

İyi Prognozlu Multifokal Korioretinopatiler*

Mahmut SUBAŞI¹, Murat KÖKSAL¹, Ali ÖZER¹, Pelin TANER¹,
Cengiz AKARSU¹, Meral OR², Berati HASANREİSOĞLU²

ÖZET:

AMPPE, MEWDS, PİK etyolojileri bilinmeyen ve genellikle tedavi endikasyonları olmayan retina pigment epitelinin nadir görülen akut benign inflamasyonlardır. Bu çalışmada özellikle klinik bulgular göz önüne alınarak AMPPE'li 16 hastanın 32 gözü, MEWDS'lu 1 hasta ve PİK'li 1 hasta değerlendirilmiştir. Tanıdaki klinik özelliklerin önemi vurgulanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Multifokal korioretinopatiler, Multipl geçici beyaz nokta sendromu, punktat iç koroidopati, Akut multifokal plakoid pigment epitelyopati

SUMMARY

MULTIFOCAL CHORIORETINOPATHIES WITH GOOD PROGNOSSES

AMPPE, MEWDS, PİK are rare acute, benign inflammations of the RPE whose etiologies are unknown and treatment is generally not indicated. In this study, 32 eyes of 16 patients with AMPPE, 1 eye of a patient with MEWDS and a bilateral case of PİK is examined with special emphasis on clinical finding. The importance of clinical features in diagnosis is stressed.

Ret-Vit 1997;5:117-120

Key Words: Multifocal chorioretinopathy, Multipl evanescent white dot syndrome, punctate inner choroidopathy

GİRİŞ

Etyolojisi bilinmeyen koroid ve retinayı tutan bir grup iltihabi hastaların klinik görünüşleriyle birbirlerine benzer özellikler gösterirler. Bu gruptaki hastaların tedavileri ve prognozları açısından farklı oldukları için ayrı ayrı tanıları yapmaları gerekmektedir. Bu grupta punktat iç koroidopati (PİK), multipl geçici beyaz nokta sendromu (MEWDS), akut multifokal plakoid pigment epitelyopati (AMPPE) diye adlandırılan bir grup hastaların ise prognozları iyi olup genelde tedavi gerektirmemektedirler. Bu çalışmanın amacı kliniğimizde nadir olarak gördüğümüz bu hastaların incelemek ve ayrı ayrı tanıları vurgulamaktır.

MATERYAL VE METOD

*TOD XXX. Ulusal Kongresinde tebliğ edilmiştir.
1.Arş. Gör.Gazi T p Fak. Göz Hast. ABD
2.Öğr. Üyesi Gazi T p Fak. Göz Hast. ABD

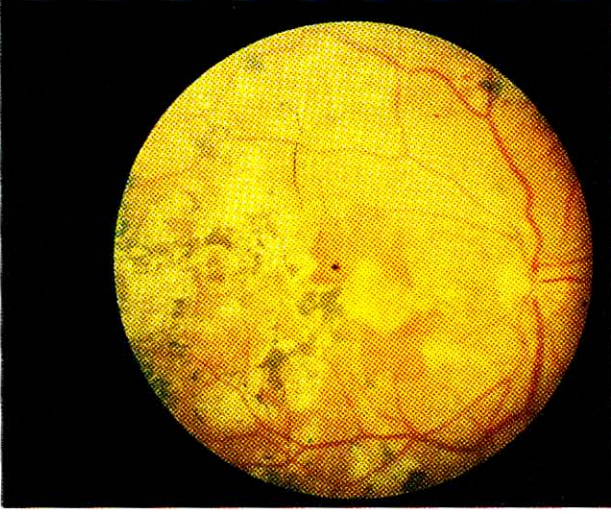
Retrospektif olarak retina birimimizde multifokal korioretinopati tanısı almış AMPPE, MEWDS, PİK olgularının kayıtları incelenmiştir.

