

## Bilateral Asimetrik Tutulum Gösteren Bir Multiple Evanescent White Dot Sendromu (MEWDS) Olgusu

Şükrü BAYRAKTAR<sup>1</sup>, Hikmet BEŞTAŞ<sup>2</sup>

### ÖZET:

Asimetrik bilateral tutulum gösteren bir MEWDS olgusu sunulmaktadır. Hastanın semptomatik olan sol gözünde vizyon kaybı, tipik beyaz retina lezyonları, papilla ödemi görme alanında kör nokta genişlemesi ve patolojik FFA, ERG ve EOG bulguları mevcuttur. Klinik olarak asemptomatik olan sağ gözde görme keskinliği normal, retina lezyonları zorlukla seçilebilmekte olup, tanı görme alanı ve EOG bozukluğu ile konmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** MEWDS, EOG, ERG, görme alanı.

### SUMMARY

#### A MULTIPLE EVANESCENT WHITE DOT SYNDROME CASE WITH ASYMMETRIC BILATERAL INVOLVEMENT

A MEWDS case with asymmetric bilateral involvement was presented. In his symptomatic left eye, there were reduced visual acuity, typical white deep retinal lesions, optic disc oedema, blind spot enlargement and pathologic FFA, ERG and EOG findings. The diagnosis of his clinically symptomatic right eye was made by the pathological EOG and visual field while visual acuity was normal and retinal lesions were barely visible. Ret-vit 1995; 3: 401-5

**Key Words :** MEWDS, EOG, ERG, visual field.

1984 yılında Jampol ve arkadaşları tarafından Multiple Evanescent White-Dot Sendromu (MEWDS) özellikle genç bayanlarda, genellikle tek taraflı akut görme kaybına neden olan ve etyolojisi bilinmeyen bir hastalıktır<sup>1</sup>. İlk tanımlandığında daha çok derin retinaya lokalize çok sayıda beyaz noktalar ve foveadaki granüler görünüm üzerinde durulmuştur.<sup>1,2</sup> Daha sonra ERG ve EOG'deki anormallikler tanımlanmış ve bunlara dayanılarak hastalığın daha çok retina pigment epitelini etkilediği öne sürülmüştür.<sup>3-5</sup> Hastalıkta bilateral tutulum da görülebilmektedir.<sup>3,4,6,7</sup> Bu bulguların yanısıra optik sinir etkilenmesinin göstergeleri olan papilla ödemi, görme alanında kör nokta genişlemesi ve afferent pupillada defekti giderek artan sıklıkla rapor edilmektedir.<sup>3,7-12</sup> Biz de bildiğimiz

kadarıyla yurdumuzda bugüne kadar hiç yayınlanmadığı için bilateral asimetrik tutulum gösteren bir MEWDS olgusunu sunmak istedik.

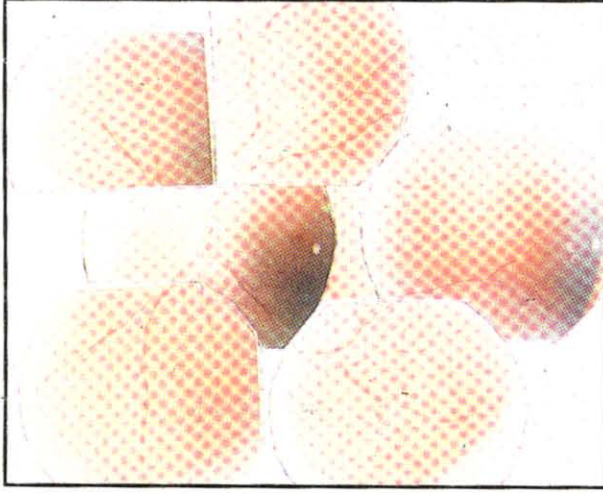
### OLGU SUNUMU

20 yaşında bayan hasta 13.5.93 tarihinde sol gözünde 2 hafta önce başlayan görme azlığı yakınması ile başvurdu. Yapılan muayenesinde sağ göz görme keskinliği 10/10, sol göz 6/10 olup biyomikroskopide bulgular normaldi. Sol gözde 0,6 log ünitelik pupilla defekti mevcuttu. Oftalmoskopik muayenede sol gözde papilla ödemi, sınırlar silinmiş olup retinada özellikle arka kutupta ve büyük damar arkı içinde 1/2-1/4 papilla çapında retina pigment epitelinde beyaz lezyonlar saptandı (Res 1a, 1b, 1c). Sağ göz oftalmoskopik olarak normal görünmekteydi (Res 2).

