

Crohn Hastalığında Multifokal Koryoretinit

Multifocal Chorioretinitis in Crohn's Disease

Nilüfer KOÇAK¹, Ziya AYHAN², Ali Osman SAATÇİ³

ÖZ

Bir ay önce biopsi sonucuyla Crohn hastalığı tanısı almış, 33 yaşında bayan hasta bulanık görme şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fundoskopide her iki gözde de yaygın, pigmente, atrofik koryoretinal skarlar görüldü. Her ne kadar Crohn hastalığında koryoid tutulumu nadir olsa da, hastalığın geniş arka segment tutulum komplikasyonları akılda tutulmayı gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Crohn hastalığı, koryoretinit, retina.

ABSTRACT

A 33-year-old woman with blurred vision and biopsy-proven Crohn's disease diagnosed one month ago was referred to our clinic for ophthalmic evaluation. Fundus examination disclosed bilateral, multifocal, atrophic, pigmented chorioretinal areas. Although choroidal involvement in Crohn's disease is very rare, ophthalmologists should be aware of the posterior segment complications in patients with Crohn's disease.

Key Words: Crohn's disease, chorioretinitis, retina.

Ref-Vit 2007;15:67-69

GİRİŞ

Crohn hastalığı idyopatik, kronik, tekrarlayıcı, iltihaplı bir barsak hastalığıdır. İntestinal dokuda tam kat lenfosit infiltrasyonu ve granulomatöz enflamasyon görülmektedir.^{1,2}

Komplikasyonların başında periferik artrit ve eritema nodosum gelmektedir. Hastaların %4-6'sında göz tutulumuna rastlanmaktadır.^{3,4} Ön segment tutulumu (episklerit, sklerit, keratit, iridosiklit) arka segment tutulumundan (optik nörit, koryoid infiltrasyonu, seröz retinal dekolmanı, retina vaskülit, retina arter ve ven damar tıkanıklığı, retina neovaskülarizasyonu) daha sık görülmektedir.⁵⁻¹⁰

Bu olgu sunumunda yeni Crohn hastalığı tanısı almış bir olguda bilateral geçirilmiş multifokal koryoretinit sekeli sunulmuştur.

Geliş Tarihi : 09/02/2006

Kabul Tarihi : 29/09/2006

Received : February 09, 2006

Accepted: September 29, 2006

- 1- Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları A.D., İzmir, Uzm. Dr.
- 2- Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları A.D., İzmir, Asist. Dr.
- 3- Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları A.D., İzmir, Prof. Dr.

- 1- M.D., Dokuz Eylül University Faculty of Medicine Department of Ophthalmology, İzmir/TURKEY
KOÇAK N., nkocak@yahoo.com
- 2- M.D., Dokuz Eylül University Faculty of Medicine Department of Ophthalmology, İzmir/TURKEY
AYHAN Z., zyayhan@yahoo.com
- 3- M.D., Professor, Dokuz Eylül University Faculty of Medicine Department of Ophthalmology, İzmir/TURKEY
SAATÇİ A.O., osman.saatci@yahoo.com

Correspondence: M.D. Nilüfer KOÇAK
1773 Sokak No:29 D: 3 35510 Karşıyaka İzmir/TURKEY

OLGU SUNUMU

Otuz üç yaşındaki kadın hasta her iki dizde artrit, sol baldırında 40 gündür dışarı fistülüze olan pyoderma gangrenozum benzeri deri lezyonu ve üç gündür devam eden kanlı ishal şikayetleri ile gastroenteroloji kliniğine yatırıldı. Hastanın yapılan kolonoskopisinde ara ara tutulumun olmadığı ülserli lezyonlar saptandı. Bu bölgelerden alınan biyopsi bulguları Crohn hastalığı ön tanısını doğruladı. Hastaya oral salazoprin ve 48 mg prednisolon başlandı. Kliniği düzelen hastanın taburcu edilmesi planlanırken, bulanık gördüğünü belirten hasta kliniğimize danışıldı.

