

Asimetrik Seyirli Bilateral Diabetik Maküler Ödem Olgusu

A Case of Bilateral Diabetic Macular Edema with Asymmetrical Presentation

Defne KALAYCI¹

1- M.D. Associate Professor, Numune Training and Research Hospital, Eye Clinic, Ankara/TURKEY
KALAYCI D., dakalayci@hotmail.com

Geliş Tarihi - Received: 15.05.2015
Kabul Tarihi - Accepted: 20.05.2015
Ret-Vit Özel Sayı 2015;23:42-46

Yazışma Adresi / Correspondence Address:
M.D. Associate Professor, Defne KALAYCI
Numune Training and Research Hospital, Eye Clinic,
Ankara/TURKEY

Phone: +90 533 640 39 81
E-Mail: dakalayci@hotmail.com

ÖZ

Tip 2 diabete sekonder bilateral maküla ödemi olan pseudo-fak hasta tedavinin ilk yıllarında intravitreal steroid ile tedavi edildi. Maküla ödeminin gözlerden birinde tedaviye yanıtı iyi olduğu halde diğer gözde sık ödem nüksü nedeniyle tekrarlayan tedaviler gerekti. Burada, dört yıl izlenen bu hastanın klinik seyri anlatılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Diabetik maküler ödem, intravitreal steroid, intravitreal triamsinolon asetat.

ABSTRACT

A pseudophacic patient with bilateral macular edema secondary to type 2 diabetes was treated with intravitreal steroid during the first years of treatment. Although the response of macular edema to treatment was good in one eye, frequent recurrences and retreatment was required in the fellow eye. Herein, the clinical presentation of the patient who was followed for 4 years is described.

Key Words: Diabetic macular edema, intravitreal steroid, intravitreal triamcinolone acetate.

GİRİŞ

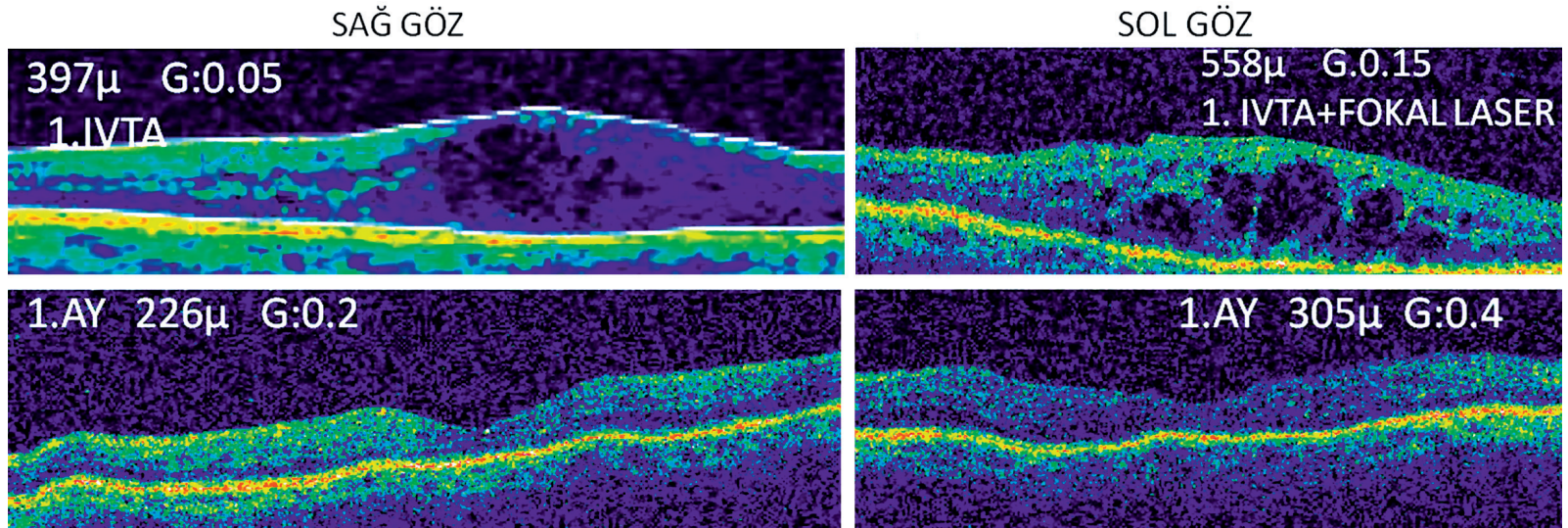
İntravitreal (İV) kortikosteroidlerin diabetik maküler ödemin tedavisinde, VEGF (vasküler endotelial büyüme faktörü) ve inflamatuvar mediyatörlerin üretimini engelleyerek, bunun yanında lökostazis inhibisyonu ve kan-retina bariyerini güçlendirerek etkili oldukları düşünülmektedir.¹ Burada, tedavinin bir döneminde her iki gözüne intravitreal triamsinolon asetat (İVTA) uygulanan bir diabetik maküler ödem olgusunun klinik seyri anlatılmaktadır.

