

Bilateral Posterior Sklerit*

Bilateral Posterior Scleritis

Umut Duygu UZUNEL¹, Latif Levent SAĞBAN¹,
Damla AYDIN², Feyza GEDİZ¹, Tuncay KÜSBECİ³

*Bu çalışma TOD 48. Ulusal Oftalmoloji Kongresi'nde sunulmuştur.

- 1- M.D. Bozyaka Training and Research Hospital, Eye Clinic, Izmir/TURKEY
UZUNEL U.D., druzunel78@yahoo.com
- 2- SAGBAN L.L., lsagban@gmail.com
M.D. Asistant, Bozyaka Training and Research Hospital, Eye Clinic, Izmir/TURKEY
AYDIN D., damlaaydinn@hotmail.com
GEDİZ F., fyzucar@hotmail.com
- 3- M.D. Associate Professor, Bozyaka Training and Research Hospital, Eye Clinic, Izmir/TURKEY
KUSBECI T., tkusbeci@yahoo.com

Geliş Tarihi - Received: 08.12.2014
Kabul Tarihi - Accepted: 28.01.2015
Ret-Vit Özel Sayı 2015;23:195-198

Yazışma Adresi / Correspondence Adress:
M.D., Umut Duygu UZUNEL
Bozyaka Training and Research Hospital, Eye Clinic, Izmir/TURKEY

Phone: +90 232 250 50 50
E-mail: druzunel78@yahoo.com

ÖZ

Sol gözde seröz retina dekolmanı ile ortaya çıkan, peşi sıra sağ gözde de tutulum gösteren bilateral posterior skleritli hastaya ait oküler ve klinik özellikleri göstermeyi amaçladık. 1 haftadır sol gözünde görme azalması ve perioküler ağrı yakınması olan 30 yaşındaki bayan olgunun yapılan oftalmolojik muayenesinde görme keskinliği sağ gözde 20/20, sol gözde 20/2000 olarak saptandı. Sol gözde biyomikroskopik muayenede kemozis ve konjonktival hiperemi, fundus muayenesinde; makulada seröz retina dekolmanı mevcuttu. Sağ gözün tüm oftalmolojik muayenesinin normal olduğu görüldü. Sistemik ve topikal steroid tedavisi ile hastalık geriledi. Altı hafta sonraki kontrolünde olgu bu kez sağ gözde görme azalması tanınılıyordu. Muayenesinde görme keskinliği sağ gözde 20/800, sol gözde 20/100 olarak saptandı. Sağ gözün biyomikroskopik muayenesinde kemozis, propitozis ve konjonktival hiperemi ve fundus muayenesinde makulada seröz retina dekolmanı mevcuttu. Tekrar tıbbi tedavi uygulandı. Olgunun 6 ay sonraki kontrolünde; her iki gözdeki görme keskinliği 20/25 olup, biomikroskopik ve fundus muayenesinin normal olduğu görüldü. Sonuç olarak, seröz retina dekolmanı ile başvuran olguların ayrırcı tanısında akılda tutulması gereklidir. Ayrıca diğer gözde de oluşabileceği unutulmamalı ve hasta bu açıdan da takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Posterior sklerit, bilateral, seröz retina dekolmanı.

ABSTRACT

We aimed to introduce ocular and clinical features of a patient with bilateral posterior scleritis presenting with serous retinal detachment in the left eye initially and afterwards followed by involvement of the right eye. Visual acuity (VA) was 20/20 in the right eye and 20/2000 in the left eye in a 30 years old lady who was suffering from decrease in visual acuity of the left eye and periocular pain for 1 week. Biomicroscopy of the left eye revealed chemosis and conjunctival hyperemia. Serous macular detachment was seen in the fundus evaluation of the left eye. Ophthalmological examination was completely normal in the right eye. All the findings in the left eye regressed by systemic and topical steroid treatment. The patient was suffering from decrease in visual acuity of the right eye at the visit 6 weeks after from the beginning. VA was 20/800 in the right eye and 20/100 in the left eye. Biomicroscopy of the right eye revealed chemosis, proptosis and conjunctival hyperemia. Serous macular detachment was seen in the fundus evaluation of the right eye. Same treatment regimen as the left eye had been applied again. VA was 20/25 bilaterally and biomicroscopy and funduscopy were normal in both eyes 6 months after the first involvement. Finally posterior scleritis must be kept in mind for the differential diagnosis of patients with serous retinal detachment. Furthermore involvement of the other eye must not be forgotten and should be checked out at all visits.

