

## Gebelik Toksemisinde Gelişen Bilateral Eksudatif Retina Dekolmanı\*

Dr. Hakkı BİRİNCİ, Dr. İhsan ÖGE

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, SAMSUN

- ✓ Gebelik toksemilerinde eksudatif retina dekolmanı nadir olarak oluşabilmektedir. Bu yazıda preeklampsi olan iki hastada gelişen bilateral eksudatif retina dekolmanı bildirilmiştir. Her iki hastada da gebelikte hipertansiyon hikayesi vardı. Toksemi nedeni ile sezaryen yapılan hastalarda postoperatif dönemde her iki gözde de makulayı içine alacak şekilde eksudatif retinal dekolman gelişti. Görme 1-2 metreden parmak sayma (MPS) seviyelerine indi. Gebeliğin sonlandırılmasını takiben toksemi bulguları hızla geriledi. Buna paralel olarak dekolmanda da hızla rezolüsyon görüldü. Postoperatif 10. günde görme keskinliği 1. hastada: sağ göz:0.5, sol göz: 0.4, 2.hastada postoperatif 12. günde: sağ göz: 0.7, sol göz:0.5 seviyelerine yükseldi. Bununla birlikte geç dönemde iki hastada da retinada kalıcı pigment düzensizliği oluştu. Gebelik toksemilerinde nadiren eksudatif retina dekolmanı gelişebilmekte ve genellikle toksemi bulgularının düzelmesi ile görmeye ciddi bir bozukluk bırakmadan spontan düzelmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Gebelik toksemisi, puerperium, eksudatif retina dekolmanı

- ✓ **Bilateral Exudative Retinal Detachment in Toxemia of Pregnancy**  
Exudative retinal detachment is a rare entity in toxemia of pregnancy. In this study, we reported two cases with bilateral exudative retinal detachment and both had preeclampsia. The patients also have hypertension in pregnancy. In postoperative period exudative retinal detachment including macula was detected in both eyes of all patients with toxemia who had sectio. Vision decreased to the level counting fingers. Signs of toxemia regressed rapidly following sectio. The retinal detachment regressed in parallel to toxemia and visual acuity increased to in the first patient: right eye:0.5, left eye 0.4, in the second patient: right eye: 0.7, left eye:0.5 on the tenth and twelve day postoperative respectively. However, the permanent irregular retinal pigmentation developed in both patients in late period. Bilateral exudative retinal detachment rarely develop in toxemia of pregnancy and vision generally increases spontaneously with the regression of toxemia, without having left any serious damage in vision.

**Key words:** Toxemia of pregnancy, puerperium, exudative retinal detachment

### GİRİŞ

Preeklampsi; gebelikte 3. trimestir sırasında oluşabilen hipertansiyon, proteinüri, genel vücut ödemi ve aşırı kilo alma ile karakterize bir sendromdur. Bu sistemik hastalık anne ve bebeğin hemen her organında bozukluklar oluşturabilen ciddi bir problemdir. Bu tablonun temelinde vücutta şiddetli ve genel vazospazmın olduğu düşünülmektedir<sup>(1,2)</sup>.

detli ve genel vazospazmın olduğu düşünülmektedir<sup>(1,2)</sup>.

Bu sendromda oküler tutulum sıklıkla rapor edilmektedir. Konjonktiva, retina, retinal vasküler yatak, koroid, optik sinir ve vizüel kortekste bozukluklar oluşturabilmektedir. Vizüel sistemde en sık olarak görülen bulgunun retinal damarlarda spazm ve daralma

\* 1998 Bursa XXXII. Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresi'nde sunulmuştur.

olduğu bildirilmiştir. Araştırmacılar retinal damarlardaki daralmanın derecesi ile pre-eklampsinin şiddetinin paralel olduğunu ortaya koymuşlardır<sup>(3,4)</sup>. İlk olarak fokal spazm alanları görülür, preeklampsi ağırlaşınca generalize spazm görülür. Ayrıca retinal hemorajiler, yumuşak eksudalar ve arterioskleroz oluşabilmektedir. Fetal mortalitenin de retinopatinin şiddeti ile doğru orantılı olduğu ortaya konulmuştur<sup>(2,3)</sup>. Son yıllarda nadir olarak retina dekolmanı ve iskemik optik nöropati gibi oküler bozukluklar yayınlanmıştır<sup>(4-12)</sup>.