OLGU SUNUMU

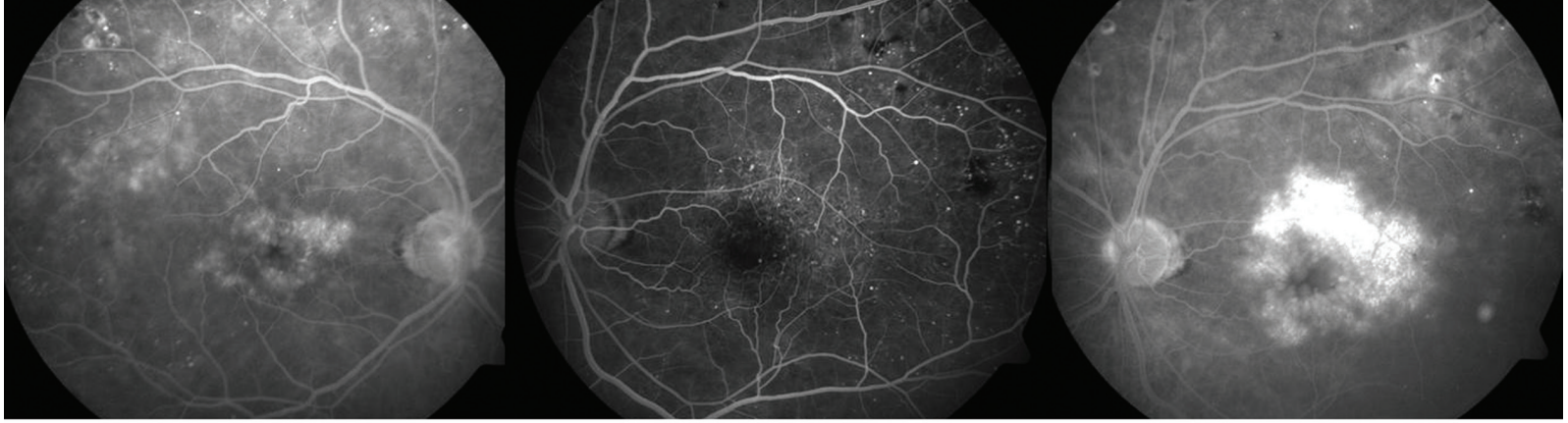
Altmış altı yaşında erkek hasta bilateral görme azalması nedeniyle başvurdu. Hasta öyküsünde birkaç ay önce başka merkezde yapılmış olan İV anti-VEGF enjeksiyonu tedavisi tanımlıyordu. Özgeçmişinde 18 yıldır tip 2 Diabetes Mellitus nedeniyle insulin kullandığı ve koroner arter hastalığı nedeniyle yakın zamanda koroner stent uygulandığı öğrenildi.

Oftalmolojik muayenede en iyi düzeltilmiş görme keskinliği (EİDGK) Snellen eşeliyle sağ gözde 0.05, sol gözde 0.15'di. Ön segment muayenesinde bilateral pseudofakik ve arka kamara göz içi lensi vardı, göz içi basınçları bilateral normaldi. Fundus muayenesinde bilateral papillalar normaldi. Bilateral klinik olarak önemli makula ödemi saptandı. Her iki gözde seyrek panretinal fotokoagülasyon skarları vardı, neovaskülarizasyon izlenmedi. Optik koherens tomografide (OKT), (Zeiss,Stratus) bilateral merkezi makulayı tutan kistoid ödem saptandı. Santral maküler kalınlık sağda 397 μ , solda 558 μ idi (Resim 1). Fundus flöreseanli anjiyografide (FFA) bilateral kistoid maküler ödemle birlikte diffüz sızıntı, solda ise fokal sızıntı da saptandı (Resim 2).

