

Bilateral akut iris depigmentasyonu: İki olgunun sunumu

Bilateral acute depigmentation of iris: A report of two cases

Mehmet Giray ERSÖZ¹, Beysim DOĞAN², Şenay AŞIK NACAROĞLU³, Emre AYINTAP⁴,
Seda KARACA ADIYEKE⁴, Gamze TÜRE⁴

¹Kızıltepe Devlet Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Mardin

²Ödemiş Devlet Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İzmir

³Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul

⁴Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İzmir

ÖZ

Bilateral akut iris depigmentasyonu ön kamarada pigment dispersiyonu, iris depigmentasyonu ve diskolorasyonu, inflamatuvar komponentlerin bulunmaması ve ön kamarada pigment birikimi ile karakterize yeni tanımlanmış bir tablodur. Bu çalışmada kliniğimize birer hafta arayla kızarıklık, ağrı ve ışık hassasiyeti yakınmalarıyla başvuran ve bilateral akut iris depigmentasyonu tanısı konulan 24 ve 22 yaşlarında iki kadın olgunun seyrini sunmayı amaçladık.

İki olgunun muayene bulguları benzerdi. Biomikroskopide bilateral konjonktival hiperemi, kornea endotelinde iris pigmentleri, ön kamarada yüzen iris pigmentleri, kolaret ile iris kökü arasında diffüz iris depigmentasyonu mevcuttu. Hastaların gonioskopisinde ön kamarada yaygın pigment birikimi olduğu görüldü. Aközde inflamatuvar hücre, posterior sineşi, iris transilluminasyon defekti, lens ön kapsülünde pigment birikimi izlenmedi. Sekiz aylık takip süresince nüks izlenmedi. İris depigmentasyon alanlarında repigmentasyon başladı. Olgu 1’de repigmentasyon sırasında sağ gözde iris nevüsü gelişti.

Bilateral akut iris depigmentasyonu, iridosiklitler, pigment dispersiyonu yapan hastalıklar ve iris atrofisinin görüldüğü durumlarla karışabilmektedir. Bu hastalıkların ayırıcı tanısı yapılırken kesinlikle bilateral akut iris depigmentasyonu da göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar kelimeler: iridosiklit, iris atrofisi, iris depigmentasyonu, pigment dispersiyonu

ABSTRACT

Bilateral acute depigmentation of the iris is a new condition characterized by pigment dispersion in the anterior chamber, iris depigmentation and lack of inflammatory components. We report two female cases aged 24 and 22 years who presented at two week-intervals with redness, pain, photophobia and diagnosed as bilateral acute depigmentation of the iris.

Ocular examinations of two cases were similar. Bilateral conjunctival hyperemia iris pigment precipitates on the cornea endothelium, floating iris pigment deposits in the anterior chamber and diffuse iris depigmentation between collarette and iris root were seen. In gonioscopic examination of patients, there was diffuse pigment deposition in the anterior chamber. Inflammatory cells in aqueous humour, posterior synechiae, iris transillumination defect or pigment deposition on the anterior capsule of lens weren't detected. During 8 months of follow-up any incident of recurrence was not detected. Iris repigmentation started on areas of iris depigmentation. A new iris nevus developed on the right eye of Case 1.

Bilateral acute depigmentation of the iris may be misdiagnosed as iridocyclitis and the conditions with pigment dispersion or iris atrophy. Bilateral acute depigmentation of the iris should be definitely considered in the differential diagnosis of these conditions.

Key words: iridocyclitis, iris atrophy, iris depigmentation, pigment dispersion

Alındığı tarih: 28.11.2015

Kabul tarihi: 23.12.2015

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Mehmet Giray Ersöz,
Kızıltepe Devlet Hastanesi, Göz Hastalıkları
Kliniği, Kızıltepe-Mardin
e-mail: m.girayersoz@gmail.com

Bu çalışma daha önce Türk Oftalmoloji Derneği 47. Ulusal Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

