

Akut Posterior Multifokal Plakoid Pigment Epitelyopati*

Yüksel SÜLLÜ¹, Altan KAMAN², İhsan ÖGE², Dilek ERKAN⁴

ÖZET

Amaç: Akut posterior multifokal plakoid pigment epitelyopatili (APMPPE) olgularımızın klinik özelliklerinin değerlendirmek.

Yöntem: Uvea birimimizde takip ettiğimiz 2 APMPPE'li hastanın klinik ve anjiyografik özellikleri incelendi.

Bulgular: Hastalarımızın ikisi de kadın, yaşları 34 ve 40'tı. İki hastamız da tek göz tutulumlu idi. Bir olguda nöroretinit bulguları ile birlikte olmak üzere, her iki olguda da maküлада çok sayıda krem rengi plaklar vardı. Görme keskinlikleri iki olguda da parmak sayma düzeyinde idi. İki-üç hafta içinde aktif lezyonlar yerlerinde pigment epiteli atrofisine bırakarak iyileşirken görme keskinlikleri 0.5 ve 0.8 düzeylerine yükseldi.

Sonuç: APMPPE nadir görülen, makülayı tutmasına rağmen genellikle görme keskinliğinin iyi düzeyde geri döndüğü bir arka üveit nedenidir.

ANAHTAR KELİMELEER : Akut multifokal plakoid pigment epitelyopati, fluorescein anjiyografi

ACUTE POSTERIOR MULTIFOCAL PLACOID PIGMENT EPITHELIOPATY

SUMMARY

Purpose: Assessment of patients with acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy (APMPPE).

Methods: We evaluated 2 patients with APMPPE followed-up in our uvea department.

Results: All the patients were female. The ages of patients were 34 and 40 years. Both patients were involved unilaterally. There were cream coloured plaquelike lesions in macular in both patients and in one patient, the lesions were associated with neuroretinitis. Visual acuities, in both of the patients were counting fingers. The lesions were recovered between 2-3 weeks, and pigmented atrophic lesions remained in macula of patients. Visual acuities were increased between 0.5 and 0.8.

Conclusion: APMPPE is a rare posterior uveitis that involves the macula but visual acuity recover well levels. *Ret-vit 2001; 9 : 165 - 168.*

KEY WORDS : Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy, fluorescein angiografi.

* TOD 33. Ulusal Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

1. Yrd.Doç.Dr., Ondokuz Mayıs Ü.Tıp Fak.Göz Hst.ABD.

2. Arş.Gör., Ondokuz Mayıs Ü.Tıp Fak. Göz Hst.ABD.

3. Prof.Dr., Ondokuz Mayıs Ü.Tıp Fak.Göz Hst. ABD.

4. Doç.Dr., Ondokuz Mayıs Ü.Tıp Fak. Göz Hst. ABD.

GİRİŞ

Akut posterior multifokal plakoid pigment epiteliopati (APMPPE) maküla ve arka kupta, retina pigment epiteli (RPE) katında çok sayıda büyük, plak şeklinde, sarı- beyaz renkli lezyonlarla karakterize bir posterior üveittir. APMPPE posterior üveitlerin %1-2'sini oluşturur¹⁻². Nadir görülen bu hastalığın tanısı klinik bulgular ve fluorescein anjiyografi ile konulur. Görme prognozu genellikle iyi olmasına rağmen ciddi komplikasyonlar görme kaybına neden olabilir. Biz çalışmamızda APMPPE'li hastalarımızın klinik ve anjiyografik özelliklerini inceledik.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Ocak 1995 – Ocak 1999 tarihleri arasında uvea birimimizde gördüğümüz akut evredeki iki APMPPE'li hastamızın klinik ve anjiyografik özelliklerini değerlendirdik.

