

BÖLÜM 2

BİLATERAL AKUT İRİS TRANSİLLUMİNASYON SENDROMU

Ahmet KADERLİ¹

GİRİŞ

Bilateral akut iris transilluminasyon sendromu (BAIT), ilk olarak 2004 yılında Bringas Calvo ve ark. tarafından tanımlanmıştır. (1) 2011 yılında Tugal-Tutkun ve ark.'nın 26 olguluk geniş serisi ile devam eden süreçte, sendromla ilişkili vakaların çoğu Türkiye'den literatüre geçmiştir. (2) Olguların büyük çoğunluğunu 30-40'lı yaşlarındaki kadınlar oluşturur ve genellikle üst solunum yolu hastalıklarını ya da sistemik antibiyoterapi kullanımını, özellikle moksifloksasin, takip eder. (3, 4)

Bilateral akut iris depigmentasyonu (BADI) ve BAIT, aynı spektrumun devam eden durumlarını tanımlar. BADI, transilluminasyon veya pupiller sfinkter defekti olmaksızın akut başlangıçlı iris depigmentasyonunu tanımlarken, BAIT pupiller defekte de yol açar. (2) Bu iki sendromda da meydana gelen pigment dağılımı iris pigment epiteli ve stromasından kaynaklanır. (5) Dağılan pigment depozitleri trabeküler ağrı tıkır ve, BADI'de daha nadir olmakla birlikte, genellikle göz içi basıncında (GİB)'da artışa yol açar. (6)

ETYOLOJİ

Etyoloji kesin olarak belirlenememekle birlikte, birçok rapor önceden kullanılmış antibiyoterapiyi (özellikle oral moksifloksasin) işaret eder. (7) Bazı yazarlar ise BAIT başlangıcından önce üst solunum yolu enfeksiyonlarını belirtmişlerdir. Ön kamara örneklerinden çalışılan PCR'larda HSV, VZV, EBV ve CMV genellikle negatiftir. (2)

TANI, TEDAVİ VE PROGNOZ

Klinik öykü genellikle benzerdir. Orta yaşlı bir kadın olguda akut şekilde başlayan masif, bilateral irregüler iris depigmentasyonu- transilluminasyonu ve oküler hipertansiyon ile kendini gösterir. Ayrıca trabekülüm pigmentasyonu ve yarı midri-

¹ Dr. Öğr Üyesi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları AD. akaderli@hotmail.com

azis ile ilişkili rölatif pupiller atoni de çoğu olguda saptanır. Topikal antiinflamatuvar ve antiglokomatöz ilaçların başlanmasıyla klinik bulgular birkaç hafta ile birkaç ay arasında geriler. Ancak iris transilluminasyonu ve kronik fotofobi kalıcıdır. Sendromun temel semptomları arasında; konjonktival hiperemi (%100), fotofobi (%88), göz ağrısı (%38) ve bulanık görme (%27) bulunmaktadır. Yarıklı lamba biyomikroskopi muayenesinde ise, Descemet arkası presipitasyonlar, Krukenberg içiği, ön kamarada pigmente partikül mevcudiyeti görülebilir. (2)

Olgular genellikle topikal veya oral kortikosteroidlerle tedavi edilir. Oküler hipertansiyon gösteren olgularda medikal veya cerrahi göz içi basınç düşürücü tedaviler de eklenmektedir. (8, 9)

AYIRICI TANI

BAIT'e çok yakın olan ve birçok ortak noktası bulunan BADI sendromu dışında, hastalığın klinik prezentasyonu, iris depigmentasyonuna yol açan diğer etyolojilerden ayırmayı kolaylıkla sağlar. Pigment dispersiyon sendromu da transilluminasyon gösteren bilateral ve simetrik iris depigmentasyonu gösterir ancak daha az diffüzdür ve irisin midperiferinde ve radyal şekildedir. (10) Ayrıca semptomatolojisi BAIT'e göre daha az patlayıcıdır. Psödoeksfoliyasyon sendromu da, yine iris depigmentasyonuna neden olabilir ancak genellikle peripupillerdir ve mikrofibriler birikimlerle ilişkilidir. (11) Viral orijinli (VZV, HSV, CMV) ve HLA B27 (+) üveitler ayırıcı tanıya girse de, ciddi bilateral depigmentasyon göstermemesi ve BAIT'de görülmeyen inflamatuvar bulgularla ilişkili olmasıyla farklıdır. (12)