Key Words: Posterior scleritis, bilateral, serous retinal detachment.

GİRİŞ

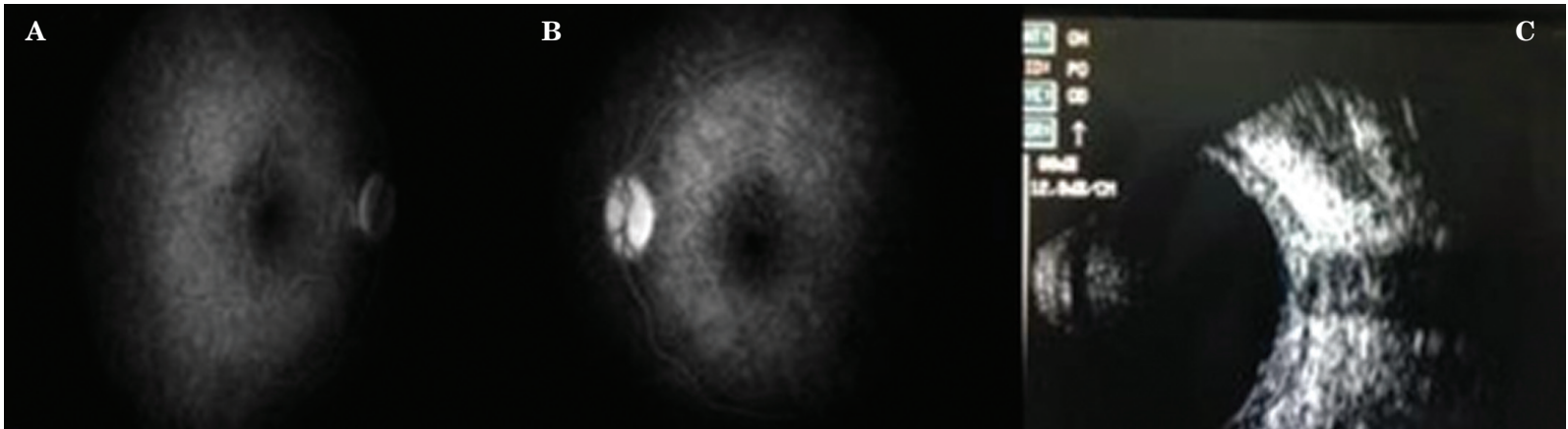
Posterior sklerit, ora serrata arkasındaki sklerayı etkileyen, nadir görülen bir skleral inflamasyon olup, gözün arka segment dokularında (koroid, retina ve optik disk) ve ön segmentte değişikliklere yol açabilir.¹ İnflamatuar ve noninflamatuar oküler hastalıklarla karışabilir. Anterior sklerit ile ilişkili olabilir.¹

