

Pars Planitte Krioterapi

Ali İhsan İncesu*

SUMMARY

CRYOTHERAPY IN PARS PLANITIS

Pars planitis is a chronic and relapsing inflammation of the peripheral retina and pars plana. Peripheral cryotherapy has been used in the management of pars planitis and its complications for a long time. It was applied as a therapeutic tool to stop frequent recurrences and vision loss trend in 9 patients including four Behcet's cases. After postoperative follow-up of nineteen months, 71.4 percent increase in vision and 28.6 percent stability of vision were achieved. It's concluded that peripherally localised cryotherapy is a useful therapeutic tool in the management of pars planitis and stabilization of vision. [Oftalmoloji 1993; 2(3): 275-278]

Key Words: Pars planitis, cryotherapy.

ÖZET

Pars planit, periferik retina ve pars plananın kronik nüksedici inflamasyonudur. Pars planitin ve komplikasyonlarının tedavisinde periferik krioterapi uzun süredir kullanılmaktadır. Dördü Behçet'i! toplam 9 hastada, görmede azalma trendini ve sık nöksleri durdurmak amacıyla periferik lokalize krio uygulandı. Ortalama 10 aylık postoperatif takip süresi sonucu, %71.4 oranında görmede artış ve %28.6 oranında görmede stabilite sağlandı. Pars planitlerin tedavisinde ve görmenin korunmasında periferik lokalize krioterapinin faydalı bir tedavi seçeneği olduğu görüşüne varıldı.

Anahtar Kelimeler: Pars planit, Krioterapi

GİRİŞ

Pars planit, periferik retina ve pars plananın enflamasyonu olarak tanımlanabilir, ilk kez 1947'de Schepens'in tarif et-

Geliş: 3.2.1993

Kabul: 3.4.1993

* Uz.Dr.S.B. Ankara Hastanesi Göz Kliniği

meşinden itibaren, aynı klinik tablo pars planit, intermediate üveit, periferik üveit, üveoretinitis veya kronik siklit şeklinde isimlendirilmektedir (1,2). Genellikle periferik periflebit, eksüdalar ve vitre reaksiyonu izleniyorsa, intermediate üveit veya periferik üveit deyimini tercih edilmektedir (4,6). Eğer periferde snowbanking'de varsa, pars planit şeklinde tanımlanmaktadır (3,6). Fakat hala ortak bir standart terminoloji üzerinde fikir birliği yoktur.

Pars planit, tüm üveitlerin %16-27.5'ünü oluşturur (5,6,13). Çocukluk çağı üveitlerinde ise bu oran %10-20 olarak bildirilmektedir (4,6). %70-80 vakada 1-3 yıl içinde diğer gözde de tutulum izlendiği görülmektedir (4,6). Hastalık irregüler aralıklarda nükseden bir seyir izler.

Klinikte periferik retina ve vitre bulguları ön plandadır. Tipik bulgular olarak, değişik kombinasyonlar halinde vitrede hücre reaksiyonu, opasiteler (snowball), geniş vitreoretinal infiltrasyon zonları (snowbanking), retinada perivenöz kılflanma ve yumuşak eksüda alanları izlenir. Bulgular öncelikle alt periferde sık olarak izlenir. Yine, ön kamara her vakada olmamak üzere ön ka-

mara reaksiyonu bulguları izlemek mümkündür.

ilerlemiş pars planit vakalarında, posterior subkapsüler katarakt, maküla ve papilla ödemi, NVD, NVE, siklitik membran, PAS ve sekonder glokom gibi komplikasyon izlenebilir (6,7,8).

Tedavide midriatikler, topikal ve retroseptal (veya retrobulber) depo steroidler kullanılır. Ayrıca tedaviye dirençli ve sık nükse meyilli vakalarda oral steroidler, antineoplastik ajanlar ve siklosporin de kullanılmaktadır. Yine komplikasyon döneminde laser fotokoagülasyon, krioterapi ve vitrektomiden de yararlanılmaktadır (4-10,12,15). Bu yazının konusu olan krioterapi, 1973'de Aaberg'in tarifinden itibaren yaygın olarak kullanılmaktadır (12).

Çalışmamızda pars planit teşhisiyle krioterapi uygulanan 9 olguya ait orta dönem sonuçlar sunulmaktadır.

OLGULAR VE METOD

Çalışmaya 1989 başından, 1992 Ekim ayına kadar S.B. Ankara Hastanesi Göz Kliniği Uvea-Behçet seksiyonunda izlediğimiz 6 erkek, 3 kadın, toplam 9 olguyu dahil ettik.

Tablo 1. Hastaların yaş, dns, krio uygulanan göz ve postoperatif takip süreleri.

