

Bir Olgu Nedeni ile Takayasu Arteriti ve Katarakt Cerrahisi*

A Case Report; Takayasu Arteritis and Cataract Surgery

Maryo Cenk KOHEN¹, Sinan TATLIPINAR², Ilgaz YALVAÇ³

Olgu Sunumu

Case Report

ÖZ

Görme azlığı şikâyeti ile başvuran 35 yaşında bir bayan hastanın öyküsünde Takayasu arteriti olduğu saptandı. Her iki gözde ön segment muayenesinde arka subkapsüler katarakt, fundus muayenesinde sağ gözde saat 12 kadranındaki vitreo-retinal traksiyon alanı saptandı ve bu bölgeye lazer uygulaması yapıldı. Fundus floressein anjiyografide her iki gözde mikropiller bozuklukla uyumlu yaygın mikroanevrizma oluşumu görüldü. Optik koherens tomografide maküla kalınlığı ve formasyonu normaldi. Genellikle kardiyovasküler semptomlar ile ortaya çıkan Takayasu arteriti yaygın retinal iskemiye bağlı komplikasyonlar ile beraber olabilir. Düzenli sistemik muayene ile beraber oftalmolojik takip de yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Takayasu arteriti, retinal iskemi, katarakt, mikroanevrizma.

ABSTRACT

A thirty-five years-old female patient with a history of Takayasu arteritis (TA) was examined for loss of vision. Anterior chamber examination revealed posterior subcapsular cataracts in both eyes and fundus examination revealed vitreo-retinal traction at 12 o'clock in the right eye and argon laser treatment was applied to the area. Fundus fluorescein angiography showed that both eyes had diffuse microaneurysm consistent with a microcapillary problem. On the optical coherence tomography, the macular thickness and formation were normal. In addition to a routine cardiological examination, ophthalmological follow-up should be carried out in patients with TA.

Key Words: Takayasu arteritis, retinal ischemia, cataract, microaneurysm.

Glo-Kat 2011;6:126-128

GİRİŞ

İlk defa 1908 yılında Takayasu tarafından; görme kaybı ve optik disk etrafında çelenk şeklinde anastomozları olan bir olgu olarak bildirilen Takayasu hastalığı idiyo-patik granülamatoz inflamasyon sonucu gelişen bir arterit olarak tanımlanmıştır.¹ Bu tabloda öncelikle; aort, aortik ark ve bunun ana dallarında tıkanıklık ortaya çıkar.

Özellikle karotis arterin daralması ve tıkanması se-rebral veya oküler iskemi bulgularının ortaya çıkmasına neden olur. Hafif oküler iskemi görme kaybına yol aç-masa da ilerleyen iskemi ile beraber neovasküler glo-kom, vitreus kanamaları, retina dekolmanı ve optik atrofi gelişebilir.² Bu çalışmada kliniğimize Takayasu Arteriti (TA) tanısı almış, bilateral görme azlığı şikâyeti ile başvuran bir hastanın oftalmolojik bulguları ve tedavi sonuç-ları incelendi.

Geliş Tarihi : 20/03/2011

Kabul Tarihi : 11/04/2011

Received : March 20, 2011

Accepted : April 11, 2011

* Bu çalışma TOD 43. Ulusal Oftalmoloji Kongresi'nde sunulmuştur.

1- Yeditepe Üniversitesi, Göz Hastalıkları, İstanbul, Asist. Dr.

2- Yeditepe Üniversitesi, Göz Hastalıkları, İstanbul, Doç. Dr.

3- Yeditepe Üniversitesi, Göz Hastalıkları, İstanbul, Prof. Dr.

1. M.D. Asistant, Yeditepe University Eye Hospital, Ophthalmology Department,

İstanbul/TURKEY

KOHN M.C., maryo@superonline.com

2. M.D. Associate Professor, Yeditepe University Eye Hospital, Ophthalmology Department,

İstanbul/TURKEY

TATLIPINAR S., statlipinar@yeditepe.edu.tr

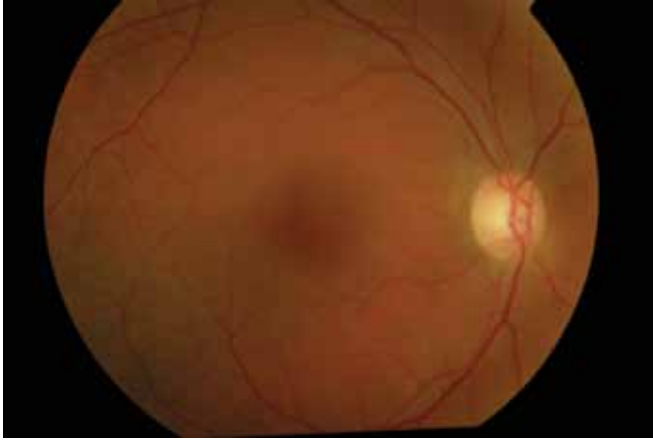
3. M.D. Professor, Yeditepe University Eye Hospital, Ophthalmology Department,