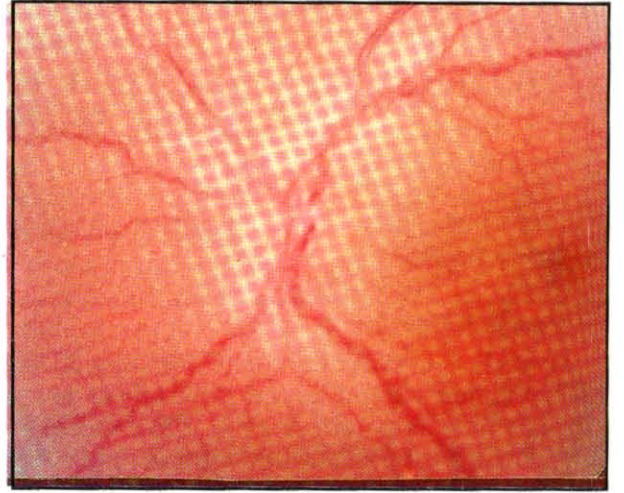
FFA'da gözdeki lezyonlar koroid fazında başlayan ve giderek hafifçe artan bir hiperfloresans gösteriyordu (Res 3a, 3b). Ayrıca papilla çevresinde de boyanma mevcuttu. Sağ gözde ise arka kutupta az sayıda hiperfloresan lezyon tesbit edildi (Res 4). Bilgisayarlı görme alanında sol gözde kör nokta çevresinde absölye,

1. İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi Göz Kliniği, Uzman Doktor.

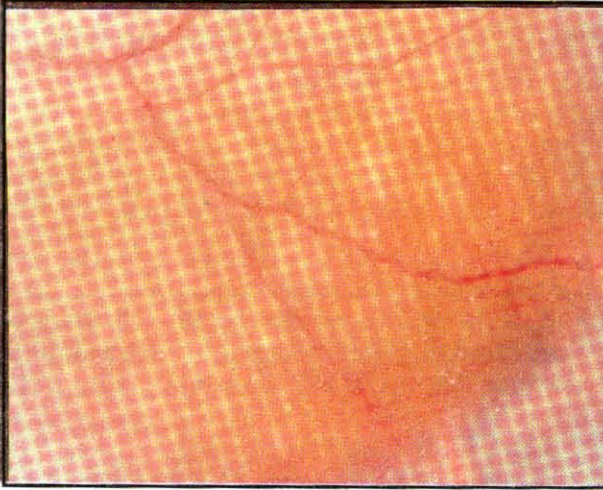
2. İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi Göz Kliniği, Baş Asistan Doktor.



