

Optik Disk Druzeninin Klinik özellikleri

M. Fatma SÖYLEV, S. Bahar ÖZKAN*, A. Karatay ARSAN*, Ümit AKGÜN*, Sunay DUMAN**

ÖZET

Kliniğimizde optik disk druzeni (ODD) tanısı ultrasonografi (USG) ile kesinlik kazanmış olan 29 olgunun 48 gözü incelendi. ODD'nin, olguların %65.5'inde bilateral, %34.5'inde unilateral olduğu görüldü.

Görme keskinliğinin 44 gözde tam, 4 gözde ODD dışında nedenlere bağlı olarak düşük olduğu saptandı. Fundus incelemesinde; 44 gözde fizyolojik çukurluk olmadığı, 4 gözde ise c/d oranının 0.1-0.2 arasında değiştiği saptandı. Gözle-rin %55.7'sinde ise değişik görme alanı defektlerine rastlandı.

Psödopapilödem nedenlerinin başında gelen ODD'nin, papilödemin ayırıcı tanısında akılda tutulmasının ve USG ile tanının kesinleştirilmesinin hastaları pekçok gereksiz tetkikten kurtaracağı kanısına varıldı.

Anahtar Kelimeler: Optik disk druzeni, Ultrasonografi.

T Klin Oftalmoloji 1994, 3:116-119

SUMMARY

CLINICAL EVALUATION OF OPTIC DISC DRUSEN

We evaluated 48 eyes of 29 cases whose optic disc drusen (ODD) were demonstrated ultrasonographically. ODD was bilateral in 85.5%, and unilateral in 34.5% of the cases.

Visual acuity was 1.0 in 44 eyes and less than 1.0 in 4 eyes related to the reasons other than ODD. Ophthalmoscopically, physiologic cup was absent in 44 eyes, cup-to-disc ratio was 0.1-0.2 in the remaining 4. There were various visual field defects in 65.7% of the eyes.

We concluded that, ODD which is the most common reason of pseudopapilledema must be kept in mind in the differential diagnosis of papilledema and confirmation of the diagnosis with ultrasonography will prevent the patients from many unnecessary diagnostic procedures.

Key Words: Optic disc drusen, Ultrasonography.

Turk J Ophthalmol 1994, 3:116-119

Giriş

Genellikle rutin muayenede tesadüfen ortaya çıkan optik disk druzeni (ODD), psödopapilödem nedenlerinin başında gelir. ODD, olgularının çoğunda asemptomatikken, bazı olgularda geçici görme kaybı yakınlama-

sı, santral görmede düşüklük, relatif afferent pupilla defekti, görme alanı defektleri, optik atrofi ve hemorajik komplikasyonlara neden olabilir (1-6). ODD'nin tanısında, ultrasonografinin (USG) güvenilir ve kolay bir yöntem olduğu bildirilmektedir (7). Friedman ve ark. (4) görülebilen ODD olan olgularının tümünde USG ile ODD'ni göstermişlerdir. ODD'ne ait kalsifiye nodüller, USG ile; optik sinir başı üzerinde veya içerisinde verdikleri yüksek reflektiviteye sahip ekoların, sistem sensitivitesi düşürüldüğünde de sebat etmesi ile kolayca tanınırlar (9).