Hasta daha önce birkaç kez İV anti-VEGF tedavisi almış olduğundan, yakın zamanda koroner stent uygulanması öyküsü olduğundan ve pseudofak olduğundan "DRCR network" grubunun çalışması referans alınarak sol gözde ödemli olan makula bölgesine fokal laser, sağ ve sol göze farklı günlerde 4 mg/0.1 ml İVTA tedavisi uygulandı. İlk İVTA enjeksiyonundan 1 ay sonra her 2 gözde OCT muayenesinde ödem geriledi (Resim 1) ve görmeler sağda 0.2, solda 0.4'e çıktı. Olgu 30-60 gün aralıklı 4 yıl boyunca izlendi. Her iki gözde ödem nüksü saptandığında İVTA enjeksiyonları tekrar edildi (Tablo). İVTA'ya bağlı sağ gözde geçici göz içi basıncı yükselmesi nedeniyle geçici olarak topikal glokom tedavisi kullanılması gerekti. Sağ göze 19. ayda 4. İVTA enjeksiyonu uygulandı. Daha önceki İVTA tedavilerinde makula ödemi gerilediği halde bu kez ödem gerilemediğinden 22. ayda pars plana vitrektomi (PPV) ve internal limitan membran (İLM) soyulması cerrahisi yapıldı ancak bu cerrahi ile de makula ödeminde düzelme görülmedi, sol gözde bu dönemde makula ödemi yoktu (Resim 3). Cerrahi sonrası dönemde, ilk muayeneden itibaren 26. ayda tekrar İVTA enjeksiyonu uygulandı ve bu uygulamadan sonra ödem tamamen geriledi (Resim 4).



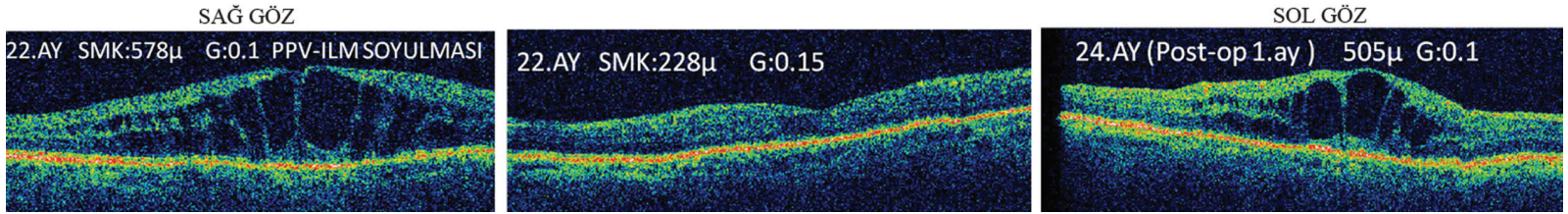
Resim 1: Olgunun OKT görüntüsü.



SAĞ GÖZ GEÇ DÖNEM

SOL GÖZ ERKEN DÖNEM

SOL GÖZ GEÇ DÖNEM

Resim 2: Olgunun ilk çekilen FFA görüntüleri.

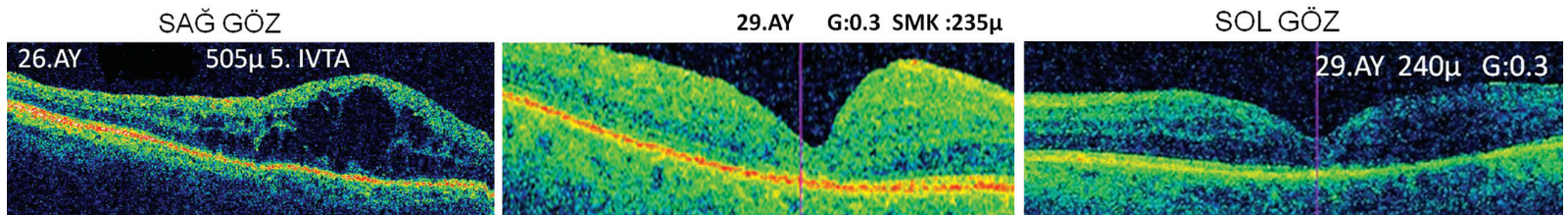
SAĞ GÖZ

22.AY SMK:578µ G:0.1 PPV-ILM SOYULMASI

22.AY SMK:228µ G:0.15

SOL GÖZ

24.AY (Post-op 1.ay) 505µ G:0.1

Resim 3: Olgunun PPV ve ILM cerrahisi sonrası görüntüsü.