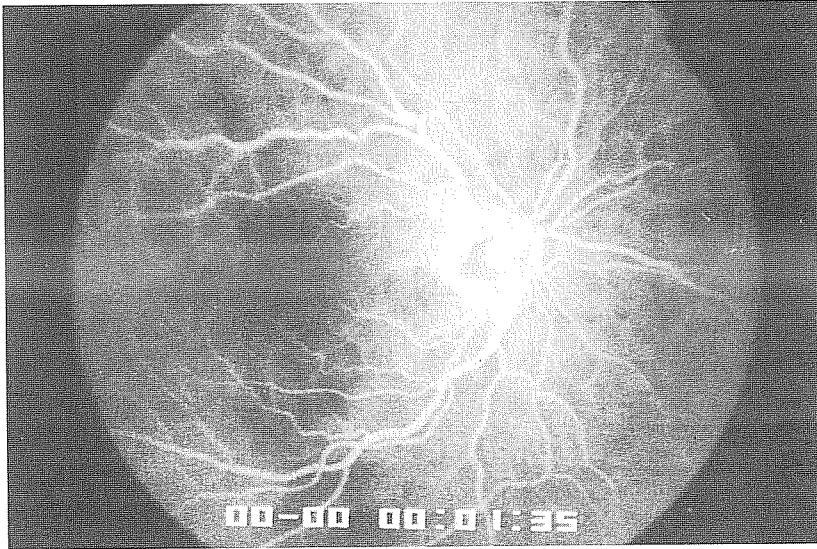
Bu yazıda preeklampsi olan iki hastada gelişen bilateral eksudatif retina dekolmanı bildirilmiş ve sonuçları tartışılmıştır.

## OLGU BİLDİRİMİ

### 1. Hasta:

H.S. 27 yaşında, ilk hamileliği olan hasta 37. haftada ağır preeklampsi, intrauterin ölü fetus ve plasenta dekolmanı tanısı ile Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Servisine yatırıldı. Tansiyon arteriyel (TA) 6. aydan itibaren yüksek seyreden hastada

müracaat tarihinde 170/110 mmHg idi. Hastaya acil MgSO<sub>4</sub> tedavisi başlandı ve acil sezaryen yapıldı. Postop 1. gün baş ağrısı ve görme bulanıklığı olan hastada yapılan oküler muayenede her iki gözde makula alt kısımdan başlayarak alt kadranları içine alan büllöz retina dekolmanı mevcuttu. Görme sağ gözde 1 MPS sol gözde 2 MPS olarak tespit edildi. Hastaya 1 mg/kg oral steroid tedavisi başlandı. Takip eden günlerde MgSO<sub>4</sub> baskısı ile TA normal sınırlarda tutuldu. Postop 3. günde dekole alanda hafif genişleme görüldü. Postop 6. günde her iki gözdeki dekolmanda gerileme oluştu, retina alt kadranlarda ödemli ve kırışık görünümde idi, görme 3-4 MPS seviyelerine yükseldi. Postop 10. gün eski dekole alanlar yatışık, görme sağda 0.5 solda 0.4, retina hafif ödemli olarak tespit edildi. Postop 4. ayda görme sağ gözde 0.7 sol gözde 0.8, her iki gözde alt kısımlarda daha fazla olmak üzere pigment düzensizliği mevcuttu. FFA'da her iki gözde pigment epitel düzensizliği izlendi. Sağ göz FFA'sı şekil 1'de gösterilmiştir. Otomatik perimetre ile yapılan



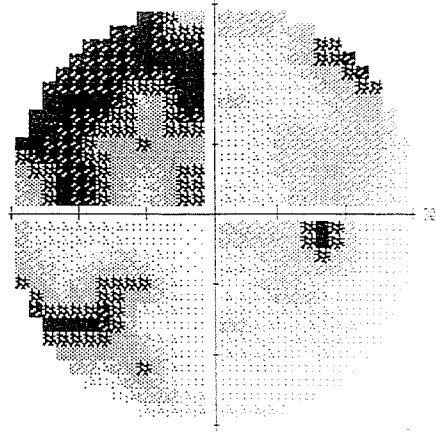
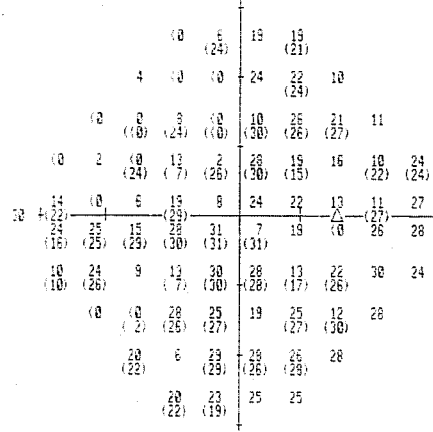
Şekil-1. I. Vakanın sağ göz FFA görünümü.