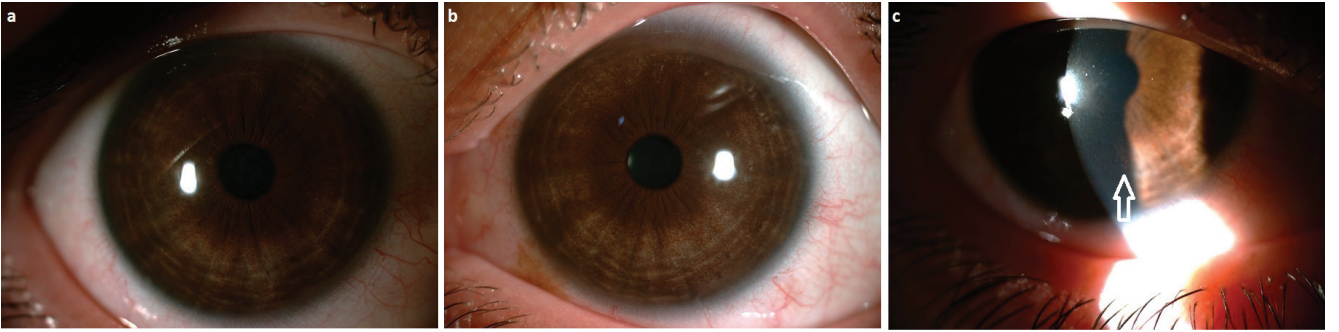
GİRİŞ

Bilateral akut iris depigmentasyonu (BAİD) ön kamarada pigment dispersiyonu, iris stromasında depigmentasyon ve diskolorasyon, ön kamarada inflamatuvar komponentlerin bulunmaması ve ön kamarada açısında pigment birikimi ile karakterizedir. Akut başlangıçlı, kendini sınırlayan yeni tanımlanmış bir klinik durumdur. Hastaların başlıca başvuru yakınmaları ışık hassasiyeti, ağrı ve gözlerde kızarıklık (1,2). Klinik bulgular ve semptomlar nedeniyle özellikle iridosiklitlerle karıştırılmaktadır (3). Bunun dışında iris depigmentasyonu ve pigment dispersiyonu gözlenen Fuchs üveiti, Horner sendromu, Vogt-Kayanagi-Harada hastalığı ve pigment dispersiyon sendromu ayırcı tanıları arasında yer alır (1,2). Çalışmamızda, kliniğimize birer hafta arayla başvuran ve BAİD tanısı alan iki olgunun klinik seyrini sunmayı amaçladık.