OLGU 1

34 yaşında kadın hasta sol gözünde bir hafta önce başlayan bulanık görme şikayeti ile görüldü. Hastanın yaklaşık bir ay önce geçirilmiş grip hikayesi vardı. Hastanın sağ gözünde görme tam, ön ve arka segment bulguları doğaldı. Sol göz görmesi 3 metreden parmak sayma, ön segment doğal, posterior vitreusta 1+ enflamatuvar hücre vardı. Papilla ödemli, maküla ödemli, sert eksuda birikimi vardı. Maküla ve maküla temporalinde, retina pigment epiteli düzeyinde sarı-beyaz renkli plak şeklinde lezyonlar vardı (Resim 1). Maküla temporalinde sinir lifleri katında yaklaşık yarım disk alanı bölgede hemoraji vardı. Fluorescein anjiyografide plak şeklindeki lezyonlar erken dönemde hipofloresans, geç dönemde boyanmaya bağlı hiperfloresans gösterdiler (Resim 2). Hastanın rutin kan sayımı, bi-

yokimyasal ve serolojik testleri doğal sınırlarda idi. Hastaya oral olarak 48 mg metilprednisolon başlandı. Üç hafta sonra lezyon bölgesinde pigment epiteli atrofisi oluştu. Görme keskinliği 0.5'ti. Üç aylık takipte hastanın bulguları değişmeden kaldı.

OLGU 2

40 yaşında kadın hasta sol gözünde bulanık görme şikayeti ile görüldü. Sağ gözde görme tam, ön ve arka segment muayenesi doğaldı. Sol gözde görme 2 metreden parmak sayma, ön segment doğaldı. Posterior vitreusta 1+ hücre vardı. Makülada, pigment epiteli katında sarı-beyaz plak şeklinde lezyonlar vardı. Fluorescein anjiyografide lezyonların erken dönemde hipofloresan, geç dönemde hiperfloresan oldukları görüldü (Resim 3). Üç hafta sonra görme 0.8'di ve maküler lezyonlar pigment epiteli atrofisi bırakarak kayboldular. Hastanın 3 aylık takibinde bulgular değişmeden kaldı.

TARTIŞMA

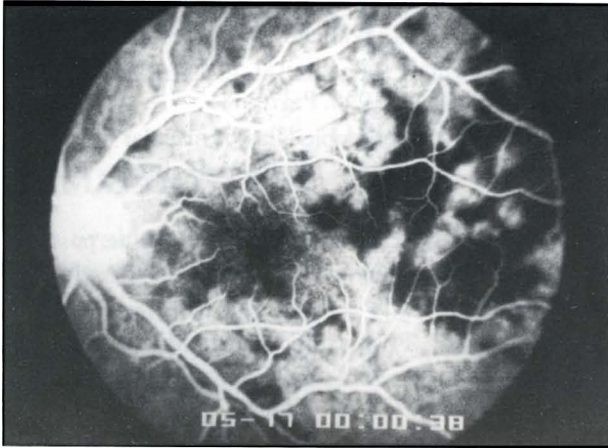
APMPPE, 1968 yılında Gass tarafından tanımlanmıştır³. Hastaların hemen tümü genç erişkin hastalardır. İlk tanımlandığında kadınlarda daha sık görüldüğü düşünülmese rağmen herhangi bir ırk veya cinste daha sık olmadığı ortaya çıkmıştır^{4,5}. Hastalık çoğunlukla bilateral olmasına rağmen iki göz tutulumu arasında değişik süreler bildirilmiştir.

Retina pigment epiteli düzeyinde görülen plak şeklinde lezyonların nedeni tam olarak bilinmemektedir. Gass³ bu lezyonların retina pigment epitelinin ödemine bağlı olduğunu ileri sürmüştür. Elektrokülografinin hastalığın akut fazında belirgin derecede bozulması retina pigment epiteli tutulumu olduğu hipotezinin destekler⁶. Diğer çalışmalarda ise koroidal infiltrasyonun gözlenmesi ve in-



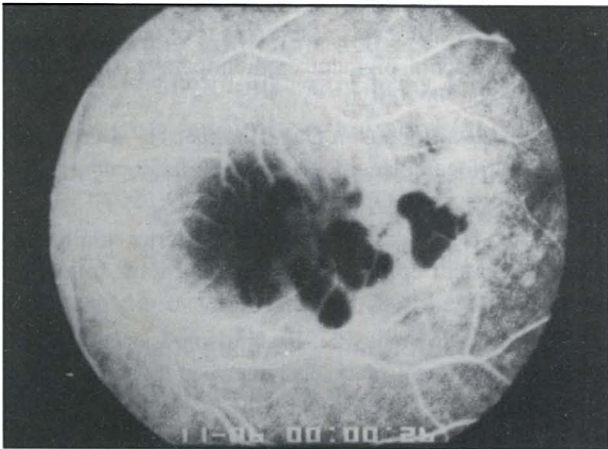
Resim 1.

