

Akut Kör Nokta Genişlemesi

ACUTE BLIND SPOT ENLARGEMENT

Sema (ORUÇ) DÜNDAR*, Henry J. KAPLAN**

* Yrd.Doç.Dr., Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD, AYDIN

** Prof.Dr., Washington Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD, St. Louis, USA

Özet

Çalışmamızda akut kör nokta genişlemesi semptom ve bulguları olan 5 olguyu retrospektif olarak inceledik. Olguların tümünde, optik disk ödemi olmaksızın, görme alanında keskin sınırlı kör nokta genişlemesi tespit edildi. İki olguda MEWDS (multiple evanescent white dot sendromu), iki olguda da muhtemel oküler histoplazmozis sendromu (MOHS) mevcuttu. Bir olgunun ise fundus muayenesi tümüyle normaldi. Son muayenede dört olguda görme keskinliği 20/20 seviyesine ulaştı. MOHS olan bir olguda ise koroidal neovaskülarizasyon gelişmesi nedeniyle görme keskinliği 20/200 seviyesinde kaldı. İzlem süresi sonunda olguların tümünde semptomlar tamamen düzeldi. Görme alanı yapılan üç olguda kör nokta genişlemesinin düzeldiği saptandı. Akut kör nokta genişlemesi, idyopatik görülebildiği gibi diğer retinal hastalıklarla da beraber görülebilmektedir. Akut kör nokta genişlemesinin nedenini ve diğer retinal hastalıklarla ilişkisini saptayabilmek için prospektif çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Akut kör nokta genişlemesi, Optik disk, Eşlik eden retinal hastalıklar

T Klin Oftalmoloji 2000, 9:27-30

Summary

We describe 5 patients with symptoms and signs of acute enlargement of the blind spot retrospectively. All had enlarged steep-margined blind spots without optic disc edema. Two patients had MEWDS (multiple evanescent white dot syndrome), two had POHS (presumed ocular histoplasmosis syndrome). One patient had normal fundus examination. Four patients recovered visual acuity to 20/20 at the last follow-up visit. One patient with POHS developed a SRNVM (subretinal neovascular membrane) with 20/200 visual acuity. All patients had resolution of symptoms. Repeated visual fields obtained in three patients showed a normal blind spot. Acute blind spot enlargement may be idiopathic or associated with other retinal diseases. Further prospective studies are needed to determine the mechanisms of blind spot enlargement and the relationship with other retinal disease.

Key Words: Acute blind spot enlargement, Optic disc, Associated retinal diseases

T Klin J Ophthalmol 2000, 9:27-30

Fletcher 1988 yılında 7 olguda optik disk ödemi olmaksızın akut idyopatik kör nokta genişlemesini ilk kez tanımladı (1). Daha sonra kör nokta genişlemesinin eşlik ettiği çeşitli retinal hastalıklar bildirildi. Bunlar; "multiple evanescent white dot" sendromu (MEWDS), akut maküler nöroretinopati (AMN), multifokal koroidit (MFK) idi (2-8). Bu hastalıkların birbirleriyle bağlantılı olduğu, hatta aynı etyolojik temele sahip olduğu öne sürüldü ve Gass tarafından "acute zonal occult outer retinopathy" (AZOOR) terimi kullanıldı (9).

Geliş Tarihi: 17.12.1998

Yazışma Adresi: Dr.Sema ORUÇ
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göz Hastalıkları AD, AYDIN

T Klin J Ophthalmol 2000, 9

Çalışmamızda 1990 yılından bu yana Washington Üniversitesi Barnes Retina Enstitüsü'ne başvuran optik disk ödemi olmaksızın akut kör nokta genişlemesi olan olguları ve eşlik eden retinal hastalıkları retrospektif olarak inceledik.

Gereç ve Yöntem

1990-1997 yılları arasında akut kör nokta genişlemesi tesbit edilen 5 olgu araştırma kapsamına alındı. Barnes Retina Enstitüsü'ne refere edilen olguların tashih edilmiş görme keskinliği, renkli görme, ön segment, vitreus ve ayrıntılı fundus muayeneleri yapıldı. Görme alanları Goldmann perimetre, ve/veya Humphrey 30-2 ile değerlendirildi. Olguların fundus fotoğrafı çekildi ve flöresein anjiyografisi yapıldı. Elektrofizyolojik testler ve diğer tetkikler gerektiğinde yapıldı.

