

OLGU SUNUMU**CASE REPORT****ANİ AĞRISIZ GÖRME KAYBI VE TEMPORAL ARTERİT****Tuğba TUNÇ*, Hakan SABUNCUOĞLU**, Leyla ÇEVDAR*, Levent E. İNAN*****Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara*
Fatih Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği******ÖZET**

70 yaşındaki erkek hasta sistemik semptomları olmadan ani tek taraflı görme kaybıyla başvurdu. Göz dibi muayenesinde anterior iskemik optik nöropati bulguları görüldü. 18 gün sonra sol gözünde de görme kaybı gelişti. Temporal arter biyopsisi temporal arterit ile uyumlu bulundu. Ani, ağrısız görme kaybı olan hastalarda ayırıcı tanıda temporal arteritin düşünülmesi erken tedavi ve prognoz açısından önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Temporal arterit, ağrısız görme kaybı, böbrek yetmezliği

SUDDEN PAINLESS VISUAL LOSS AND TEMPORAL ARTERITIS

A 70-year-old man referred with a sudden loss of vision of the right eye without history of systemic symptoms. Anterior ischemic optic neuropathy was diagnosed at ophthalmic examination. 18 days later, visual loss was developed in the left eye. Temporal artery biopsy was revealed temporal arteritis. Early diagnosis of temporal arteritis in patients with sudden painless visual loss is crucial for prognosis.

Key Words: Temporal arteritis, sudden painless visual loss, renal failure

GİRİŞ

Dev hücreli arterit veya temporal arterit, geniş ve orta boy arterleri tutan kronik bir vaskülitir (1). Vasküler lezyonun oluşmasında, T hücreleri ve makrofajların artmış sitokin üretimini olduğu otoimmün bir mekanizma anahtar rol oynamaktadır. Semptomları arasında, halsizlik, kilo kaybı, ateş, yorgunluk, anemi, baş ağrısı, temporal ağrı, çene kladikasyonu, kafa derisinde hassasiyet, görme kaybı sayılabilir. Hastalığın tanısı, 1990 yılında ortaya konmuş olan "The American Collage of Rheumatology" tanı kriterlerine göre konmaktadır (Tablo 1) (2).

Dev hücreli arteritte oküler tutulum % 14 ile 70 arasında değişmektedir (3). Son zamanlarda yayınlanan geniş bir seride başlangıçta oküler yakınmaları olan biyopsisi pozitif hastaların %20 sinde hiçbir sistemik semptom veya laboratuvar bulgusu saptanmamıştır (1).

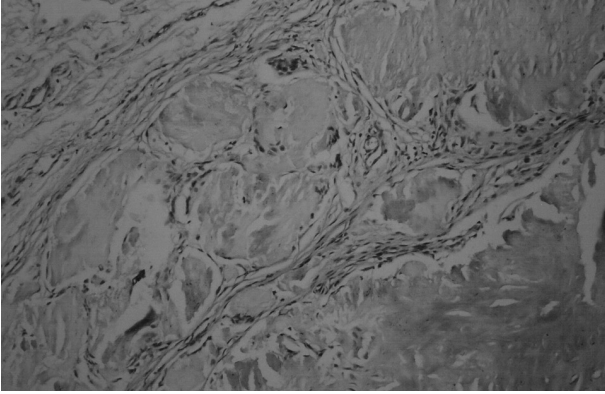
Tablo 1: "The American Collage of Rheumatology" Dev hücreli arterit tanı kriterleri*

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1- Semptomların 50 yaş ve üzerinde başlaması 2- Yeni başlayan lokalize baş ağrısı 3- Temporal arterde palpasyonla hassasiyet, pulsasyonda azalma saptanması 4- Eritrosit sedimentasyon hızının 50 mm/saat ve üstünde olması 5- Temporal arter biyopsisinde anormallik saptanması (arterde mononükleer hücre infiltrasyonunun veya granülatöz infiltrasyonun olduğu vaskülit) |
|--|

OLGU:

70 yaşında erkek hasta, sağ gözde ani görme kaybı nedeni ile hastaneye başvurmuş, yapılan muayenede anterior iskemik optik nöropati tanısı konularak göz hastalıkları bölümüne yatırılmış. Hipertansiyon, üre ve kreatinin yüksekliği saptanması üzerine iç hastalıkları bölümü tarafından konsülte edilip devir alınmış. Hastanın özgeçmişinde 7 yıl önce geçirdiği prostat operasyonundan başka herhangi bir özellik yoktu. Fizik muayenede taşikardi dışında bulgusu yoktu. Hastanın tansiyon regülasyonu yapılmış, kronik böbrek yetmezliği teşhisi konulup hemodiyaliz programına alınmış. Hastaneye yatışının 18. gününde sol gözünde de görme kaybı gelişmesi üzerine nöroloji bölümü tarafından değerlendirilen hasta ileri tetkik ve tedavi amacı ile ilgili bölüme nakledildi. Nörolojik muayenede, sağ gözde direk ışık refleksi alınamıyordu, sol gözde temporal hemianopsi vardı, 3 metreden parmak sayabiliyordu. Sol temporal arter nabızı zayıftı. Kranial MRI da periventriküler beyaz cevherde lökoareosis ile uyumlu hiperintensiteler, frontoparietalde multiple subkortikal iskemik gliotik odaklar, sağ sentrumsemiovale, sağ lateral ventrikül anterioruna komşu alanlarda, lentiform nucleus inferiorunda milimetrik laküner enfarkt alanları görüldü. Eritrosit sedimentasyon hızı 56mm/saat, C reaktif protein değeri ise 0.32 di.

