

# Tek Taraflı Akut Posterior Multifokal Plakoid Pigment Epiteliopati

## Unilateral Acute Posterior Multifocal Placoid Pigment Epitheliopathy

Filiz AFRASHI<sup>1</sup>, Jale MENTEŞ<sup>2</sup>, Cezmi AKKIN<sup>2</sup>

### ÖZET

**Amaç:** Tek taraflı akut posterior plakoid pigment epiteliopati (APMPPE) saptanan iki olguyu sunmak

**Yöntem:** Olgu sunumu

**Bulgular:** Biri 33 yaşında, diğeri 59 yaşında 2 bayan olgu, tek taraflı ani görme kaybı yakınması ile başvurdu. Gözdibi bakısında sağ gözde makula çevresinde, multifokal, sarı-beyaz lezyonlar ve bir olguda makulada seröz dekolman saptandı. Flöresein anjiografide, her iki olguda da makula çevresindeki lezyonlara uyan erken hipoflörörensans ve geç hiperflörörensans izlendi. Tipik fundus ve flöresein anjiografik görünümüyle hastalar tek taraflı APMPPE olarak değerlendirildi.

**Sonuç:** APMPPE nadiren de olsa tek taraflı görülebilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Akut posterior multifokal plakoid pigment epiteliopati

### SUMMARY

**Purpose:** To present two patients with unilateral acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy (APMPPE)

**Method:** Case report

**Results:** 33 and 59 -year-old women with unilateral decreased visual acuity were examined. Paramacular, multifocal, yellow-white lesions were detected in both eyes and macular serous detachment in one of them. Fluorescein angiography has revealed hypofluorescence at the early phase and hyperfluorescence at the late phase in both eyes. The patients were evaluated as unilateral APMPPE by characteristic fundus lesions and fluorescein angiographic features.

**Conclusion:** APMPPE may be uncommon seen unilaterally.

**Key Words:** Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy

Ret - Vit 2004; 12 :130-132

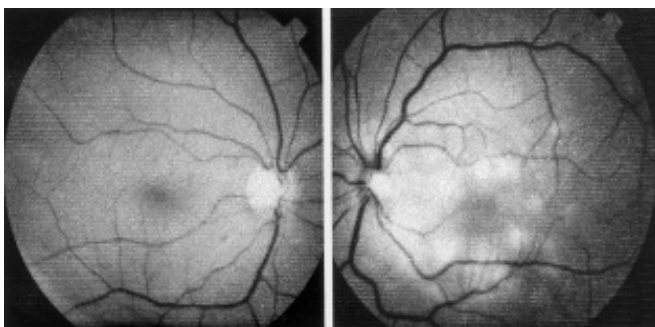
## GİRİŞ

Akut posterior multifokal plakoid pigment epitelopati (APMPPE), genç erişkinlerde yaşamın 2. ve 3. dekatlarında görülen, genellikle bilateral olarak arka kutupta yerleşim gösteren, sarı-beyaz renkli subretinal lezyonlarla karakterize bir patolojidir. Genellikle kendi kendini sınırlayan, benign bir durumdur ve lezyonların gerilemesini takiben de görme kaybı önemli ölçüde geri döner. Nüksler nadirdir ve başlangıçtan itibaren 6 ay içinde görülür. Tipik fundus lezyonları yanında, diğer klinik bulgular; gözlerin %50'sinde görülen vitreusta hücre, nadiren seröz retina dekolmanı, episklerit, iridosiklit, periflebit, papillit, disk ödemi ve retinal venlerde hafif genişleme ve kıvrımlanmadır. Flöresein anjiyografi, erken hipofloresans ve geç hiperfloresansın izlendiği tipik bir örüntü örneklemini gösterir. Bu durumun damarsal iltihapla meydana gelen, lobüler koriokapillaris tıkanıklığı gösterdiği düşünülmektedir<sup>1,2</sup>. Çeşitli sistemik hastalıklarla APMPPE birlikteliği de tanımlanmıştır<sup>3-6</sup>. Çalışmamızda, genellikle iki taraflı olarak görülen bu patolojinin, tek taraflı olarak izlendiği iki hastanın klinik ve flöresein anjiyografik özellikleri tanımlanmaktadır.

