

# Atipik Başlangıçlı Multipl Geçici Beyaz Nokta Sendromu

## Multiple Evanescent White Dot Syndrome with an Atypical Presentation: Case Report

Mehmet Ali ŞEKEROĞLU,<sup>a</sup>  
Murat UZEL,<sup>a</sup>  
Mustafa Alpaslan ANAYOL,<sup>a</sup>  
Mustafa KOÇ,<sup>a</sup>  
Pelin YILMAZBAŞ<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Göz Hastalıkları Kliniği,  
Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Ankara

Geliş Tarihi/Received: 20.06.2014  
Kabul Tarihi/Accepted: 10.09.2014

*Bu çalışma TOD 48. Ulusal Kongresi  
(5-9 Kasım 2014, Antalya)'nde  
poster bildirisi olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Mehmet Ali ŞEKEROĞLU  
Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara,  
TÜRKİYE/TURKEY  
msekeroglu@yahoo.com

**ÖZET** Sağlıklı genç kadınlarda tek taraflı görme azalması ile ortaya çıkan multipl geçici beyaz nokta sendromu, tipik olarak retinanın dış tabakalarında veya retina pigment epiteli seviyesindeki gri-beyaz lezyonlarla ve foveadaki granüler görünümle karakterizedir. Genellikle sistemik bir hastalık tabloya eşlik etmemektedir. Nedeni tam olarak bilinmeyen ve nadir görülen bu hastalık çoğunlukla tedavi edilmeksizin kendiliğinden düzelir. Ön segment muayenesi genellikle normal olmakla birlikte, olguların yaklaşık yarısında vitreus tutulumu görülebilir. Bu olguda, prodromal dönemde ön üveit bulguları ile ortaya çıkan atipik başlangıçlı bir multipl geçici beyaz nokta sendromu hastasının bir yıllık izlemi ile birlikte hastalığın tipik fundus otofloresans görüntüleme ve optik koherens tomografi bulguları sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Üveit, anterior; tomografi, optik koherens

**ABSTRACT** Multiple evanescent white dot syndrome is a rare disorder of young healthy female subjects presented with unilateral vision loss and can be diagnosed with foveal granularity and typical gray-white retinal lesions at the outer retina and retinal pigment epithelium. It is a self-limiting disease without a need for treatment, but the exact cause is unknown. There is no defined association with systemic disorders. Vitritis can be seen in half of the cases but anterior segment examination is usually normal. Herein, we report one-year follow-up outcomes of a patient with multiple evanescent white dot syndrome who atypically presented with anterior uveitis at prodromal period and also presented its typical fundus autofluorescence and optical coherence tomography findings.

**Key Words:** Uveitis, anterior; tomography, optical coherence

**Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2015;24(3):182-5**

İlk kez 1984 yılında tanımlanan ve nadir görülen bir hastalık olan multipl geçici beyaz nokta sendromu, retinanın dış tabakalarında veya retina pigment epiteli seviyesindeki gri-beyaz lezyonlarla karakterize, nedeni tam olarak bilinmeyen ve genellikle tedavi edilmeksizin kendiliğinden düzelen bir hastalıktır.<sup>1,2</sup> Hastaların çoğunda bulgular ortaya çıkmadan hemen önce prodromal bir üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü olması, viral bir etiyojijiyi düşündürmektedir.

Tipik olarak sağlıklı genç kadınlarda tek taraflı görme azalması ile ortaya çıkar. Hastalık tanısını koymaya yardımcı olan retina bulguları arka kutupta ve mid-periferde yer alan 100-200 µm büyüklüğündeki gri-beyaz lezyonlar

ve foveanın granüler görünümüdür. Ön segment muayenesi genellikle normal olup, olguların yaklaşık yarısında vitreus tutulumu görülmektedir.<sup>3</sup>