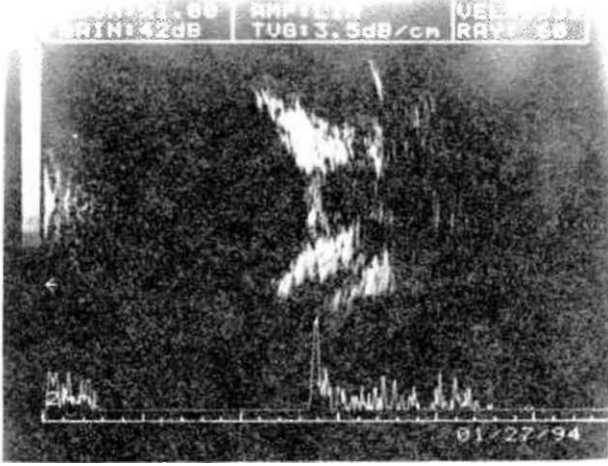
Geliş Tarihi; 15.2.1994

Kabul Tarihi: 24.2.1994

* Op.Dr. SB. Ankara Hast. Göz Kliniği Uzmanı

** Op.Dr. SB. Ankara Hast. Göz Kliniği Şefi, ANKARA

OPTİK DİSK DRAZENİNİN KLİNİK ÖZELLİKLERİ



Resim 1. B-mod USG'de düşük sistem sensitivitesinde ODD'ne ait kalsifikasyon ve A-mod'da ise ODD'ne ait yüksek reflektivitenin oluşturduğu pik görülmektedir.

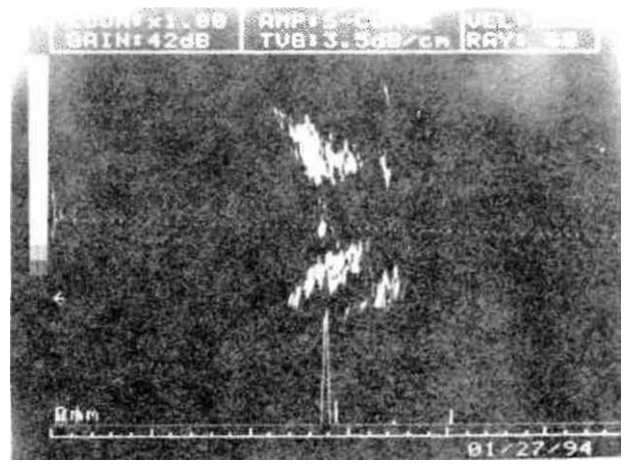
Bu çalışmada, klinikte genellikle psödopapilödem ile karışımıza çıkan ve papilödemie ayırıcı tanısında bazı güçlükler gösteren ODD'nin klinik özellikleri incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem

SB Ankara Hastanesi Göz Kliniğinde 1991-1994 yılları arasında ODD tanısı USG ile kesinleşen 29 olgunun 48 gözü çalışma kapsamına alındı.

Tüm olgularda "Sonomed B-3000" Dijital Diagnostik B-Scan USG cihazı kullanıldı ve olguların dokümantasyonu amacıyla polaroid fotoekogramlar alındı (Resim 1,2).

Fundus incelemesinde psödopapilödem görünümü olup, gömülü ODD düşünülen ancak, USG ile gösterilemeyen veya çeşitli nedenlerle USG yapılamayan olgular çalışma dışı bırakıldı. Tüm olgular yaş, cinsiyet, oküler ve medikal öyküleri ile nöro-oftalmolojik incelemeleri ve USG sonuçları yönünden değerlendirildi. Ayrı-



Resim 2. Resim 1'deki ODD görünümünün S-Curve ile daha da belirginleştirildiği izlenmektedir.

ca olguların bir kısmında, Goldmann kinetik perimetresi ile yapılan görme alanları, FFA'leri ve fundus fotoğrafları da gözden geçirildi.

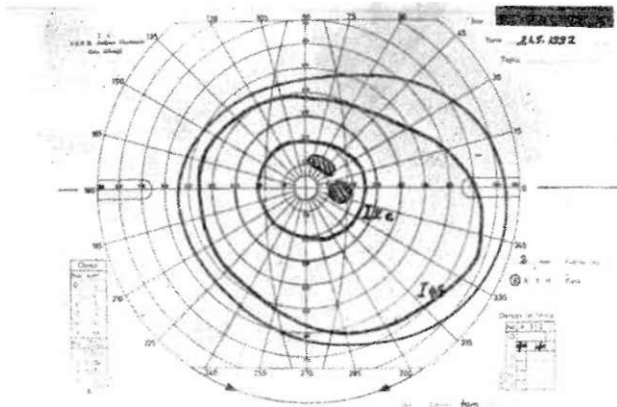
İstatistiksel analizde t-testi kullanıldı.