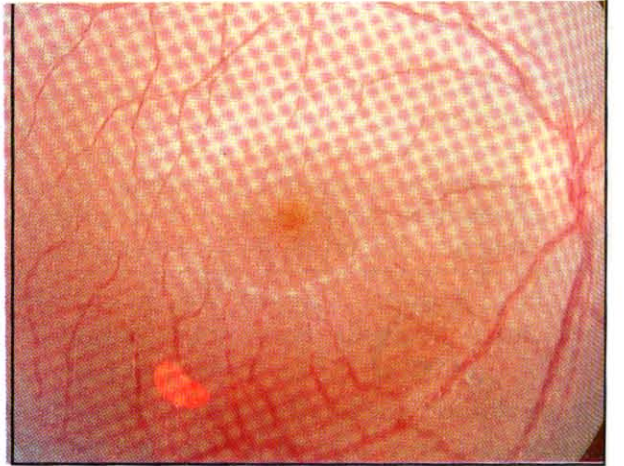
Resim 1/a : Sol göz ilk muayene



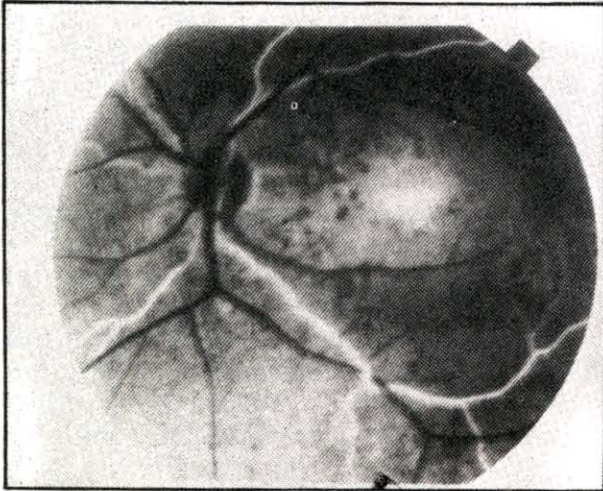
Resim 1/b : Sol göz papilla ödemi



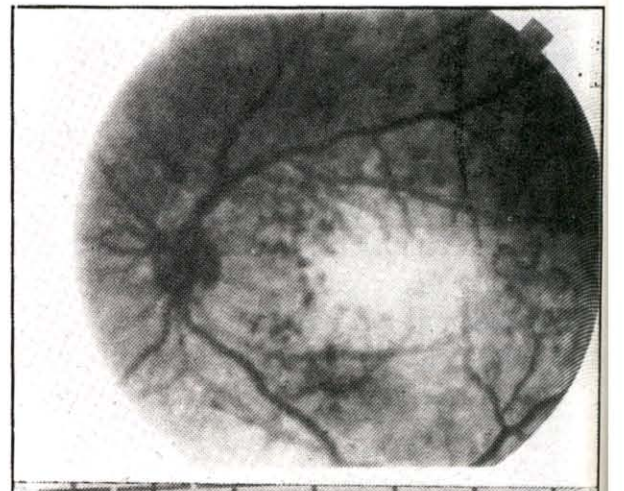
Resim 1/c : Sol göz alt temporal kadran



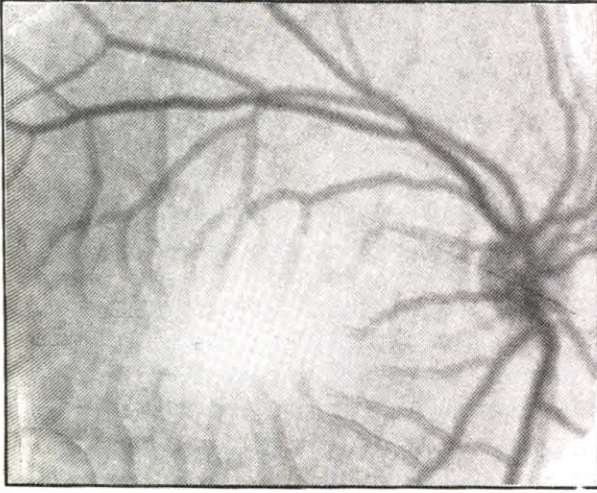
Resim 2 : Sağ göz fundus



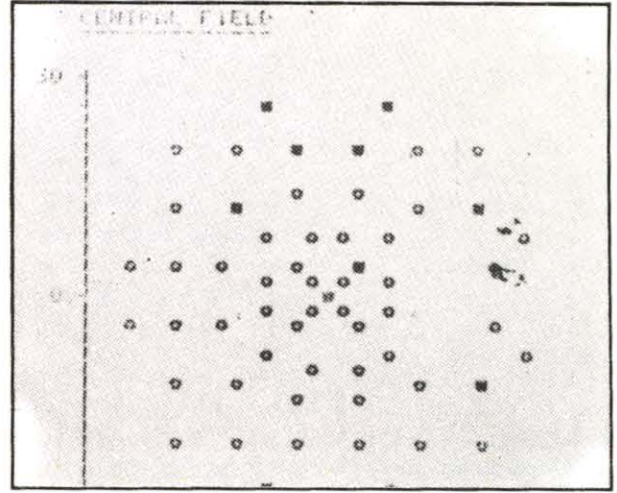
Resim 3/a : Sol göz FFA erken dönem



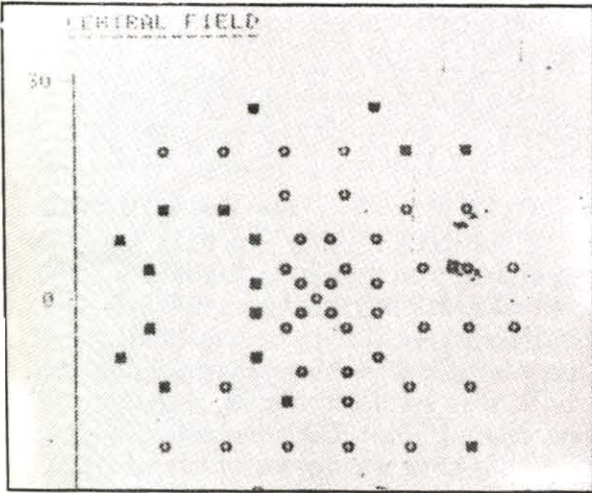
Resim 3/b : Sol göz FFA geç dönem



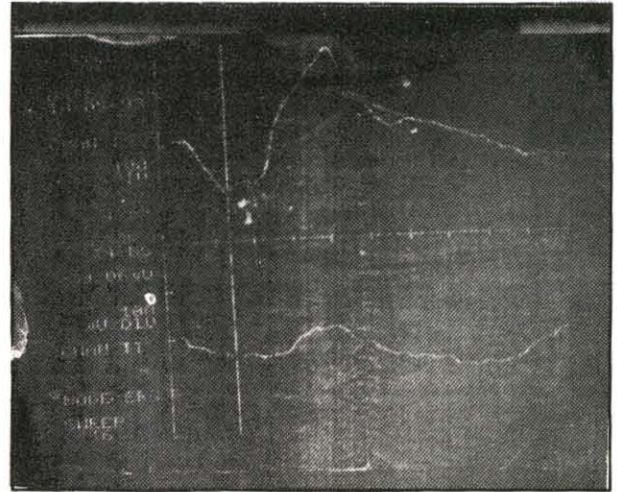
Resim 4 :Sağ göz FFA



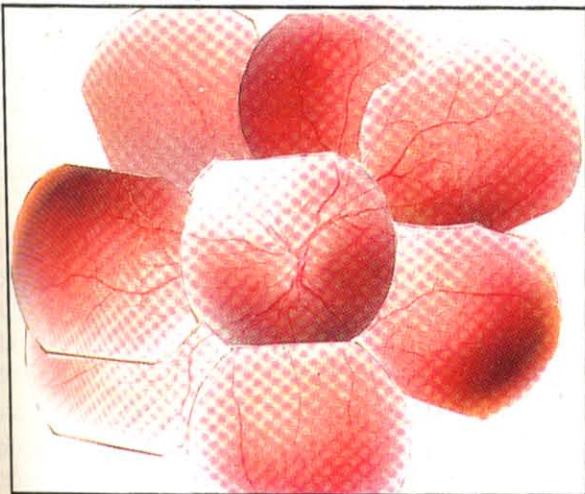
Resim 5/a : Sağ göz görme alanı



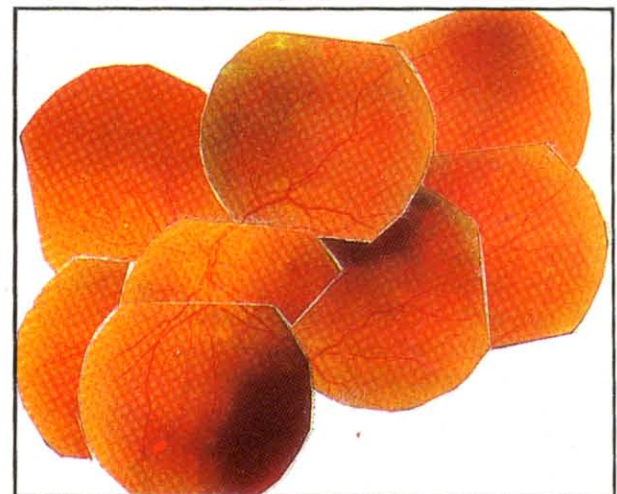
b : Sol göz görme alanı



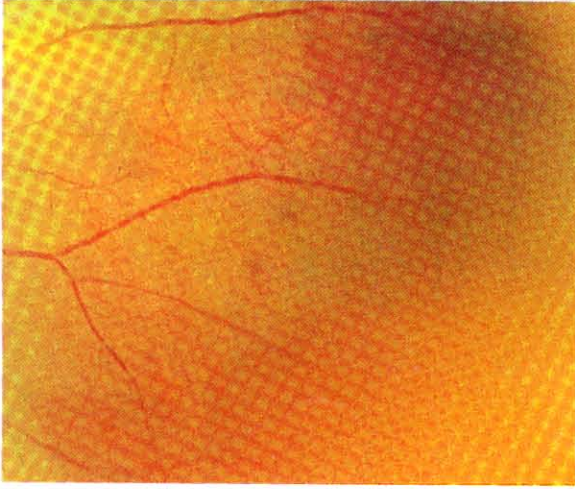
Resim 6 : ERG (Üstte sağ, altta sol göz)



Resim 7 : Sol göz 1 ay sonra



Resim 8/a : Sol göz 7 ay sonra



Resim 8/b : Sol gözde demarkasyon hattı