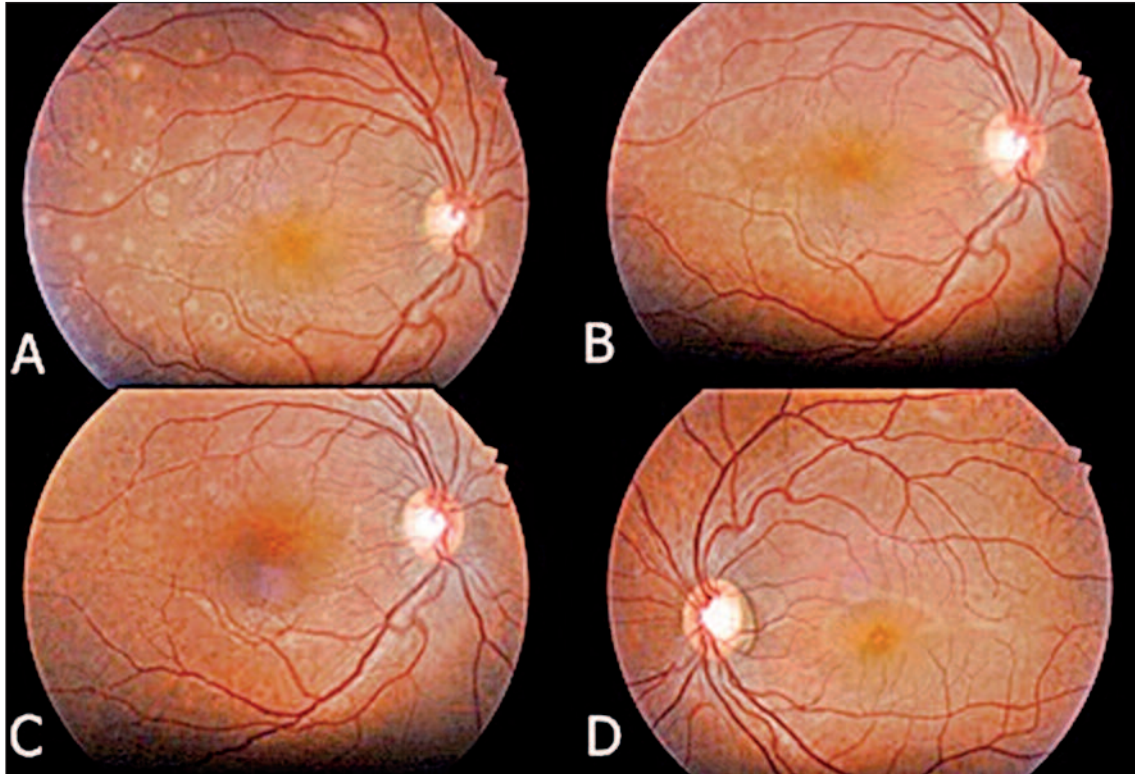
Kendini sınırlayan iyi seyirli bu hastalığın bilinen klasik formu dışında atipik şekilleri de bildirilmiştir. Literatürde ileri yaş başlangıçlı, bilateral, tekrarlayıcı, koroid neovasküler membran oluşumuna neden olan, multifokal koroidit veya akut idiyopatik kör nokta genişlemesi sendromu ile birlikte ortaya çıkan ve karakteristik beyaz noktaların görülmediği atipik olgular sunulmuştur.<sup>4-10</sup>

Çalışmamızda, prodromal dönemde ön üveit tanısı konulup takibinde multipl geçici beyaz nokta sendromu bulguları ortaya çıkan atipik başlangıçlı bir olgu sunulmuştur.

## OLGU SUNUMU

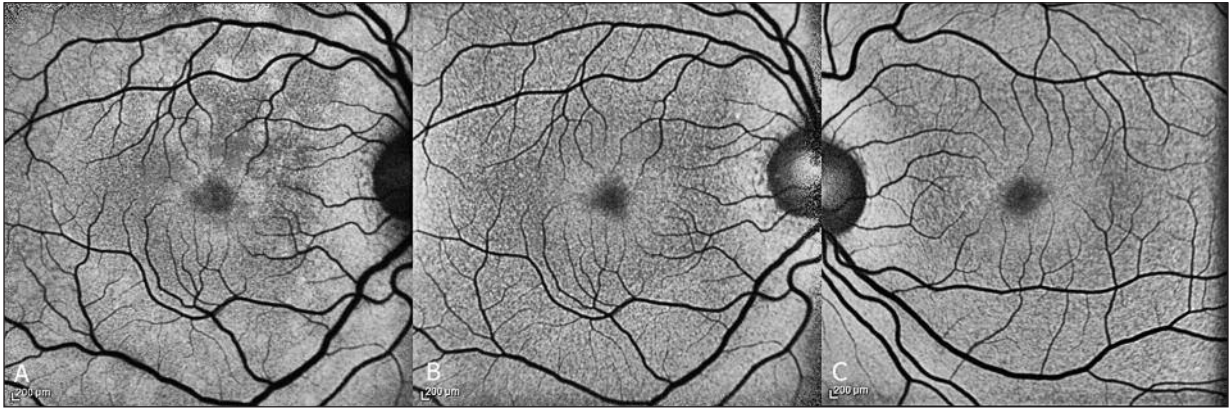
Oküler bir hastalık öyküsü olmayan ve bir hafta önce grip benzeri yakınmaları başlayan 32 yaşında kadın hasta, iki gün önce sağ gözde ortaya çıkan bulanık görme şikâyeti nedeniyle kliniğimize baş-