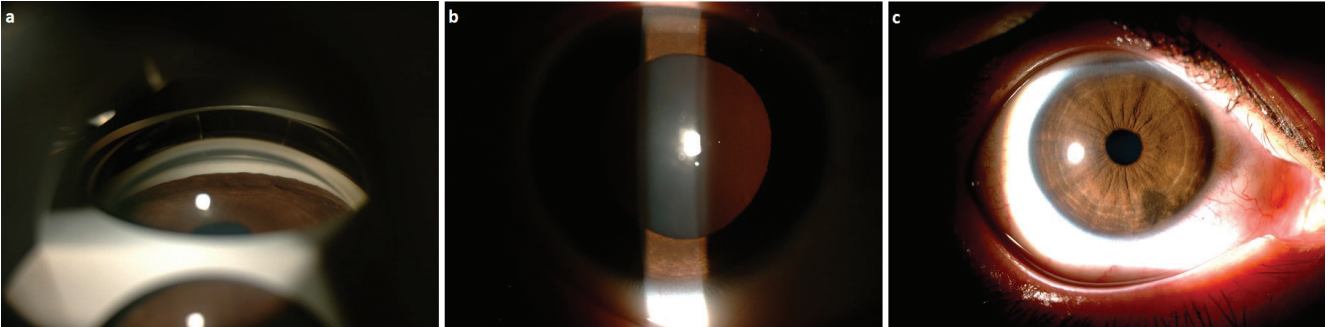
OLGULAR

Olgu 1: Yirmi dört yaşında kadın hasta her iki

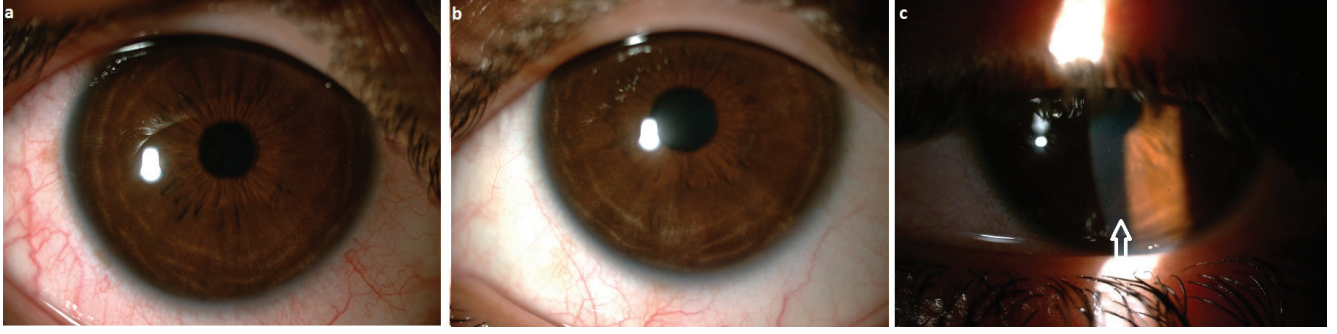
gözünde üç hafta önce başlayan kızarıklık, ağrı ve ışık hassasiyeti yakınmalarıyla başvurdu. Olgunun yakınmaların başlamasından bir hafta önce olan üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü mevcuttu. On gün boyunca amoksisilin klavulanat ve parasetamol tedavisi almıştı. Görme keskinlikleri tamdı. Biomikroskopide bilateral konjonktival hiperemi, kornea endotelinde iris pigmentleri, ön kamarada yüzen iris pigmentleri, kolaret ile iris kökü arasında diffüz iris depigmentasyonu mevcuttu (Resim 1). Hastanın gonioskopisinde ön kamarada yaygın pigment birikimi olduğu görüldü (Resim 2a). Aközde inflamatuvar hücre, posterior sineşi, iris transilluminasyon defekti, lens ön kapsülünde pigment birikimi izlenmedi (Resim 2b). Ön segment optik koherans tomografi (OCT) tetkikinde pigment dispersion sendromunda görülen iris arka yüzeyinin konkavlaşması görülmedi. Ptozis ve miyozis yoktu. Vitreus sakindi. Fundus bakışı doğal izlendi. Hastaya topikal %1 prednizolon asetat damla tedavisi başlandı. İlk günlerde 12x1 kullanılan topikal steroid daha sonra hastanın muayene bulguları ile korele olarak azaltıldı.



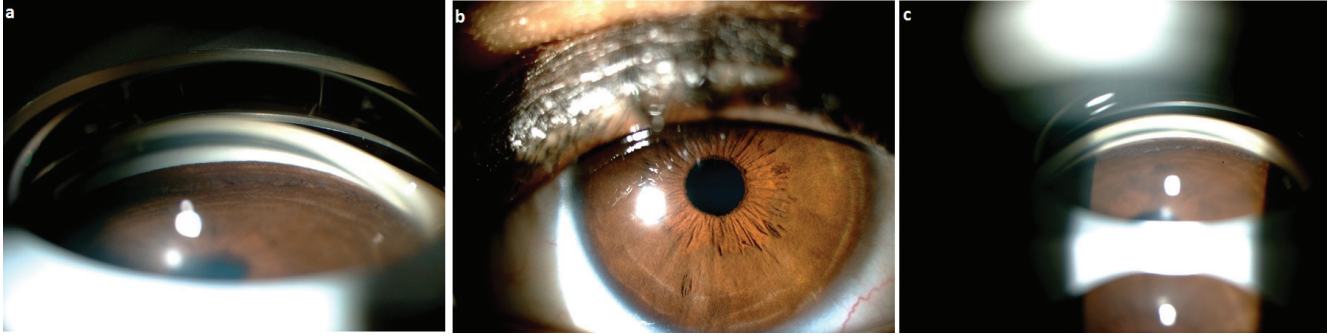
Resim 1 (Olgu 1) a) Sağ göz: Konjonktival hiperemi, diffüz iris atrofisi ve iriste granuler görünüm. b) Sol göz: Konjonktival hiperemi, diffüz iris atrofisi ve iriste granuler görünüm. c) Sağ göz: Ok ile gösterilmiş alanda kornea endotelindeki pigment birikimi gözleniyor.



Resim 2 (Olgu 1) a) Ön kamarada yoğun pigment birikimi. b) İriste tranilluminasyon defektinin bulunmadığı görülüyor. c) Sağ göz: Sekiz aylık takip sonrasında repigmentasyon ile iriste saat 5 hizasında gelişen nevus.



