

İdiyopatik Nöroretinit Olgusu

A Case Report on Idiopathic Neuroretinitis

Öz

Nöroretinit, yavaş yavaş başlayıp bir hafta kadar sonra ağırlaşan tek taraflı ağrısız görme kaybı ile prezante olur. Genellikle tek taraflı görme kaybı, optik disk ödemi ve eksüdatif makulopati ile karakterize bir patolojidir. Görme genelde 6–12 ay içinde normale döner. Vakaların %25'i idiyopatik iken %60'ında neden kedi tırnağı hastalığıdır. Otuz beş yaşında erkek hasta sağ gözde bulanık görme şikayetiyle göz polikliniğine başvurdu. Görme keskinliği sağ gözde 5/10, sol gözde 10/10 idi. Göz içi basıncı sağ gözde 22 mmHg, sol gözde 20 mmHg idi. Arka segment muayenesinde sağ gözde optik disk (OD) sınırları silikti; makulada yıldız görünümü, peripapiller bölgede daha yoğun olmak üzere iğ şeklinde retinal hemorajiler vardı. Biz bu olgu sunumumuzda ağrısız görme kaybı olan ve idiyopatik nöroretinit tanısı alan erkek hasta nedeniyle nöroretinitte ayrı tanıının önemini vurgulamak istedik.

Anahtar Sözcükler: görme kaybı, nöroretinit, papillit

Abstract

Neuroretinitis presents with one-sided painless loss of vision that starts slowly and becomes worse after about one week. Usually it is characterized by unilateral loss of vision, optic disc edema, and exudative maculopathy. Vision generally returns to normal within 6–12 months. Of the cases, 25% are idiopathic while 60% are caused by cat-scratch disease. A 35-year-old male applied to the ophthalmology polyclinic with the complaint of blurred vision in the right eye. Visual acuity was 5/10 in the right eye and 10/10 in the left. Intraocular pressure was 22 mmHg in the right eye and 20 mmHg in the left. In the examination of the posterior segment, the optic disc borders were blurred in the right eye and there were macular star formation and spindle-shaped retinal hemorrhages that intensified in the peripapillary region. Due to the male patient who had painless vision loss and was diagnosed with idiopathic neuroretinitis, we attempted in this case report to emphasize the importance of the differential diagnosis in neuroretinitis.

Keywords: vision loss; neuroretinitis; papillitis

Mustafa Doğan¹, Zübeyir Yozgat¹,
Güliz Fatma Yavaş³

¹ Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Göz Hastalıkları AD, Afyonkarahisar
Türkiye

² Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Göz Hastalıkları AD, Ankara Türkiye

Geliş Tarihi /Received : 16.04.2017
Kabul Tarihi /Accepted: 14.08.2017

DOI: 10.21673/anoloklin.306537

Sorumlu Yazar/Corresponding Author
Yrd. Doç. Dr. Mustafa Doğan
Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Hastanesi Göz Hastalıkları Anabilim
Dalı, Ali Çetinkaya Kampüsü, Dörtüol
Mah. 2070 Sk. No. 3/4 Afyonkarahisar
E-mail: mustafadogan@yahoo.com

