

Retinal Vaskülitlerde Tedavi*

Zeki BAYRAKTAR¹

SUMMARY

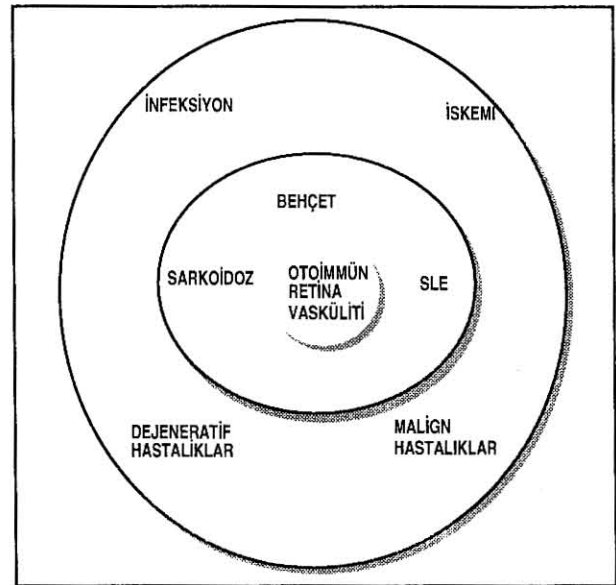
TREATMENT OF RETINAL VASCULITIS

Retinal vasculitis is one of the major causes of the blindness under the forty age population in the developed countries. This group involves several ophtalmic and systemic diseases. It is essential that differential diagnosis from vasculopathies be achieved and cause of diseases be diagnosed in the treatment. In the spesific vasculitis, spesific treatment method can be applied. Treatment of nonspesific vasculitis is discussed than the treatment of spesific vasculitis in this issue. This treatment is consist of immuno-suppressive agents, immunomodulator agents and treatment of complications. *Ret-vit: 1994; 2:241-3*

Key Words: Retinal vasculitis, treatment.

Vaskülit, vasküler yapılarda nekroz ve inflamasyonla karakterize bir klinikopatolojik durumdur. Bazı hastalıklarda vaskülit hastalığın majör özelliği iken diğerlerinde sekonder fenomendir. Tutulan damarlar farklı niteliklere sahip olabildikleri gibi farklı organlarda da yer alabilirler. Tablonun temelinde yer alan mekanizmaların tanımlanmasında immunopatolojik mekanizmalar ve immun komplekslerin yeri gitgide artmaktadır. Vaskülit nedeninin iyi bilinmesi, doğru tedavinin seçiminde önemli rol oynar. Diyagnostik vaskülit tablosu aşağıda gösterilmiştir.¹

Vaskülit tedavisinin birinci basamağını vaskülopatiden ayırdedici tanı daha sonra vaskülit nedeninin bilinmesi teşkil eder. Sert ve yumuşak eksüdalar yada vasküler kıliflanma gibi bulgular her iki hastalık gurubunda da görülebilir. Ancak enflamatuar hücrelerin varlığı, birbirine çok benzeyen bu iki tablonun ayırdedilmesine olanak tanır.² Vaskülit ve



vaskülopatilerin akut dönemdeki tedavileri farklılık arzederken, geç dönemdeki tedavileri büyük benzerlikler gösterir.² Retinal vaskülit izole bir tablo olabileceği gibi çoğunlukla sistemik bir hastalığın bir komponentini oluşturabilir. Sadece göz tutulumunun söz konusu olduğu durumlarda tedavi sadece göz hekimini ilgilendirirken, sistemik hastalıklarla birlikte olanlarda bir hekim gurubunun bakım

Geliş :19.12.1994

Kabul:20.12.1994

Yazışma: Zeki Bayraktar

GATA Göz Hast ABD

* TOD Ankara Şubesi'nin 25.3.1994 tarihli mini panelinde tebliğ edilmiştir

1 Prof Dr GATA Göz Hast ABD

ve tedavisi söz konusudur.

Retinal vaskülitlerin tedavilerinin ikinci basamağını tabloya yol açan patolojinin tesbiti, tablonunun unilateral yada bilateral oluşu ve hastalığın ciddiyetinin tesbiti oluşturur. Eğer neden enfeksiyon ise, uygun antibiyotik tedavisi sağlanmalıdır.