27

Bulgular

Akut kör nokta genişlemesi ortalama yaşları 28.2 (24-31) olan 3'ü kadın ve 2'si erkek beş olguda görüldü. Olgular skotom, görme bulanıklığı, fotopsi ve gözde uçuşma yakınmaları ile başvurdular. İlk muayeneleri semptomlar başladıktan ortalama 5.2 (1-20) hafta içinde yapıldı.

İlk muayenelerinde 3 olgunun görme keskinliği 20/200, 1 olgunun 20/50 ve 1 olgunun 20/20 idi. Hiçbir olguda afferent pupil defekti saptanmadı. MEWDS olan 2 olguda vitreusta hücre gözlemlendi. Diğer üç olguda vitreusta hücre yoktu (Tablo 1).

Fundus muayenesi ve flöresein anjiyografisi ile iki olguda arka kutupta multipl beyaz noktalarla karakterize MEWDS saptandı. İki olguya daha önce muhtemel oküler histoplazmozis (MOHS) tanısı konulmuştu ve bununla uyumlu fundus muayene bulgusu ve anjiyografisi mevcuttu (Resim 1-2). Bir olgunun ise fundus muayenesi ve flöresein anjiyografisi normaldi.

Görme alanında tüm olgularda akut kör nokta genişlemesinin karakteristiği olan keskin sınırlı absolu skotom mevcuttu (Şekil 1).

Olgular ortalama 8.8 ay (2-20) takip edildi ve tedavi uygulanmadı. Son muayenelerinde, dört olgunun görme keskinlikleri 20/20 seviyesine ulaştı. MOHS olan bir olguda ise koroidal neovaskülarizasyon gelişmesi nedeniyle görme keskinliği 20/200'de kaldı (Tablo 1). İzlem sırasında tüm olguların semptomları düzeldi. Görme alanı tekrarı yapılan 3 olguda kör noktadaki genişlemenin tümüyle gerilediği gözlemlendi. Diğer 2 olgu ise semptomları tümüyle düzeldiğinden görme alanı tekrarını reddettiler.

Tartışma

Optik sinir ödemi veya diğer retina veya optik sinir anormallikleri olmaksızın akut idyopatik kör nokta genişlemesi, ilk kez 1988 yılında Fletcher ve arkadaşları tarafından 7 olguda tanımlandı. Olgular tipik olarak genç

bayanlar olup, temporal görme alanlarında sıklıkla fotopsinin eşlik ettiği, skotom veya bulanıklık şikayeti ile başvurdular. Olguların görme keskinlikleri, pupiller reaksiyonları, oftalmoskopik ve fundus flöresein anjiyografi muayeneleri normaldi. Görme alanı muayenelerinde merkezi fizyolojik kör nokta olan keskin sınırlı, absolu skotom saptandı. Semptomlar tüm olgularda 2-3 ay içinde düzeldi ve 3 olguda tekrarlanan görme alanlarında normal kör nokta tesbit edildi. Kör noktada genişlemeye peripapiller retina disfonksiyonunun neden olduğunu öne sürdüler (1).

Daha sonra kör nokta genişlemesi, MEWDS olan olgularda bildirildi (2-8). 1989'da Hamed ve arkadaşları MEWDS olan iki olguda oftalmoskopik bulguların gerilemesine rağmen sebat eden kör nokta genişlemesi ve fotopsi bildirdiler. Hamed ve arkadaşları eğer olgular MEWDS' nun akut safhasında muayene edilmemiş olsalardı, Fletcher ve arkadaşları tarafından tanımlanan akut idyopatik kör nokta genişlemesi ile aynı klinik görünüme sahip olacağını vurguladılar. Akut idyopatik kör nokta genişlemesinin MEWDS'nun bir alt grubu olduğunu ve olgular geç başvurduğu için beyaz spotların kaybolduğunu bildirdiler (3). Dodwell ve arkadaşları da MEWDS olan 5 olguda akut kör nokta genişlemesi saptadılar ancak en azından 2 olguda belirgin optik disk ödemi vardı ve buda Fletcher tarafından tanımlanan akut idyopatik kör nokta genişlemesi tanımına uymuyordu (1,4). Daha sonra yapılan yayınlarda da gösterildiği gibi akut idyopatik kör nokta genişlemesi olan tüm olgularda MEWDS saptanamamıştır (2,5,6,8-10). Bizim çalışmamızda iki olguda MEWDS, iki olguda MOHS mevcuttu. Bir olgunun ise ilk bir hafta içinde muayene edilmesine rağmen fundus muayenesi tümüyle normaldi

