

Santral Retinal Ven Tıkanıklığı Tablosunu Taklit Eden "Frosted Branch Angiitis" Olgusu*

'Frosted Branch Angiitis' Mimicking Central Retinal Vein Occlusion

Refika Hande SÜNNETÇİOĞLU¹, Defne KALAYCI², Fatma Pınar KUTUCU¹, Hikmet HASİRİPİ³

Olgu Sunumu

Case Report

ÖZ

Tek taraflı ani görme kaybı ile başvuran 45 yaşındaki olgunun oftalmolojik muayenesinde frosted branch angiitis ve eşlik eden santral retinal ven tıkanıklığını düşündüren tablo mevcuttu. Frosted branch angiitis için tipik olan retina damarlarında krem renkli eksudasyon tarzında yoğun ve yaygın kılıflanma bulgusu dışında bu tabloya santral retinal ven tıkanıklığına benzeyen yaygın retina içi ve subhyaloid hemoraji, optik disk ödemi ve venöz dilatasyon ile venlerde kıvrımlanma artışı da eşlik ediyordu. Topikal ve sistemik kortikosteroid tedavisi ile hızlı fonksiyonel ve klinik düzelme sağlandı.

Anahtar Kelimeler: Frosted branch angiitis, santral retinal ven tıkanıklığı.

ABSTRACT

The ophthalmologic examination of a 45-year-old patient, who was admitted to hospital with the complaint of unilateral loss of vision, was consistent with frosted branch angiitis accompanying central retinal vein occlusion. In addition to creamy white exudation around vessels, widespread intraretinal and subhyaloid hemorrhage, optic disc edema, venous dilatation, and tortuosity mimicking central retinal vein occlusion were noted. Topical and systemic corticosteroid treatment provided rapid functional and clinical rehabilitation.

Key Words: Central retinal vein occlusion, frosted branch angiitis.

Ret-Vit 2007;15:293-295

GİRİŞ

İlk kez 1976 yılında İto ve ark. tarafından tanımlanan Frosted Branch Angiitis (FBA) nedeni bilinmeyen, tipik olarak genç ve sağlıklı bireyleri etkileyen yaygın kılın eksudatif kılıflanma ile karakterize retina vaskülitidir.¹ Nadiren tabloya santral retinal ven tıkanıklığı eşlik edebilir. Bu çalışmada unilateral görme kaybı ile başvuran ve takibinde santral retinal ven tıkanıklığını (SRVT) taklit eden FBA olarak değerlendirilen bir hastanın klinik bulguları ve seyri tartışıldı.

Geliş Tarihi : 29/12/2006

Kabul Tarihi : 12/04/2007

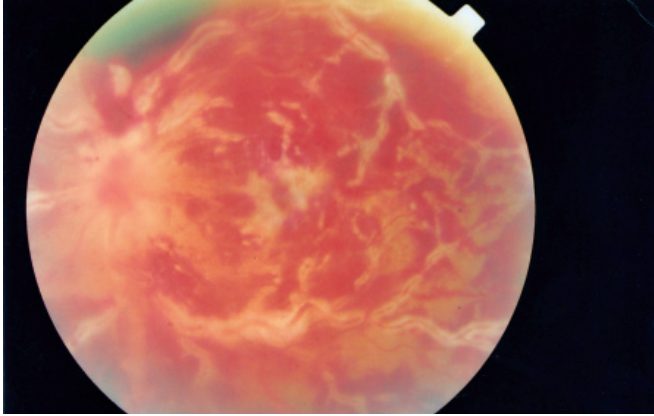
Received : December 29, 2006

Accepted: April 12, 2007

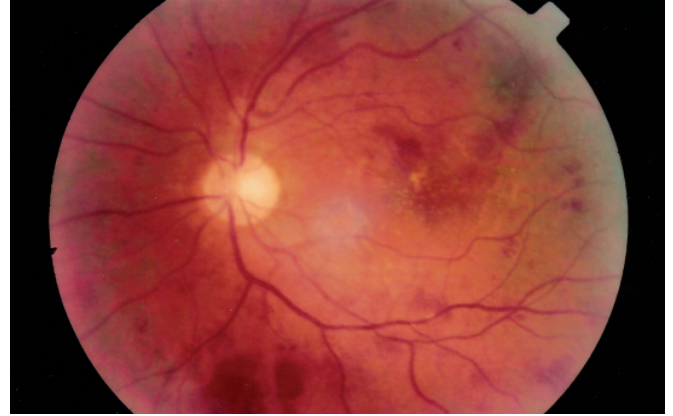
- * Bu çalışma TOD. 39. Ulusal Oftalmoloji Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.
1- S.B. Ankara Numune eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Asist. Dr.
2- S.B. Ankara Numune eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Doç. Dr.
3- S.B. Ankara Numune eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Klinik Şefi, Uzm. Dr.