Spesifik enfeksiyon söz konusu değilse, steroid tatbiki enflamasyonunun kontrolüne yardımcı olabilir. Vaskülitli hastalıkların büyük çoğunluğu için belirgin bir tedavi yoktur. Örneğin Eales vaskülitinde hastalık kendi kendine ilerler, periferik retinadan başlar, başlangıçta santral bölge korunur. Şimdiki tedavi yöntemleri küratif olmaktan ziyade palyatiftir. Bu nedenle hastalar toksik tedaviler yerine bir miktar görme kaybını göze almak suretiyle palyatif tedaviyi kabul etmekte zorunda kalırlar. Eğer hastalık bilateral ve nisbeten günlük yaşamı sınırlar nitelikte bir vaskülit ise sistemik steroid tedavisi endikedir. Retinal vaskülit tedavisinde kontrollü çalışmalar yoktur.

Spesifik bir hastalığa bağlı vaskülitlerde primer hastalığın tedavisi, farklı hastalıklarda farklı yorumlara neden olur. Örneğin toksoplazmoziste enfeksiyonun tedavisi immünosupressif tedavilerden önemliken, tüberkülozda durumu tartışmalıdır.⁴ Tüberküloza bağlı vaskülit tablosunda bazı araştırmacılar enfeksiyonun tedavisini önerirken diğerleri retinal vaskülitin enfeksiyon tedavisi ile ilişkisinin olmadığına inanırlar.

Nonspesifik vaskülitlerde enflamasyonun baskılanmasında ilk akla gelen gurup steroidlerdir. Eski yayınlarda perioküler enjeksiyonlardan bahsedilse dahi genel olarak kontrendikasyonu bulunmayan hallerde sistemik kullanım önerilir. Retinal vaskülitlerde diğer üveit formlarından farklı olarak topikal steroid kullanımının yeri yoktur. Ancak panüveitle birlikte seyreden vaskülit formlarında sistemik steroid kullanımına lokal steroid kullanımını eşlik edebilir.

Steroidlere seçenek olarak uzun zamandan beri kullanılabilecek preparatlar arasında eskiden beri bilinen diğer immünosupressif ve sitostatik ajanlar sayılabilir. Bunlardan siklofosamid, immuran veya azothioprine ilk sayılabileceklerdendir.^{2,5-7} Tüm bu preparatların kullanımında öncelikle sistemik kullanımdan bahsedilmekteyse de, topikal kul-

lanımının da söz konusu edilebileceğini bildiren yayınlar vardır.^{8,9} Genellikle bu gurup ajanlar rekürrens vakalarında tercih edilmektedir. Bazı oftalmologlar görme seviyesinin 0.4 ve aşağı olduğu durumlarda immünosupressiflere baş vurduklarını bildirmişlerdir.^{2,5-7}

Retinal vaskülitlerde alternatif tedavi yöntemleri arasına son yıllarda siklosporin (cyclosporine) preparatları eklenmiştir. Steroid ile enflamatuar reaksiyon baskılandıktan sonra rekürrensini engellenmesi için siklosporin kullanılmasını önerenlerin yanısıra primer olarak siklosporin önerenler de vardır. Genellikle 5-7 mg/kg lık siklosporin preparatlarına düşük dozda sistemik prednizolon ilave edilir.⁸

İmmünosupressif tedavilerin yetersiz kaldığı hatta bazen akut dönemde enflamatuar gelişim baskılsa bile geç dönemde daha ağır tabloların ortaya çıkabildiği durumlar da söz konusudur. Bu durumlarda yeni seçenekler araştırılmış ve immünomodülatörler kullanılmıştır. Halen kullanım alanları çok geniş olmasa da interferonların bu gibi hastalıklarda faydalı olabileceğini bildiren kısıtlı sayıda yayın vardır.⁹ Ancak alfa ve gamma interferonların enflamatuar hastalıklarda giderek artan bir kullanımının olabileceğini düşünmek mümkün olabilir.

40 yaşın altındakilerde vasküler oklüzyonla seyreden vaskülit tabloları arasında son yıllarda antifosfolipid antibadi sendromunun adından çokça söz edilmektedir. Bu sendromun varlığında antikoagulan kullanımı söz konusudur. Aynı zamanda vasküler oklüzyonla seyreden diğer vaskülit tablolarında da daha düşük dozlarda çeşitli antikoagulan tedavi formlarından söz edilebilir.²

Spesifik hastalıkların her birinde o hastalığa özgü tedavi yöntemleri kullanılır. Bu seriden olmak üzere nedene bağlı olarak çeşitli antibakteriyel, antiparaziter, antifungal yada antiviral ajanlar kullanılabilirler.