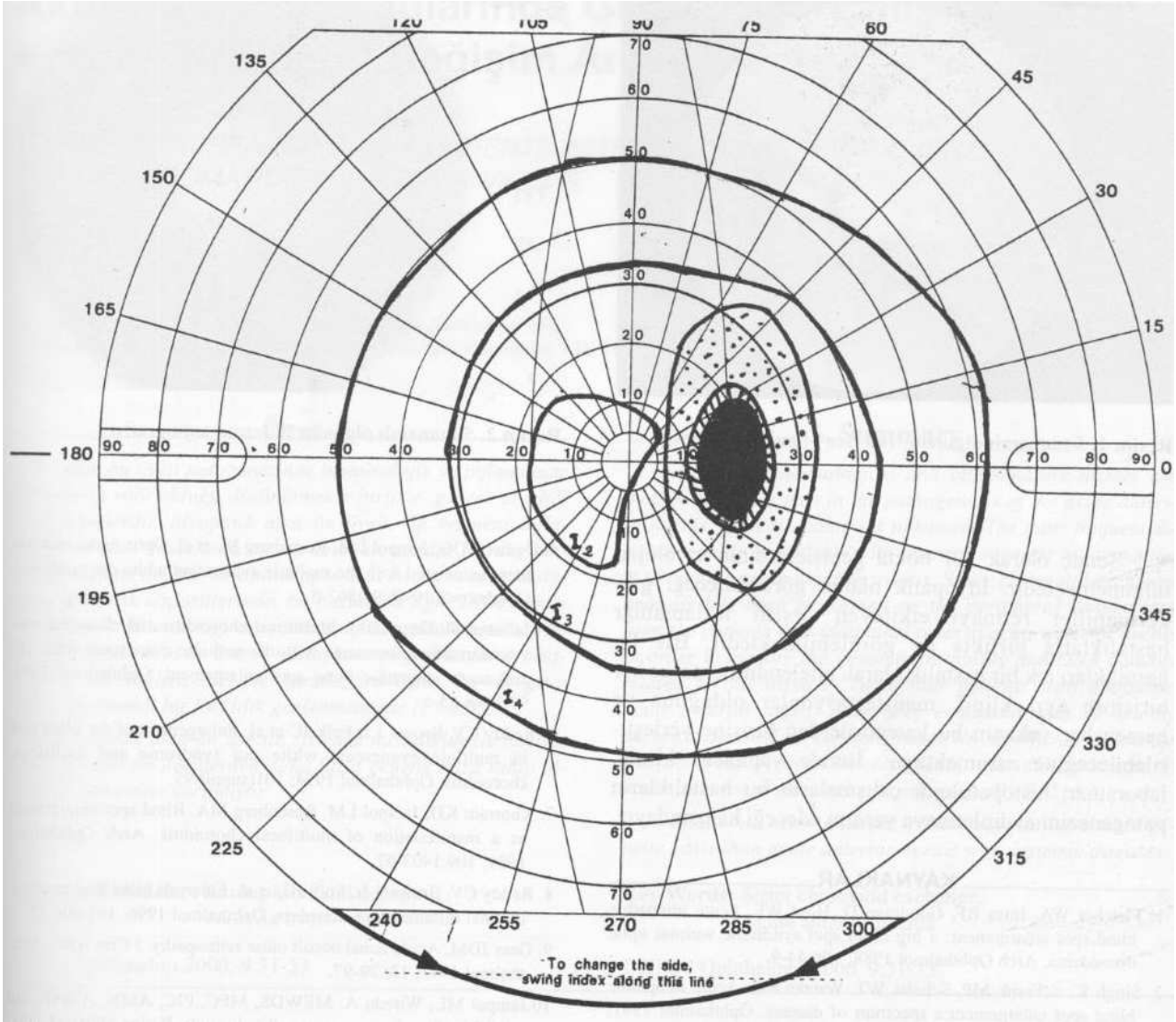
Olgularımız Fletcher ve arkadaşları tarafından tanımlanan akut idyopatik kör nokta genişlemesi ile benzerlik göstermektedir (1). Tümü, genç, sağlıklı, %60'ı bayan olup optik disk ödemi olmaksızın akut semptomatik kör nokta genişlemesi saptanan olgulardır. Fletcher'in bildirdiği gibi tüm olgularımızda keskin