- 1- M.D., Ministry of Health Ankara Numune Education and Research Hospital, 3rd Eye Clinic Ankara/TURKEY
SÜNNETÇİOĞLU R.H., handesun2003@yahoo.com
KUTUCU F.P., pkutucu@yahoo.com
2- M.D. Associate Professor, Ministry of Health Ankara Numune Education and Research Hospital, 3rd Eye Clinic Ankara/TURKEY
KALAYCI D., defnekalayci@hotmail.com
3- M.D. Chief Clinic, Ministry of Health Ankara Numune Education and Research Hospital, 3rd Eye Clinic Ankara/TURKEY
HASİRİPİ H., hhasiripi@isikgoz.com.tr

Correspondence: M.D., Refika Hande SÜNNETÇİOĞLU
Ministry of Health Ankara Numune Education and Research Hospital, 3rd Eye Clinic Ankara/TURKEY



Resim 1: Olgunun tedavi öncesi görünümü.



Resim 2: Olgunun tedavi sonrası görünümü.

OLGU SUNUMU

Kırk beş yaşında erkek hasta sol gözde bir haftadır bulanık görme yakınması ile başvurdu. Öyküsünde 2 haftadır grip benzeri belirtileri mevcuttu. Oftalmolojik muayenede düzeltilmiş görme keskinliği sağ gözde 7/10, sol gözde 1 metreden parmak sayma düzeyindeydi. Göz içi basıncı sağ gözde 16, sol gözde 10 mmHg olarak ölçüldü. Bilateral ön segment ve sağ fundus muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Sol fundus muayenesinde optik disk ve makula ödemliydi. Venlerde dolgunluk ve yaygın perivasküler krem renkli kılıflanma, dört kadran da yaygın retina içi hemorajisi ve subhyaloid hemorajisi izlendi. Arteriollerde patoloji gözlenmedi. Tutulan gözde rölatif aferent pupiller defekt vardı ve renkli görme bozuktu. Venlerdeki yaygın kılıflanma FBA görünümü ile uyumluydu. Ancak venlerde dolgunluk ve kıvrımlanma artışı, optik disk ve retina ödemi ile birlikte yaygın retinal hemorajilerin tabloya eşlik etmesi SRVT'ni de düşündürdü (Resim1). Yaygın hemorajisi nedeni ile fundus floresein anjiyografisinin (FFA) retina perfüzyonu hakkında fikir vermeyeceği düşünülerek bu aşamada çekilmedi. İzlemin ikinci gününde mevcut bulgularına ilave olarak minimal vitritis, üçüncü gününde vitritiste artış ve ön kamarada +2 hücre olduğu görüldü. Tam kan, periferik yayma, biyokimya, hepatit belirteçleri, HIV, sedimentasyon, ASO, RF, ANA, Anti-DNA, HSV, CMV Ig M tetkikleri ve akciğer grafisi normaldi. CMV Ig G pozitifliği ve CRP yüksekliği tespit edildi. Sistemik kan basıncı izlem süresince normal düzeyde idi. Hematoloji, iç hastalıkları ve göğüs hastalıkları ile yapılan konsültasyonlarda sistemik problem bulunmadı. Araştırmalar sonucu hastada santral retinal ven okluzyonuna yatkınlık oluşturan herhangi bir bulgu saptanmadı. CMV titre pozitifliği geçirilmiş enfeksiyon ile uyumlu bulundu. Topikal sikloplejik tedavi, saat başı topikal steroid, 1 mg/kg/gün dozunda PO prednizolon tedavisi başlanan hastanın görmesi 3. günde 0.05 düzeyine çıktı ve fundusta hemorajilerde azalma izlendi. Bir ay sonraki kontrol muayenesinde sol gözde düzeltilmiş görme keskinliği 1/10 düzeyindeydi. Ön segment bulguları doğaldı. Fundus muayenesinde inferiorda minimal vitreus kondenzasyonu izlendi. Perivenöz kılıflanma, optik disk, retina ve makula ödemi kaybolmuştu. Makulada sert eksuda kümesi mevcuttu. Preretinal ve subretinal hemorajilerin büyük oranda azalmış olduğu gözlemlendi

(Resim 2). FFA planlanmasına karşın hasta kendi isteği ile takipten çıktığı için çekilemedi. Görmenin 1. ayda 0.1 düzeyinde kalmasına karşın hızlı artışı, retinal hemorajilerin hızla rezorbe olması nedeni ile tablonun hemorajilerin eşlik ettiği FBA olduğu düşünüldü.

