

## İki Gün Arayla İki Taraflı Körlük Yapan Temporal Arterit

### Temporal Arteritis Causing Bilateral Blindness in A Two-Day Interval: Case Report

Dr. Muhittin TAŞKAPILI,<sup>a</sup>  
Dr. Kübra ŞEREFÖĞLU,<sup>a</sup>  
Dr. Selim KOCABORA<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Göz Kliniği,  
Vakıf Gureba Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

Geliş Tarihi/Received: 07.11.2007  
Kabul Tarihi/Accepted: 26.02.2008

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Muhittin TAŞKAPILI  
Vakıf Gureba Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,  
Göz Kliniği, İSTANBUL  
mutaskapili@yahoo.com

**ÖZET** Beş gün önce sağ gözünde, bundan iki gün sonra da sol gözünde ani görme kaybı ifadesiyle kliniğimize başvuran, 65 yaşında hipertansiyonu olan bir kadın hastanın yapılan muayenesinde; görmeleri sağ gözde ışık negatif, sol gözde ışık şüpheli pozitif. Her iki pupil orta genişlikte idi ve fundus muayenesinde her iki optik disk şiş, soluk, ödemli, sınırları bulanıktı ve peripapiller alanda yumuşak eksüdatlar vardı. Sedimentasyon ve C-reaktif protein (CRP) yüksekti. Hastaya temporal arterit (TA) tanısı konularak yüksek doz steroid tedavisi başlandı. Fakat görmelerde bir düzelme olmadı. Üçüncü ayın sonunda her iki gözde ışık hissi negatif ve optik diskler soluk idi.

**Anahtar Kelimeler:** Temporal arterit, körlük

**ABSTRACT** In the examination of a 65-year-old, systemic hypertensive woman complaining of sudden visual loss in her right eye beginning five days ago and two days later in her left eye the visual acuities were no light perception in the right eye and unclear light perception in the left eye. Bilateral pupils were mid-dilated. In the fundus examination both optic discs were swollen, pale, edematous and the disc margins were blurred and there were soft exudates in the peripapillary area. Erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein were elevated. It is concluded that the diagnosis was temporal arteritis and high dose corticosteroid treatment was initiated. But there was no improvement in the visual acuities. At the end of the third month there were no light perception in both eyes and the optic disc were pale.

**Key Words:** Temporal arteritis, blindness

**Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2008, 17:141-143**

**D**ev hücreli arterit veya temporal arterit (TA) 50 yaş üzerinde orta ve geniş boy arterleri tutan sistemik inflamatuvar bir vaskülitir. Şiddetli görme kaybına neden olabileceğinden dolayı, erken teşhis ve tedavi geri dönüşümsüz körlük gibi komplikasyonlardan koruyabilir.<sup>1</sup> En yaygın şikayetler baş ağrısı, kafa derisi hassasiyeti, çene tutukluğu ve/veya artraljidir.<sup>2,3</sup> Göz tutulumu %14 ile 70 arasında görülmektedir.<sup>4</sup> Hastalığın tanısı 1990 yılında açıklanan "The American Collage of Rheumatology" tanı kriterlerine göre konmaktadır (Tablo 1).<sup>5</sup> İki taraflı görme kaybı olguların 1/3 ünde görülür.<sup>6</sup> Göz tutulumu hastalığın ilk belirtisi olabilir. Bu yazıda çok kısa sürede iki taraflı körlükle sonuçlanan TA vakası sunulmaktadır.

**TABLO 1:** "The American Collage of Rheumatology"  
Temporal arterit tanı kriterleri,

1- 50 yaş ve üzerinde olmak
2- Yeni başlayan lokalize baş ağrısı
3- Temporal arter hassasiyeti veya azalmış temporal arter pulsasyonu
4-Eritrosit sedimentasyon hızının en az 50 mm/saat olması
5- Mononükleer infiltrasyon veya granüloamatöz inflamasyonla karakterize anormal arter biyopsi örneği

Dev hücreli arterit tanısı için ACR sınıflandırmasındaki yukarıdaki beş kriterden üçü gereklidir.