Posterior sklerit, olguların yaklaşık %40-50'sinde idyopatik olup, geri kalan kısmında romatizmal hastalık, sistemik vaskülit ve otoimmün hastalık gibi sistemik hastalıklarla ilişkisi olabilir ve bunların %10'unundan azında enfeksiyon ile ilişkisi olabilir.^{2,3} Orta yaş kadınlarda sıklıkla bağ dokusu hastalıkları ile ilişkili iken, gençlerde idyopatik form daha fazla görülmektedir.¹ Kadınlar erkeklerden daha fazla etkilenir. En sık semptomlar; perioküler ağrı, göz hareketleri ile ağrı ve görme azalmasıdır. Etkilenen gözde kanlama görülebilir. Posterior sklerit ile ilgili oküler komplikasyonlar, hem ön segment, hem de arka segmenti içerebilir ve anterior üveit, göz içi basıncı artışı, vitritis, makuler ödem ve eksudatif retina dekolmanı görülebilir. Vakaların yaklaşık %50'si bilateraldir.³ Ultrasonografi, posterior skleritin tanısını koymada önemlidir. Fundus floresin anjiyografi, manyetik rezonans görüntüleme ve bilgisayarlı beyin tomografisi de tanıda kullanılabilir. Posterior skleritte, sistemik nonsteroid antiinflamatuvar, kortikosteroid ve immunsupresif tedavi oldukça etkilidir.²

Biz iki gözde aynı anda olmayıp, önce bir gözde seröz retina dekolmanı ile ortaya çıkan ve peşi sıra diğer gözde de tutulum görülen bilateral posterior skleritli hastaya ait oküler ve klinik özellikleri göstermeyi amaçladık.

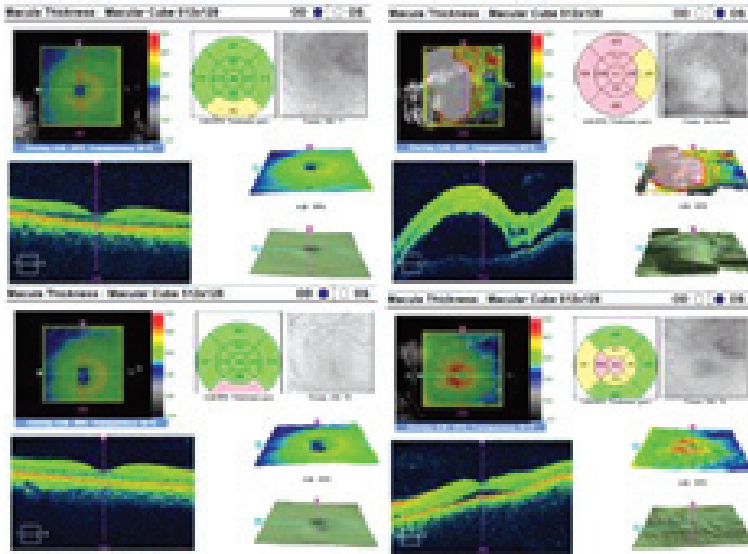
OLGU SUNUMU

Bir haftadır sol gözünde görme azalması ve perioküler ağrı yakınması olan 30 yaşındaki bayan olgunun yapılan oftalmolojik muayenesinde görme keskinliği sağ gözde 20/20, sol gözde 20/2000 düzeyinde olarak saptandı. Göz içi basınçları sağ 12 mmHg, sol 22 mmHg idi. Biyomikroskopik muayenede; sağ göz doğal ve sol gözde kemozis ve konjonktival hiperemi mevcuttu. Fundus muayenesinde; sağ göz doğal ve sol gözde makulada seröz retina dekolmanı mevcuttu. FFA'da sağ göz doğal iken, sol gözde geç venöz fazda multipl pigment epitel defektlerine bağlı hiperfloresans ve optik sinir başındaki hiperfloresans, oküler USG'de ters T bulgusu saptandı (Resim 1). Optik koherens tomografide (OKT) sol gözde subretinal sıvı (santral makula kalınlığı-SMK 872 µm) olduğu görüldü (Resim 2, üst). Laboratuvar bulgularında eritrosit sedimentasyon hızı 34 mm/saat ve C-reaktif protein (CRP) 15.6 mg/L olması dışında diğer testler normaldi. Orbita MR normaldi. Olguya posterior sklerit tanısı konulup, romatoloji kliniğine konsülte edilen hastada herhangi bir sistemik hastalık bulgusu saptanmadı ve tedavi olarak prednizolon damla 5x1, siklopen-tolat HCl damla 3x1 ve oral prednizolon 60 mg/gün başlandı.