vurdu. Yapılan oftalmolojik muayenesinde sağ gözde görme keskinliği 20/32, göz içi basıncı 16 mmHg olup, minimal bir limbal hiperemi ve ön kamarada +3 hücre tespit edildi. Hastada vitreus ve retinada tutulum tespit edilmedi. Sol gözde görme keskinliği 20/20 düzeyinde olup, oftalmolojik muayenesi doğaldı. Bu bulgularla sağ anterior iridosiklit düşünülerek deksametazon damla 8x1 ve siklopentolat damla 3x1 başlandı ve hasta sistemik inceleme için romatoloji bölümüne gönderildi. İki gün sonra yapılan kontrol muayenesinde sağ gözde hastanın limbal hiperemisinin kaybolduğu ve ön kamarada +2 hücresi bulunduğu izlendi. Ancak görme keskinliği 20/40 seviyesine gerilemiş ve vitritis ortaya çıkmıştı. Hastanın fundus muayenesinde ise arka kutupta ve midperiferde çok sayıda küçük gri-beyaz lezyonların, foveada ise granüler tarzda bir retina pigment epitel değişikliğinin olduğu görüldü (Resim 1). Fundus otofloresans görüntülemeye lezyonların hiperotofloresan olduğu, optik koherens tomografi (OKT)'de ise bu lezyonların dış retina katlarına lokalize olup, foveada fo-



**RESİM 1:** Renkli fundus fotoğrafı. **A)** Tanı anında sağ gözde arka kutupta tipik gri-beyaz lezyonlar ve foveadaki granüler görünüm, **B)** Birinci haftada sağ gözde büyük oranda kaybolan fundus lezyonları, **C)** Birinci ayda sağ gözde tümüyle kaybolan fundus lezyonları, **D)** Tanı anında sol göz fundus fotoğrafı.

(Renkli hâli için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/oftalmoloji-dergisi/1300-0365/>)



**RESİM 2:** Fundus otofloresans görüntüleme. **A)** Tanı anında sağ gözde arka kutupta hiperotofloresan lezyonlar, **B)** Birinci ayda sağ gözde tümüyle kaybolan lezyonlar, **C)** Tanı anında sol göz fundus otofloresans görüntüleme.

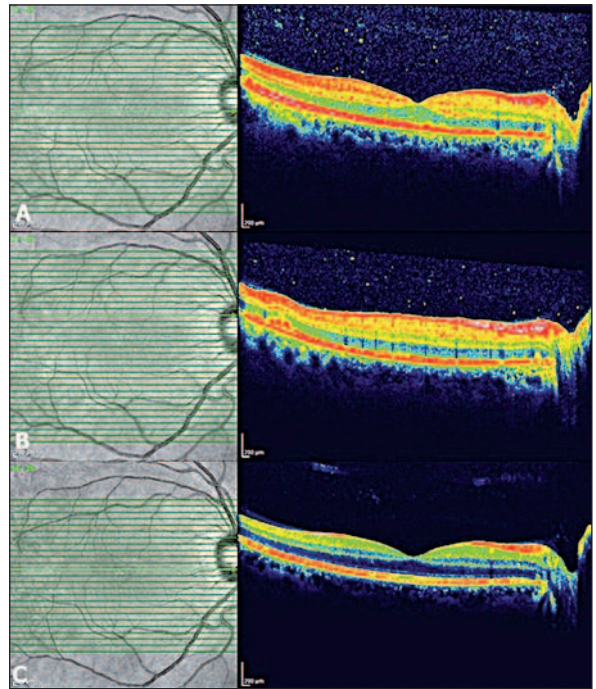
(Renkli hâli için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/oftalmoloji-dergisi/1300-0365/>)

toresseptör iç segment/dış segment (IS/OS) bandında düzensizlik oluşturduğu izlendi (Resim 2, 3). Sistemik olarak da eşlik eden bir hastalık tespit edilmeyen hastada bu bulgularla multipl geçici beyaz nokta sendromu düşünülmekle hasta izleme alındı.