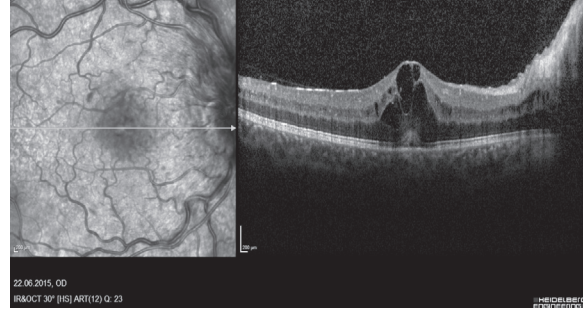
GİRİŞ

Nöretinit, optik disk ödemi ve fovea etrafında kısmi veya tam yıldız şeklinde maküler eksüstasyonlar ile karakterize, tek taraflı akut görme kaybına yol açan bir optik nöropati formudur (1). Genellikle yaşamın üçüncü veya dördüncü dekadında ortaya çıkar, unilateraldir ve cinsiyet farkı yoktur (1,2). Nöretinit, bulaşıcı veya enflamatuvar koşulların çok çeşitli formları ile ilişkilendirilmiştir; kedi tırnağı hastalığı, tanımlanabilen en yaygın nedendir (1,2). Nöretinit, yavaş yavaş başlayıp bir hafta kadar sonra ağırlaşan tek taraflı ağrısız görme kaybı ile prezante olur. Genellikle tek taraflı görme kaybı, optik disk ödemi ve eksüdatif makulopati ile karakterize bir patolojidir. Görme keskinliği çeşitli derecelerde azalır. Görme azalması makula tutulumuna bağlı olduğu için, optik sinir disfonksiyonu bulgusu olmayabilir. Peripapiller ve maküler ödemle birlikte papillit bulunur. Ağır olgularda venöz dolgunluk ve yüzeysel hemorajiler izlenir. Görme genelde 6–12 ay içinde normale döner. Vakaların %25'i idiyopatik iken %60'ında neden kedi tırnağı hastalığıdır. Diğer bazı nedenler sifilis, Lyme hastalığı, kabakulak ve leptospirozdur (3).

Biz bu olgu sunumumuzda ağrısız görme kaybı olan ve idiyopatik nöretinit tanısı alan erkek hasta nedeniyle nöretinitte ayrııcı tanının önemini vurgulamak istedik.

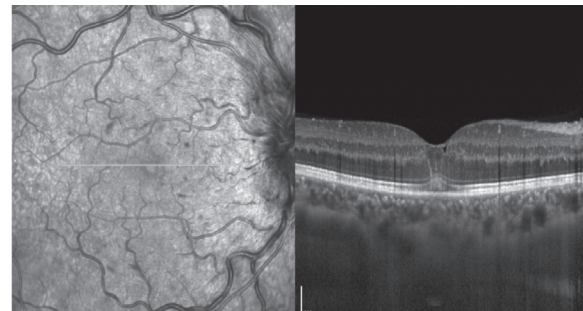
OLGU

Otuz beş yaşında erkek hasta sağ gözde bulanık görme şikayetiyle göz polikliniğine başvurdu. Hastanın muayenesinde görme keskinliği Snellen eşeli ile sağ gözde 5/10, sol gözde 10/10 idi. Göz içi basıncı sağ gözde 22 mmHg, sol gözde 20 mmHg idi. Biyomikroskopik ön segment muayenesi her iki gözde normaldi. Arka segment muayenesinde sağ gözde optik disk (OD) sınırları silikti; makulada yıldız görünümü, peripapiller bölgede daha yoğun olmak üzere iğ şeklinde retinal hemorajiler vardı. Sol gözde optik disk ve retina doğaldı. Hastanın spektral-domain optik koherens tomografisinde (OCT) sağ gözde kistik makula ödemi görüldü (Resim 1). Retina sinir lifi tabakası kalınlığı (RNFL) 270, santral makula kalınlığı (SMK) 671 µm idi. Sol göz normaldi. Fundus floresein anjiyografide

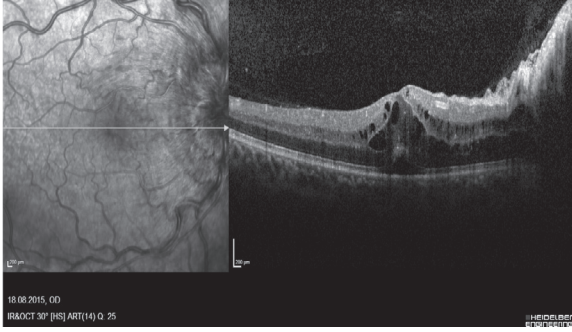


Resim 1.

(FFA) sağ gözde optik disk başında hiperfloresans, vasküler kılflanma izlendi. Sol göz normaldi. Hasta nöretinit tanısıyla göz servisine yatırıldı. Üç gün 1 gr/gün pulse steroid tedavisine başlandı. Eş zamanlı olarak sistemik açıdan araştırma başlatıldı. Hastanın tetkik sonuçları şu şekilde idi: hemogram: normal; sedim: normal; C-reaktif protein: normal; vitamin B12: normal; folat: normal; tiroit fonksiyon testleri: normal; romatoid faktör: negatif; antinükleer anti-kor (ANA): negatif; TORCH grubu: negatif; Brucella: negatif; hepatitler: negatif; böbrek fonksiyon testleri: normal; Hba1c: 5,24. Hastadan nöroloji, fizik tedavi rehabilitasyon, dermatoloji, göğüs hastalıkları, dahiliye konsültasyonları istendi. Kranial manyetik rezonans görüntüleme / manyetik rezonans anjiyografide normal bulgular saptandı. Yapılan paterji testi negatifti. *Purified protein derivative* (PPD) testi negatifti. Tüberküloz, sarkoidoz açısından toraks tomografisi istendi. Mediastinal lenfadenopati saptanan hastada Göğüs Hastalıkları Kliniği aktif tüberküloz ya da sarkoidoz saptamadı. Üç ay sonra kontrol önerdi. Nöroloji, manyetik rezonans görüntüleme sonucuyla değerlendirdi ve aktif patoloji saptamadı. Dahiliye, otoimmün panel istedi, sistemik bir hastalık saptamadı. Yapılan sistemik ve mikrobiyolojik araştırmada