Sıra	Adı	Cins	Yaş	Krio Göz	Postop. Takip Süresi	Açıklama
1	F.A	E	18	Sol	24 Ay	
2	O.O	E	30	Sol	24 Ay	
3	E. E	E	23	Sol	15 Yıl	Krio başka bir klinikte
4	AÇ	E	24	Sol	24 Ay	
5	N.Y	E	25	Sağ	2 Ay	
6	i.Ç	E	26	Sağ	20 Ay	
7	NÖ	K	52	Sol	13 Ay	
8	A.Y	K	61	Sol	8 Yıl	Krio başka bir klinikte
9	M.U	K	46	Sol	25 Ay	

Tablo 1'de hastalarımızın yaş, cins, krio uygulanan göz tarafı ve toplam takip süresi görülmektedir.

Tablo 2'de ise hastalarımızın sistematik hastalıkları, aldıkları tedavi ve krio endikasyonları özetlenmiştir.

Krioterapi, rutin lokal temizlikten sonra, retrobulber anestezi altında yapıldı. Krio, endirekt oftalmoskop yardımıyla ve konjonktiva üzerinden sadece lezyonların üstüne basıldı. Retinada krio beyazlığı görüldüğü anda gaz kesildi. Kriodan sonra göz antibiyotikli pomadla kapatıldı ve hasta evine gönderildi. Postoperatif 3 gün, 10 gün ve 1 ay sonra kontrole çağırıldı. Daha sonraki kontroller, hastanın klinik durumuna göre ayarlandı.

SONUÇLAR

Tablo 3'de hastaların preoperatif ve postoperatif görmeleri, postoperatif takip süreleri ve klinik seyirleri özetlenmiştir.

Kriosu başka klinikte yapılan bir erkek, bir kadın toplam iki hasta sonuç-

ların analizine dahil edilmemiştir. Buna göre 2 erkek hastamızda (F.A, A.Ç) postoperatif görme, preoperatif döneme göre değişmemiştir. Diğer 3 erkek hastada ise Snellen ile 1 ila 8 sıra arası görmede artış sağlanmıştır. Görme artışı ortalaması, erkeklerde Snellen ile 2.5 sıra, kadınlarda ise 1.5 sıradır. 6 numaralı hastamızın (İ.Ç) krio sonrası 0.5'e çıkan görmesi, pars planit atağı geçirmemesine rağmen 9 ay sonra gelişen maküla deliği nedeniyle 0.1'e inmiştir.

Özet olarak, 5 vakada (%71.4) görmede artış, 2 vaka da (%28.6) ise görmede değişim durumu gözlemdir.

TARTIŞMA

Bilindiği gibi, pars planit, gençlerde ve çocuklarda daha çok görülen bir üveit tipidir. Katarakt, glökom, kistoid maküler ödem, disk ve periferik retinal neovaskülarizasyon, arka şineşi, periferik neovasküler membran gibi komplikasyonlarıyla görmeyi kolayca bozabilir.

Tedaviye başlama kriteri olarak kimi yazarlar, hastalığın kronik, nüksedici

karakterini gözönüne alarak, görmenin yarıya düşmesini beklemeyi önermektedirler (4,5,e,11). Biz ise, hastaların genç yaşlarını, uzun yaşam beklentilerini, mesleki ve ekonomik olası problemlerini düşünerek, belki de irreversibl olacak bir görme kaybının oluşmasını beklemenin gereksiz olduğunu düşünüyoruz.

Primer hastalığın ve komplikasyonlarının tedavisinde topikal ve retroseptal steroidlerin yetersiz kalması durumunda steroid dahil sistemik immunosupresifler, ikinci kademe tedavi seçenekleridir. Yine ağır başlayan ve görmenin tedaviye rağmen düştüğü vakalarda oral steroidler önerilmektedir. Ayrıca nüksleri önlemek ve görmeyi korumak için idame tedavi seçeneği olarak siklosporin-A son yılların gözde tedavi ajanıdır (4,5,6,10).

Özellikle komplikasyonların tedavisinde krioterapi uzun süreden beri uygulanagelen bir seçenektir. Krioterapi endikasyonları olarak steroid refrakter vakalar (6,7,9,11), izole veya vitre kana-

Tablo 2. Hastaların sistemik hastalıkları ve tedavileri ile krio endikasyonları

Sıra No	Adı	Sistemik Hastalık	Medikal Tedavi	Krio Endikasyonu	Not
1	F.A	Behçet	Klorambusil	Steroid ve immunsuppr. overdoz gereği	
2	O.Ö	-	-	Görmede hızlı düşüş	
3	E. E	-	-	?	Krio başka klinikte
4	A.Ç	Behçet	Siklosporin	İmmunsuppr. a rağmen sık nüks	
5	N.Y	Behçet	Klorambusil	Görmede hızlı düşüş	
6	İÇ	Behçet	Azathioprine	Görmede hızlı düşüş	
7	NÖ	-	-	Görmede hızlı düşüş	
8	A.Y	-	-	?	Krio başka klinikte
9	M.U	-	-	-HT -mali problem (Cyc-A) -retrobulber steroid enjeksiyonunu red	Kooperasyon problemi

PARS PLANİTTE KRİOTERAPİ

Tablo 3. Hastaların preop-postop. görmeleri ve postop takip süreleri.