Resim 1a-c: Fundus floresin anjiyografi (FFA) ve oküler USG bulguları. Sağ gözde geç dönemde normal görünüm (a). Sol gözde FFA'da geç dönemdeki multipl pigment epitelyum defektlerine bağlı hiperfloresans ve optik sinir başındaki hiperfloresans (b). Sol gözde oküler USG'de ters T görünümü (c).

Olgunun 5 gün sonra kemozisi ve konjonktival hiperemisi kayboldu ve görme keskinliği solda 20/100'a çıktı. Fundus bakışında subretinal sıvı (SMK 343 μm) azaldı, retinal strialar devam ediyordu (Resim 2, alt). Sistemik tedavi ikinci hafta 40 mg, üçüncü hafta 20 mg, dördüncü hafta 10 mg uygulanıp kesildi.



Resim 2: Tedaviye başlamadan önceki (üst) ve tedaviye başlandıktan 5 gün sonraki (alt) optik koherens tomografi (OKT) bulguları.

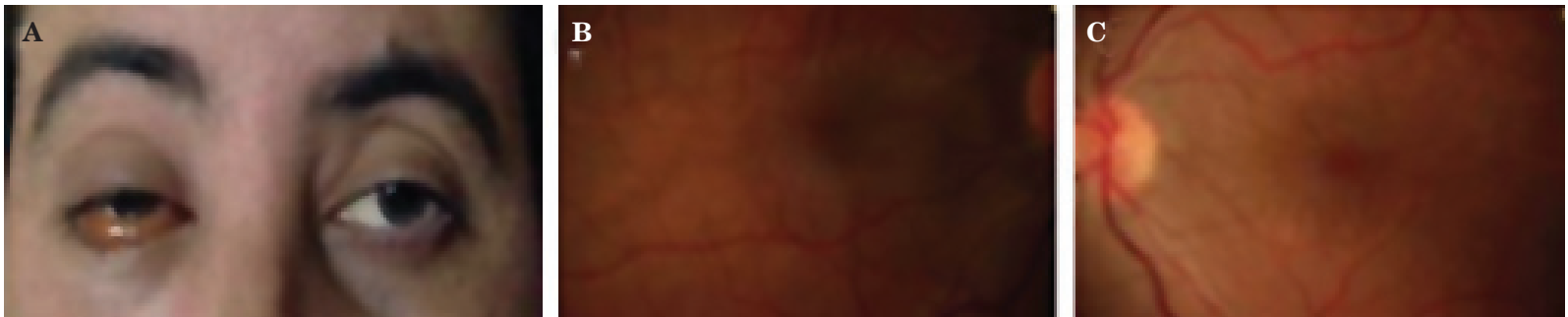
Altı hafta sonraki kontrolünde olgu bu kez sağ gözde görme azalması tarifliyordu. Muayenesinde görme keskinliği sağ gözde 20/800, sol gözde 20/100 olarak saptandı. Göz içi ba-

sınçları sağ 22 mm-Hg, sol 16 mm-Hg idi. Biyomikroskopik muayenede sağ gözde kemozis, propitozis ve konjonktival hiperemi mevcuttu (Resim 3a). Fundus muayenesinde sağda makulada seröz retina dekolmanı sol gözde ise koroidal katlantılar mevcuttu (Resim 3b.c). Sağ gözde OKT'de subretinal sıvı (SMK sağda 717 μm , solda 256 μm) ve oküler USG'de ters T bulgusu saptandı. Daha önce verilen aynı tedavi sonrası klinik tablo dramatik olarak iyileşti. 1 hafta sonra OKT'de subretinal sıvı (SMK 391 μm) azaldı. 3 hafta sonraki kontrolünde hastanın kemozis ve propitozisi düzeldi. Sağ göz görme keskinliği 20/63'e çıktı ve subretinal sıvı tamamen kayboldu (SMK sağda 238 μm , solda 201 μm). Olgunun OKT'deki değişimleri resim 4'de izlenmektedir.