Birinci haftada retinal lezyonların solmaya başladığı, birinci ayda ise tamamen kaybolduğu izlendi (Resim 1). Ön kamara ve vitreus hücreleri birinci ay sonunda tamamen kayboldu. Birinci ayda görme keskinliği 20/20 olan hastanın foveasındaki granüler görünümün birinci ay sonunda da azalarak devam ettiği, OKT'de IS/OS bandının ise normal yapısına döndüğü izlendi. Üçüncü ve altıncı ay kontrollerinde hastanın oftalmolojik muayenesi tamamen doğaldı (Resim 2, 3). Hastanın bir yıllık izleminde sağ gözde bir nüks veya komplikasyon görülmedi. İzlem boyunca sol gözde anormal bir bulguya rastlanmadı.

## TARTIŞMA

Klasik tanımında ortalama ortaya çıkış yaşı 28 olan (17-47 yıl) ve çoğunlukla kadınlarda görülen, akut, tek taraflı, iyi seyirli ve tedavisiz gerileyen bir hastalık olarak tariflenen multipl geçici beyaz nokta sendromunun aksine bilateral, rekürrens gösteren, koryoretinal skarlarla iyileşen, koroid neovasküler membranı gelişen ve beyaz noktaların olmadığı atipik hastalık formları da bildirilmiştir.<sup>4-11</sup> Olguların yaklaşık olarak %50'sinde vitreusta hücre olabileceği ancak ön kamarada hücrenin genellikle olma-



**RESİM 3:** Optik koherens tomografi. **A)** Tanı anında sağ gözde subfoveal alanda fotoreseptör iç segment/dış segment bandında düzensizlik, **B)** Tanı anında sağ gözde retina dış katlarına lokalize lezyon, **C)** Birinci ayda sağ gözde tümüyle düzelen iç segment/dış segment bandı.

(Renkli hâli için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/oftalmoloji-dergisi/1300-0365/>)

dığı bilinmektedir.<sup>3</sup> Bu olguda ise önce ön kamara hücrelerinin hemen sonrasında da vitreus hücreleri ve tipik retina lezyonlarının ortaya çıktığı atipik başlangıçlı bir multipl geçici beyaz nokta sendromu olgusu sunulmaktadır.

Multipl geçici beyaz nokta sendromu patogenezi kesin olarak bilinmemektedir. Ancak bizim olgumuzda da görülen prodromal grip benzeri bulguların olması, hepatit A, hepatit B ve insan papilloma virüs aşılımları sonrası ortaya çıkan olguların bildirilmesi ve dokuz olguluk bir seride %44,4 sıklıkta HLA-B51 gen pozitifliğinin bulunması genetik olarak duyarlı kişilerde viral bir tetikleme sonrası hastalığın oluştuğunu düşündürmektedir.<sup>1,12-14</sup> Bazı olgularda bizim hastamızda olmayan miyopi varlığı da bildirilmiştir.<sup>15</sup> Genellikle sistemik bir hastalık tabloya eşlik etmemektedir.

Tipik retina bulgusu bizim hastamızda da olduğu gibi tek taraflı 100-200 µm büyüklüğündeki gri-beyaz lezyonlar ve foveanın granüler görünümüdür. Bu bulguların 2-10 hafta içinde kendiliğinden düzeldiği, ancak foveadaki granüler görünümün daha uzun sürede düzeldiği bildirilmiştir. Tipik bulgular hastalık tanısı için yeterli olsa da fundus floresans anjiyografide lezyonların olduğu bölgede erken dönemde hiperfloresans ve geç dönemde boyanma görülmesi, indosiyanın yeşili anjiyografide hiposiyanesans izlenmesi, fundus

otofloresans görüntülemesinde hiperotofloresans olması, OKT'de IS/OS hattında düzensizliğin olması ve lezyonların retina dış tabakalarında yerleştiğinin görülmesi, görme alanı incelemesinde kör noktada genişleme olması, elektoretinografide a-dalgası ve erken reseptör potansiyel amplitüdülerinde azalma tanıyı destekleyici bulgulardır.<sup>2,16-18</sup> Bu bulguların tamamının genellikle hastalığın gerilemesiyle birlikte ortadan kalktığı bilinmektedir. Çoğunlukla tedavi gerektirmeyen iyi prognozlu bir hastalıktır.