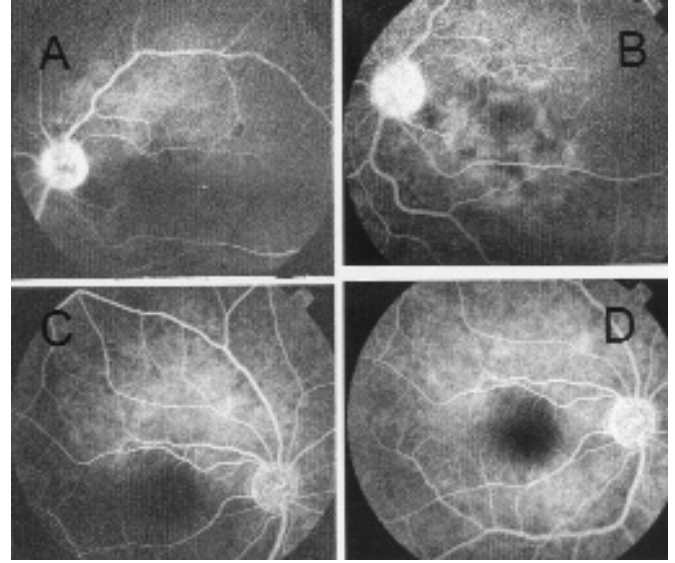
## OLGU SUNUMU

**Olgu 1:** Mayıs 1998 tarihinde, 59 yaşında bayan hasta, sol gözde ani başlayan görme bulanıklığı yakınmasıyla başvurdu. Yapılan oftalmolojik bakıda; en iyi düzeltilmiş görme keskinliğinin sağ gözde Snellen eşeli ile 10/10 ve sol gözde 2 metreden parmak sayma düzeyinde olduğu, aplanasyon tonometrisi ile göz içi basınçlarının her iki gözde 14 mmHg düzeyinde bulunduğu saptandı. Ön segment bakısında bilateral patoloji izlenmedi. %0,5'lik tropicamide ile genişlemeyi takiben yapılan fundus bakısında, sağ gözde patoloji izlenmezken, sol gözde makula çevresinde, retinanın derin katlarında lokalize, sarı-beyaz renkli, plakoid tarzda lezyonların bulunduğu görüldü (Resim 1).

Çekilen flöresein anjiyografik tetkikte, sol gözdeki makula çevresindeki lezyonların, erken dönemde hipofloresans ve geç dönemde hiperfloresans gösterdiği izlendi (Resim 1,2). Diğer gözde patoloji saptanmadı. Hasta tipik fundus ve flöresein anjiyografi görünümü ile tek taraflı 'akut posterior multifokal plakoid pigment epitelopati' olarak düşünülerek izleme alındı ve sistemik 1mg/kg kortikosteroid tedavisi verildi. Bir ay sonraki



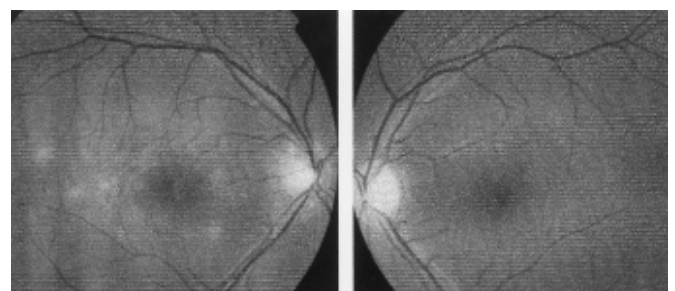
**Resim 1:** Olgu 1'in sağ ve sol göz fundus kırmızıdan arındırılmış fotoğrafları



