

# Postenfeksiyöz Optik Nöropati

Cenk ÖZDUR<sup>1</sup>, Gölge ACAROĞLU<sup>2</sup>, Yasemin ÖZDAMAR<sup>1</sup>,  
Orhan ZİLELİOĞLU<sup>3</sup>

## ÖZET

**Amaç:** Gözlenen epidemik influenza enfeksiyonu sonrası üç vakada postviral optik nöropatinin incelenmesi.

**Materyal ve Metod :** İnfluenza benzeri hastalıktan birkaç hafta sonra, kliniğimize aynı hafta içinde başvuran 3 hastada klinik olarak postenfeksiyöz optik nöropati tanısı konulmuştur. İki hastada görme keskinliği çok az etkilenmiş, fakat görme alanı defektleri gelişmiştir.

**Bulgular:** Hastaların birinde postkontrast yağ baskılamalı magnetic rezonansda (MR) optik sinir demyelinizasyonu gösterilebilmiştir. Bu hastalar tedavisiz iyileşmişlerdir. Bir hastada ise, her iki gözde ilerleyici görme kaybı gelişmesi üzerine acil medikal tedavi uygulanmış ve bu hastada da tam iyileşme olmuştur.

**Sonuç:** Bölgemizde influenza epidemisi sonrasında, tipik öykü ve klinikle aynı hafta içinde başvuran bu hastalar; bu tip optik nöropatilerin tedavi endikasyonunu tartışmak üzere sunulmuştur.

**ANAHTAR KELİMELELER :** Optik nöropati, postviral, postenfeksiyöz, paraenfeksiyöz.

## POSTINFECTIOUS OPTIC NEUROPATHY

### ABSTRACT

**Purpose:** Evaluation of the post-viral optic neuropathy seen in three patients during an epidemic of influenza infection.

**Methods :** Three patients were seen with loss of vision and visual field defects following an influenza-like disease. Two patients had moderate loss of vision and visual field defects.

**Results :** Demyelination of the optic nerve on fat suppression post-contrast MRI was demonstrated in one of these patients. These two patients recovered spontaneously. A third patient; who had bilateral optic neuritis had complete recovery in a week following IV methylprednisolone treatment.

**Conclusion:** The presenting symptoms and signs of these patients are of postviral optic neuropathy. These patients are presented as examples of this type of optic neuropathy and treatment strategies in similar cases are discussed. **Ret-vit 2001; 10 : 192 - 195.**

**KEY WORDS :** Optic neuropathy, postviral, postinfectious, parainfectious.

1. Asistan Dr., SSK Ankara Göz Hastanesi, II. Klinik.
2. Uzm. Dr., SSK Ankara Göz Hastanesi, II. Klinik.
3. Uzm. Dr., SSK Ankara Göz Hastanesi, II. Klinik Şefi.

## GİRİŞ

Postenfeksiyöz optik nöropati, sistemik enfeksiyondan 1-3 hafta sonra gözlenir. Virüsler bakterilere göre daha sık etkendir<sup>1,2</sup>. Optik sinirde immünolojik zeminde demyelinizasyon gelişir. Sıklıkla bilateraldir<sup>3</sup>. Çocuklarda daha sıktır<sup>3,4,5</sup>. Anterior ya da retrobulber formda gelişebilir. Muayenede optik disk normal ya da hiperemik bulunabilir. Anterior optik nöropati formunda peripapiller ödem, lipit eksuda gelişimine bağlı makulada star görünümü, optik perinörit görülebilir<sup>6</sup>. Yakın çevrede gripal enfeksiyon, epidemik influenza, sinüzit, gastroenterit, hastanın öyküsünde önemlidir.

Görme kaybı saatler veya günler içinde ilerler ve başlangıçtan bir hafta sonra en fazladır. Orbita veya yüzde, göz hareketleriyle artan ağrı vardır. Renk görme normal ya da bozulmuştur. Görme alanında bir veya her iki gözde santral, arkuat ya da altitudinal kayıp gözlenebilir<sup>6</sup>. Etiyolojide çok sayıda DNA ve RNA virüsü sorumludur. Cocksackie, CMV, HAV, HSV, measles, mumps, rubeola, rubella, influenza, varicella zoster bunlardan sık gözlenenlerdir<sup>1</sup>.