Sonuçlar

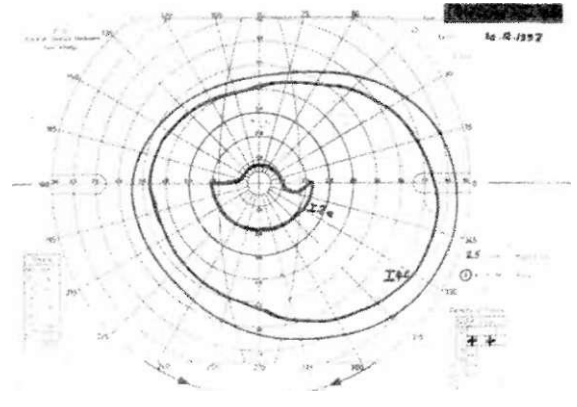
29 olgunun 20'si (%68.97) kadın, 9'u (%31.03) erkek olup, cinsiyet dağılımı arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.05$).

Olguların yaşları 8 ile 67 arasında değişmekte olup medyan 35 idi. ODD'nin olguların 19'unda (%65.5) bilateral, 10'unda (%34.5) ise unilateral olduğu saptandı.

Bilateral ODD olan bir olgunun her iki gözünde de değişik zamanlarda olan yaklaşık 5 dakika süren geçici görme kaybı yakınması mevcuttu. Görme keskinliği ODD olan 48 gözün 44'ünde tamdı. Görme keskinliği 0.8 ve 0.9 olan 2 gözde, görme azlığının nedeni anizometropik ambliyopi idi. Görmesi tam olmayan diğer 2



Şekil 1. Goldmann kinetik perimetresinde, ODD'ne bağlı parasantral skotom görülmektedir.



Şekil 2. Goldmann kinetik perimetresinde, ODD'ne bağlı arkual skotom görülmektedir.

gözden birinde, 0.2 olan görme keskinliği dejeneratif miyopiye, diğer gözde ise 4 mps olan görme keskinliği geçirilmiş anterior iskemik optik nöropatiye bağlandı. Fundus muayenesinde, ODD saptanan 48 gözün 44'ünde fizyolojik çukurluk yoktu. 4'ünde ise c/d oranı 0.1 ile 0.2 arasında değişmekteydi. Gözlerin 47'sinde psödopapilödem görünümü olmasına rağmen, 1 gözde optik diskte kabarıklık veya görülebilir bir ODD olmaksızın diabetik retinopati nedeniyle çekilen FFA'de ODD saptandı ve bu olguda da ODD, USG ile gösterildi. Relatif afferent pupiila defekti 4 olguda mevcuttu. Bu olguların 3'ünde relatif afferent pupiila defekti olan gözlerinde ODD'ne bağlı görme alanı defekti, 1'inde ise anterior iskemik optik nöropati mevcuttu. Oftalmoskopik muayenede, ODD olan gözlerin 13'ünde (%27.1) silioretinal arter, 4(%8.3) gözde damar kıvrımlarında artma ve 19 (%39.6) gözde ise anormal vasküler dallanmalar gözlemlendi. Görme alanı defekti, görme alanı tetkiki yapılan ODD'li 35 gözün 23'ünde (%65.7) mevcuttu. Bu gözlerin 22'sinin görme alanı defektlerinin ODD'ne bağlı olarak geliştiği düşünüldü. Ancak, 1 gözde anterior iskemik optik nöropati olduğundan mevcut görme alanı defektinin ne kadarının ODD'ne bağlı olduğunu saptamak mümkün olmadı. Konsantrik daralma 12, üst arkuat skotom 5, alt arkuat skotom 3, altitudinal görme alanı defekti 2, nazal görme alanı defekti 1, parasantral skotom 1, kör nokta genişlemesi 1 gözde saptandı (Şekil 1,2).