Resim 3 (Olgu 2) a) Sağ göz: Konjonktival hiperemi, saat 5-6 kadranı arası daha belirgin iris atrofisi ve iriste granuler görünüm. b) Sol göz: Saat 4-8 kadrantları arası daha belirgin iris atrofisi ve iriste granuler görünüm. c) Ok ile gösterilmiş alanda kornea endotelindeki pigment birikimi gözleniyor.



Resim 4 (Olgu 2) a) Ön kamara açısında pigment birikimi. b) Sol göz: Sekiz aylık takip sonrası görüntüde repigmentasyonun başladığı görülüyor. c) Sekiz aylık takip sonrası ön kamara açısında pigment birikiminin devam ettiği görülüyor.

Tedavinin birinci haftasında göz içi basıncında (GİB) artış saptandı ve topikal antiglokomatöz damlalar ile kontrol altına alındı. Beş haftalık tedavi sonrası olgunun yakınmaları geriledi, pigment dispersiyonu kayboldu. Sekiz aylık takip süresince nüks izlenmedi. İris depigmentasyon alanlarında repigmentasyon başladı. Repigmentasyon sırasında sağ göz iris saat 5 hizasında nevüs gelişti (Resim 2c). Olgunun kontrollerinde GİB'da yine yükselme kaydedilmedi.

Olgu 2: Yirmiki yaşında kadın hasta bir haftadır mevcut olan her iki gözünde kızarıklık, ağrı ve ışık hassasiyeti yakınmalarıyla başvurdu. Olgu 1 ile benzer şekilde yakınmaların başlamasından on gün önce olan üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü mevcuttu. İlaç kullanım öyküsü yoktu. Görme keskinlikleri tamdı. Bilateral konjonktival hiperemi, kornea endotelinde iris pigmentleri, ön kamarada yüzen iris pigmentleri, kolaret ile iris kökü arasında diffüz iris depigmentasyonu ve ön kamara açısında yaygın pigment birikimi mevcuttu (Resim 3, Resim 4a). Olgularda aközde inflamatuvar hücre, posterior sineşi,

iris transilluminasyon defekti, lens ön kapsülünde pigment birikimi izlenmedi. Ön segment OCT tetkikinde iris arka yüzeyinin konkavlaşması görülmedi. Ptozis ve miyozis yoktu. Arka segment bakışı doğaldı. Hastaya topikal %1 prednizolon asetat damla tedavisi başlandı. İlk hafta 12x1 kullanılan topikal steroid 2. hafta bulguların hafiflemesi üzerine 6x1'e düşüldü. Fakat hastanın yakınmalarının alevlenmesi üzerine tedavi dozu yine 12x1'e yükseltildi. Tedavi bir hafta daha bu şekilde devam edildikten sonra kademeli olarak azaltıldı. Altı haftalık tedavi sonrası olgunun yakınmaları geriledi, pigment dispersiyonu kayboldu. Sekiz aylık takip süresince nüks izlenmedi. İriste repigmentasyon başladı (Resim 4b). Ön kamara açısındaki pigment birikiminin devam ettiği görüldü (Resim 4c). Olgunun kontrollerinde GİB'da yükselme kaydedilmedi.

TARTIŞMA

BAİD, ilk olarak 2006 yılında Tugal-Tutkun ⁽¹⁾

tarafından tanımlanan, çoğunlukla genç kadın hastalarda görülen, etyopatogenezi bilinmeyen bir klinik durumdur. Bilateral, simetrik tutulum gösterir. Hastalarda transilimünasyon defekti göstermeyen akut stromal iris depigmentasyonu, pigment dispersiyonu ve ön kamara açısında pigment birikimi mevcuttur. BAİD kendini sınırlayıcı bir tablo oluşturur ^(1,2). Tugal-Tutkun et al. ⁽²⁾ 26 BAİD olgusunu inceledikleri çalışmalarında iki hastanın dört yıllık gözlem süresi içinde iris değişikliklerinde geri dönüşüm kaydetmişlerdir. Çalışmamızda sunduğumuz iki hastada da iris değişikliklerinin geri dönüşümlü olduğunu gördük.