diğer alanlarda relatif skotomlar, sağ gözde ise yaygın relatif defektler saptandı (Res 5a, 5b). ERG bulguları sağ gözde normal olup B dalgası amplitüdü 184 mV, latansı 40 ms idi. Sol göz ise latans normal olmakla birlikte B dalgası amplitüdü 14 mV'a düşmüştü, A dalgası amplitüdü de azalmıştı ( Res 6). EOG her iki gözde patolojik olup aydınlık/karanlık oranı sağ gözde 1.3, sol gözde 1.03 bulundu.

Hasta ilaçsız takibe alındı. 12.6.93'te yapılan muayenede sol gözün görme keskinliği 9/10'a yükselmişti. Oftalmoskopide beyaz lezyonların sayısı azalmıştı, ancak papilla sınırları hala iyi seçilemiyordu (Res 7). tekrarlanan görme alanı muayenesinde her iki gözün duyarlılığı normalden düşük olup sol gözdeki kayıplar yine kör nokta çevresinde yoğunlaşmaktaydı.

İlaçsız olarak izlenmeye devam edilen hastanın 15.10.93 tarihinde yapılan muayenesinde sol gözün görme keskinliğinin tama yükseldiği saptandı. Ancak oftalmoskopik muayenede papilla ödemi hala devam ediyordu, beyaz lezyonlar solmuş ve sayıca azalmış olmakla beraber boyutları artmıştı.

İlk muayenesinden 7 ay sonra yapılan kontrolde her iki gözün görme keskinliği tam idi, ancak papilla sınırları sol gözde hala silikti. İlk bakışta retina oftalmoskopik olarak normal gibi değerlendirilse de ekvator hizasında, daha kırmızı renkteki periferik retinayı daha soluk olan arka kutuptan ayıran bir demarkasyon hattı dikkati çekiyordu (Res 8a.b). Bu görünümün küçük beyaz retina lezyonlarının birbiriyle birleşmesiyle oluştuğu düşünüldü. Kantitatif olarak yapılan bilgisayarlı görme alanında sol gözün ortalama kaybı 6.1 dB, sağ gözün ise 5.8 dB olup arada önemli bir fark yoktu, ancak

kör nokta çevresindeki noktaların ortalama duyarlılığı karşılaştırıldığında sol gözün duyarlılığı sağa göre 1.3 dB daha düşüktü. EOG ve ERG tekrarlanmak istendi, ancak hasta kabul etmedi ve sonraki kontrollerine gelmedi.