Tablo 1. Olguların muayene bulguları

Olgu No/ Yaş/seks	Göz	Görme İlk	Görme Son	RAPD	Renkli, Görme	Retina	Ön kamara/ Vitreus(hücre)
1/25/F	Sağ	20/200	20/20	-	8/15	MEWDS*	Eser/ Eser
2/29/M	Sol	20/50	20/20	-	Normal	MEWDS	-/ 1+
3/24/M	Sol	20/200	20/20	-	Normal	Normal	-/-
4/32/F	Sağ	20/200	20/200	-	8/16	MOHS**	-/-
5/31/F	Sağ	20/20	20/20	-	Normal	MOHS	-/-

* *Multiple evanescent white dot sendromu*

***Muhtemel oküler histoplazmozis sendromu*



Şekil 1. 5 numaralı olgunun Goldmann perimetresi ile görme alanı.

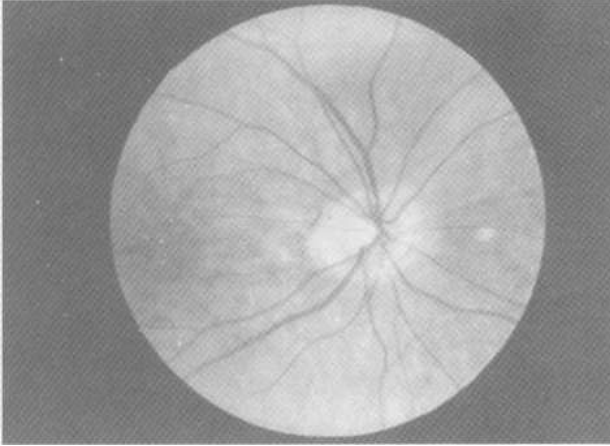
sınırlı, absöü kör nokta genişlemesi mevcuttu (1). Buda optik sinir hastalığından ziyade peripapiller retina disfonksiyonu ile daha uyumludur. Afferent pupiller defekt saptanmamasıda optik sinir hastalığı olmadığını desteklemektedir.

Gass ise akut idyopatik kör nokta genişlemesi, MEWDS, multifokal koroidit, AMN'nin birbirleriyle bağlantılı olduğunu ve AZOOR'un bu hastalıklar için uygun bir ad olacağını önerdi (9).

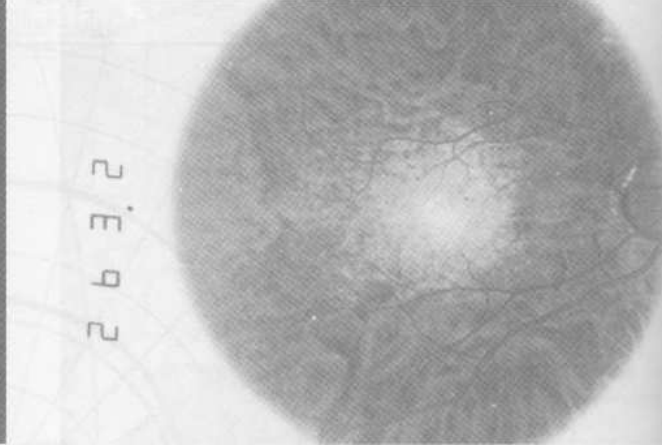
Tüm bu hastalıklarda ortak bazı semptom ve bulgular olmasına rağmen, Jampol gibi bizde her birinin ayrı klinik sendromlar olarak düşünülmesi gerektiğine inanmaktayız (10). Multifokal koroiditte lezyonlar daha