Ön kamarada dolaşan pigment partikülleri iridosiklitlerdeki inflamatuvar hücrelerle karışabilmektedir ⁽³⁾. BAİD’te iridosiklitlerden farklı olarak ön kamarada inflamatuvar hücre bulunmaz, kornea endotelinde biriken pigmentler inflamatuvar hücre içermez, kolaret ile iris kökü arasında difüz iris depigmentasyonu ve ön kamara açısında yaygın pigment birikimi görülür ⁽¹⁻³⁾. Herpetik iridosiklitler ise aynı gözde unilateral rekürrensler, iriste sektörel veya yamalı atrofi ve göz içi basıncında akut yükselmeler ile karakterizedir ⁽⁴⁻⁶⁾. BAİD’li hastaların hepsinde bilateral simetrik tutulum görülürken herpetik iridosiklitlerde bilateral tutulum enderdir ^(2,7). BAİD’te pupiller distorsiyon, posterior sineşi ve atrofik iris bölgelerinde transilimünasyon görülmemesi ayırıcı tanıda yardımcıdır. Herpetik iridosiklitlerdeki iris atrofi geri dönüşümsüz iken, BAİD’te depigmentasyon alanında yavaş ama belirgin repigmentasyon gözlenir ⁽²⁾.

Akut başlangıçlı bilateral pigment dispersionu, trabekuler ağda pigment birikimi ve kornea endotelinde gözlenen pigment presipitatları tablonun pigment dispersiyon sendromuyla karıştırılmasına neden olabilir. Ancak hastalarda pigment dispersiyon sendromunun diğer özellikleri olan lens ön kapsülünde, zonüllerde ve iris stromasında pigment birikimi, iris konkavitesi veya iris transillimünasyon defekti gözlenmez ⁽⁸⁾.

Vogt-Kayanagi-Harada hastalığında da ender olarak bilateral iris depigmentasyonu gözlenebilir ^(9,10).

Bu hastalıkta gözlenen iris transillimünasyonu, iriste posterior sineşi, koroidal depigmentasyon ve kronik intraoküler inflamasyon BAİD’te görülmez ⁽²⁾.

BAİD tanısı konulurken heterokromi yapan nedenlerde ayırıcı tanıda düşünülmalıdır. Bu nedenlerden olan Horner sendromunun tek taraflı olması, miosis ve pitozis izlenmesi BAİD’ten ayrılmasına yardımcı olur ⁽¹¹⁾. Kronik bir süreç olan Fuchs üveitinde ise olguların %90’dan fazlası unilateraldir. Ayrıca kornea endotelinde inflamatuvar keratik presipitatlar, ön kamarada ve vitreusta inflamatuvar hücreler mevcuttur ⁽¹²⁾.

Oral moksifloksasin kullanımı sonrası iris transilimünasyonu ve persistan midriyazis ile üveit benzeri bir tablo gelişebilir ⁽¹³⁾. Tranos et al. ⁽¹⁴⁾ yayınladığı bir olgu sunumunda oral klaritromisin kullanımı sonrası bilateral diffüz iris atrofi gelişen bir hastadan söz etmiştir. Olgunun muayenesinde bilateral ön kamarada pigment dispersiyonu, iris transilimünasyonu ve vitritis saptamıştır. Çalışmamızdaki Olgu 1’in 10 günlük amoksisilin klavulanat ve parasetamol kullanım öyküsü mevcuttu. Olgu 2’nin ise ilaç kullanım öyküsü yoktu. İki olguda da iris transilimünasyonu, persistan midriyazis ve vitritis saptanmadı.

Göktas, BAİD tanılı bir hastanın tedavi ve takip sürecini anlattığı bir olgu sunumunda bu hastalarda yüksek doz topikal steroid kullanmaktan kaçınmak gerektiğini belirtmiştir ⁽³⁾. Çalışmamızdaki ikinci olguda ise topikal steroid dozu ilk azaltıldığında hasta yakınmalarında alevlenme gözlendi. Ayrıca iki olgunun yakınmalarının başladığı tarihler göz önüne alınırsa Olgu 2’ye yaklaşık iki hafta önce topikal steroid tedavisi başlanmış oldu ve bu olgudaki iris depigmentasyonunun daha hafif seyrettiği görüldü.

BAİD’in etyopatogenezi hala bilinmemektedir. Tugal-Tutkun et al. ⁽²⁾ solunum yolunu etkileyen bir viral enfeksiyon sonrası nöropatik etki ile tablonun ortaya çıkıyor olabileceğini düşünmüştür. Çalışmamızdaki iki olguda da oküler bulguların ortaya çıkışından önce üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü bulunması, olguların aynı şehirde yaşamaları ve yakın zamanlarda klinik tablonun ortaya çıkması tablonun enfeksiyöz bir duruma reaksiyon olarak

gelişmiş olabileceğini düşündürüyor.