### YORUM VE TARTIŞMA

MEWDS retina pigment epiteli, koroid ve retinanın diğer inflamatuvar hastalıklardan ayırt edilmelidir.

Bunlardan biri olan APMPE'deki gri-beyaz lezyonlar MEWDS'den daha büyük olup FFA'da erken dönemdeki hipofloresans ve iyileşme döneminde gelişen yaygın RPE değişiklikleri ayırıcı tanı için önemlidir.<sup>13</sup>

Birdshot Retinokoroidopatisi beyaz lezyonların tüm fundusa yayılması, MEWDS'e göre daha yaşlı hastalarda görülmesi, kronik seyri, bilateral oluşu, belirgin vitreus tutulumu ile kolayca ayrılmaktadır.<sup>14</sup>

Diffüz Unilateral Subakut Nöroretinitisin erken dönemi de MEWDS ile karışabilir, ancak hastalığın kronik seyri, optik atrofi, hastalığı MEWDS'ten kolayca ayırt etmemizi sağlar.<sup>15</sup>

Genellikle genç miyop bayanlarda tanımlanmış bir grup multifokal koroidit sendromunun MEWDS'ten ayrılabilmesi için kronik ve tekrarlayıcı seyir, lezyonların MEWDS'e göre daha büyük oluşu, iyileşme döneminde atrofik veya pigmente skarların ortaya çıkması, beraberinde vitrit, flebit, papillit, kistoid makula ödemi gibi bulguların da bulunması gereklidir.<sup>16,17</sup>

Akut Maküler Nöroretinopatideki (AMN) lezyonlar kırmızı-turuncu ya da kahverengi olup sadece büyük damar arkı içindedirler, buna karşılık MEWDS'teki beyaz lezyonlar peripapiller ve perimaküler yerleşimli olup sıklıkla büyük damar arkının dışına taşarlar. ayrıca AMN'de elektrofizyolojik değişimler saptanmamıştır.<sup>9</sup>

MEWDS'deki göz bulguları oldukça geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Hafif uçta sadece retinadaki beyaz lezyonlar bulunurken, ağır uçta bunlara ek olarak optik sinir başı tutulumu yer almaktadır. Optik sinir başı tutulumu Jampol ve Takeda'nın yayınlarında<sup>1,2</sup> çok az iken (15 olgudan 4'ün de ) daha sonraki yayınlarda çok sık olarak belirtilmektedir. 29 olgudan 25'inde papillada çeşitli anormallikler saptanmıştır<sup>3-12</sup>.

Olgumuzda sol gözün tutulumu retina lezyonlarına ek olarak optik disk tutulumu nede-

niyle spektrumun ağır ucunda yer alırken sağ göz tutulumu tamamen asemptomatiktir. Oftalmoskopik muayene sırasında atlanan bu durum FFA'da dikkati çekmiş, EOG ve görme alanı tetkiki ile kanıtlanmıştır.

Literatürde bilateral tutulum çok sık değildir.

3,4,6. Bu hastalardan sadece birinde her iki göz tutulumu da semptomatiktir. Aaberg ERG'nin sadece semptom veren gözde bozuk bulunmasına karşın EOG'nin her iki gözde bozuk olduğunu belirtmekte ve bu durumu hastalığın primer olarak RPE'yi etkilemesine bağlamaktadır.<sup>3</sup> Biz de aynı elektrofizyolojik bulguları elde ettiğimiz için sadece oftalmoskopik muayene ile tanınması güçlük arzeden bilateral tutulumun tanısında EOG ve görme alanı muayenesinin önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Olgumuzda yaklaşık iki aylık izleme sonunda tipik retina lezyonları kaybolmuş, ancak onların yerini önce daha büyük lezyonlar, sonra da tüm arka kutbu kaplayan hafif beyazlık almıştır. Dikkatli bakılmadığında fark edilemeyen bu görünüm ancak ekvator hizasında sağlıklı retina ile ayırım hattı nedeniyle ayırt edilebilmektedir. MEWDS'te indosiyanın yeşili ile yapılan anjiolarda lezyonların FFA ve oftalmoskopi ile görünenden daha büyük olduğu gösterilmiştir.<sup>18</sup> Biz bu yaygın beyazlığın iyileşmekte olan lezyonların birbiriyle birleşerek oluştuğunu düşünmekteyiz.