Sıra No	Adı	Preop. Göme	Postop. Göme	Postop. Takip Süresi	Klinik Seyir
1	F.A	Tam <	Tam <	24 Ay	Nüks yok
2	O.O	Tam Tam <	Tam Tam <	24 Ay	Nüks yok
3	E. E	0.4 Tam <	Tam Tam <	15 Yıl	Nüks yok
4	A.Ç	? Tam <	0.5 Tam <	24 Ay	Nüks yok
5	N.Y	p+p+ 0.2 <	El h Tam <	2 Ay	Nüks yok
6	i.Ç	3 mps 0.2 <	0.2 0.5-0.1 <	20 Ay	Nüks yok
7	N.Ö	Tam 0.5 <	Tam 0.5 <	13 Ay	Nüks yok
8	A.Y	0.6 ?<	0.8 0.8 <	8 Yıl	Nüks yok
9	M.U	0.9 <	0.4 0.9 <	25 Ay	Nüks yok
		0.8 .0.9	Tam		

f

masıyla komplike periferik neovaskülarizasyonlar (6,7,8), snowbanking'le seyreden çocuk vakaları (6) görmede bariz azalma (15,11) ve geçmişte krioya iyi cevap vermiş nüks atakları (6) sayılmaktadır. Bunun yanısıra krioterapiyi, lokal depo steroid enjeksiyonlarına cevap vermeyen vakalarda Immunsupressiflerden önce 2. basamak seçeneği olarak öneren çalışmalarda vardır (5,15).

Literatürde kadın ve erkek hastalar arasında yaş farkı bildirilmemektedir. Bizim serimizdeki erkeklerin 24, kadınların 53 olan ortalama yaşları arasındaki farkı, serimizin, küçük ve vakaların standart, objektif, önceden belirlenmiş kriterlere göre değil, sübjektif aktüel şartlara göre seçilmiş olmalarına bağladık.

Literatürde, kriadan sonra %33-67 oranlarında görmede artış (7,8,10,15), %20-29 oranında ise görmenin aynı kalması (7,10,15) gözlenmiştir. Bizim serimizde gözlediğimiz %71.4 oranındaki görmede artış ve %28.6 oranındaki görmenin değişmemesi durumunu literatürle uyumlu olarak değerlendirdik.

Literatürde %11-66 oranında kriadan sonra görmede azalma bildirilmektedir (7,8,10,15). Buna krionun retinal yırtık, delik, vitreoretinal proliferasyon (8,10) gibi direkt komplikasyonları yanısıra kistoid maküler ödem, pucker, katarakt gibi hem inflamatuvar tablonun, hem krionun sebep olabileceği, etyolojisinin ayırıldılması güç komplikasyonlarda sebep olmaktadır (7,8,10). Kriadan sonra görmesi 3 sıra artan 6 numaralı hastamızda pars planit atağı tekrarlanmadan geçen 9 aydan sonra görmenin 0.1'e düşmesini, Behçet'in Immunsupresyona rağmen oluşan maküler delik komplikasyonuna bağlanabileceğini düşündük.

Literatürde bildirilen krio endikasyonları ile bizim vakalarımızda koyduğumuz endikasyonlar arasında bazı farklar bulunmaktadır. Literatürde, krioterapiye daha çok komplikasyonlar dönemde başvurulduğunu izlemekteyiz (6,7,8). Biz ise medikal tedaviye rağmen sık atakların (2 vaka) ve vizyon kaybının engellenememesi (4 vaka) gibi endikasyonlarla krioya başvurduk. Yıhe bir hastamızda,

hipertansiyon ve mali güçsüzlük nedeniyle siklosporinden, kooperasyon zayıflığı nedeniyle de retrobulber deponeroid enjeksiyonlarından yararlanamadığımız için krioterapiye başvurduk. Nitekim hastanın krioya ikna edilmesi ve uygulanması da kolay olmadı. Yine 4 erkek hastamızda da immunsupressif tedaviye rağmen pars planit ataklarının önlenememesi, görmeyi korumak ve doz artışının yan tesirlerinden kaçınmak için krioterapiye başvurmamızı gerektirdi. Bunun yanısıra lokal ve sistemik steroidle atakların önlenemediği, görmeyi azaltan yoğun vitre infiltrasyonunun veya makülopatinin gerilemediği vakalarda ikinci basamak olarak krioterapiyi uygulayan çalışma grupları da vardır (5,15).