Olguların yaş, cins, lezyonların tek veya çift taraflı oluşu, fundus lezyonlarının klinik görünüm ve yerleşimleri, ön veya arka üveit olup olmadığı, fundus florescein anjiyografik özellikleri, lezyonların aktivite süreleri, nüks oranları, prognozları ve tedaviye cevapları açısından incelenmiştir. Ayrıca tanı açısından sifiliz, sarkoidoz, intra oküler lenfoma, tüberküloz araştırmaları yapılmıştır.

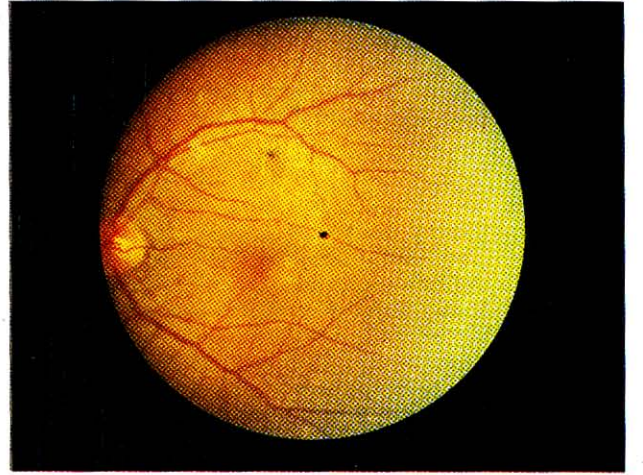
Etyolojileri bulunamayan bu olguların klinik görünüşlerine göre tanı konulmuş ve gruplandırılarak özellikleri açısından incelenmişlerdir.

BULGULAR

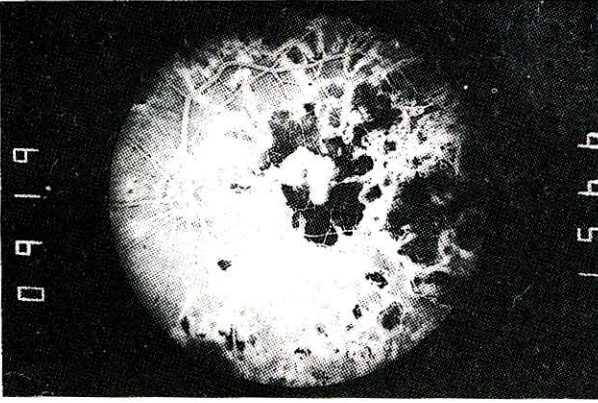
AMPPE tanısı olan 16 olgunun 32 gözü inceleme kapsamına alınmıştır.