İstanbul/TURKEY

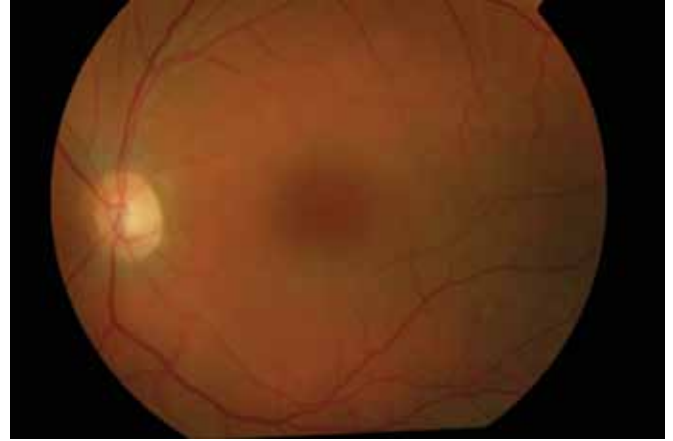
YALVAÇ I., byalvac@yeditepe.edu.tr

Correspondence: M.D. Asistant, Maryo Cenk KOHN

Yeditepe University Eye Hospital, Ophthalmology Department, İstanbul/TURKEY



Resim 1: Sağ göz renkli fundus resmi.



Resim 2: Sol göz renkli fundus resmi.

OLGU SUNUMU

Kliniğimize her iki gözde görme azlığı şikâyetiyle başvuran 35 yaşında bir bayan hastanın yapılan muayenesinde görme keskinliği Snellen eşeli ile sağ gözde 0.2, sol gözde 0.4 olarak bulundu. Her iki gözde ön segment muayenesinde arka subkapsüler katarakt ile uyumlu lens kesafeti mevcuttu. Hastanın hikâyesinde ilk defa geçici duyma kayıpları nedeni ile başvurması sonucu Takayasu Hastalığı tanısı konulduğu ve 6 yıldan beri 3x1 Azathioprine (Imuran® 50 mg tb; Glaxo Smith Kline), 1x1 Methotrexate (Methotrexate® 2.5 mg tb; Liba) ve 1x1 Methyprednisolone (Prednol® 4 mg tb; Mustafa Nevzat) kullandığı öğrenildi.

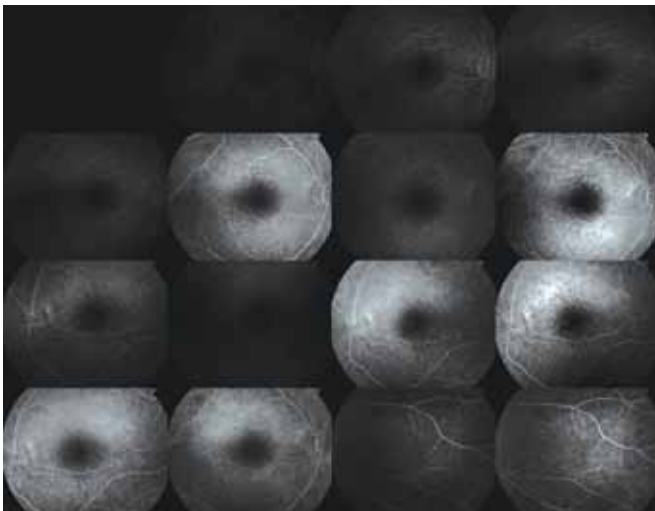
Göz içi basınç değerleri sağ gözde 11 mmHg sol gözde 10 mmHg olup bilateral ışık refleksleri pozitif idi. Ön kamara açısı ve iris muayenesinde bilateral olarak yeni damar oluşumlarına rastlanmadı. Her iki gözün yapılan fundus muayenesinde arka kutupta patoloji saptanmadı (Resim 1,2) Periferik retina muayenesinde sağ gözde saat 12 kadranındaki vitreo-retinal traksiyon alanı saptandı. Fundus floressein anjiyografisinde (FA) her iki gözde mikropiller bozuklukla uyumlu yaygın mikroanevrizma oluşumu görüldü (Resim 3,4). Hastanın arterio-venöz dolun zamanında ve kol retina zamanında

herhangi bir uzama veya değişiklik izlenmedi. Optik Koherens Tomografisinde (OKT) foveal kalınlıkları sağ $149 \pm 3 \mu\text{m}$ sol $145 \pm 3 \mu\text{m}$ olmak üzere normal ve formasyonunun da doğal olduğu görüldü.