Pigment epiteli düzensizliğine bağlı koroid floresansı düzensiz olarak seçilmektedir.

görme alanında özellikle sağ gözde alt temporale uyan bölgede daha bariz gözlenen intensite azalması olduğu görüldü. Sağ göz görme alanı şekil 2, Sol göz görme alanı şekil 3'de görülmektedir.

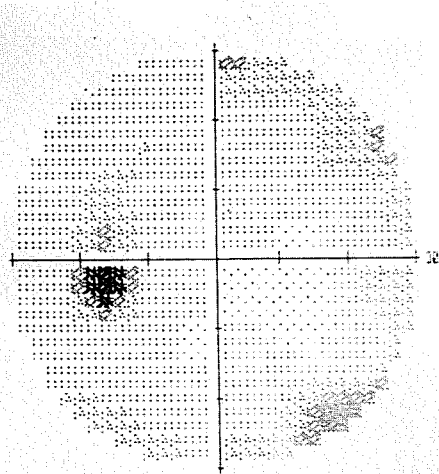
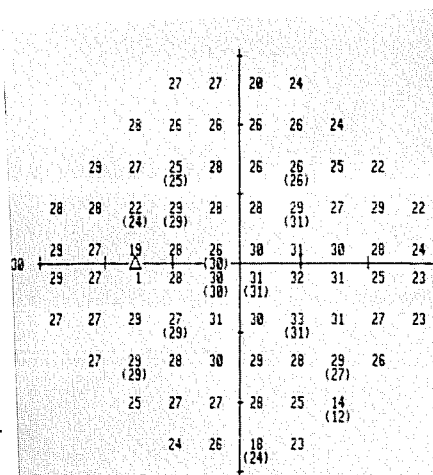
## 2. Hasta:

H.D. 29 yaşında ilk hamileliği olan hastaya devlet hastanesinde ağır preeklampsi tanısı ile 38. haftada sezaryen yapıp (2900 gr ağırlığında sağlıklı kız bebeği) postop 3.



Şekil-2. I. Vakanın sağ göz görme alanı

Özellikle alt temporale bölgede periferik görme alanı defektleri seçilmektedir.



Şekil-3. I. Vakanın sol göz görme alanı

Görme alanı normal olarak değerlendirilmiştir.

gün hastanemize sevk edildi. Postop 2. günden sonra görme bulanıklığı şikayeti oluşan hastanın yapılan oftalmolojik muayenesinde sağ göz: görme 4 MPS, alt temporal alanda seröz dekolman var ve retina ödemli, Sol göz: görme 1 MPS, alt kısımlarda yoğunlaşan makulayı da içine alan eksudatif dekolman vardı. Gebeliğinin 3. trimestrinde hipertansiyon atakları tarif eden hastada postop  $MgSO_4$  baskısı ile TA normal seyretti. Postop 6. günde dekolman'da gerileme görüldü, görme sağ gözde 5 MPS, sol gözde 2 MPS'ye yükseldi. Postop 12. gün görme sağ gözde 0.7, sol gözde 0.5 idi, dekolman alan yatışmıştı, retina soluk görünümdeydi. Postop 3. ay görme sağ gözde 0.9, sol gözde 0.7, her iki gözde özellikle alt kısımlarda pigment epitel düzensizliği ve sol gözde makular alanda druzenler görüldü. Periferik görme alanında özellikle alt temporal kadranlara uyar tarzda defektler vardı.

### TARTIŞMA

Sağlıklı kadınlarda preeklampsisi genellikle ilk gebelikte ve diabetes mellitus, kronik hipertansiyon veya renal hastalığı olanlarda daha sık görülür<sup>(1)</sup>. Oküler semptomlar preeklampsili hastaların yaklaşık %25'inde görülür<sup>(3)</sup>.

