

Bölüm 13

ARTERİTİK İSKEMİK OPTİK NÖROPATİLER/ DEV HÜCRELİ ARTERİT

Burak ERDEM¹

GİRİŞ

Arteritik iskemik optik nöropatilerin sebebi temel olarak dev hücreli arterit (DHA) veya temporal arterittir. DHA ağırlıklı olarak aort ve majör dalları olmak üzere büyük ve orta büyüklükteki arterleri etkileyen granümatöz bir vaskülitir. DHA 50 yaşından büyük bireylerde görülür ve 8. dekada görülme sıklığı zirveye ulaşır. Tahmini yıllık insidans 50 yaşın üzerinde 100,000'de 1-30 arasındadır. Kadınlar erkeklere göre daha sık etkilenir (1). Klasik olarak şiddetli bir akut faz yanıtı ile birlikte baş ağrısı, kafa derisi hassasiyeti, çene kladikasyonu ve görme bozuklukları ile birlikte ortaya çıkar (2). Halsizlik, yorgunluk, ateş, proksimal eklem ağrısı, miyalji gibi semptomları içeren polimiyaljiya romatika (PMR) ile birlikte görülür. PMR' nin özellikleri tanı sırasında DHA' lı hastaların% 40-60 'ında görülür ve PMR' li hastaların %16-21' inde DHA vardır (3). **Tablo 1'** de DHA hastalarında görülen semptomlar oranlarıyla birlikte gösterilmiştir. DHA' lı hastalar çoğunlukla yüksek eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve C-reaktif protein (CRP) değerlerine sahiptir (4). Temporal arter biyopsisinde (TAB) arter duvarı T lenfositler, makrofajlar ve birden fazla çekirdeği olan dev hücrelerle infiltrasyona uğramıştır. Araştırmalar damar duvarlarında bulunan dendritik hücrelerin, makrofajların ve T hücrelerin toplanmasıyla sonuçlanan bir patolojik kaskadı başlatabileceğini ortaya koymuştur. Bu patolojik kaskada karşı başlatılan kuvvetli immün yanıtı interlökin(IL)-6, yardımcı T hücresi(Th)-17, IL-17 veya IL-21 aracı olmaktadır. Bu mediatörler glukokortikoidler ile baskılanarak DHA kontrol altına alınmaya çalışılmaktadır ve son zamanlarda FDA onayı alan IL-6 inhibitörü Tocilizumab bu hastalığın tedavisi için oldukça umut verici gözükmektedir (5).

¹ Op. Dr. Burak ERDEM, Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
burakerdem89@gmail.com

Arteritik Posterior İskemik Optik Nöropati (A-PION)

DHA ile ilişkili optik nöropatinin daha az sıklıkla görülen bir nedeni ise A-PION' dir. A-AION optik sinir başı kanlanması bozulduğunda görülürken A-PION ise optik sinirin intraorbital, intrakanaliküler ve intrakranial iskemisinde görülür. A-PION' daki iskemi bölgesi nedeniyle optik sinirde oluşan hasar fundoskopik olarak görünmez ancak ilerleyen dönemde optik sinirdeki iskemiyeye bağlı olarak optik atrofi gelişebilir. A-PION vakalarında hastalar A-AION ile benzer semptomlar gösterir ve benzer şekilde azalmış görme keskinliği, anormal görme alanı defektleri ve rölatif afferent pupil defekti vardır. Bu nedenle, akut görme kaybı ve normal görünen bir optik sinir ile başvuran yaşlı hastalarda eğer sistemik DHA semptomları da varsa A-PION' dan şüphelenilmelidir. Difüzyon ağırlıklı MR görüntüleme, A-PION' un akut fazında optik disk normal görünümdeyken tanı koymada yardımcı olabilir. Tedavisi A-AION ile aynıdır. Genellikle sistemik steroid tedavisi ile görsel bir iyileşme sağlanamaz. Birincil hedef, etkilenen gözde daha fazla görsel kaybın önlenmesi ve diğer gözün korunmasıdır.