## OLGU

Altmış beş yaşında 6 yıllık hipertansiyonu (HT) nedeniyle antihipertansif kullanan ve İstanbul dışında yaşayan kadın hastada, sağ gözde ani görme azalması ve bundan iki gün sonrada sol gözde görme kaybı gelişmiş. Bu dönemde hiç doktora gitmeyen hasta şikayetlerinin başlangıcından 5 gün sonra kliniğimize başvurdu. Yapılan ilk muayenesinde kaş, kapak ve konjonktivalar normal görünümdeydi. Görmeleri sağda ışık negatif, solda ışık şüpheli pozitif idi. Ön segment muayenesinde her iki göz kornea , ön kamara ve lensi normal, fakat her iki pupilla orta genişlikteydi ve ışık refleksi yoktu.Yapılan fundus muayenesinde her iki optik disk şiş, soluk ve ödemli, sınırları bulanıktı ve peripapiller alanda yumuşak eksüdalar vardı. Tablonun ağırlığı karşısında iki taraflı ön iskemik optik nöropati düşünüldü. Laboratuvar incelemesinde sedimentasyon (70mm/saat) ve CRP yüksek bulundu. Hastanın sol temporal arter bölgesi hassastı ve sertlik hissediliyordu. Baş ağrısı şikayeti de olan hastada TA düşünüldü ve biyopsi önerildi, fakat hasta biyopsiyi kabul etmedi. Romatoloji, dahiliye ve nöroloji konsültasyonları yapıldı ve bu klinikler tarafından da TA tanısı konuldu. Bu sırada 750mg/gün pulse steroid tedavisi başlandı ve 3 gün uygulandı. Yapılan manyetik rezonans görüntülemesi normaldi. Üç günden sonra steroid 100 mg/gün dozuna düşürüldü ve azaltılarak yaklaşık 3 ay kullanıldı. Aynı zamanda hiperbarik oksijen tedavisi 15 seans yapıldı. Tedavinin 15. gününde her iki gözde pupillalar geniş, ışık refleksi ve ışık hissi negatifti. Fundus incelemesinde her iki optik diskte ödem ve şişlik azalmış, solukluk daha belirginleş-

mişti. Üçüncü ayın sonunda her iki gözde pupillalar geniş, optik diskler soluk ve ışık hissi yoktu.

## TARTIŞMA

Temporal arterit, orta veya geniş arterleri tutan nekrotizan bir vaskülitir. Hastalık elastik laminalı arterleri etkiler ve patolojik çalışmalar bunu göstermiştir.<sup>7</sup> En sık yüzeysel temporal, oftalmik, arka silyer ve vertebral arterler etkilenir.<sup>8</sup> Görme kaybı en önemli komplikasyonlardan birisidir ve sıklıkla şiddetlidir (% 60 olguda 0,1'in altında).<sup>9</sup>

Ön iskemik optik nöropati, TA'in en yaygın göz bulgusudur ve görme kaybının %78-99' undan sorumludur.<sup>2, 10</sup> Bir çalışmada oküler iskemik lezyonlar, % 81.2 ön iskemik optik nöropati, % 21.8 silyoretial arter tıkanıklığı, %14.1 santral retinal arter tıkanıklığı, % 7.1 arka iskemik optik nöropati ve % 1.2 oküler iskemi olarak bildirilmiştir.<sup>9</sup> İlker ve ark. ilk belirtisi santral retinal arter tıkanıklığı olan iki TA olgusu yayınlamışlardır.<sup>11</sup> Santral retinal arter tıkanıklığı az sıklıktadır ve % 10-13 arasında bildirilmiştir.<sup>12,13</sup> Bizim hastamızda da en sık görülen lezyon olan bilateral ön iskemik optik nöropati gelişmişti.

Hastalarda sistemik semptomlar tanı konulmadan önceki dönemde başlayabilir. % 20 olguda sistemik semptomsuz gizli TA görülebilir.<sup>14</sup> Bizim hastamızda da baş ağrısı şikayeti oluşmuştu. Hastaların muayenelerinde optik disk arteritik olmayanlara göre daha soluk görülür. Bizim hastamızda da disk ödemli ve soluk olup, aynı zamanda peripapiller alanda iskemiye gösteren yumuşak eksüdalar vardı.