Temporal arter biyopsisi yapılan hastada temporal arteritis ile uyumlu bulgular saptandı (Resim1).



Resim 1

İç hastalıkları bölümünün önerisi ile yapılan renal arter MR anjiyografide sağ renal arterde diffuz daralma saptandı. Hastaya 1000 mg/gün prednisolone tedavisi başlandı. 5 gün bu dozda devam edildikten sonra 1 mg/kg dozunda oral prednisolon ile devam edildi. Tedavinin 4. gününde bakılan eritrosit sedimentasyon hızı 12 mm/saat olarak değerlendirildi. Ancak hastanın görme kaybında düzelme olmadı.

TARTIŞMA:

Temporal arterit, ani veya yavaş başlangıçlı olabilmektedir. Sistemik semptomlar genellikle tanı konulmadan haftalar veya aylar öncesinde başlama eğilimindedir. Baş ağrısı en sık gözlenen sistemik semptomdur (4). Görme kaybı, dev hücreli arteritin en önemli ve en sık görülen iskemik komplikasyonudur (5). Kalıcı görme kaybı hastaların %10-20 sinde görülebilmektedir (6). Temporal arteritte en sık görülen görme kaybı nedenleri, arteritik anterior iskemik optic nöropati, arteritik posterior iskemik optic nöropati, santral retinal arter oklüzyonu, silioretinal arter oklüzyonu, koroidal iskemi, amorozis fugax'dır (7). Temporal arteritteki görme kaybı sıklıkla ani başlangıçlıdır. Tipik olarak bir göz etkilenir ve eğer tedavi edilmezse iki hafta içinde diğer göz de tutulmaya eğilimlidir. Hastaların yaklaşık %65 inde anterior iskemik optic nöropati bilateraldir ve bunların dörtte birinde total körlüğe neden olmaktadır (4). Hastamızda yapılan dikkatli sorgulama ile görme kaybı öncesinde herhangi bir sistemik semptomu veya baş ağrısına rastlanmamıştır. Sadece görme kaybı ile doktora başvurması ve diğer sistemik yakınmaların olmaması tanıda gecikmeye neden

olabilmektedir. Temporal arteritli hastalarda kalıcı görme kaybı gelişmesinin en önemli nedeni gecikmiş tanı ve tedavidir. Font ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada, hastalarının %35 inde görme kaybından ortalama 10 ay önce sistemik semptomların başladığını saptamışlardır (1). Temporal arteritteki görme kaybının prognozu kötüdür. Düzelme olan az sayıdaki hastada genellikle görme alanı defektleri saptanmaktadır (8). Anterior iskemik optic nöropatiye bağlı ani görme kaybı acil olarak araştırılması ve tedavi edilmesi gereken bir tablodur. Sistemik semptomu olmasa dahi bu tanı ile başvuran hastalarda temporal arterit tanısı mutlaka düşünülüp araştırılmalıdır. Vakamızda, renal MR anjiyografide renal arterde darlık saptanmıştır. Literatürde temporal arterit tanısı konulan aynı zamanda böbrek yetmezliği saptanarak renal arterlerde de arterit saptanan vakalar bildirilmiştir (9, 10). Literatürdeki vakalarda renal arter biyopsilerinde granülomatöz infiltrasyonlar saptanmış olup bu patoloji ile temporal arteritin ilişkisi gösterilmiştir. Hastamızda renal arter biyopsisi yapılamamıştır.

KAYNAKLAR:

- 1-Nordborg E, Nordborg C. Giant cell arteritis: strategies in diagnosis and treatment. *Current Opinión in Rheumatology*. 2004, 16: 25-30.
- 2- Meyers A, Said S. Temporal Artery Biopsy: Concise Guidelines for Otolaryngologists. *The Laryngoscope*. 2004, 114: 2056-2059.
- 3- Su G, Foroozan R. Update on Giant Cell Arteritis. *Current Opinion in Ophthalmology*. 2003, 14: 332-338.
- 4- Afshari N.A, Afshari M.A, Lessell S. Temporal arteritis. *International Ophthalmology Clinics* 2001,41:151-158.
- 5- Font C, Cid M.C, Coll-Vinent B, Lopez-Soto A, Grau J.M. Clinical Features In Patients With Permanent Visual Loss Due To Biopsy-Proven Giant Cell Arteritis. *British Journal of Rheumatology* 1997,36:251-254.
- 6- Liozon E, Herrmann F, Ly K, Robert P.Y, Loustaud V, Soria P, Vidal E. Risk Factors for Visual Loss in Giant Cell (Temporal) Arteritis: A Prospective Study of 174 Patients. *Am J Med*. 2001, 111: 211-217.
- 7- Hayreh S.S, Zimmerman B. Visual Deterioration in Giant Cell Arteritis Patients While on High Doses of Corticosteroid Therapy. *Ophthalmology* 2003,110:1204-1215.
- 8-Foroozan R, Deramo V.A, Buono L.M, Jayamanne D.G, Sergott R.C, Danesh-Meyer H. Recovery of Visual Function in Patients with Biopsy-Proven Giant Cell Arteritis. *Ophthalmology* 2003,110:539-542.
- 9-Lenz T, Schmidt R, Scherberich J.E, Grone H. J. Renal Failure in Giant Cell Vasculitis. *Am. J. Kidney Dis*. 1998,31:1044-1047.
- 10-Canton C.G, Bernis C, Paraiso V, Barril G, Garcia A, Osorio C, Rincon B, Traver J.A. Renal Failure in Temporal Arteritis. *Am J Nephrol*. 1992,12:380-383.