Tartışma

ODD insidansı, Lorentzen'in (1) sadece oftalmoskopik gözleme dayanan klinik çalışmasında %0,34 olmasına karşın, Friedman ve ark.'nın (2) histolojik çalışmasında %2.04 oranında bildirilmiştir. Bu farkın nedeni, ODD'nin genellikle hastanın hekime başvurmasına neden olacak bir yakınmaya neden olmaması ve klinikte rutin muayenede de sadece yüzeysel olanlarının gözlenebilmesidir. Gömülü ODD'lerin tanısı ise ancak B-mod USG, FFA veya yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi gibi gelişmiş tetkiklerle konulabilir. Non-invaziv ve ucuz bir yöntem olan USG, son yıllarda ODD tanısında sıklıkla kullanılmaktadır. USG ve FFA gibi tekniklerin klinikte kullanımlarının giderek yaygınlaşması, geçmiş yıllarda yapılmış sadece oftalmoskopik gözleme dayalı geniş serilerde bildirilen ODD insidansının artmasını sağlayacaktır.

USG ve FFA hem ODD'nin görülmesinde, hem de papilödem ile psödopapilödem ayırıcı tanısının yapılmasında yardımcı olur. Ancak, FFA optik ortamın opak olduğu durumlarda ve derinde gömülü ODD'nde tanıda yardımcı değildir (7). Bunun yanısıra USG, FFA ile karşılaştırıldığında non-invaziv oluşu ve çocuklarda kolaylıkla uygulanabilmesi nedeniyle ODD tanısında daha avantajlı bir yöntemdir.

ODD'nde cinsiyet dağılımının bir özellik göstermediği bildirilmektedir (4). Ancak, Lorentzen'in (1) serisinde kadınların belirgin şekilde çoğunlukta olduğu dikkati çekmiş ve bunun tesadüfi olabileceği düşünül-

müştür. Olgu sayısının azlığı bu konuda yorum yapmayı güçleştirmekle beraber, bizim serimizde de benzer cinsiyet dağılımı dikkati çekmiştir (kadın/erkek-2.22).

ODD'nin santral görmeyi nadiren etkilediği, eğer ODD olan bir olguda görme keskinliği düşüğe başka bir patoloji aranması gerektiği bildirilmiştir (9). Bizim olgularımızda da, görme keskinliği düşük olanlarda bunu açıklayan başka patolojiler saptanmıştır.

ODD'li olgularda oftalmoskopide genellikle fizyolojik çukurluğu olmayan, soluk veya normal renkli, etraf retinadan kabarık, sınırları belirsiz ve irregüler bir optik disk gözlenir. Bazen beraberinde anormal retinal vasküler dallanmalar da olabilir (5,6). ODD, optik disk yüzeyinde olabileceği gibi, gömülü de olabilir. Yüzeysel druzenler genellikle yuvarlak, sarımsı-beyaz renkli, refraktil, küçük nokta büyüklüğü ile birkaç ve çapı arasında değişen büyüklüklerde, tek veya multipl olabilirler. Yüzeysel druzenlerin oftalmoskopik olarak tanıları kolaydır. Gömülü druzenler ise, klinik olarak genellikle optik diskte kabarıklık yaparlar. Kesin tanıları B-mod USG, FFA veya yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi gibi tetkikler aracılığı ile konur (6). Nadiren de oftalmoskopik olarak ODD ile ilgili hiçbir özellik gözlenmemesine rağmen ODD ile karşılaşılmaktadır. Lorentzen'in (1) 70 olguluk klinik çalışmasında olguların %2.5'inde optik diskin sınırları normal olarak değerlendirilmiştir. Bizim de 1 olgumuzda oftalmoskopik olarak ODD düşündürülen hiçbir değişiklik olmamasına rağmen, diabetik retinopati nedeniyle çekilen FFA'da gömülü ODD görülmüş ve tanı USG ile teyid edilmiştir. ODD'nde silioretinal arter normal popülasyondan daha sık görülmekte, ayrıca damar kıvrımlarında artma ve değişik dallanma özellikleri gibi vasküler anomalilere de sık rastlanmaktadır (5). Normal popülasyonda %32 oranında bildirilen silioretinal arter sıklığı, bizim ODD olan olgularımızda %27.1 olarak saptandı (10). Bunun nedeni olgu sayımızın azlığı olabilir.