Krioterapi için literatürde 360 derece periferik kriopeksi ve lezyonlara yönelik lokal kriopeksi olarak 2 değişik yaklaşımla bildirilmektedir. Birinci yaklaşım daha ziyade eski sayılabilecek yayınlarda izlenmektedir (12,13,14). Son yayınlarda ise ikinci yaklaşım tarzı önerilmektedir (7,8,10,15). Biz de hem krio

likasyonlarını minimuma indirmek, hem de sağlam retinayı boşuna tahrip etmemek için krioyu sadece lezyonların üzerine ve minimum şiddetle uyguladık. Nitekim halen 19 ay olan postoperatif takip süremizde, direkt olarak krioya bağlayabileceğimiz bir komplikasyon gözlemedik. Sırayla 15 yıl (sol alt periferik tatbik) ve 8 yıl (sola 360° periferik tatbik) önce krio uygulanmış vakalarımızda da görmenin iyi sayılabilecek seviyelerde sabitleşmesi ve krio komplikasyonlarının gözlenmemesi de, krioterapi yönteminin ve vakalarımızın geleceği için olumlu işaretler olduğunu düşünüyoruz.

Bu yazıda, sık görülen, görmeyi tehdit edici ve kronik bir seyir izleyen pars planitin tedavisinde periferik lokalize krioterapinin bir tedavi seçeneği olarak değeri incelendi. Seri küçük ve takip süresi yeteri kadar uzun olmamakla beraber, optimum lokal tedaviye rağmen atakların ve görmede azalmanın önlenemediği vakalarda, krioterapinin denenebileceği görüşüne varıldı.

KAYNAKLAR

1. Aaberg TM: The enigma of pars planitis. *Am J Ophthalmol* 1987; 103: 828-30.
2. Schepens CL: A new ophthalmoscope demonstration. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol* 1947; 51: 298-300.
3. Lightman S, Chan C: Immune mechanism in, choroïdo-retinal inflammation in man. *Eye* 1990; 4; 345-53.
4. Pavesio CE, Nozik RA: Anterior and intermediate uveitis. *Internat Ophthalmol Clin* 1990; 30: 244-51.
5. Smith RE, Rao NA: The stepwise approach to management of patients with pars planitis. *Abstracts Book. 3rd International Symposium on uveitis. Bruxelles, 1992; p. 134.*
6. Nussenblatt RB, Palestine AG: Intermediate uveitis and pars planitis in uveitis, *Fundamentals and clinical practice. Yearbook Medical Publishers. Chicago, London, Boca Raton. 1989; pp.185-97.*
7. Devenyi RG, Mieler WF, Lambrou FH, et al.: Cryopexy of the vitreous base in the management of peripheral uveitis. *Am J Ophthalmol* 1988; 106: 135-8.
8. Kaline PH, Pack JM, Buettner H, Robertson DM: Neovascularisation of the disc in pars planitis. *Retina*, 1990; 10: 269-73.
9. Eichenbaum JW, Friedman AH, Mamelok AE: A clinical and histopathological review of intermediate uveitis (pars planitis). *Bull NY Acad Med* 1988; 64: 164-74.
10. Mieler WF, Aaberg TM: Further observations on cryotherapy of the vitreous base in the management of peripheral uveitis. In *Intermediate uveitis. Boke WF, Manthey KF, Nussenblatt RB (eds). Dev Ophthalmol Series. Basel-Karger 1992; vol 23: 190-5.*
11. Giles CL: Uveitis in childhood-Part II intermediate. *Ann Ophthalmol* 1989; 21: 20-2.
12. Aaberg TM, Cesarz TJ, Flickinger RR: Treatment of peripheral uveoretinitis by cryotherapy. *Am J Ophthalmol* 1973; 75: 685-8.
13. Dernouchamps TP: Epidemiology of uveitis in Belgium. A preliminary study. *Abstracts Book. 3rd International Symposium on Uveitis, Bruxelles, 1992; p.64.*
14. Goven JAA: Prophylactic circumferential cryopexy: a retrospective study of 106 eyes. *Br J Ophthalmol* 1981; 65: 364-70.
15. Berg P., Kroll P: Cryotherapy in uveitis. In *Intermediate uveitis, Boke WF, Manthey KF, Nussenblatt RB (eds). Dev Ophthalmol Series. Bassel-Karger 1992; vol 23, pp.219-25.*