Oluşturdukları tablolar akut dönemde küçük farklılıklar gösteren vaskülit ve vaskülopatilerin geç dönemde retina ve vitreusta oluşturabilecekleri komplikasyonlar arasında farklılık yoktur. Vaskülitin tipine göre retinal doku, arterioller, venüller, kapillerler afettede olabilir. Buna bağlı olarak ödematöz retinal alanlar, hipoksik bölgeler, hemorajiler,

neovaskülerizasyonlar, PVR gelişimi yada optik atrofi kabaca komplikasyonlar arasında sayılabilir. Gelişen komplikasyonlara göre nonspesifik retinovasküler tedavi yöntemlerine başvurulabilir. Geniş hipoksik alanların varlığında ve neovaskülerizasyon gelişmesi durumunda ilk hatırlanacak tedavi zamanında uygulanacak lazer fotokoagülasyon yöntemidir.

Klasikleşmiş şekilde bölgesel yada ablasyon tarzındaki fotokoagülasyon neovaskülerizasyon gelişimini baskılamakta faydalı olabilir. Ayrıca makula ödemi söz konusu olduğunda fokal yada grid fotokoagülasyon uygulanabilecek tedavi yöntemleri arasında sayılabilir.

Fotokoagülasyonu engelleyici vitreal hemorajiler yada PVR gelişimi vitrektomi endikasyonlarını doğurur. Çeşitli faktörler nedeniyle bu tedavilere ihtiyaç duyulduğu halde vitrektomi ve dolayısıyla fotokoagülasyon uygulanamayan hallerde kriyoterapi bir seçenek olarak karşımıza çıkabilir.² Ancak burada özetlenen vitreo-retinal vaskülit komplikasyonları tedavileri bize primer tedavinin vaskülit tedavisi olduğunu unutturmamalıdır. Tıpta ve oftalmolojide gerek teknoloji, gerek tedavi ajanları konusundaki gelişmeler genellikle genç popülasyonu afettede eden bu hastalık gurubunda hekimlere yeni seçenekler sunmaktadır. Buna rağmen vaskülitler bu popülasyonda major körlük nedeni olma özelliklerini sürdürmektedirler.

KAYNAKLAR

1. Sanders MD: Duke Elder Lecture. Retinal Arteritis, Retinal Vasculitis and Autoimmune Retinal Vasculitis. Eye 1987; 1:441-65
2. Rosenbaum JT, Roberstson JE, and Watzke RC: Retinal Vasculitis A Primer Western Journal of Medicine Feb 1991; 154: 182-5
3. Holland GN: Retinal Vasculitis. The Western Journal of Medicine Feb 1991; 154: 218-20
4. Tetz M, Holz F6, Gallash F and Volcker HE. Segmental retinal arteritis and retinohroiditis. Ophthalmol 1992; 89: 71-6
5. Klein S, Fricke HJ, Fricke B, Friedrich R, Illesy A, and Schroder KD: Alternative to steroid therapy in chronic uvcitis. Fortschr Ophthalmol 1990; 87: 355-8
6. O' Duffy JD: Vasculitis in Behcet' s disease. Rheum Dis Clin North Am 1990; 16: 423-31
7. Shah SS, Lowder CY, Schmitt MA, Wilke WS, Kosmorsky GS and Meisler DM. Low dose methotrexate therapy for ocular inflammatory disease. Ophthalmol 1992; 99:1419-23
8. Chavis PS, Antonios SR and Tabbara KF: Cyclosporine effects on optic nerve and retinal vasculitis in Behcet' s disease. Doc Ophthalmol 1992; 80:133-42
9. Ishimoto S, Sakai Y, Ishibashi T, Khono T, Inomata H and Hoyama Y: Interferon alpha for the treatment of retinal vasculitis associated with human T lymphotropic virus type 1 myelopathy (HAM) Nippon Gonka Gakkai Zasshi 1990; 94: 769-73
10. Okinami S, Sunakawa M, Arai T, Twai M, Nihira M and Ogino N: Treatment of pars planitis with cryotherapy. Ophthalmologica 1991; 202: 180-6