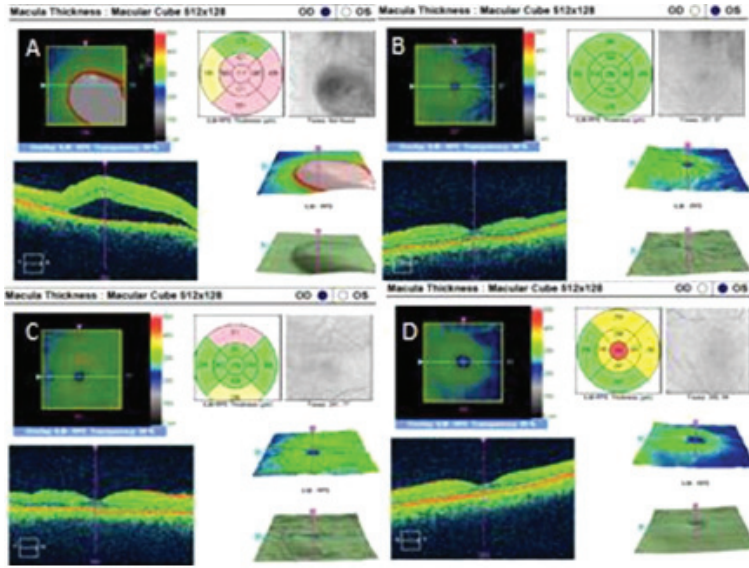
Olgunun 6 ay sonraki kontrolünde; her iki gözdeki görme keskinliği 20/25 olup, sağ gözde GİB:15 mmHg, sol gözde GİB:16 mmHg ve biomikroskopik ve fundus muayenesinin normal olduğu görüldü. Resim 5'te son kontroldeki OKT bulguları izlenmektedir.

TARTIŞMA

Posterior sklerit, genellikle orta yaşta kadınlar, hafif oküler konjesyon, glob hassasiyeti ve değişik derecelerde görme kaybı ile seyreden inflamatuvar bir hastalıktır.⁴ Posterior sklerit, orbital tümör, orbital inflamasyon, optik nörit ve vas-külitleri taklit edebilen şekillerde karşımıza çıkabilir. Bu değişik ortaya çıkış şekilleri nedeniyle, oftalmolojide en sık atlanan hastalıklardan birisidir.⁴ Saatçi ve ark.,⁵ noduler bir kit- le olarak başlayan posterior skleritli bir olgunun, yanlışlıkla oküler tümör olarak değerlendirilebileceğini göstermişlerdir.



Resim 3a-c: İkinci gözde posterior sklerit oluştuğu zamandaki hastanın klinik bulguları. Sağ gözdeki kemozis ve proptozis (a). Renkli fundus fotoğrafında sağ gözde makulada seröz retina dekolmanı (b). Renkli fundus fotoğrafında sol gözdeki koroidal katlantılar ve retinal striallar (c).

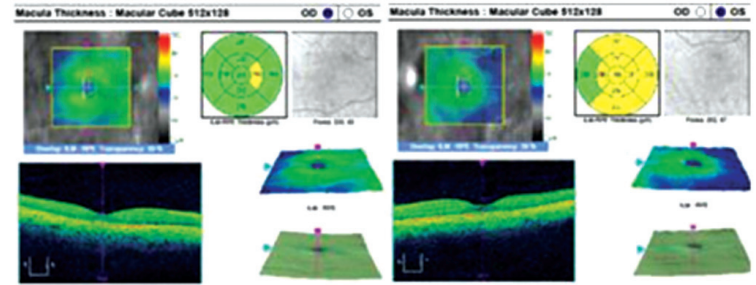


Resim 4a-d: Olgunun ikinci gözün etkilenmesinden sonra OKT'de oluşan değişiklikler. Sağ gözde posterior sklerit atağı olduğu zamandaki sağ ve sol gözün OKT görünümü (a,b). Olgunun tedaviden 3 hafta sonra çekilen OKT'deki sağ ve sol gözün durumu (c,d).