TARTIŞMA

İlk kez 1976 yılında İto ve arkadaşları 6 yaşındaki Japon hastada panüveit ile birlikte akut retina vaskülitini bildirmişlerdir. Retina damarları çevresinde görülen kalın, beyaz, yarı saydam kılıflanmanın buzlanmış ağaç dallarına benzerliği nedeniyle bu tablo FBA olarak tanımlanmıştır.¹ Günümüze kadar dünya literatüründe yaklaşık 62 vaka yayınlanmıştır. Hastaların büyük çoğunluğunu (%75) Japon hastalar oluşturmaktadır. Frosted branch angiitis tipik olarak genç ve sağlıklı bireyleri etkilemektedir. Birincisi çocukluk çağında, ikincisi 3. dekatta olmak üzere bimodal yaş dağılımı gösterir.¹

FBA olan hastalarda en sık görülen semptomlar subakut görme kaybı, uçuşmalar ve ışık çakmalarıdır. Görme keskinliği zamanla ışık hissine dek düşebilir. Hastalık %75 çift taraflı gelişmektedir.¹ Bizim vakamızda olduğu gibi unilateral de gelişebilir.^{2,3} Tipik FBA'nın fundus görünümü dikkat çekicidir. Retina vaskülitini yaygın, optik diskten periferik kadar kalın eksudatif kılıflanma ile retina damarları "buzlanmış" görünümündedir. Bizim vakamızda da olduğu gibi hafif-orta dereceli iritis, vitritis ve retina ödemi ile makula ödemi sık görülür.^{1,4-6} Bazen intraretinal kanama ve sert eksudalar görülebilir⁴, ancak olgumuzda görüldüğü gibi yaygın retinal hemorajisi görülmesi tipik değildir. Eğer mevcutsa papillit genellikle hafif derecelidir.⁴ Bizim vakamızda olduğu gibi belirgin disk ödemi görülebilir.¹ Tabloya SRVT'nin eşlik ettiği 4 vaka bildirilmiştir.^{7,8} FBA ile birlikte SRVT'nin eşlik ettiği olgularda prognozun kötü olduğu bildirilmiştir. Kaburaki ve ark.'nın bildirdiği 36 ve 23 yaşındaki iki kadın hastada sistemik steroid tedavisi sonrası retina vaskülitini giderirken zamanla SRVT gelişmiş, urokinaz uygulanmasına ve panretinal fotokoagülasyona (PRP) rağmen neovasküler glokom gelişmiş ve görme keskinliği sınırlı kalmıştır.⁷ Abu El-Asrar ve ark.'nın bildirdiği 28 ve 47 yaşındaki iki erkek hastada retinal flebit sonrası nonperfüze SRVT gelişmiş, PRP'ye rağmen her iki hastada rubeosis iridis,

bir hastada neovasküler glokom gözlenmiştir.⁸ Bizim vakamızda venlerde dolgunluk ve yaygın perivasküler krem renkli kılıflanmaya ve belirgin disk ödemeine ilave olarak dört kadranda yaygın retina içi hemoraji ve subhyaloid hemoraji mevcuttu. Olgu bu görünümü ile SRVT'ni düşündürmekte idi. Ancak yaygın retinal hemorajilerin 1 ay gibi kısa bir sürede belirgin azalması, venöz dilatasyonun tamamen gerilemesi, görmenin ilk muayeneye göre artış göstermesi tablonun gerçek SRVT olmadığını, akut dönemde santral retinal ven tıkanıklığını taklit eden 'frosted branch angiiitis' olduğunu düşündürdü.