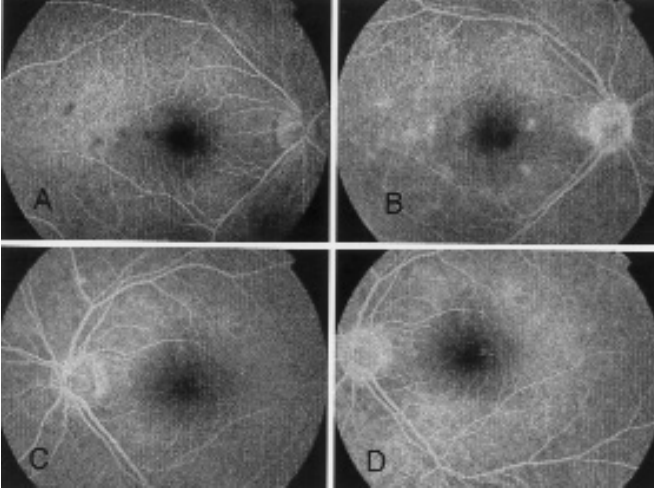
**Resim 2:** Olgu 1'in sağ ve sol gözünün erken ve geç dönem flöresein anjiyografik fotoğrafları 2a) Sol göz erken dönem flöresein anjiyografi b) Sol göz geç dönem flöresein anjiyografi c) Sağ göz erken dönem flöresein anjiyografi d) Sağ göz geç dönem flöresein anjiyografi

kontrolde hastanın fundus görünümünün tamamen düzeldiği ve görme keskinliğinin de 10/10 düzeyine ulaştığı görüldü.

**Olgu 2:** Şubat 2003 tarihinde, 33 yaşında bayan hasta, bir hafta önce başlayan, sağ gözde görme bulanıklığı yakınması ile kliniğimize başvurdu. Yapılan oftalmolojik bakıda; en iyi düzeltilmiş görme keskinliğinin sağ gözde Snellen eşeli ile 5/10 ve sol gözde 10/10 düzeyinde olduğu, aplanasyon tonometrisi ile göz içi basınçlarının her iki gözde 15 mmHg düzeyinde bulunduğu saptandı. Ön segment bakısında bilateral patoloji izlenmedi. %0,5'lik tropicamide ile dilatasyonu takiben yapılan fundus bakısında, sağ gözde makula çevresinde, retinanın derin katlarında lokalize, sarı-beyaz renkli, plakoid tarzda lezyonların bulunduğu ve makulada seröz dekolman olduğu, sol gözde ise foveada retina pigment epitel düzeyinde değişiklikler bulunduğu görüldü (Resim 3). Hastaya flöresein anjiyografi yapıldığında, sağ gözdeki makula çevresindeki lezyonların, erken dönemde hipofloresans ve geç dönemde hiperfloresans gösterdiği izlendi (Resim 4). Hasta tipik fundus ve flöresein anjiyografi görünümü ile tek taraflı 'akut posterior multifokal plakoid pigment epitelopati' olarak düşünülerek izleme alındı. Bir ay



**Resim 3:** Olgu 2'nin sağ ve sol göz fundus kırmızıdan arındırılmış fotoğrafları



**Resim 3:** Olgu 2'nin sağ ve sol gözünün erken ve geç dönem flöressein anjiyografik fotoğrafları 2a) Sağ göz erken dönem flöressein anjiyografi b) Sağ göz geç dönem flöressein anjiyografi c) Sol göz erken dönem flöressein anjiyografi d) Sol göz geç dönem flöressein anjiyografi

sonraki kontrolde hastanın fundus görünümünün tamamen düzeldiği ve görme keskinliğinin de 10/10 düzeyine ulaştığı görüldü. Sekiz aylık izlem süresince de herhangi bir nöks izlenmedi.

### TARTIŞMA

APMPPE, genellikle bilateral olarak görülen ve kendi kendini sınırlayan, benign bir patolojidir. Ancak nadiren de olsa rekürrensler bildirilmektedir<sup>7-11</sup>. Hastalığın tanısı, tipik fundus bulguları ve flöressein anjiyografideki erken hipofloresans ve geç hiperfloresansın izlendiği tipik bulgularla kolayca konmaktadır. Son zamanlarda hastalığın patogenezinin yönelik değerlendirmeler, özellikle indocyanin yeşili anjiyografi bulgularına dayanılarak yapılmakta ve APMPPE' de temelde kısmi koriokapillaris tıkanıklığı bulunduğu belirtilmektedir<sup>8,10,12,13</sup>.