Hastanın anamnezinde sol gözünün tembel olduğu ve 6 yıl önce özel bir klinikte gözlük numaralarını düşürmek için lazer tedavisi olduğu öğrenildi. Yapılan oftalmolojik muayenesinde en iyi düzeltilmiş görme keskinliği Snellen eşeli ile sağ gözde 8/10 (+5.00 +0.75 α 20°), sol gözde 5/10 (+4.50 +2.00 α 10°) ölçüldü. Her iki gözde biyomikroskopik ön segment muayenesi normaldi, göz içi basınçları her iki gözde 18 mmHg idi. Geniş pupil fundoskopisinde bakısında her iki gözde vitreus sakindi, arka kutupta yaygın, yer yer pigmente koryoretinal atrofik alanlar görüldü (Resim 1a-1b). Fundus görünümünün geçirilmiş koryoretinit ile uyumlu olduğu düşünüldü. Lezyonlar inaktif olduğu için fundus floresein anjiyografisi çekilmedi.

Hastanın ek şikayeti olmadığı sürece yıllık kontrol önerilerek takibe alındı.

TARTIŞMA

Crohn hastalığındaki göz tutulumu sıklıkla tekrarlayıcı konjonktivit, marjinal keratit, episklerit, sklerit, miyozit, üveit, nöroretinit, eksudatif retina dekolmanı, retinal vaskülit, optik nörit olarak görülmektedir.³⁻¹¹ Göz tutulumunun nasıl oluştuğu tam olarak açıklanamamakla beraber, hastalığın steroid tedavisine cevap vermesi olayda immun mekanizmaların rol oynadığı fikrini desteklemektedir.^{1,9-11}

Crohn hastalığında koryoid tutulumu diğer oküler tutulum tiplerine göre daha nadir görülmektedir.^{1,9-11} Hopkins ve ark.'ları³, 332 Crohn hastasını içeren çalışmalarında 21 hastada göz tutulumu göstermişlerdir. Bu hastaların sadece birinde makula hemorajisi ile birlikte koryoretinal tutulum görülmüştür. Ernst ve ark.'larının 28 Crohn ve 5 Ülseratif kolit hastasını değerlendirdikleri çalışmalarında 6 hastada intestinal aktivasyon mevcutken beraberinde göz iltihabı görülmüştür. Sekiz Crohn hastasının dördünde (7 gözde) koryoidal infiltrasyonlar tespit edilmiştir ve bu hastaların üçünde Crohn hastalığında da aktivasyon görülmüştür. Sistemik steroid tedavisi sonrasında koryoidal lezyonlar atrofik, pigmente izler bırakarak iyileşmişlerdir. Olgumuzda, geniş pupil fundoskopisinde her iki gözde, arka kutupta yaygın, yer yer pigmente koryoretinal atrofik alanlar görüldü. Hastaya her ne kadar biopsi ile desteklenmiş Crohn tanısı yeni konmuş olsa da, göz bulgularının geçirilmiş multifokal koryoretinit ile uyumlu olması hastalığın daha önceden var olduğunu düşündürmektedir.

Vianna ve ark.'larının¹ olgu sunumunda 10 yıl önce iridosiklit atağı geçiren ve eş zamanlı Crohn tanısı alan 31 yaşında bayan tanımlanmıştır. Tek taraflı ani görme azalması tarif eden hastanın yapılan muayenesinde, görme keskinliği sağ gözde 20/50, sol gözde 20/20 olarak ölçülmüş ve sağ gözün ön segment muayenesinde 4+ tındal tesbit edilmiştir. Sol gözün biyomikroskopik bakısı doğal olarak değerlendirilmiştir. Sağ gözde koryoidal infiltrasyonlar ve seröz retina dekolmanı tespit edilmiştir. Sol gözde ise arka kutupta küçük, yuvarlak, atrofik retina pigment epitel (RPE) değişiklikleri görülmüştür. Bir aylık topikal steroid tedavisi sonrasında, hastanın muayene bulgularında değişiklik görülmeyince, hastaya subtenon 1 ml/40 mg triamsinolon asetonid enjeksiyonu yapılmıştır. Hastanın bir ay sonraki kontrolünde sağ gözde görme keskinliği 20/30 olarak ölçülmüş ve seröz dekolmanın kaybolduğu, makula bölgesinde RPE atrofisi görüldüğü belirtilmiştir. Altı ay sonraki kontrolde de hastanın muayene bulgularının sabit olduğu görülmüştür.