ODD'nin en sık rastlanan bulgusu görme alanı defekti olmakla birlikte ODD için patognomonik bir görme alanı defekti yoktur (4). Lorentzen (1), ODD olan olgularda, görme alanı defektini %87 oranında saptamış ve bunların sinir lifi demeti defektleri, kör nokta genişlemesi ve konsantrik daralma şeklinde olduklarını bildirmiştir. Bizim serimizde görme alanı defektlerine %65.7 oranında rastladık. Sıklık sırasıyla konsantrik daralma, üst arkuat skotom, alt arkuat skotom, altitudinal skotom ve diğer görme alanı defektleri mevcuttu. Asimetrik görme alanı kaybı olan hastalarda, relatif afferent pupiila defektinin olabileceği bildirilmiştir (6). Biz de asimetrik görme alanı defekti olan 3 olgumuzda ODD'ne bağlı relatif afferent pupiila defekti gözledik.

Sistemik vasküler hastalığı olmamasına rağmen, ODD olan bazı genç hastalarda, tipik anterior iskemik optik nöropati, santral retinal ven ya da arter tıkanıklıkları bildirilmiştir (11-13). Ten Doesschate ve Manschot'un (12), ODD ve santral retinal ven tıkanıklığı olan bir olgudaki patolojik çalışması, santral retinal ve-

nin 2 büyük druzen arasında sıkışmış olduğunu göstermiştir. Bizim de unilateral ODD olan bir olgumuzda, anterior iskemik optik nöropatinin ODD olan gözde gelişmesi, ODD'nin anterior iskemik optik nöropatiye zemin hazırlayan bir faktör olabileceğine desteklemektedir.

Psödopapilödem nedenlerinin başında gelen ODD, papilödemın ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır. Özellikle gömülü druzenlerin tanısı ve ODD ile papilödemın ayırıcı tanısında güvenilir, non-invaziv ve ucuz bir tetkik olan USG'den yararlanılmasının, hastaları pekçok gereksiz tetkik ve endişeden kurtaracağı kanısına varıldı.

Kaynaklar

1. Lorentzen SE. Drusen of the optic disc. Acta Ophthalmol (Copenhagen) 1966; 90: i-180.
2. Friedman AH, Gartner S, Modi SS. Drusen of the optic disc. A retrospective study in cadaver eyes. Br J Ophthalmol 1975; 59: 413-21.
3. Miliar NR. Anomalies of the optic disc. In: Walsh and Hoyt, eds. Clinical Neuro-Ophthalmology. Baltimore: Williams and Wilkins, 1982; 355-65.
4. Friedman AH, Beckerman B, Gold DH, Walsh JB, Gartner S. Drusen of the optic disc. Surv Ophthalmol 1977; 21: 375-90.
5. Rosenberg MA, Savino PJ, Glaser JS. A clinical analysis of pseudopapilledema. Arch Ophthalmol 1979; 97: 65-75.
6. Arnold AC. Optic disc drusen. In: Stamper RL, Shults WT, eds. Ophthalmology Clinics of North America WB Saunders Company. 1991: 505-17.
7. Boldf HC, Bryne SF, Dibemado C. Echographic evaluation of optic disc drusen. J Clin Neuro-ophthalmol 1991; 11: 85-91.
8. Byrne SF, Green RL. Ultrasound of eye and orbit. St Louis; Mosby Year Book. 1992; 393-429.
9. Rucker CW, Kearns TP. Mistaken diagnosis in some cases of meningioma. Am J Ophthalmol 1961; 51: 15-9.
10. Justice J Jr, Lehmann P.P. Cilioretinal arteries: A study based on review of stereo fundus photographs and fluorescein angiographic findings. Arch Ophthalmol 1976; 94: 1355-8.
11. Gittinger JW Jr, Lessell S, Bondar RL. Ischemic optic neuropathy associated with optic disc drusen. J Clin Neuro Ophthalmol 1984; 4: 79-84.
12. Ten Doesschate MJL, Manschot WA. Optic disc drusen and central vein occlusion. Doc Ophthalmol. 1985; 59: 27-31.
13. Uehara M, Inomata H, Yamana Y, Taniguchi Y, Tsuji K. Optic disc drusen with central retinal artery occlusion. Jpn J Ophthalmol 1982; 26: 10-7.

LİTERATÜRDEN ÖZET