büyük olup skar bırakırken, MEWDS'de lezyonlar küçük olup, kaybolmakta veya minimal skar bırakmaktadır. MEWDS'de makulada karakteristik granüler görünüm görülürken diğer hastalıklarda bu görünüm görülmemektedir. Subretinal neovaskülarizasyon multifokal koroiditte görülürken MEWDS' de nadirdir (8,11). Reddy ve arkadaşlarının çalışmalarında da gösterdiği gibi tüm bu hastalıklar klinik, anjiyografik ve elektoretinografik olarak farklı antitelerdir (8).

Olgularımızın 2'sinde MOHS mevcuttu. Singh ve arkadaşları da bir olguda MOHS saptadılar (2). Akut kör nokta genişlemesinin koryoretinal inflamasyon olmayan MOHS gibi hastalıklarla birlikte görülmesinin tesadüfi olabileceğini düşünmekteyiz.



Resim 1. 5 numaralı olgunun "red free" fundus fotoğrafı.



Resim 2. 5 numaralı olgunun flöresein anjiografisi.

Sonuç olarak kör nokta genişlemesinin etyolojisi bilinmemektedir. İdyopatik olarak görülebileceği gibi peripapiller retinayı etkileyen çeşitli inflamatuvar hastalıklarla birlikte de görülebilmektedir. Biz bu hastalıkları tek bir hastalık olarak nitelendirmektense her birisinin ayrı klinik manifestasyonlar olduğuna ve hemen her vakanın bu kategorilerden birisine yerleştirilebileceğine inanmaktayız. İleride yapılacak klinik, laboratuvar, histopatolojik çalışmaların bu hastalıkların patogenezi aydınlatmaya yardım edeceği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Fletcher WA, Imes RF, Goodman D, Hoyt WF. Acute idiopathic blind spot enlargement: a big blind spot syndrome without optic disc edema. Arch Ophthalmol 1988; 106:44-9.
2. Singh K, deFrank MP, Schults WT, Watzke RC. Acute idiopathic blind spot enlargement: a spectrum of disease. Ophthalmol 1991; 98:497-502.
3. Hamed LM, Glasser JC, Gass JDM, Schatz NJ. Protracted enlargement of the blind spot in the multiple evanescent white dot syndrome. Arch Ophthalmol 1989; 107:194-8.
4. Dodwell DG, Jampol LM, Rosenberg M, et al. Optic nerve involvement associated with the multiple evanescent white dot syndrome. Ophthalmol 1990; 97:862-8.
5. Callanan D, Gass JDM. Multifocal choroiditis and choroidal neovascularization associated with the multiple evanescent white dot and acute idiopathic blind spot enlargement. Ophthalmol 1992; 99:1678-85.
6. Reddy CV, Brown J Jr, Folk JC et al. Enlargement of the blind spot in multiple evanescent white dot syndrome and multifocal choroiditis. Ophthalmol 1994; 101(suppl):95.
7. Khorram KD, Jampol LM, Rosenberg MA. Blind spot enlargement as a manifestation of multifocal choroiditis. Arch Ophthalmol 1991; 109:1403-07.
8. Reddy CV, Brown J Jr, Folk JC, et al. Enlarged blind spot in chorioretinal inflammatory disorders. Ophthalmol 1996; 103:606-17.
9. Gass JDM. Acute zonal occult outer retinopathy. J Clin Neuro-ophthalmol 1993; 13: 79-97.
10. Jampol ML, Wiredu A. MEWDS, MFC, PIC, AMN, AIBSE, and AZOOR: One disease or many? (editorial). Retina 1995; 15: 373-8.
11. Önder F, Gültan E, Koçak P, Kural G. Multiple Evanescent White Dot Sendromu. Ret-Vit 1994; 2: 303-8.