Retinal yırtık riskine karşı sağ gözdeki vitreo-retinal traksiyon alanına argon lazer fotokoagülasyon uygulandı. Hastaya ayrı seanslarda komplikasyonsuz topikal anestezi ile bilateral fakoemülsifikasyon+intraoküler lens implantasyonu (ISY) işlemi yapıldı. Hastanın operasyonlardan 2 ay sonrasındaki görme keskinlikleri bilateral tashihsiz olarak Snellen eşeli ile 1.0 olarak saptandı. Ameliyat sonrası takipler sırasında, retinal mikroanevrizmalarda artış saptanmadı ve maküla ödemi görülmedi.

TARTIŞMA

TA tüm dünyada rastlanabilen fakat sık olarak Asya ve Afrika da görülen otoimmün bir hastalıktır.³ Bu hastalık aort, aortik ark ve aortun ana damarlarını tutan kronik granülamatöz bir reaksiyonla kendini gösterir. Arterit damarın tüm katlarını tutan bir panarterit şeklinde olup histolojik kesitlerde intimal proliferasyon ve fibrosis, mediada skar oluşumu, vaskülarizasyon ve internal elastik laminar dejenerasyon görünümündedir.⁴



Resim 3: Sağ ve sol göz FA resimleri.



Resim 4: Sol göz FA resmi: Maküladaki mikroanevrizmalar seçilebilmektedir.

Lümenin daralması tromboz ile beraber veya tromboz olmadan da gerçekleşebilir ve o bölgede iskemiye yol açar. Sonuçta aortik arkın etkilenmesiyle serebral ve oküler iskemi ve üst ekstremitelerde vasküler yetersizlik bulguları ortaya çıkar. Adolesan yaşta başlayan hastalık yaşla beraber progresyon gösterirken ölüm konjestif kalp yetmezliği, miyokard infarktüsü ve serebral vasküler hadiselerle ilgili olarak gerçekleşir. Takayasu arteriti ile beraber gelişen retinopati bulguları ilk defa 1976 yılından Uyama ve Asayama tarafından 4 aşamada sınıflamıştır.⁵

Evre 1: Küçük damarlarda genişleme

Evre 2: Kapiller mikroanevrizma formasyonu

Evre 3: Arterio-venöz anastomozlar

Evre 4: İleri komplikasyonlar (vitreus hemorajisi, neovasküler glokom, traksiyonel retina dekolmanı v.s.).

Takayasu retinitisi insidansı ise %10-30 arasında bildirilmiştir.⁶ Chun ve ark., TA olan 78 hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada ise hastaların ilk başvuru nedeni genellikle hipertansiyon, senkop ve radial arterden nabız alınamaması olup, oküler semptomların primer başvuru kaynağı olmadığı belirtilmiştir.⁷ Fakat hastalarının detaylı hikâyesi alındığında yarısının amarois fugaks şeklinde görme kaybıyla giden oküler semptomları tanımlamışlardır. Hastamızın da tanı öncesi primer şikâyeti geçici duyma kayıpları olup, oküler bulgular tanı konulup tedavi başladıktan sonra oluşmuştur.

Takayasu retinitinde seyir; karotis damarlarındaki tıkanıklığın miktarı, zamanı ve kolleterallerin durumu ile bağlantılıdır. Küçük damarların genişlemesi, mikroanevrizma oluşumu ve arteriovenöz şantların oluşumuyla giden ilk 3 evrede damarlardan sızıntı olmasına rağmen görme keskinliği çok kötü etkilenmez. Bunun sebepleri arasından oluşan ödemin makülayı çok etkilememesi, iskemiyin daha çok periferik retinada oluşması ve maküler bölgenin periferik göre daha iyi perfüze olmasından kaynaklanmaktadır.⁸ Bizim olgumuzda da arka kutupta oluşan mikroanevrizmalar OKT bulgularına göre makülaya ödem oluşturmamış idi. Bu bulgulara göre hastamızın TA bulgularını evre 2 olarak nitelendirebiliriz.

Evre 4'e geçiş neovasküler glokom, vitreus kanamaları, fibrovasküler membran ve traksiyonel retina dekolmanı gibi ileri komplikasyon oluşmasını içermektedir.⁹ Buna engel olmak amacı ile tıkanmış karotis damarını cerrahi bir müdahale ile açmak gereklidir. Periferik iske mi saptandığında yapılacak panretinal fotokoagülasyon işlemi, neovaskülarizasyonu engellemede etkili olacaktır ise de karotis arterindeki tıkanmayı açmak her zaman kalıcı ve etkin tedavi yöntemi olarak düşünülmelidir.¹⁰ Yapılan çalışmalarda küçük damar dilatasyonu ve mikroanevrizma oluşumunun, karotis damarındaki tıkanıklığın açılma operasyonundan sonra geri döndüğü gösterilmiştir.¹¹ Akut iskemide genel olarak FA'nde normal arterio-venöz dolum zamanıyla giderken kol-retina zamanı uzamış olarak görülür. Kronik iskemide ise hem arterio-venöz hem de kol-retina zamanı uzarken FA'nde periferik retinada iskemik değişiklikler görülür.