Laboratuvar çalışmalarında spesifik virüs nadiren saptanabilmiştir. Öykü ve kliniği tipik olan hastalarda nörolojik muayene, lumbal fonksiyon ve immünolojik araştırmalar gereksizdir. Tedavisiz düzelmeye sıktır. Kortikosteroid kullanımının iyileşme hızını etkileyip etkilemediği net değildir<sup>1,2,3,4</sup>. Kortikosteroid bilateral ve ciddi görme kaybı olan hastalarda kullanılmalıdır. Hastaların çoğunda görme keskinliği, 1-3 haftada tedavisiz düzelmeye başlar. 4.5. haftalarda bariz düzelmeye görülür; nadiren düzelmeyebilir. Bu durumda başka etiolojik faktörler düşünülmalıdır.

Sunulan hastaların tümüne sistemik muayene, immünolojik, biyokimyasal ve serolojik testler, bunların yanında manyetik rezonans

görüntüleme (MRG); tanı klinik olarak konmakla birlikte, demonstratif amaçla yapılmıştır.

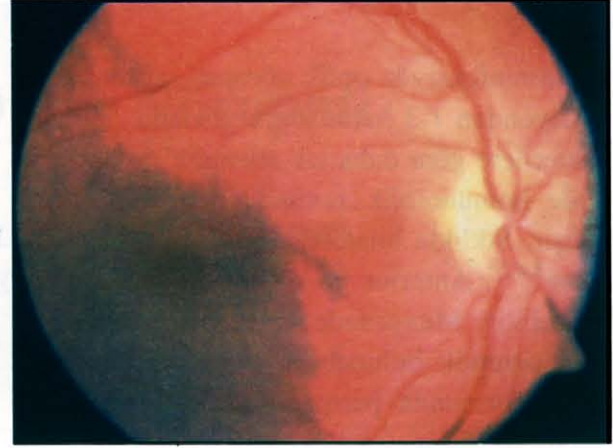
## GEREÇ ve YÖNTEM

Birinci hasta 37 yaşında erkek idi. Semptomlarının başlamasından 3 hafta önce gripal enfeksiyon geçirmiş, sol gözde bulanık görme şikayeti vardı. Görme sağ gözde tam, sol gözde subjektif olarak bulanık olmakla birlikte tamdı, sol gözde relatif afferent pupilla defekti (RAPD) vardı. Renk görme sol gözde subjektif olarak daha soluk olmak üzere; Ishihara pseudoizokromatik renk görme testiyle her iki gözde normaldi. Sol göz papillası hiperemikti; görme alanında sol göz alt yarıda altitudinal defekt vardı. Bu hastanın görsel uyarılmış potansiyel (VEP) tetkikinde her iki gözde latans uzaması ve minimal amplitüd düşüklüğü tespit edildi.