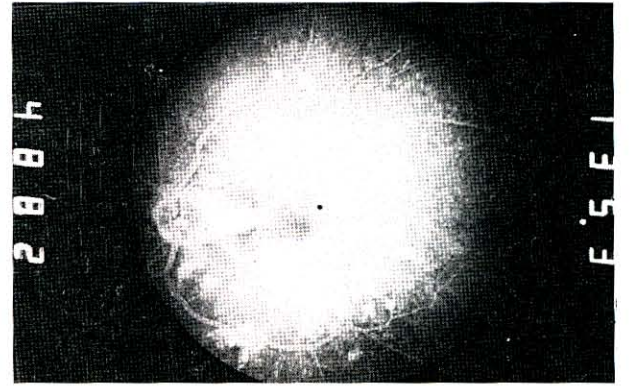
Resim 1. AMPPE ve CNVM sağ



Resim 3. PIC olgusu



Resim 2. AMPPE ve floresein anjiografi CNVM görülmekte



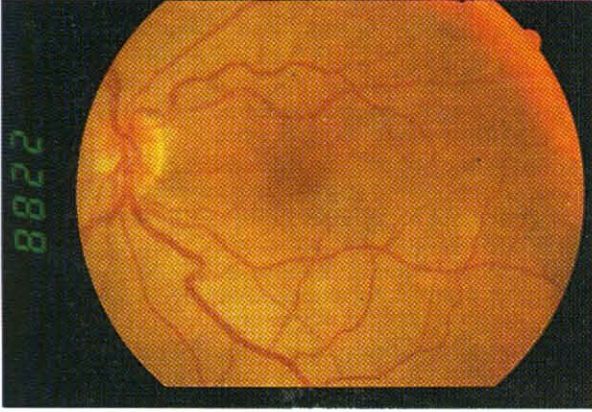
Resim 4. PIC Floresein anjiografi

Olguların yaşları 27-60 arasında değişmekteydi. 7'si erkek, 9'u kadındı. Yaşlar 30'un altında olan 7 olgu akut dönemde, diğer olgular sekel dönemde başvurdular. Akut dönemde gelenlerde çok sayıda gri beyaz yamalı subretinal lezyonlar görüldü ve bunlar erken dönemde hipofloresan olup geç dönemlerde boyanma gösterdiler. Ortalama 2 hafta sonra bu bulgular geçerek yerinde skar dokusu bıraktı. Nüks izlenmedi. Sekel döneminde gelenlerde foto-koagülasyon skarlarına benzeyen keskin depigmente retina pigment epitel izlendi. Geç dönemdeki fundus fluorescein anjiyografide (FFA) pigment epitel değişikliğine bağlı erken hipofloresan geç boyanma izlendi. Ortalama 6 aylık takipte olguların son görmeleri 0,4-tam arasında değişmekteydi. 2 olgumuzda ektrafoveal koroid neovasküler membran gelişti (KNVM). Bunlara laser

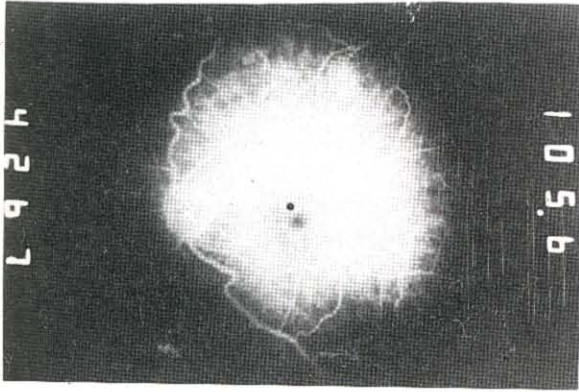
uygulandı. KNVM geliştiren olgularda görme seviyesi 1-3 metreden parmak sayma düzeyinde kaldı. (Resim1,Resim2)

1 olgu PİK tanısı aldı. 41 yaşında kadın olan hastanın muayenesinde 11 yıl önce gözünde bulanık görme şikayetiyle tedavi olduğunu belirtti. Hasta sekel döneminde görüldü. Görme tashihle tam idi. Bilateral tutulumu mevcuttu. Fundus muayenesinde 100-300mm mikron çapında çok sayıda iç koroid ve retina pigment epitel seviyesinde olan atrofik zamba ile delinmiş gibi değişik pigmentasyonlar gösteren lezyonlar mevcuttu. FFA'da bu lezyonlar hiperfloresans gösteriyorlardı. Hastaya herhangi bir tedavi uygulamadık. (Resim3,4)

MEWDS'lu 37 yaşında bir kadın olgumuz mevcuttu. Tek taraflı görme azalmasıyla başvurdu. İlk görmesi 0,2 düzeyinde idi ve beraberinde başka bir rahatsızlık tespit edilemedi. Akut dönemde



Resim 5. MEWDS olgusu



Resim 6. MEWDS Floresein anjiyografi

arka kutupta daha fazla olmak üzere retinanın derin katları ve retina pigment epitelini tutan 100-200 µm çapında çok sayıda gri-beyaz orta periferik uzanan lezyonlar tespit edildi. FFA'da gri-beyaz noktalarda erken hiperfloresans ve geç boyanma görüldü. Optik sinir hafif ödemliydi. Görme alan incelemesinde kör noktada büyüme tespit edildi. Ortalama 6 aylık takipte KNVM gelişmedi. Hastaya bir ay süreyle 60 mg'dan azaltılarak oral kortikosteroid tedavisi uygulandı. Akut dönemden üç ay sonra hastanın son görmesi 0,7-0,8 düzeyine ulaştı. (Resim 5, 6)