Resim 2.



Resim 3.

herhangi bir etken saptanmaması üzerine hastaya idiyopatik nöretinit tanısı kondu. Hasta üç gün 1000 mg/gün steroid tedavisi gördükten sonra 1 mg/kg steroid tedavisi ile taburcu edildi. Üç gün sonra yapılan muayenede görme keskinliği sağ gözde 7/10, sol gözde 10/10, göz içi basıncı her iki gözde 20 mmHg idi. Biyomikroskopik muayene sonuçları bilateral doğaldı. Fundus muayenesinde sağ gözdeki OD ödeminde gerileme, retinal hemorajide kısmi gerileme izlendi. Sol göz doğaldı. OCT'de sağ makula ödeminde gerileme saptandı (Resim 2). SMK 305 µm, RNFL 196 idi. Hasta üvea biriminde takibe alındı. Hastanın iki hafta sonra görme keskinliğinde tam düzelme sağlandı. Klinik gerileme izlendi. Bir ay sonra hasta sağ gözde bulanık görme şikayetiyle tekrar başvurdu. Sağ göz görme keskinliği 5/10'du. Fundus muayenesinde sağ gözde OD sınırları silikti, retinal hemorajiler vardı. OCT'de kistik makula ödemi vardı (Resim 3). Hastaya subtenon triamsinolon enjeksiyonu yapıldı. Enjeksiyon sonrası takipte hastada beklenen klinik düzelmeyen görülmesi üzerine sağ intravitreal Ozurdex implant enjeksiyonu yapıldı. Hastanın Ozurdex enjeksiyonu sonrası 2. ay muayenesinde görme keskinliği bilateral 10/10 idi. Hastanın sağ göz göz içi basıncı medikal tedaviye rağmen 30 mmHg üzerinde idi. Hastaya bu nedenle sağ trabekülektomi yapıldı. Operasyon sonrası kontrolle-



Resim 4.

rinde göz içi basıncı normal seviyelere düştü. Hastanın trabekülektomi sonrası yapılan 1. ay muayenesinde görme keskinliği bilateral 10/10 idi. Göz içi basınçları sağ gözde 19 mmHg, sol gözde 18 mmHg idi. Fundus muayenesi bilateral doğaldı. OCT bilateral normaldi (Resim 4). SMK 244 µm, RNFL 62 idi.

TARTIŞMA

İlk kez 1916 yılında Theodor Leber, nedeni bilinmeyen tek taraflı görme kaybı ile prezante olan, optik disk ödemi ve maküler yıldız formasyonu olan ve 6-12 haftada spontan rezolüsyon ile sonuçlanan bir sendrom tanımlamış ve bunu *idiopathic stellate* nöretinitis olarak isimlendirmiştir (4). Daha sonra yapılan araştırmalarda, Gass, ana patolojinin makula orijinli değil optik sinir orijinli olduğunu, FFA'da optik sinir etrafındaki damarların dilatasyonunun ve optik sinir derin kapillerlerinin sızdırmasının görülmesiyle ortaya çıkarmıştır (5-7).