SAĞ GÖZ

26.AY 505µ 5. IVTA

29.AY G:0.3 SMK :235µ

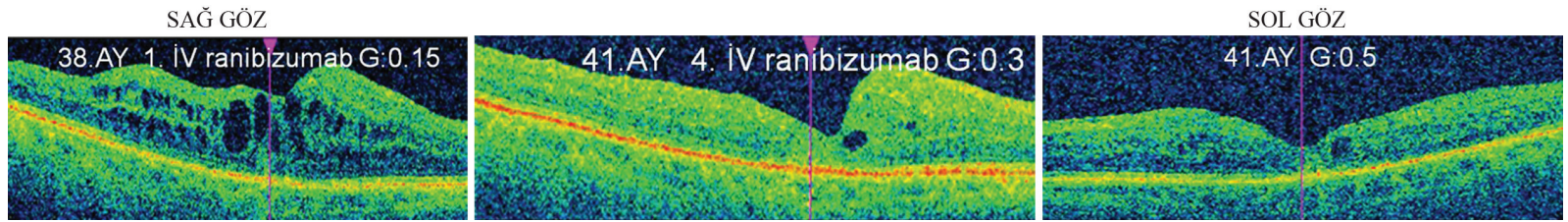
SOL GÖZ

29.AY 240µ G:0.3

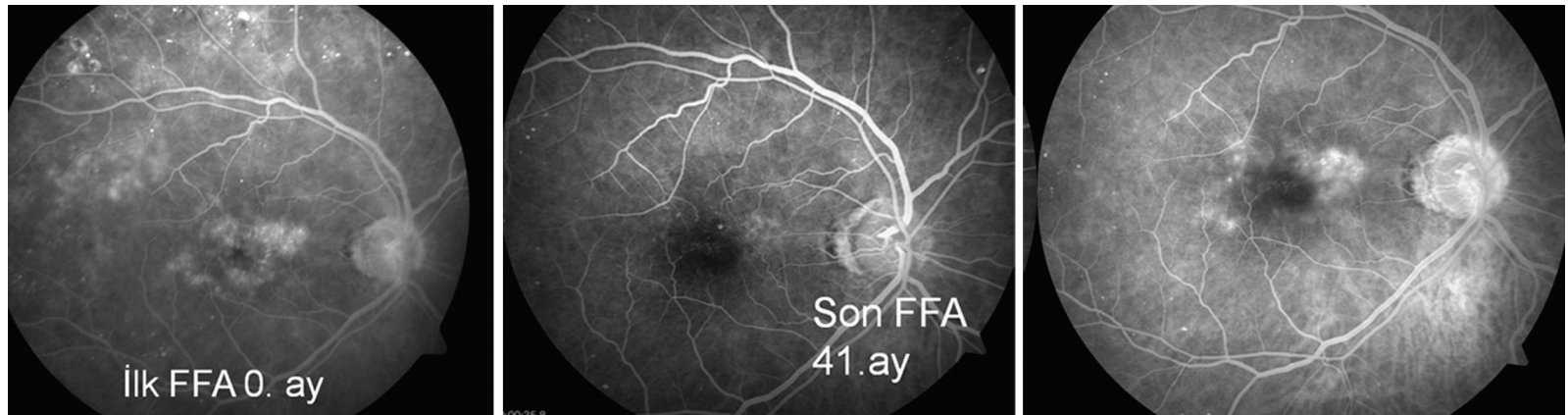
Resim 4: Olgunun IVTA enjeksiyonu sonrası görüntüsü.

Ödem nüksü nedeniyle izleyen 31 ve 35. aylarda sağ göze İVTA tedavisi tekrar edildi. Üç ay sonra ödem tekrar ettiğinde ise bu kez İV ranibizumab tedavisine başlandı. Dört kez her ay enjeksiyon yapılan olgunun 4. enjeksiyondan sonra makula kalınlığı normal sınırlara geriledi, görme son muayenede sağ gözde 0.3, sol gözde ise 0.5 düzeyinde, santral maküler kalınlık sağda 269 µ, solda ise 249 µ idi (Resim 5).

Sağ gözde göz içi basıncı ilaçsız 24 mmHg, solda 18 mmHg ölçüldü. Üç yıl boyunca sağ göze 7 kez, sol göze ise 2 kez İVTA yapıldı. Dördüncü yıl ise 4 kez ranibizumab enjeksiyonu uygulandı (Tablo). Bu asamada FFA tekrarlandı. Sağda makulanın nazalinde belirgin sızıntı saptandı (Resim 6) ve bu alana laser fotokoagülasyon uygulandı. Olgunun takibi sürmektedir.