KORUNMA VE HASTALIĞIN REHABİLİTASYONU

Bahsedilen unsurlar ve etyopatolojik faktörler göz önüne alındığında, hastalığın önlenmesindeki zorluklar farkedilmektedir. BADI veya BAIT'den şüphelenildiğinde, moksifloksasin duyarlılığı olan olgularda acilen antibiyoterapinin kesilmesi akılcı bir yaklaşım olabilir. Bununla birlikte, çoğu olguda BAIT'in gelişmesi üst solunum yolu enfeksiyonu veya sistemik kullanılan antibiyoterapilerden birkaç hafta sonra gelişir, bu durum ilacın kesilmesini mümkün kılmaz. BAIT semptomlarının hekimler tarafından tanınmaya başlanmasıyla başlangıç tanıda güçlük çekilmemeye başlanacaktır ve bu durum uygun tedaviye, özellikle antiglokomatözlere, erkenden ulaşmayı sağlayacaktır. BAIT sonrası rehabilitasyon ise pratikte kronik transilluminasyona bağlı persistan fotofobi ve kronik ilişkili hipertoniye yönelik olacaktır. Fotofobi rehabilitasyonu terapötik renkli kontakt lensleri veya katarakt cerrahisi sırasında renkli kristalin lenslerin implantasyonu-

nu içerir. Hipertoni için ise kronik medikal ilaç kullanımı veya filtran cerrahiler gerekecektir.

BAIT'den şüphelenilen olgularda, moksifloksasinin yeni kullanımından kaçınmak amacıyla özel dikkat önerilmelidir. (13)

SONUÇ

BAIT, temel olarak orta yaşlı, fakik kadınları etkileyen ve bazı olgularda sistemik moksifloksasin kullanımı ya da üst solunum yolu enfeksiyonunu takip eden yeni bir klinik antitedir. Farmakodinamik çalışmalar özellikle iris dokusu melaninine karşı florokinolonların tropizmini göstermiştir. Ana komplikasyonları basit medikal tedaviye dirençli göz içi basıncı yüksekliği, yeterli düzeltilmiş görme keskinliği sağlanmasına rağmen ciddi uzun dönem rahatsızlığa neden olan persistan fotofobidir. BAIT ve BADI sendromları arasındaki ilişki yakın zamanda tanımlanmıştır. Olası etyopatolojik bağlantıları da ilişkili görünmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bringas Calvo R, Iglesias Cortinas D. [Acute and bilateral uveitis secondary to moxifloxacin]. Arch Soc Esp Oftalmol. 2004;79(7):357-910.4321/s0365-66912004000700011.
2. Tugal-Tutkun I, Onal S, Garip A, et al. Bilateral acute iris transillumination. Arch Ophthalmol. 2011;129(10):1312-910.1001/archophthalmol.2011.310.
3. Tugal-Tutkun I, Urgancioglu M. Bilateral acute depigmentation of the iris. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2006;244(6):742-610.1007/s00417-005-0137-x.
4. Knappe RM, Sayyad FE, Davis JL. Moxifloxacin and bilateral acute iris transillumination. J Ophthalmic Inflamm Infect. 2013;3(1):1010.1186/1869-5760-3-10.
5. Tranos P, Lokovitis E, Masselos S, et al. Bilateral acute iris transillumination following systemic administration of antibiotics. Eye (Lond). 2018;32(7):1190-610.1038/s41433-018-0054-y.
6. Tugal-Tutkun I, Araz B, Taskapili M, et al. Bilateral acute depigmentation of the iris: report of 26 new cases and four-year follow-up of two patients. Ophthalmology. 2009;116(8):1552-7, 7 e110.1016/j.ophtha.2009.02.019.
7. Hinkle DM, Dacey MS, Mandelcorn E, et al. Bilateral uveitis associated with fluoroquinolone therapy. Cutan Ocul Toxicol. 2012;31(2):111-610.3109/15569527.2011.617024.
8. Den Beste KA, Okeke C. Trabeculotomy ab interno with Trabectome as surgical management for systemic fluoroquinolone-induced pigmentary glaucoma: A case report. Medicine (Baltimore). 2017;96(43):e793610.1097/MD.0000000000007936.
9. Perone JM, Reynders S, Sujet-Perone N, et al. [Bilateral acute iris transillumination syndrome: Case report]. J Fr Ophthalmol. 2017;40(8):713-610.1016/j.jfo.2017.01.018.
10. Niyadurupola N, Broadway DC. Pigment dispersion syndrome and pigmentary glaucoma--a major review. Clin Exp Ophthalmol. 2008;36(9):868-8210.1111/j.1442-9071.2009.01920.x.
11. Aboobakar IF, Johnson WM, Stamer WD, et al. Major review: Exfoliation syndrome; advances in disease genetics, molecular biology, and epidemiology. Exp Eye Res. 2017;154:88-10310.1016/j.exer.2016.11.011.
12. Seve P, Cacoub P, Bodaghi B, et al. Uveitis: Diagnostic work-up. A literature review and recommendations from an expert committee. Autoimmun Rev. 2017;16(12):1254-6410.1016/j.autrev.2017.10.010.
13. Perone JM, Chaussard D, Hayek G. Bilateral acute iris transillumination (BAIT) syndrome: literature review. Clin Ophthalmol. 2019;13:935-4310.2147/OPHTH.S167449.