BAİD, son yıllarda ülkemizde tanı konulma sıklığı giderek artan yeni bir klinik tablodur. Özellikle genç kadınları etkileyen, nedeni bilinmeyen ve kendini sınırlayan bir durumdur. Semptomların tedavisinde topikal steroidler etkilidir. İridosiklitler, pigment dispersiyonu yapan hastalıklar ve iris atrofisinin görüldüğü durumlarla karışabilmektedir. Bu hastalıkların ayırıcı tanısı yapılırken kesinlikle BAİD’te göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Tugal-Tutkun I, Urgancioglu M. Bilateral acute depigmentation of the iris. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2006;244:742-746. <http://dx.doi.org/10.1007/s00417-005-0137-x>
2. Tugal-Tutkun I, Araz B, Taskapili M, Akova YA, Yalniz-Akkaya Z, Berker N ve ark. Bilateral acute depigmentation of the iris: report of 26 new cases and four-year follow-up of two patients. *Ophthalmology* 2009;116:1552-1557. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ophtha.2009.02.019>
3. Goktas A, Goktas S. Bilateral acute depigmentation of the iris first misdiagnosed as acute iridocyclitis. *Int Ophthalmol* 2011;31:337-339. <http://dx.doi.org/10.1007/s10792-011-9452-x>
4. Liesegang TJ. Classification of herpes simplex virus keratitis and anterior uveitis. *Cornea* 1999;18:127-143. <http://dx.doi.org/10.1097/00003226-199903000-00001>
5. Van der Lelij A, Ooijman FM, Kijlstra A, Rothova A. Anterior uveitis with sectoral iris atrophy in the absence of keratitis: a distinct clinical entity among herpetic eye diseases. *Ophthalmology* 2000;107:1164-7110. [http://dx.doi.org/10.1016/S0161-6420\(00\)00115-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0161-6420(00)00115-9)
6. Siverio CD Jr, Imai Y, Cunningham ET Jr. Diagnosis and management of herpetic anterior uveitis. *Int Ophthalmol Clin* 2002;42:43-48. <http://dx.doi.org/10.1097/00004397-200201000-00007>
7. Nakamura M, Tanabe M, Yamada Y, Azumi A. Zoster sine herpette with bilateral ocular involvement. *Am J Ophthalmol* 2000;129:809-810. [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9394\(00\)00404-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9394(00)00404-9)
8. Gillies WE, Brooks AM. Clinical features at presentation of anterior segment pigment dispersion syndrome. *Clin Exp Ophthalmol* 2001;29:125-127. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1442-9071.2001.00391.x>
9. Attia S, Zaouali S, Bettaieb A, Yahia SB, Khairallah M. Peripheral iris depigmentation and ocular hypotony: result of the natural course of non-treated Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) disease. *Int Ophthalmol* 2007;27:221-222. <http://dx.doi.org/10.1007/s10792-007-9048-7>
10. Suhler EB, Buggage RR, Nussenblatt RB, Neumann R. Symmetric peripheral iris depigmentation in Vogt-Koyanagi-Harada Syndrome. *Arch Ophthalmol* 2002;120:1104-1105. <http://dx.doi.org/10.1001/archophth.120.8.1104>
11. Walton KA, Buono LM. Horner syndrome. *Curr Opin Ophthalmol* 2003;14:357-363. <http://dx.doi.org/10.1097/00055735-200312000-00007>
12. Jones NP. Fuchs’ heterochromic uveitis: a reappraisal of the clinical spectrum. *Eye* 1991;5:649-661. <http://dx.doi.org/10.1038/eye.1991.121>
13. Wefers Bettink-Remeijer M, Brouwers K, van Langenhove L. Uveitis-like syndrome and iris transillumination after the use of oral moxifloxacin. *Eye (Lond)* 2009;23:2260-2262. <http://dx.doi.org/10.1038/eye.2009.234>
14. Tranos P, Nasr MB, Asteriades S, Vakalis A, Georgalas I. Bilateral diffuse iris atrophy after the use of oral clarithromycin. *Cutan Ocul Toxicol* 2014;33:79-81. <http://dx.doi.org/10.3109/15569527.2013.802696>