Temporal arterit teşhisini erken koymak ve acil tedaviye başlamak önemlidir. Göz tutulumu olguların yarısında görülmüştür.<sup>9</sup> Teşhis ve tedavide gecikme sonucu kalıcı görme kaybı oluşabilir ve sıklık olarak %13 oranında bildirilmiştir.<sup>15</sup> Hastamızda tanı ACR kriterlerine göre konuldu. Hastalıkta tipik olarak bir göz etkilenir, hastaların yaklaşık 1/3'ünde günler ve haftalar içinde ikinci göz tutulumu oluşabilir.<sup>12,13</sup> Tunç ve ark. 70 yaşında 18 gün sonra ikinci göz tutulumu olan bir TA olgusu yayınlamışlardır.<sup>16</sup> Kurt ve ark. 10 temporal arterit vakasının 8'inde göz tutulumu bildirmişler ve bunlardan ikisinde 4 gün ve bir hafta arayla

ikinci göz tutulumu oluştuğunu belirtmişlerdir.<sup>17</sup> Bizim olgumuzda iki gün arayla iki taraflı tutulum görüldü ve 5. gün başlanan yüksek doz steroid tedavisinden yanıt alınmadı.

Sedimentasyon ve CRP incelemesi teşhis ve takipte önemlidir ve yüksekliği sık görülür, bazen de normal olabilir. Bu iki testin birlikte kullanılması önerilmektedir. Her ikisinin yüksekliğinde arteritik ön iskemik optik nöropati için spesifitesi % 97 dir.<sup>18</sup> Bizim hastamızda da sedimentasyon ve CRP'nin yüksek olması tanıda bize yardımcı olmuştur. Temporal arteritte trombositozun kalıcı görme kaybı için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir ve tedavide antikoagülan ya da trombosit agregasyon inhibitörlerinin kullanılmasının düşünülebileceği belirtilmiştir.<sup>15</sup>

Kesin tanı temporal arter biyopsisiyle konur. Biyopsi arteritik ön iskemik optik nöropati düşünülen tüm olgulara, bariz klinik semptomu olanlarla sedimentasyonu yüksek olanlara yapılmalıdır. Negatif çıkması tanıyı ekarte ettirmez.<sup>18</sup> Tek taraflı biyopsi negatif ve klinik şüphe yüksekse diğer tarafa da biyopsi düşünülmelidir ve diğer taraf pozisi-

tifliği olguların % 4-15'inde görülebilmektedir.<sup>3,19,20</sup> Biz hastamıza biyopsi yapamadık, fakat diğer bulgularla tanıda çok zorlanmadık.

Temporal arteritte yüksek doz steroid tedavisi hemen başlansa bile görme prognozu kötüdür. Aiello ve ark. 245 hastanın 5 yıllık geriye dönük incelemesinde steroid tedavisinin birinci ayından sonra görme kaybı oluşumunun nadir olduğunu bildirdiler.<sup>20</sup> Carroll ve ark. yüksek doz steroid tedavisinin görme kaybı sıklığını azaltıp, azaltmadığını açıklayan bilgi olmadığını belirtmişlerdir.<sup>1</sup> Az sayıda görmesi düzelen hastalarda da görme alanı defektleri oluşmaktadır.<sup>1</sup> Biz de tanıyı koyduğumuzda yüksek doz steroide başladık ama hasta geç dönemde görüldüğünden cevap alınmadı.

Sonuç olarak temporal arteritte görme kaybı riski yüksektir. Bir gözde oluştuktan sonra diğer gözde de oluşma riski yüksektir ve bu süre çok kısa olabilir. Bu yüzden yüksek doz steroid tedavisine acil olarak hatta biyopsi sonucunu beklemeden başlanmasının tutulan gözde görmeyi düzeltmeye de diğer gözü koruyabilmek için gerekli olduğunu düşünmekteyiz.