Hafif ve orta düzeydeki tüm TA hastalarında kol-retina zamanı uzarken ileri olgularda arterio-venöz dolum zamanı da uzayabilir. İleri olgularda intrakranial dolaşım bozukluğu ve görme keskinliğinde geri dönüşümü olmayan kayıplar olduğundan cerrahi müdahalenin genellikle bu evreye ulaşmadan yapılması önerilmektedir.¹¹ Bizim olgumuzda görülen retinal mikroanevrizma ile birlikte normal olan kol-retina zamanı ve arterio-venöz dolum zamanı muhtemelen zamanından geçirilmiş olan iskemiyin şu anda kullanılan immünsüpresif tedavi ile kontrol altında tutulduğunun bir göstergesidir.

TA katarakt insidansı %1-2 olarak bildirilmiştir.¹²⁻¹³ Hipoksi ve kronik iskemi lens metabolizmasında azalmaya yol açarak katarakt oluşumunu hızlandırabilir. Fakat olgumuzda FA'nde normal olan maküler perfüzyon ve normal sınırlardaki optik koherens tomografi bulgularından yola çıkarak yine subkapsüler kataraktın uzun süreli sistemik steroid kullanımına bağlı olarak geliştiğini düşünmek yanıltıcı olmayacaktır. Olgumuzda yapılan katarakt ameliyatı sonrası görme keskinliği artmış olup, ameliyat sonrasında herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir. Bunun başlıca nedenleri hastaya retrobulber kan akımını etkilemeyen topikal anestezi kullanılması, iris ve ön kamara açısında yeni damar oluşumlarının bulunmaması ve ameliyat sonrası yara iyileşmesi üzerine olumsuz etkileri olmayan küçük kesili fakoemülsifikasyon yönteminin uygulanmasıydı.

Sonuç olarak; genellikle kendini kardiyovasküler semptomlar ile gösteren TA'de oftalmolojik bulguların da olabileceği ve bunların ileri evrelerde geri dönüşümü olmayan kayıplara sebep olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Düzenli kardiyolojik muayene ile beraber oftalmolojik muayenede hem hastalığın genel progresyonunda izlemek hem de görmeyi korunabilmesi açısından çok önemlidir.

KAYNAKLAR/REFERENCES

1. Takayasu M.: Case with unusual changes of the central vessels in the retina. Nippon Ganka Gakkai Zasshi. 1908;12:554-556.
2. Kumar G, Kumar A, Menon V.: Ophthalmic manifestations of pulseless disease: a case report. Indian J Ophthalmol. 1995;43:79-81.
3. Emely Z, Karam L, Muci-Mendoza R, et al.: Retinal findings in Takayasu's arteritis. Acta Ophthalmol Scand. 1999;77:209-213.
4. Conn DL, Hunder GG, O'Duffy JD.: Vasculitis and related disorders. Ed: Kelly WN. Textbook of Rheumatology, Vol II Philadelphia, Pa:WB Sanders Co. 1993:1094-1096.
5. Uyama M, Asayama K.: Retinal vascular changes in Takayasu disease (pulseless disease) occurrence and evaluation of the lesions. Doc Ophthalmol Proc Ser. 1976;9:549-554.
6. Lewis TR, Glaser JS, Schatts NJ, et al.: Pulseless (Takayasu) disease with ophthalmic manifestations. J Clin Neuro-Ophthalmol. 1993;13:242-249.
7. Chun YS, Park SJ, Park IK, et al.: The clinical and ocular manifestations of Takayasu Arteritis. Retina. 2001;21:132-140.
8. Koo J, Boldrey EE.: Takayasu's disease. Arch Ophthalmol. 2000;118:858-859.
9. Yılmaz T, Kükner AŞ, Çelebi S, ve ark.: Takayasu Arteriti. Ret-Vit. 2001;10:184-187.
10. Demircan N, Canataroğlu H, Özbeke ve ark.: Bir olgu nedeniyle Takayasu hastalığında göz bulguları. Ret-Vit. 1994;2:309-312.
11. Tanaka T, Shimizu K.: Retinal arteriovenous shunts in Takayasu disease. Ophthalmology. 1987;94:1380-1388.
12. Karakurt A, Güngör Ö, Şengün A, ve ark.: Takayasu Arteriti'ne bağlı bilateral oküler iskemik sendrom. Ret-Vit. 2006;14:59-62.
13. Çataltepe S, Hoşal BM, Abbasoğlu OE ve ark.: Takayasu arteriti ve katarakt. MN Oftalmol. 2002;9:98-100.