Resim 1a: Sağ göz, renkli fundus resmi, arka kutupta yaygın, atrofik, pigmente geçirilmiş çok sayıda koryoretinit skarları.



Resim 1b: Sol göz, renkli fundus resmi, arka kutupta yaygın, atrofik, pigmente geçirilmiş çok sayıda koryoretinit skarları.

Salmon ve ark.'larının¹¹ olgu sunumunda Crohn hastalığı tanısı almış, ağrılı ve görmesini kaybetmiş gözün enükleasyonu sonrasında histopatolojisi sunulmuştur. Histopatolojik kesitlerde panüveit ve koryoidde granülom oluşumu gösterilmiştir. Bu çalışma Crohn hastalığında koryoidde granülom oluşumunu gösteren ilk çalışmadır.

Crohn hastalığının immun patogeneğinde hem hücre sel hem de humoral mekanizmaların rol oynadığı düşünülmektedir.^{1,11} İntestinal mukozanın lamina propriasında CD4+ hücreleri izlenirken, periferik kan yaymasında enflamatuar sitokinler görülmektedir. Bazı sitokinler direkt olarak makrofaj, B hücreleri gibi enflamatuar hücreleri aktive ederken, diğer sitokinler indirekt olarak intestinal vasküler yapılarda bulunan lökosit, mononükleer hücreleri aktive etmektedirler. Devam eden bu enflamatuar döngü içinde, prostoglandin ve lökotrienlerin salınımı sonucu vazodilatasyon ve vasküler permeabilite artışı görülmektedir. Oluşan anormal intestinal immünite ve ortama salınan antikor, antijen-antikor komplekslerin oküler komplikasyonlara yol açtıkları düşünülmektedir.

Sonuç olarak Crohn hastalığında hastalık aktif veya remisyonunda iken koryoretinal enflamasyonların da nadiren görülebileceği akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Vianna RNG, Ozdal PC, Deschenes J.: Multifocal choroiditis - An unusual finding in Crohn's disease. *Eur J Ophthalmol.* 2004;14:345-349.
2. Ernst BB, Lowder CY, Meisler DM, et al.: Posterior segment manifestations of inflammatory bowel disease. *Ophthalmology.* 1991; 98:1272-1280.
3. Hopkins DJ, Horan E, Burton IL, et al.: Ocular disorders in a series of 332 patients with Crohn's disease. *Br J Ophthalmol.* 1974; 58:732-737.
4. Greenstein AJ, Janowitz HD, Sachar DB.: The extraintestinal complications of Crohn's disease and ulcerative colitis: A study of 700 patients. *Medicine.* 1976;55:401-412.
5. Sedwick LA, Klingele JG, Burde RM, et al.: Optic neuritis in inflammatory bowel disease. *J Clin Neurol Ophthalmol.* 1984;4:3-6.
6. Ruby AJ, Jampol LM.: Crohn's disease and retinal vascular disease. *Am J Ophthalmol.* 1990;110:349-353.
7. Sykes SO, Horton JL.: Steroid-responsive retinal vasculitis with a frosted branch appearance in Crohn's disease. *Retina.* 1997;17:451-454.
8. Soukiasian SH, Foster S, Raizman MG.: Treatment strategies for scleritis and uveitis associated with inflammatory bowel disease. *Am J Ophthalmol.* 1994;118:601-611.
9. Salmon JF, Wright JP, Murrey ADN.: Ocular inflammation in Crohn's disease. *Ophthalmology.* 1991;98:480-484.
10. Saatci AO, Kocak N, Durak I, et al.: Unilateral retinal vasculitis, branch retinal artery occlusion and subsequent retinal neovascularization in Crohn's disease. *International Ophthalmology.* 2002;24:89-92.
11. Salmon JF, Wright JP, Bowen RM, et al.: Granulomatous uveitis in Crohn's disease. A clinicopathologic case report. *Arch Ophthalmol.* 1989;107:718-719.