Preeklampside körlüğe kadar varabilen ciddi görme kaybı olabildiği bildirilmektedir. Buna yol açan sebeplerden biri kortikal körlüktür. Bu körlük serebral vazospazm ve ödeme bağlı olarak gelişmekte ve kalıcı olabilmektedir. Ayrıca preeklampside retinal arteriollerde diffüz spazm, santral retinal arter trombozu, iskemik optik nöropati, ve papilloflebit gelişerek görme ciddi olarak tehdit edilebilir. Yine preeklampsili hastalarda akut görme kaybı oluşturan sebeplerden biri de bilateral eksudatif retina dekolmanıdır. Seröz eksudatif retina dekolmanlarının preeklampside %1 oranında görüldüğü bildirilmekte ve

bu oran eklampitik hastalarda daha da artmaktadır<sup>(2,4,5)</sup>. Bizim olgularımızda da her iki gözde ani görme kaybı ile kendini belli eden bilateral eksudatif retina dekolmanı mevcuttu.

Bilateral eksudatif retina dekolmanı teşhis edilen her iki hastada da fundus muayenesinde retinal arteriyel yapılarda ağır hipertansif retinopati bulguları (hemoraji, eksuda, papilödem...) yoktu. Retina dekolmanı gelişen preeklampsili hastalarda genellikle hipertansiyon hikayesi olmakla birlikte hipertansif arteriyel değişikliklerle dekolman arasında direkt ilişki kurulamamıştır<sup>(1,5,6)</sup>. Gitter ve arkadaşları da eklampside eksudatif retina dekolmanı gelişiminin hipertansif retinopatinin şiddetine bağlı olmadığını bildirmişlerdir<sup>(13)</sup>. Oliver ve arkadaşları da<sup>(6)</sup> hipertansif retinopati bulguları olmaksızın eksudatif retina dekolmanı gelişen eklampitik bir vaka yayınladılar. Brismar ve ark. da<sup>(4)</sup> hipertansiyonu olmayan nontoksemik bir gebede gelişen bilateral eksudatif dekolmanı yayınladılar. Bu vakalar da göstermektedir ki eksudatif retina dekolmanlarının gelişiminden hipertansiyon tek başına sorumlu değildir.

Eksudatif retina dekolmanına koroidal vasküler yapıdaki bozuklukların yol açtığı pek çok araştırmacı tarafından ileri sürülmektedir<sup>(1,4,6,7)</sup>. Floresein anjiyografi ile koroidal nonperfüzyon alanları, koriokapillarisin dolmasında gecikme<sup>(8,13)</sup>, retinal pigment epitelial harabiyet ve subretinal alana multipl sızıntı odaklarının varlığı<sup>(6)</sup> gösterilmiştir. Bazı hastalarda dekolmanın rezolüsyonunu takiben Elschnig spotları denilen koroidal infarktlar görülebilmektedir<sup>(5,14)</sup>. Bu vakalarda genellikle kalıcı pigment epitel değişikliği de gelişmektedir<sup>(4,5,7,9,10,15)</sup>.

Hastaların çoğunda doğumdan sonra bir kaç hafta içinde dekolman tamamen rezorbe olur ve vizüel fonksiyonlar normale döner

(1.3.4.5). Bazı vakalarda ise rezidüel santral pigment epitel değişiklikleri ile görmeye değişik derecelerde bozukluklar kalabilir (1,5,11,16). Oluşan kalıcı pigment epitel değişiklikleri tapetoretinal bozukluklara benzer görünüm oluşturabilir<sup>(6)</sup>. Nadiren dekolmanın rezolüsyonundan sonra optik atrofi rapor edilmiştir. Preeklampside oluşan seröz retina dekolmasının spesifik bir tedavisi yoktur. Ancak eksudatif dekolmanın tespiti annenin görmesini tehdit eden bir durum olduğundan gebelik sonlandırılması için bir endikasyondur (1,6,7,13). Eksudatif retina dekolmanı gelişen hastalarda iyi bir medikal kontrol sağlansa dahi dekolmanın resorbsiyonu tatminkar olmayabilir. Bu vakalarda gebeliğin sonlandırılması ile dekolmanın iyi bir şekilde spontan rezolüsyonu görülmüştür<sup>(1,6)</sup>. Eksudatif retina dekolmasının nadiren doğum sonrası dönemde geliştiği rapor edilmiştir. McEvoy ve ark.<sup>(12)</sup> puerperium da eksudatif retina dekolmanı gelişen bir vaka bildirdiler. Bizim olgularımızın her ikisinde de eksudatif retina dekolmanı puerperiumda teşhis edildi. Ancak gebelik sonlanmadan önce göz konsültasyonu olmadığından dekolmanın gelişim zamanı tam olarak tespit edilemedi. Genel durumun düzelmesi ile iki hastada da hızlı rezolüsyon gerçekleşti.