Olgu 1'in renkli fundus fotoğrafında papillit, maküla ödemi ve sarı-beyaz renkli plak şeklinde lezyonlar görülmektedir.



Resim 2.

Olgu 1'in erken dönem fluorescein anjiyografisinde plak şeklindeki lezyonların oluşturduğu hipofloresans görülmektedir. Bu lezyonların yer-yer birleştiği görülmektedir.



Resim 3.

Olgu 2'nin erken dönem fluorescein anjiyografisinde plak şeklinde lezyonların oluşturduğu hipofloresans görülmektedir.

dosiyanin yeşili anjiyografisi ile koriokapillariste prekapiller arterioller seviyesinde tıkanıklık olduğunun gösterilmesi primer hastalığın koriokapillaritis olduğunu göstermiştir⁷⁻⁹. Koriokapillaritise neden olduğu bilinen bazı vaskülitler RPE'inde, APM-PPE'dekine benzer lezyonlara neden olduğu bildirilmiştir¹⁰. APM-PPE'li hastalarının göz şikayetlerinden önce sıklıkla bir viral enfeksiyon düşündürülen semptomlar tanımlamaları, APM-PPE'nin koroidin bir viral vaskülit veya virüslerin başlattığı bir immünolojik vaskülit olabileceğini düşündürmüştür^{11,12}. Bizim olgularımızdan biri geçirilmiş enfeksiyon hikayesi vermiştir. Bizim çalışmamız uvea birimimizde dört yıllık bir sürede gördüğümüz APM-PPE'li hastaları içermesine karşın hastaların herikiside altı aylık bir süre içinde görülmüştür. Hastaların belli bir zaman dilimine yığılmış olmaları hastalığın patogenezinde viral etyolojiyi destekleyebilir.

APMPPE'de elektrofizyolojik testler özgün olmamasına rağmen fluorescein anjiyografi tanı açısından en önemli yöntemdir¹³. Fluorescein anjiyografide erken evrede bu lezyon bölgelerinde hipofloresans, geç venöz evrede hiperfloresans gözlenir. Hipofloresans, koriokapillarisin iyi dolmayışına ve RPE ödeme; geç hiperfloresans ise dış kan retina bariyerinin inflamasyon nedeni ile yıkılmış olmasına bağlanmıştır¹². Klinik olarak belirgin lezyonu olmayan olgularda florescein anjiyografi ile koroidal iskemi görülebildiği bildirilmiştir. Bazı olgularda ise uzun süreli takip sırasında rekürrens, yeni lezyonlar veya başlangıçta tutulmamış gözde lezyonlar ortaya çıkabilmektedir. Başlangıçta lezyonlar makülada olmasına rağmen zamanla ekvatora doğru yeni lezyonlar ortaya çıkabilir. Papillitis bu hastalıkta nadiren görülmesine rağmen bizim hastalarımızın birinde papillit ve maküler star vardı¹⁴. Bazı olgularda gelişen koroid neovasküler membranı APM-PPE'de ciddi

görme kaybı nedeni olabilir¹⁵. Bu olgularda lazer fotokoagülasyon tedavisine rağmen genellikle görme keskinliği parmak sayma düzeyinde kalmaktadır.

APMPPE ile birlikte eritema nodozum, episklerit, serebral vaskülit, nörosensorial işitme kaybı, mikrovasküler nefropati ve pıhtılaşma bozukluğu gibi sistemik bulgular tanımlanmıştır^{5,12,16-19}. Diğer yandan sarkoidozis ve hepatit B aşısı sonrasında da APMPPE geliştiği bildirilmiştir^{20,21}.