Sonuç olarak, bu olgu grip benzeri semptomları olan genç sağlıklı bir kadında tek taraflı olarak ortaya çıkması, karakteristik fundus bulgularının görülmesi, izlemde tedavisiz olarak tamamen düzelmesi nedeniyle multipl geçici beyaz nokta sendromu ile uyum göstermekte ancak tipik fundus görünümünün olmadığı prodromal dönemde ön kamara reaksiyonunun izlenmesi nedeniyle de atipik bir başlangıç göstermektedir. Ön üveit nedeniyle takip edilen bir hastada izlem boyunca ayrıntılı fundus muayenesinin her kontrolde yapılması gerekliliği akılda tutulmalıdır.

## KAYNAKLAR

- Jampol LM, Sieving PA, Pugh D, Fishman GA, Gilbert H. Multiple evanescent white dot syndrome. I. Clinical findings. *Arch Ophthalmol* 1984;102(5):671-4.
- Sieving PA, Fishman GA, Jampol LM, Pugh D. Multiple evanescent white dot syndrome. II. Electrophysiology of the photoreceptors during retinal pigment epithelial disease. *Arch Ophthalmol* 1984;102(5):675-9.
- Şengün A. [Birdshot retinochoroidopathy serpiginous choroidopathy multiple evanescent white dot syndrome]. *Türkiye Klinikleri J Ophthalmol-Special Topics* 2008;1(2):62-8.
- Lim JI, Kokame GT, Douglas JP. Multiple evanescent white dot syndrome in older patients. *Am J Ophthalmol* 1999;127(6):725-8.
- Aaberg TM, Campo RV, Joffe L. Recurrences and bilaterality in the multiple evanescent white-dot syndrome. *Am J Ophthalmol* 1985; 100(1):29-37.
- Tsai L, Jampol LM, Pollock SC, Olk J. Chronic recurrent multiple evanescent white dot syndrome. *Retina* 1994;14(2):160-3.
- Machida S, Fujiwara T, Murai K, Kubo M, Kurosaka D. Idiopathic choroidal neovascularization as an early manifestation of inflammatory chorioretinal diseases. *Retina* 2008; 28(5):703-10.
- Bryan RG, Freund KB, Yannuzzi LA, Spaide RF, Huang SJ, Costa DL. Multiple evanescent white dot syndrome in patients with multifocal choroiditis. *Retina* 2002;22(3): 317-22.
- Kimmel AS, Folk JC, Thompson HS, Strnad LS. The multiple evanescent white-dot syndrome with acute blind spot enlargement. *Am J Ophthalmol* 1989;107(4):425-6.
- Shelsta HN, Rao RR, Bhatt HK, Jampol LM. Atypical presentations of multiple evanescent white dot syndrome without white dots: a case series. *Retina* 2011;31(5):973-6.
- Koziellec GF, Wyhinny GJ, Jampol LM. Evolution of distinct chorioretinal scars in recurrent MEWDS. *Retina* 2001;21(2):180-2.
- Fine L, Fine A, Cunningham ET Jr. Multiple evanescent white dot syndrome following hepatitis a vaccination. *Arch Ophthalmol* 2001; 119(12):1856-8.
- Baglivo E, Safran AB, Borruat FX. Multiple evanescent white dot syndrome after hepatitis B vaccine. *Am J Ophthalmol* 1996;122(3):431-2.
- Borruat FX, Herbort CP, Spertini F, Desarnauds AB. HLA typing in patients with multiple evanescent white dot syndrome (MEWDS). *Ocul Immunol Inflamm* 1998;6(1):39-41.
- Hangai M, Fujimoto M, Yoshimura N. Features and function of multiple evanescent white dot syndrome. *Arch Ophthalmol* 2009;127(10): 1307-13.
- Gross NE, Yannuzzi LA, Freund KB, Spaide RF, Amato GP, Sigal R. Multiple evanescent white dot syndrome. *Arch Ophthalmol* 2006; 124(4):493-500.
- Dell'Omo R, Mantovani A, Wong R, Konstantopoulou K, Kulwant S, Pavesio CE. Natural evolution of fundus autofluorescence findings in multiple evanescent white dot syndrome: a long-term follow-up. *Retina* 2010;30(9):1479-87.
- Hua R, Chen K, Liu LM, Liu NN, Chen L, Teng WP. Multi-modality imaging on multiple evanescent white dot syndrome-A Spectralis Study. *Int J Ophthalmol* 2012;5(5):644-7.