1):13-7