TARTIŞMA

Bu üç hastalık (AMPPE, PİK, MEWDS) primer olarak retina pigment epitelini tutar. Üçünün de etyolojisi belli değildir. Prognozlar iyidir. Akut dönemleri genç yaşlarda görülür. AMPPE ve PİK genelde bilateral, MEWDS ise genelde tek taraflıdır.

Tedavileri tartışılabilir olup genelde gerekmez. Üçünde de köroid neovasküler membranlar izlenebilir. Üçü de nadir rastlanan hastalıklardır olup MEWDS dünyada 60²⁻⁴, PİK ise 20 olgu civarında⁵⁻⁷ bildirilmiştir. Bunlara göre AMPPE nispeten daha sık rastlanan bir hastalıktır.

Bu hastalıkların etyolojileri bilinmemektedir. Ancak virütik enfeksiyonlarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir⁸⁻¹³. Bizim olgularımızda akut dönemleri gençlerde ortaya çıkmıştır. Belirgin bir virütik hastalık tesbit edilememekle beraber grip benzeri şikayetler bildiren olgularımız mevcuttur.

Görme prognozları KNVM geliştiren olgular haricinde iyiydi. KNVM, AMPPE'li olguların 2 tanesinde gelişti. KNVM gelişimi akut dönemi izleyen aylar ve yıllar içerisinde bu üç hastalıkta da görülebilir. MEWDS'da görülenlerin kendi kendine geçtiği bildirilmiştir¹⁴⁻¹⁵. Klinik görünimleri farklılık gösterdiği için bu hastalıkların ayrılmaması güçlük oluşturmaz. AMPPE'de ekvator arkasında çok sayıda gri-beyaz lezyonlar, MEWDS'da başlıca periferik küçük gri-beyaz, PİK'de ise iç köroid ve retina pigment epitel seviyesinde çok sayıda 100-300 mikron çapında lezyonlar izlenir. Kronik dönemde PİK'de atrofik zimbayla delinmiş gibi değişik pigmentasyonlu lezyonlar kalır. MEWDS'da ise 6-10 haftada lezyonlar skarsizasyonla kaybolur. AMPPE'de ise fotokoagülasyon yapılmış tarzda retina pigment epitelinde yaygın skarlar kalır.

AMPPE için ayrıca tanıda Birdshot, diffüz unilateral subakut nöroretinit (DUSN) multifokal köroidit, panüveit, gebelik toksemisi, non-Hodgkin lenfoma, serpinjinöz köroidit akida tutulmalıdır¹⁶.

PİK için akut dönemde sifiliz aşısından VDRL, sarkoidoz aşısından lizozim ve ACE enzim incelemeleri yapılmalıdır⁵⁻⁶.

MEWDS ise klinik görünüm aşısından en az karışık hastalıktır¹⁷. Türk literatüründe de benzer şekilde AMPPE, PİK ve MEWDS olguları yayınlanmıştır^{5,17-22}. Bunlardan bir MEWDS olgusu bilateral bildirilmiştir¹⁸.

Biz de olgularımızda ayrıca tanıda aşısından tüm laboratuvar tetkiklerini yaptık.

Sonuç olarak geçmiş yıllarda dissemine körioretinit adını alan, ancak daha sonralar özel isimler verilen ve halen etyolojileri bilinmeyen bu grup hastalıkların tanımlanması hastanın yarar açısından gereklidir. Bu sebeple klinik görünümünün oftalmologlarca bilinmelerinde yarar vardır.