APMPPE, Birdshot koroidopati, diffüs unilateral subakut nöoretinit, multifokal koroiditis, serpijinöz korioretinopatiden ayrılmalıdır. Tedavilerinin farklı olabilmesi nedeni ile bu hastalıklardan ayırım önemlidir¹².

APMPPE akut dönemde nadiren tedavi gerektirir. Sistemik kortikosteroid kullanımı papillitle birlikte olan olgularda önerilmiştir. Bazı olgularda geç evrede görülen koroid neovasküler membranlarının lazer fotokoagülasyonla tedavisi gereklidir^{11,12,15}.

Sonuç olarak nadir görülen bu hastalığın yakın aralıklarla gördüğümüz bu iki olgusunun klinik ve anjiyografik özelliklerini gözden geçirdik. APMPPE'nin akut evresinin veya komplikasyonlarının tanınması tedavi ve takip yaklaşımları açısından yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

- Henderly DE, Genstler AJ, Smith RE, Rao NA. Changing patterns of uveitis. *Am J Ophthalmol* 1987; 103:131-136.
- Rodriguez A, Calonge M, Pedroza-Seres M, Akova YA, Messmer EM, D'Amico DJ, Stephen Foster. Referral patterns of uveitis in tertiary eye care center. *Arch Ophthalmol* 1996; 114:593-599.
- Gass JD. Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy. *Arch Ophthalmol* 1968; 80:177-185.
- Ryan SJ, Maumenee AE. Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy. *Am J Ophthalmol* 1972; 74:1066-1074.
- Holt WS, Regan CDJ, Trempe C. Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy. *Am J Ophthalmol* 1976; 81:403-412.
- Smith VC, Porkorny J, Ernest JT et al. Visual function in acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy. *Am J Ophthalmol* 1978; 85:192-199.
- Deutman AF and Lion F. Choriocapillaris non-perfusion in acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy. *Am J Ophthalmol* 1977; 84:652-658.
- Spaide RF, Yannuzzi LA, Slakter J. Choroidal vasculitis in acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy. *Br J Ophthalmol* 1991; 75:685-687.
- Hawe LJ, Woon H, Graham EM et al. Choroidal hypoperfusion in acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy. An indocyanine green angiographic study. *Ophthalmology* 1995; 102:790-798.
- Kinyoun JL, Kalina RE, Klein ML. Choroidal involvement in systemic necrotizing vasculitis. *Arch Ophthalmol* 1987; 105:939-942.
- Nussenblatt RB, Whitcup SM, Palestine AG. Uveitis: Fundamentals and clinical practise. Mosby-Year Book, Inc. St. Louis, 1996, P:376-381.
- Gass JDM. Stereoscopic atlas of macular disease diagnosis and treatment. Mosby-Year Book. Inc. St. Louis, 1997, P:668-675.
- Fishman GA, Raab MF, Kaplan J. Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy. *Arch Ophthalmol* 1974; 92:173-177.
- Kirkham TH, Ffytche TJ, Sanders MD. Placoid pigment epitheliopathy with retinal vasculitis and papillitis. *Br J Ophthalmol* 1972; 56:875-880.
- Subaşı M, Köksal M, Özer A ve ark. İyi prognozlu multifokal korioretinopatiler. *Ret-vit* 1997; 5:117-120.
- Wilson CA, Chromokos EA, Sheppard R. Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy and cerebral vasculitis. *Arch Ophthalmol* 1987; 106:796-800.
- Lyness AL, Bird AC. Recurrences of acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy. *Am J Ophthalmol* 1984; 98:203-207.
- Priluck IA, Robertson DM, Buettner H. Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy: Urinary findings. *Arch Ophthalmol* 1981; 99:1560-1562.
- Saraux H, Pelosse B. Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy: A long term followup. *Ophthalmologica* 1987; 194:161-
- Dick DJ, Newman PK, Richardson J, et al. Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy and sarcoidosis. *Br J Ophthalmol* 1988; 72:74-77.
- Brezin AP, Massin-Korobelnik, Boudin M, et al. Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy after hepatit B vaccine. *Arch Ophthalmol* 1995; 113:297-300.