## KAYNAKLAR

- Carroll SC, Gaskin B, Danesh-Meyer HV. Giant cell arteritis. Clin Experiment Ophthalmol 2006; 34: 159-73.
- Chan CC, Paine M, O'Day J. Steroid management in giant cell arteritis. Br J Ophthalmol 2001; 85: 1061-4.
- Hayreh SS, Podhajsky P, Raman R, Zimmerman B. Giant cell arteritis: validity and reliability of various diagnostic criteria. Am J Ophthalmol 1997; 123: 285-96.
- Su GW, Foroozan R. Update on giant cell arteritis. Curr Opin Ophthalmol 2003;14: 332-8.
- Hunder GG, Bloch DA, Michel BA, Stevens MB, Arend WP, Colabrese LH, et al. The American college of rheumatology 1990 criteria for the classification of giant cell arteritis. Arthritis Rheum 1990; 33: 1122-8.
- Cornblath WT, Eggenberger ER. Progressive visual loss form giant cell arteritis despite high-dose intravenous methylprednisolone. Ophthalmology 1997;104: 854-8.
- Nordborg E, Nordborg C. The inflammatory reaction in giant cell arteritis: an immunohistochemical investigation. Clin Exp Rheumatol 1998;16:165-8.
- Wilkinson IM, Russel RW. Arteries of the head and neck in giant cell arteritis. Apathological study to show the pattern of arterial involvement. Arch Neurol 1972: 378-91.
- Hayreh SS, Podhajsky PA, Zimmerman B. Ocular manifestations of giant cell arteritis. Am J Ophthalmol 1998; 125: 509-20.
- Foroozan R, Deramo VA, Buono LM, Jayamanne DG, Sergott RC, Danesh-Meyer H, et al. Recovery of visual function in patients with biopsy-proven giant cell arteritis. Ophthalmology 2003; 110: 539-42.
- İlker SS, Kurt E, Kayıkçıoğlu ÖR. Temporal arterite bağlı santral retinal arter tıkanıklığı. MN Oftalmoloji 2003; 10: 280-2.
- Danesh-Meyer H, Savino PJ, Gamble GG. Poor prognosis of visual outcome after visual loss from giant cell arteritis. Ophthalmology 2005; 112:1098-103.
- Hayreh SS, Zimmerman B, Kardon RH. Visual improvement with corticosteroid therapy in giant cell arteritis. Report of a large study and review of the literature. Acta Ophthalmol Scand 2002; 80: 355-67.
- Hayreh SS, Podhajsky PA, Zimmerman B. Occult giant cell arteritis: Ocular manifestations. Am J Ophthalmol 1998; 125: 521-6.
- Liozon E, Herrmann F, Ly K, Robert PY, Loustaud V, Saria P, et al. Risk factors for visual loss in giant cell (temporal) arteritis: A prospective study of 174 patients. Am J Med 2001;111: 211-7.
- Tunç T, Sabuncuoğlu H, Çevdar L, İnan LE. Ani ağrısız görme kaybı ve temporal arterit. Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi 2006; 12:59-60.
- Kurt E, İlker SS, Kırmaz C. Temporal arteritte oküler ve sistemik tutulum. T Klin Oftalmoloji 2007; 16: 82-7.
- Söylev-Bajin M, Yaman A. İskemik optik nöropati. T Klin J Surg Med Sci 2006;2:25-31.
- Danesh-Meyer HV, Savino PJ, Eagle RC, Kubis KC, Sergott RC. Low diagnostic yield with second biopsies in suspected giant cell arteritis. J Neuroophthalmol 2000; 20: 213-5.
- Ponge T, Barrier JH, Grolleau JY, Pange A, Vlasak AM, Cottin S. The efficacy of selective unilateral temporal artery biopsy versus bilateral biopsies for diagnosis of giant cell arteritis. J Rheumatol 1988; 15: 997-1000.
- Aiello PD, Trautmann JC, McPhee TJ, Kunselman AR, Hunder GG. Visual prognosis in giant cell arteritis. Ophthalmology 1993; 100: 550-5.