KAYNAKLAR

1. Lam S, Tessler HH: New Stuff in üveitis in ophthalmology clinics of North America 6: 81-95, 1993.
2. Borruat F-X, Othenin-Girard P, Safran AB: Multipl evanescent white dot syndrome. Klin Monatsbl Augenheilk 198:453, 1991.
3. Chung Y-M, Yeh T-S, Liu J-H: Increased serum IgM and IgG İn the multipl evanescent white dot syndrome. Am J Ophthalmol 104:187, 1987.
4. Nakao K, Isashiki M: Multipl evanescent white dot syndrome. Jpn J Ophthalmol 30:376, 1986.
5. Eldem B, Sener C: Punctate inner choroidopathy and its differential diagnosis. Ann Ophthalmol 23:153, 1991.
6. Folk JC: Punctate inner choroidopathy. In p Ryan SJ (ed): Retina (vol 2, Medical Retina). St. Louis, CV Mosby, 1989, p 679.
7. Watzke RC, Packer AJ, Folk JC, et al: Punctate inner choroidopathy. Am J Ophthalmol 98:572, 1984.
8. Meyer RJ, Jampol LM: Recurrences and bilaterality in the multipl evanescent white-dot syndrome. Am J Ophthalmol 101:388, 1986.
9. Azar P, Jr, Gohd RS, Waltman D, et al: Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy associated with an adenovirus type 5 infection. Am J Ophthalmol 80:1003, 1975.
10. Fitzpatrick PJ, Robertson DM: Acute posterior multifocal pigment epitheliopathy. Arch Ophthalmol 89:373, 1973.
11. Gass JDM: Acute multifocal posterior placoid epitheliopathy: A long-term follow-up study. In Fine SL Owens SL (eds): Management of retinal vascular and macular disorders. Baltimore, Williams Wilkins, 1983, p 73.
12. Holt WS, Regan CDJ, Trempe C: Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy. Am J Ophthalmol 81:403, 1976.
13. Ryan SJ, Maumenee AE: Acute multifocal posterior placoid pigment epitheliopathy. Am J Ophthalmol 74: 1066, 1972.
14. Mc Collum CJ, Kimble JA: Peripapillary subretinal neovascularization associated with multipl evanescent white-dot syndrome. Arch Ophthalmol 110:13, 1992.
15. Wyhinny GJ, Jackson JL, Jampol LM, et al: subretinal neovascularization following multipl evanescent white-dot syndrome. Arch Ophthalmol 108:1384, 1990.
16. Hector RE: Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy. Am J Ophthalmol 86:424, 1978.
17. Jampol LM, Sieving PA, Pugh D, et al: Multipl evanescent white-dot syndrome. I. Clinical findings. Arch Ophthalmol 102:671, 1984.
18. Bayraktar Ş, Beştaş H: Bilateral Asimetrik Tutulum Gösteren Bir Multipl Evanescent White Dot Sendromu (MEWDS) Olgusu. Retina vitreus 1995;3:401-405.
19. Özkan S, Günalp Z, Öğütçü K: Akut Posterior Multifokal Plakoid Pigment Epitelyopati. Özçetin H, Saçoğlu A (Ed ler): XV. Ulus. Türk Oft Kong (1981). Bursa Uludağ Üniv. Bas mevi, s 127, 1983.
20. Ünal M, Günalp İ: Pigment Epitelyopatiler ve Ay r c Tan . T oft. Gaz. 17:618, 1987.
21. Çuhadaroğlu İH, Kozakoğlu H: Bir akut posterior multifokal plakoid pigment epitelyopati (AMPPE) vakası. Doğan ÖK, Okudan S, Özkan F (Ed ler): TOD xx . Ulus. Kong. Bül. (1988), cilt 2. Konya: Ülkü Bas mevi, s 795, 1988.
22. Özkan Ş: Akut posterior multifokal plakoid pigment epitelyopati (APMPPE). XXV Ulus Türk Oftalmoloji Kong. Bül. (1991), cilt 1 İstanbul s. 116, 1991.