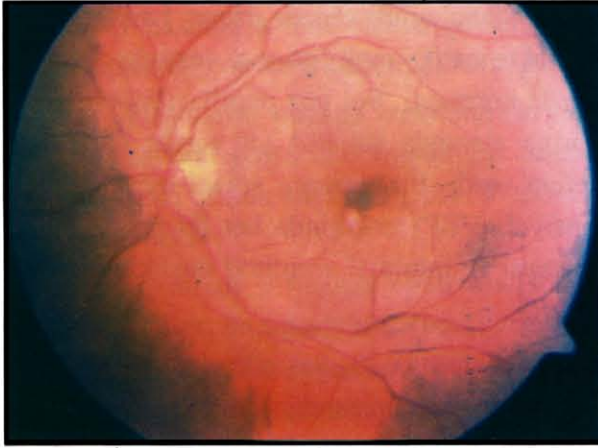
İkinci hasta 36 yaşında kadındı; semptomlarının başlamasından 15 gün önce gripal enfeksiyon geçirmişti. Her iki gözde görme azalması şikayeti vardı. Görme sağ gözde 5/10, sol gözde 9/10 idi. Sağ gözde RAPD+ idi. Renk görme, her iki gözde tamamen kaybedilmişti. Fundus muayenesinde sağ göz papillası hiperemik, peripapiller alan ödemli (Resim 1); sol göz papillası hafif hiperemikti (Resim 2). Görme alanında sağ gözde altitudinal defekt, sol gözde generalize depresyon vardı. VEP'te sol gözde latans uzamış, amplitüd düşüktü. Hastanın sistemik tarama tetkiklerinde çok yüksek anti İnfluenza A ve İnfluenza B virüs Ig G titreleri tespit edildi. İki gün sonra görme sağ gözde 3mps, sol gözde P (-) düzeyine düştü. RAPD sağdan sola geçti. Renk görme her iki gözde halen tamamen kaybedilmişti. Her iki göz papillası hiperemik, peripapiller alan ödemliydi. Bu hastaya 3 gün süreyle 1 gr/gün i.v. metilprednizolon verildi.

**Resim 1.**

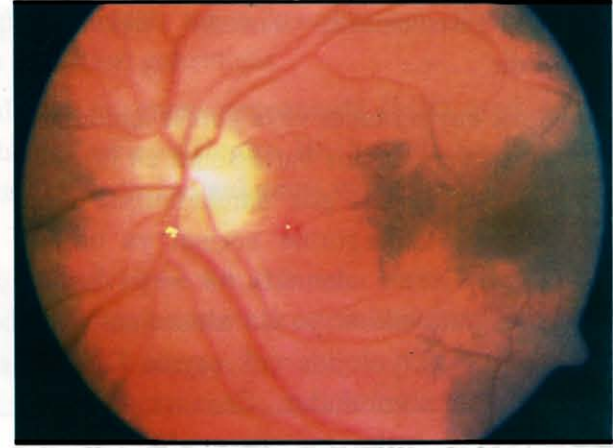
Sağ gözde peripapiller ödem, optik diskte hiperemi izlenmektedir.

**Resim 3.**

Sağ gözde semptomların kaybindan sonra temporal solukluk izlenmektedir.

**Resim 2.**

Sol gözde hafif peripapiller ödem, hiperemi izlenmektedir.

**Resim 4.**

Sol gözde semptomların kaybindan sonra temporal solukluk izlenmektedir.

Beş gün sonra görme ve renk görme her iki gözde de tamdı. Fundus muayenesinde her iki gözde papillada hiperemi azaldı ve temporal solukluk gelişti (Resim 3 ve 4). Görme alanı her iki gözde normaldi.

Üçüncü hasta 35 yaşında erkek idi, 15 gün önce gripal enfeksiyon geçirmişti ve sol gözde bulanıklık tarif ediyordu. Sol gözde RAPD+ idi, renk görme her iki gözde bulanık görme şikayeti vardı. Görme her iki gözde İshihara ile tamdı. Fundus muayenesinde sol göz papillası hiperemikti. Görme alanında sol gözde alt temporal arkuat skotom vardı. Tedavisiz 12 günlük takip sonrası, görme ve renk görme her iki gözde tamdı. Hastanın yağ baskılamalı post-kontrast magnetik rezonans görüntüleme

(MRG) incelemesinde optik sinirde demyelinizan plak saptandı (Resim 5).

Tedavisiz 6 hafta takip sonrası, görme her iki gözde tam, renk görme İshihara ile tam, fundus muayenesinde sol göz papilla temporalı soluktu, sol görme alanında temporalde minimal depresyon vardı.

## TARTIŞMA

Avrupa ve ülkemizde 2000 yılı kış mevsiminde epidemik olarak, akut febril sendrom şeklinde farinjit, myalji ve artraljiyle seyreden influenza enfeksiyonu görülmüştür<sup>7</sup>. Bu tarzda bir enfeksiyon geçirdikten birkaç hafta sonra



Resim 5.