Resim 5: Olgunun takip eden İVTA uygulamaları sonrası görüntüsü.



Resim 6: Olgunun FFA görüntüleri.

Tablo: Tedavi özeti.

YIL	SAĞ GÖZ	SOL GÖZ
1.	2 KEZ İVTA	1 KEZ FOKAL LASER, 1 KEZ İVTA
2.	2 KEZ İVTA, PPV-İLM SOYULMASI	1 KEZ İVTA
3.	3 KEZ İVTA	-
4.	HENÜZ 4 KEZ RANİBİZUMAB	-

İVTA; İntravitreal Triamcinolone Acetate, İLM; İnternal Limitan Membran.

TARTIŞMA

“DRCR.net” çalışma grubunun diabetik maküler ödemde İV ranibizumabla İVTA’ın karşılaştırıldığı çalışmada, pseudofak olgularda İV ranibizumab ve makulaya laser fotokoagü-

lasyon tedavisi ile İVTA ve laser fotokoagülasyon tedavisinin makula ödeminin gerilemesi ve görme artışı açısından farksız olduğu sonucuna varılmış.^{1,2} Bu olgu özellikle sol göz ele alındığında ödemin tedaviye iyi yanıt vermesi ve göz içi basıncında önemli yükselme olmaması nedeniyle, diabetik maküler ödemde pseudofak olgularda steroidin iyi bir seçenek olabileceğini doğruluyor. Ancak diğer gözde İVTA ile tedavinin etkisinin kalıcı olmadığı asimetric seyirli bir ödem olgusu. Resim 6’daki ilk ve sonuncu FFA’ler incelendiğinde kistoid ödemin gerilediği ancak özellikle makula nazalindeki sızıntının 41 ay önce de aynı yerde var olduğu görülüyor. Bu alana lazer tedavisinin daha önce yapılmış olmasının ödem tedavisinin daha erken dönemde başarılı olmasını sağlayabileceği düşünüldü. Bu nedenle FFA’nın yalnız tedavinin başlangıcında değil, ödemde tekrarlayan nöks olduğunda tekrar edilmesinin tedavinin yönlendirilmesinde faydalı olabileceği sonucuna varıldı.

Diyabetik maküler ödemde cerrahi tedavinin vitreoretinal yüzey patolojisi olduğunda faydalı olduğu görüşü daha yaygın.^{3,4} Ancak vitrektomi, arka hyaloidin kaldırılması ve İLM soyulmasının vitreusda bulunan sitokinler, anjiojenik ve inflamatuar molekülleri temizleyerek makula odemi tedavisinde etkili olma potansiyeli olduğu görüşü de var.⁵ Buradaki olguda PPV'nin bu potansiyel etkisinin ortaya çıkmadığı görülüyor.

Bu olgu ayrıca, steroide artık yanıt alınmadığı aşamada anti-VEGF tedaviye yanıt alınabileceğini, tedavi ajanları kombine edilerek ödeme sebep olan farklı mekanizmalar üzerinden ödem tedavisinde başarı sağlanabileceğini göstermektedir.

KAYNAKLAR/REFERENCES

1. Elman MJ, Bressler NM, Qin H et al. Diabetic Retinopathy Clinical Research Network. Expanded 2-year follow-up of ranibizumab plus prompt or deferred laser or triamcinolone plus prompt laser for diabetic macular edema. *Ophthalmology* 2011;118:609-14.
2. Diabetic Retinopathy Clinical Research Network. Randomized trial evaluating ranibizumab plus prompt or deferred laser or triamcinolone plus prompt laser for diabetic macular edema. *Ophthalmology* 2010;117:1064-77.
3. Diabetic Retinopathy Clinical Research Network Writing Committee, Haller JA, Qin H, Apte RS, et al. Vitrectomy outcomes in eyes with diabetic macular edema and vitreomacular traction. *Ophthalmology* 2010;117:1087-93.
4. Gandorfer A, Messmer EM, Ulbig MW, et al. Resolution of diabetic macular edema after surgical removal of the posterior hyaloid and the inner limiting membrane. *Retina* 2000;126-33.
5. Holekamp NM, Shui YB, Beebe DC. Vitrectomy surgery increases oxygen exposure to the lens: a possible mechanism for nuclear cataract formation. *Am J Ophthalmol* 2005;139:302-10.