Saikia ve ark.,⁶ sadece hafif derecede görme azalmasıyla başvuran bir hastada, oküler ağrı olmaksızın bilateral posterior sklerit saptamışlar ve inflamasyonun en önemli belirtilerinden biri olan ağrının da posterior sklerite eşlik etmeyebileceğini göstermişlerdir. Bizim olgumuzda, nodüler kitle yoktu ve oküler ağrı mevcuttu.

Mc Cluskey ve ark.,² yaptıkları çalışmada, 137 posterior skleritli hastanın klinik özelliklerini incelemişler ve oküler ultrasonografi ile posterior skleritin saptanabileceği ve erken tedaviye başlayarak, kalıcı görme kaybı oluşmasının engellenebileceğini göstermişlerdir. Bizim hastamızda da ultrasonografi bulguları, tanı konulmasını kolaylaştırmış ve erken dönemde tedaviye başlanmış olması da, final görme keskinliğinin iyi olmasını sağlamış olabilir.

Gonzalez-Gonzalez ve ark.,⁷ 31 posterior skleritli hastanın klinik özelliklerini inceledikleri çalışmalarında, ağrının şiddetinin görme üzerine kötü prognostik etkisi olduğunu bulmuşlardır. Bizim hastamızda, hafif-orta şiddette ağrı mevcut idi. Sonuç görme seviyesinin iyi olması ile ilişkili olabilir.



Resim 5: Olgunun 6 ay sonraki kontroldeki OKT bulguları.

Literatürde bildirilen posterior sklerit vakalarında, hastalığın iki gözde aynı zamanda başladığı bildirilmiştir.⁶ Bizim vakamızda ise, önce bir göz tutulmuş olup, birinci göz remisyonuna girdikten sonra, yaklaşık olarak 6 hafta sonra diğer göz tutulmuştur.

Sonuç olarak, posterior sklerit, idiyopatik yada sistemik hastalığa bağlı gelişen skleranın inflamatuvar hastalığı olup seröz retina dekolmanı ile başvuran olguların ayırıcı tanısında akılda tutulması gereklidir. Ayrıca diğer gözde de oluşabileceği unutulmamalı ve bu açıdan da takip edilmelidir.

KAYNAKLAR/REFERENCES

1. Maggioni F, Ruffatti S, Viaro F, Mainardi F, et al. A case of posterior scleritis: differential diagnosis of ocular pain. J Headache Pain 2007;8:123-6.
2. McCluskey PJ, Watson PG, Lightman S, et al. Posterior scleritis: clinical features, systemic associations, and outcome in a large series of patients. Ophthalmology 1999;106: 2380-6.
3. Jabs DA, Mudun A, Dunn JP, et al. Episcleritis and scleritis: clinical features and treatment results. Am J Ophthalmol 2000;130:469-76.
4. Dave, VP, Mathai A, Gupta A. Combined anterior and posterior scleritis associated with central retinal vein occlusion: a case report. J Ophthalm Inflamm Infect 2012; 2:165-8.
5. Saatci AO, Saatci I, Kocak N, et al. Magnetic resonance imaging characteristics of posterior scleritis mimicking choroidal mass. Eur J Radiol 2001;39:88-91.
6. Saikia P, Nashed A, Helbig H, et al. Bilateral posterior scleritis: an idiopathic painless presentation. Ocul Immunol Inflamm 2010;18:452-3.
7. Gonzalez-Gonzalez LA, Molina-Prat N, Doctor P, et al. Clinical features and presentation of posterior scleritis: a report of 31 cases. Ocul Immunol Inflamm 2014;22:203-7.