Yağ baskılamalı post-kontrast MRG'de optik sinirde demyelinizan plak izlenmektedir.

bulanık görme, görme alanı kaybı gibi benzer şikayetlerle aynı hafta içinde kliniğimize başvuran üç erişkin hasta sunulmaktadır.

Viral enfeksiyondan birkaç gün veya hafta sonra, optik diskte immünolojik zeminde demyelinizasyon gelişir (Şekil 5). Hastalar üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdikten sonra görme azalması ve görme alanı kaybı, saatler veya haftalar içinde gelişebilir ve ilerleyici bir gidiş gösterebilir. Çoğu vakada görme ve görme alanı 2-4 hafta içinde, hastalıktan önceki değerlere herhangi bir tedaviye gerek kalmadan ulaşır<sup>1,2,6</sup>.

Tedavi, ciddi bilateral görme kaybı olan vakalarda, iyileşmeyi hızlandırmak amacıyla verilebilir<sup>3,5,8</sup>. Bir vakamızda görme P(-) seviyesine kadar düştüğü için 3 gün boyunca 1 gr/gün i.v. metilprednizolon verdik ve günler içinde görme 10/10 seviyesine çıktı. Hiçbir tedavi vermediğimiz ve aralıklı kontrollere muayenelerini yaptığımız hastalarda 2 hafta içinde görmeler net olarak 10/10 düzeyine ulaştı. Her üç hastada da semptomların kaybolmasından sonra optik disk temporalinde solukluk gelişti.

Sonuç olarak her üç hasta da bölgemizde görülen influenza benzeri bir epidemiy sırasında kliniğimize başvuran hastalardı ve bu dönemde gripal bir enfeksiyon geçirmişlerdi. Bu öykü klinik tanıyı kolaylaştırdı. Bu nedenle minimal görme kaybı ile başvuran hastaların tedavisiz takibi yeğlendi. Bir hastamızda ise anti İnfluenza A ve B Ig G'leri tanıyı kesinleştirdi. Postenfeksiyöz optik nöropatide iyileşme bir kural olduğu halde, bu hastamızda ağır görme kaybı olması nedeniyle tedavi uygulandı.

Benzer olgularda immün mekanizmayla gelişen demyelinizasyonlarda, hasta klinik bulgularıyla değerlendirilerek tedavi verilip verilmeyeceği kararlaştırılmalı ve hastalar yakından izlenmelidir. Klinik izlemde bilateralite ve/veya progresif görme azalması durumunda ise, intravenöz steroid tedavisinin yeri olabilir.

## KAYNAKLAR

1. Beck RW. Optic Neuritis. In: Walsh&Hoyt's Clinical Neuro-Ophthalmology. Eds. Miller NR, Newman NJ, 5<sup>th</sup> Ed. Williams & Wilkins. Baltimore 1998; P: 628-634.
2. Selbest RG, Selhorst JB, Harbison JW, et al. Parainfectious optic neuritis. Report and review following varicella. Arch Neurol. 1983, 40:347-350.
3. Kansu T, Kırkalı P. Bilateral optik nöropatiler. Nöroloji, Nöroşirürji, Psikiyatri Dergisi 1986, 152-155.
4. Kriss A, Francis DA, Cuendet F, et al. Recovery after optic neuritis in childhood. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 1988, 51:1253-1258.
5. Farris BK, Pickard DJ. Bilateral postinfectious optic neuritis and intravenous steroid therapy in children. Ophthalmology 1990, 97:339-345.
6. Eryılmaz T. Optik nöropatilerde tanı ve tedavi. Retina - Vitreus 1994, 2:145-149.
7. Carpender JJC, Ellner JJ, Lederman M. Acute febrile syndromes. In Essentials of Medicine. Eds., Andreoli TE, Carpenter JJC, Plum F, Smith LH, 1<sup>st</sup> Ed. WB Saunders Co. Philadelphia 1986, P: 542-544.
8. Beck RW, Trobe JD, Optic Neuritis Study Group. What have we learned from the ONTT. Ophthalmology 1995a, 102:1504-1508.