MEWDS'deki kör nokta genişlemesi genellikle retina lezyonlarının ve elektrofizyolojik bulguların düzenlenmesinden sonra da devam etmektedir. Bu nedenle Akut Kör Nokta Genişlemesi Sendromunun MEWDS'in sonrasında geliştiği ve aynı hastalığın farklı devrelerini yansıttığı öne sürülmüştür.<sup>7,9-12</sup> Olgumuzda 7 aylık toplam izleme süresi sonunda kör noktadaki genişleme kaybolmuş, ancak papilla ödemi devam etmektedir. Bu durum optik sinir tutulumunun daha geç düzelen bir bulgu olduğunu söyleyen literatürle uyusmaktadır.

#### KAYNAKLAR

1. Jampol LM, Sieving PA, Pugh D et al : Multiple evanescent white dot syndrome. I-Clinical findings. Arch Ophthalmol 1984;102:671-4.

2. Aaberg TM, Campo RV, Jaffe L: Recurrences and bilaterality in the multiple evanescent white dot syndrome. Am J Ophthalmol 1985;100:29-37.

3. Takeda M, Kimura S, Tamiya M: Acute disseminated retinal pigment epitheliopathy. Folia Ophthalmol 1984;35:2613-20.

4. Jost BF, Olk RJ, Mc Goughey A: Bilateral symptomatic multiple evanescent white dot syndrome. Am J Ophthalmol 1986;101:489-90.

5. Chung YM, Yek TS, Liu JH: Increased serum IgM and IgG in the multiple evanescent white dot syndrome. Am J Ophthalmol 1987; 104:187-8.

6. Meyer RJ, Jampol LM: Recurrences and bilaterality in the multiple evanescent white dot syndrome Am J Ophthalmol 1986;101:388-9.

7. Dodwell DG, Jampol LM, Rosenberg M, et al : Optic nerve involvement associated with the multiple evanescent white-dot syndrome Ophthalmology 1990;97:862-8.

8. Mamalis N, Daily MJ: Multiple evanescent white dot syndrome: A report of eight cases. Ophthalmology 1987;94:1209-12.

9. Gass JDM, Hamed LM: Acute macular neuroretinopathy and multiple evanescent white dot syndrome occurring in the same patients. Arch Ophthalmol 1987;107:189-93.

10. Hamed LM, Glaser JS, Gass JDM, et al: Protracted enlargement of the blind spot in multiple evanescent white-dot syndrome. Arch Ophthalmol 1987;107:194-8.

11. Kimmel AS, Folk JC, Thompson HS, et al: The multiple evanescent white dot syndrome with acute blind spot enlargement. Letters to the Journal. Am J Ophthalmol 1989;107:425-7.

12. Singh K, de Frank MP, Shults WT, : Acute idiopathic blind spot enlargement. A spectrum of disease. Ophthalmol 1991;98:497-502.

13. Gass JDM: Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy. Arch Ophthalmol 1968; 80:177-85.

14- Ryan SJ, Maumence AE: Birdshot retinochoroidopathy. Am J Ophthalmol 1980;89:31-45.

15- Gass JDM, Gilbert WR, Guerry RK: Diffuse unilateral subacute neuroretinitis. Ophthalmology 1978; 85:521-45.

16- Morgan CM, Schatz H: Recurrent multifocal choroiditis Ophthalmology 1986;93:1138-47.

17- Dreyer RF, Gass JDM: Multifocal choroiditis and panuveitis, a syndrome that mimics ocular histoplasmosis. Arch Ophthalmol 1984; 102:1776-84.

18- Darmakusuma Ie, Glaser BM, Murphy RP, et al: Indocyanine green angiography in multiple evanescent white dot syndrome. Am J Ophthalmol 1994; 117:7-12.