APMPPE'nin tek taraflı görümesi oldukça nadirdir. Literatürde tipik lezyonların bir gözde izlendiği iki olgu sunumu bulunmaktadır<sup>14,15</sup>. Frohmann ve ark.'nın<sup>14</sup> yayınlarında APMPPE tanısı konan hastanın bir gözünde tipik retinal lezyonlar, ancak her iki gözde de disk ödemi bildirilmektedir. Nakajima ve ark.'nın<sup>15</sup> yayınlarında ise tek gözde APMPPE'ye ait lezyonların ve flöressein anjiyografik bulguların mevcut olduğu belirtilmekte ve nadiren de olsa hastalığın tek taraflı olarak izlenebileceği bildirilmektedir. Bizim iki olgumuzda da hastalık tek taraflı olup, tutulan gözde tipik retina lezyonları ve flöressein anjiyografik bulgular saptanmıştır ve birinde sistemik kortikosteroid tedavisini takiben, diğerinde ise herhangi bir tedavi uygulanmadan patoloji tamamen gerilemiş ve hastalar eski görme keskinliği düzeyine erişmiştir. Diğer gözde ise klinik ve flöressein anjiyografik olarak, hastalığa ait tipik bulgular izlenmemiştir. Genellikle bilateral tutulum gösteren APMPPE bizim olgularımızda olduğu gibi nadir de olsa tek taraflı tutulum da gösterebilmektedir.

### KAYNAKLAR

1. Jones NP: Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy. *Br J Ophthalmol* 1995;79:384-389.
2. Holt WS, Regan CDJ, Trempe C.: Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy. *Am J Ophthalmol* 1976;81:403-412.
3. Hsu CT, Harlan JB, Goldberg MF, et al.: Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy associated with a systemic necrotizing vasculitis. *Retina* 2003; 23:64-68.
4. Di Crecchio L, Parodi MB, Saviano S, et al.: Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy and ulcerative colitis: a possible association. *Acta Ophthalmol Scand* 2001; 79:319-321.
5. Engelinus F, Rasquin F, Bleic S, et al.: Placoid pigment epitheliopathy and cerebral vasculitis: a clinical case. *Bull Soc Belge Ophthalmol* 1999;274:41-46.
6. Chiquet C, Lumbroso L, Denis P, et al.: Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy associated with Wegener's granulomatosis. *Retina* 1999;19:309-313.
7. Arvas S, Müftüoğlu G, Kızılkaya M, ve ark.: Akut multifokal plakoid pigment epiteliopatili bir olguda rekürrens gelişimi. *T Oft Gaz* 2002;32:473-480.
8. Schneider U, Inhoffen W, Gelisken F.: Indocyanine green angiography in a case of unilateral recurrent posterior acute multifocal placoid pigment epitheliopathy. *Acta Ophthalmol Scand* 2003 ;81:72-75.
9. Kim RY, Holz FG, Gregor Z, et al.: Recurrent acute multifocal placoid pigment epitheliopathy in two cousins. *Am J Ophthalmol* 1995;119:660-662.
10. Bohlender T, Weindler J, Ratzkova A, et al.: Indocyanine green angiography in acute posterior multifocal placoid pigment epithelial disease. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 1998 ;212:170-174.
11. Lyness AL, Bird AC.: Recurrences of acute multifocal placoid pigment epitheliopathy. *Am J Ophthalmol* 1984; 98:203-207.
12. Park D, Schatz H, McDonald HR, et al.: Indocyanine green angiography of acute multifocal posterior placoid pigment epitheliopathy. *Ophthalmology* 1995;102:1877-1883.
13. Howe LJ, Woon H, Graham EM, et al.: Choroidal hypoperfusion in acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy. An indocyanine green angiography study. *Ophthalmology* 1995;102:790-798.
14. Frohman LP, Klug R, Bielory L, et al.: Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy with unilateral retinal lesions and bilateral disk edema. *Am J Ophthalmol*. 1987;104:548-550.
15. Nakajima N, Noda S, Hayasaka S.: Unilateral acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy. *Ophthalmologica*. 1996;210:123-125.