SONUÇ

Kliniğe ani ağrısız görme kaybı ile başvuran 50 yaş üstü hastalarda DHA her zaman akılda tutulması gereken acil bir oftalmolojik durumdur. DHA' nın erken tanı ve tedavisi özellikle kontralateral gözün korunması için önem arz eder. Yüksek doz steroid tedavisiyle bu hastalarda başarılı sonuçlar almak çoğu zaman mümkündür. Steroid tedavisine yanıt alınamayan hastalarda ise steroid tedavisine alternatif olabilecek diğer tedavi seçenekleri göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Dev hücreli arterit, arteritik iskemik optik nöropati

KAYNAKLAR

1. De Smit E, Palmer AJ, Hewitt AW. Projected worldwide disease burden from giant cell arteritis by 2050. *J Rheumatol.* 2015;42(1):119-25 doi:10.3899/jrheum.140318
2. Borchers AT, Gershwin ME. Giant cell arteritis: a review of classification, pathophysiology, geoepidemiology and treatment. *Autoimmun Rev.* 2012;11:A544-54
3. Buttgerit, F, Dejaco C, Matteson EL, et al. Polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis: a systematic review. *JAMA.* 2016;315:2442-2458
4. Makol A, Matteson EL. Utility of C-reactive protein in the diagnosis of giant cell arteritis: better than the erythrocyte sedimentation rate? *Int J Clin Rheumatol.* 2012;7(3):247-250
5. Vionnet J, Buss G, Mayer C, et al. Tocilizumab for giant cell arteritis with corticosteroid-resistant progressive anterior ischemic optic neuropathy. *Joint Bone Spine.* 2017;84(5):615-619
6. Carmona FD, Martin J, Gonzalez-Gay MA. Genetics of vasculitis. *Curr Opin Rheumatol* 2015;27(1):10-17
7. De Smit E, O'Sullivan E, Mackey DA, et al. Giant cell arteritis: ophtalmic manifestations of a systemic disease. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2016;254(12):2291-2306
8. Pellegrini M, Giannaccare G, Bernabei F, et al. Choroidal Vascular Changes in Arteritic and Non-arteritic Anterior Ischemic Optic Neuropathy. *Am J Ophthalmol.* 2019;205(4):43-49

9. 9. Hayreh SS, Podhajsky PA, Zimmerman B. Ocular manifestations of giant cell arteritis. *Am J Ophthalmol.* 1998;125(4):509–520
10. 10. Neil R. M, Nancy J. N, Valerie B. (2005). *Walsh & Hoyt's Clinical Neuro-Ophthalmology*, 6th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia,.
11. 11. Hayreh SS. Management of ischemic optic neuropathies. *Indian J Ophthalmol.* 2011;59(2):123-36. doi: 10.4103/0301-4738.77024.
12. 12. Gupta PK, Asrani S, Freedman SF, et al. Differentiating glaucomatous from non-glaucomatous optic nerve cupping by optical coherence tomography. *Open Neurol J.* 2011;5:1–7. doi:10.2174/1874205X01105010001
13. 13. Kermani TA, Schmidt J, Crowson CS, et al. Utility of erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein for the diagnosis of giant cell arteritis. *Semin Arthritis Rheum.* 2012;41(6):866–871. doi:10.1016/j.semarthrit.2011.10.005
14. 14. Hunder GG, Bloch DA, Michel BA, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of giant cell arteritis. *Arthritis Rheum.* 1990;33(8):1122–1128
15. 15. Remond P, Attyé A, Lecler A, et al. The Central Bright Spot Sign: A Potential New Imaging Sign for The Early Diagnosis of Anterior Ischemic Optic Neuropathy Due To Giant Cell Arteritis. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2017;38(7):1411-1415.
16. 16. Monti S, Floris A, Ponte C, et al. The use of ultrasound to assess giant cell arteritis: review of the current evidence and practical guide for the rheumatologist. *Rheumatology (Oxford).* 2018;1;57(2):227-235.
17. 17. Gaier ED, Gilbert AL, Cestari DM, et al. Optical coherence tomographic angiography identifies peripapillary microvascular dilation and focal non-perfusion in giant cell arteritis. *Br J Ophthalmol.* 2018;102(8):1141-1146.
18. 18. Mahr AD, Jover JA, Spiera RF, et al. Adjunctive methotrexate for treatment of giant cell arteritis: an individual patient data meta-analysis. *Arthritis Rheum.* 2007;56(8):2789-97.