FBA'nın nedeni bilinmemektedir. Kleiner FBA ile başvuran hastaları 3 grupta toplamıştır. Sağlıklı genç bireylerde görülen tipik FBA'nın akut başlangıçlı oluşu, öncesinde değişken grip benzeri semptomların varlığı ve klinik görünüm nedeni ile tablonun viral bir ajan tarafından tetiklendiği, klinik enfeksiyonun direkt viral enfeksiyondan ziyade immün aracılıklı mekanizmaya sekonder geliştiği ileri sürülmüştür.⁶ Değişik enfektif ajanlara karşı hipersensitivite reaksiyonu sonucunda immün komplekslerin damar duvarındaki birikimi dramatik klinik gidişi açıklayabilir. Kortikosteroid tedavisine verilen yanıt da bu hipotezi desteklemektedir.^{1,2,6,9} Bazı hastalarda immün tetikleyiciye yönelik yapılan çalışmalarda HSV, VZV, EBV, tuberkuloprotein, CMV, coxsackie virus, adenovirüs, su çiçeği, rubella serum titreleri ve ASO yüksekliği tespit edilmiştir.^{1,2,5} Kleiner'a göre etken ajan tanımlanıncaya kadar benzer klinik görünümleri ve gidişleri nedeni ile bu hastalar tek bir klinik sendrom olarak ve akut idyopatik FBA veya daha iyisi 'akut frosted retinal periflebit' olarak tanımlanmalıdır.⁵⁻⁶ Olgumuzda olumlu bulgu olarak yalnız CMV Ig G ve CRP yüksekliği bulunması nedeni ile bu olgunun Kleiner'ın tanımladığı akut idyopatik FBA olduğu düşünülebilir. Lösemi¹⁰, lenfoma gibi hastalıklar da FBA'yı taklit edebilir. Tablo malign hücrelerle infiltrasyona bağlıdır ve bu ikinci grup 'frosted branch' benzeri görünüm olarak tanımlanmalıdır.⁶ CMV^{11,12} Toksoplazma¹³, HSV, herpes hominis virüs, Fusarium dimerium¹ gibi intraoküler enfeksiyonlara ve SLE¹⁴, Chron hastalığı¹⁵ gibi otoimmün hastalıkları olan hastalarda FBA klinik bulgudur ve muhtemelen immün-kompleks depolanmasına bağlıdır.⁶ Bu üçüncü grup ise altta yatan hastalığa 'frosted branch' cevabı veya sekonder FBA olarak tanımlanmalıdır.⁶

Sonuç olarak FBA'e periflebitle birlikte santral retinal ven okluzyonunu düşündürecek kadar yoğun yağın hemoraji ve disk ödemi eşlik etse de klinik tablo gerçek SRVT'nin eşlik ettiği olgulara göre daha yüz güldürücü olabilir.

KAYNAKLAR/REFERENCES

1. Walker S, Iguchi A Jones NP: Frosted branch angiiitis: a review. *Eye*. 2004;18:527-533.
2. Sugin SL, Henderly DE, Friedman SM, et al.: Unilateral frosted branch angiiitis. *Am J Ophthalmol*. 1991;111:682-685.
3. Karaçorlu S, Karaçorlu M: Frosted retinal anjiiitis. *Ret-Vit*. 1993;1:75-77.
4. Hamed LM, Fang EM, Fanous MM, et al.: Frosted branch angiiitis: the role of systemic corticosteroids. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*. 1992;29:312-313.
5. Kleiner RC, Kaplan HJ, Shakin JL, et al.: Acute frosted retinal periphlebitis. *Am J Ophthalmol*. 1988;106:27-34.
6. Kleiner RC: Frosted branch angiiitis: clinical syndrome or clinical sign? (Editorial). *Retina*. 1997;17:370-372.
7. Kaburaki T, Nakamura S, Nagasawa K, et al.: Two cases of frosted retinal angiiitis with central retinal vein occlusion. *Jpn. J Ophthalmol*. 2001;45:628-633.
8. Abu El-Asrar AM, Al-Obeidan SA, Abdel Gader AG: Retinal periphlebitis resembling frosted branch angiiitis with nonperfused central retinal vein occlusion. *Eur J Ophthalmol*. 2003;13:807-812.
9. Atmaca LS, Gündüz K: Acute frosted retinal phlebitis. *Acta Ophthalmol*. 1993;71:856-859.
10. Kim TS, Duker JS, Hedges TR: Retinal angiopathy resembling unilateral frosted branch angiiitis in a patient with relapsing acute lymphoblastic leukemia. *Am J Ophthalmol*. 1994;117:806-808.
11. Fine HF, Smith JA, Murante BL, et al.: Frosted branch angiiitis in a child with HIV infection. *Am J Ophthalmol*. 2001;131:394-396.
12. Spaide RF, Vitale AT, Toth IR, et al.: Frosted branch angiiitis associated with cytomegalovirus retinitis. *Am J Ophthalmol*. 1992;113:522-528.
13. Ysasaga JE, Davies J: Frosted branch angiiitis with ocular toxoplasmosis. *Arch Ophthalmol*. 1999;117:1260-1261.
14. Quillen DA, Stathopoulos NA, Blankenship GW, et al.: Lupus associated frosted branch periphlebitis and exudative maculopathy. *Retina*. 1997;17:449-451.
15. Sykes SO, Horton JC: Steroid-responsive retinal vasculitis with a frosted branch appearance in Chron's disease. *Retina*. 1997;7:451-454.