Nöretinitlerin klinik görünümü karakteristiktir. Diğer optik nöropatilerden farklı olarak optik disk ödemi ile birlikte makulada yıldız şeklinde eksüstasyon vardır. Tek taraflı görme kaybı ile birlikte disk ödemi ve maküler yıldız görünümü birçok nedene bağlı olarak görülebilen bir klinik tablodur. Kafaiçi basınç artması sendromu (KİBAS), diyabetik retinopati, hipertansif retinopati, iskemik optik nöropati, retinal ven dal tıkanıklığı, sifilis, spesifik olmayan üveitler, toksoplazmoz, tüberküloz, multipl skleroz (MS), Lyme hastalığı, kedi tırmığı hastalığı, psittakoz, leptospiroz, su çiçeği, grip, kabakulak, döküntülü viral hastalıklar ve travma bu nedenlere örnek verilebilir (8,9). Hastanın anamnezi, fizik muayenesi ve laboratuvar tetkik sonuçları birlikte değerlendirildiğinde diyabetik-hipertansif retinopati, iskemik optik nöropati, travma düşünülmeydi.

Nöretinitin en sık görülen nedeni kedi tırmığı hastalığıdır. Kedi tırmığı hastalığı, bağışıklık sistemi normal kişilerde, giriş yerinin drene olduğu lenf düğümlerinde kronik enflamasyonla seyreden, etkeni *Bartonella henselae* olan bir enfeksiyondur (10). Birçok olguda tanı klinik, epidemiyolojik, serolojik ve histolojik verilerin birlikte değerlendirilmesiyle konur (11). Hastanın anamnezinde hayvan teması bulunmaması ve fizik muayenesinde lenfadenopati olmaması nedeniyle kedi tırmığı hastalığı ekarte edildi.

Yapılan mikrobiyolojik tetkiklerde VDRL testinin negatif sonuçlanmasıyla sifilis ve diğer enfeksiyöz belirteçlerinin de negatif olmasıyla viral nedenler dışlandı. PPD testinin negatif gelmesi ve çekilen toraks BT sonucunda tüberküloz ve sarkoidoz dışlandı. Nörolojik muayenede başka bulgu olmaması ile KİBAS ve çekilen MR'de plak formasyonuna rastlanmamasıyla MS, Nöroloji'nin de değerlendirmesiyle dışlandı. Dahiliye ve Fizik Tedavi Rehabilitasyon Bölümlerinin istedikleri tetkikler ve değerlendirmeleriyle, paterji testinin negatif olmasıyla, otoimmün panelin negatif olmasıyla Behçet hastalığı ve diğer romatolojik hastalıklar da dışlandı. Yapılan bu tüm değerlendirmeler ve tetkikler sonucunda hastaya idiyopatik nöretinit tanısı kondu. Tedavisi düzenlendi.

Biz bu olgu sunumumuzda ağrısız görme kaybı olan ve idiyopatik nöretinit tanısı alan erkek hasta nedeniyle nöretinitte ayrı tanıının önemini vurgulamak istedik. Tek taraflı görme kaybı ile başvuran, tek taraflı OD ödemi ve makulada yıldız görünümü bulunan hastalarda ayrı tanıda idiyopatik nöretinit akıldaki tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Ray S, Gragoudas E. Neuroretinitis. *Int Ophthalmol Clin.* 2001;41:83–102.
2. Purvin V, Sundaram S, Kawasaki A. Neuroretinitis: review of the literature and new observations. *J Neuroophthalmol.* 2011;31:58–68.
3. Kanski JJ. *Klinik Oftalmoloji: Sistemik Yaklaşım*, 7. ed., çev. Akova AY. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2013.
4. Dreyer RF, Hopel G, Gass DM ve ark. Leber's idiopathic stellate neuroretinitis. *Arch Ophthalmol.* 1984;102:1140–5.
5. Gass JD, Scelfo R. Diffuse unilateral subacute neuroretinitis. *J R Soc Med.* 1978;71(2):95–111.
6. Gass JD, Gilbert WR Jr, Guerry RK, Scelfo R. Diffuse unilateral subacute neuroretinitis. *Ophthalmology.* 1978;85(5):521–45.
7. Margo CE, Hamed LM. Neuroretinitis. *Ophthalmol Clin North Am.* 1993;6(2):273–80.
8. Ghauri RR, Lee AG. Optic disk edema with a macular star. *Surv Ophthalmol.* 1998;43(3):270–4.
9. Casson RJ, O'Day J, Crompton JL. Leber's idiopathic stellate neuroretinitis: differential diagnosis and approach to management. *Aust N Z J Ophthalmol.* 1999;27(1):65–9.

10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cat-scratch disease in children -- Texas, September 2000 -- August 2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2002;51(10):212–4
11. Çelebi B. Bartonella henselae ve enfeksiyonları. *Mikrobiyol Bül.* 2008;42:163–75.