Uygulanan sistemik steroid tedavisinin eksudatif dekolmanın rezolüsyonuna etkili olmadığı ifade edilmektedir<sup>(4,6)</sup>. Bazı klinisyenlerce sistemik kortikosteroid tedavisi denenmiş ancak bir etkinliğinin olmadığı vurgulanmıştır<sup>(3)</sup>. Uygulanabilecek olan cerrahi müdahalelerin de gereksiz ve sonuçlarının kötü olduğu bildirilmektedir<sup>(6)</sup>. Yücel ve ark. da<sup>(5)</sup> asetozolamid kullanımı ile görsel prognozun olumlu yönde etkilendiği yönünde görüş bildirmişlerdir. Ancak uygulanan tedavilerin etkinliğini gösteren kesin deliller yoktur. Bildirdiğimiz iki vakada da doğumu takiben sistemik durumun düzelmesi ile hızla

rezolüsyon oluştu. I. vakada 1mg/kg dozda sistemik steroid oral olarak verildi ancak bu tedavinin etkili olduğu ve diğer hastaya göre bir avantaj oluşturduğu tespit edilemedi.

Özet olarak; Preeklampside nadiren eksudatif retina dekolmanı gelişebilir. Hipertansiyon sıklıkla bu tabloya eşlik eder. Dekolmanın etiolojisinde koroidal vasküler yapıdaki bozukluklar rol oynar. Sistemik durumun düzelmesi ile 1-2 haftada spontan rezolüsyon oluşur. Rezolüsyon olmayan olgularda gebeliğin sonlandırılması için bir endikasyon oluşturur ve spesifik tedavisi yoktur.

Geliş tarihi : 16.09.1999

Yayına kabul tarihi : 28.01.2000

Yazışma adresi:

Dr. Hakkı BİRİNCİ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

55139 Kurupelit, SAMSUN

## KAYNAKLAR

1. Sunness JS. Pregnancy and retinal disease. In: Ryan SJ. Editors. RetinaSt. Louis: Mosby, 1989; Capter 76: 433-40.
2. Bird AC. Pathogenesis of serous detachment of the retina and pigment epithelium. In: Ryan SJ. Editors. RetinaSt. Louis: Mosby, 1989; Capter 60: 99-104.
3. Jaffe G, Schatz H. Ocular manifestations of preeclampsia. Am. J. of Ophthalmology 1987; 103: 309-15.
4. Brismar G, Schimmelpfennig W. Bilateral exudative retinal detachment in pregnancy. Acta Ophthalmologica 1989; 67: 699-702.
5. Yücel A, Gelişken Ö, Güler K. Preeklampsi, eklampsi oküler komplikasyonları ve tedavi yaklaşımlarımız. XXV. Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresi Bülteni. Cilt-III, s. 268-272, Eylül 1991, İstanbul.
6. Oliver M, Uchenik D. Bilateral exudative detachment in eclampsia without hypertensive rethinopathy. Am. J. of Ophthalmology 1980; 90: 792-6.

7. Bjerknes T, Askvik J, Albrechtsen S, et al. Retinal detachment in association with preeclampsia and abruptio placentae. *Eur J. Obst. Gynecol. Reprod. Biol.* 1995; 60: 91-3.
8. Iida T, Hagimura N, Otani T, et al. Choroidal vascular lesions serous retinal detachment viewed with indocyanine green angiography. *Nippon Ganka Gakkai Zaahi* 1997; 100: 817-24.
9. Singalavanija A, dangosintr N, Namatra C. Retinal detachment in toxemia of pregnancy. *J. Med. Assoc. Thai.* 1989; 72: 597-600.
10. Wang CL. Exudative retinal detachment in the pregnancy-induced hypertension syndrome. *Chun Hua Yen Ko Tsa Chih.* 1992; 28: 77-79.
11. Dornan KJ, Mallek DR, Wittmann BK. The sequelae of serous retinal detachment in preeclampsia. *Obstet. Gynecol.* 1982; 60: 657-663.
12. McEvoy M, Runciman J, Edmonds DK, et al. Bilateral retinal detachment in association with preeclampsia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1982; 21: 246-247.
13. Gitter KA, Hauser BP, Sarin LK, et al. Toxemia of pregnancy. *Arch. Ophthalmol.* 1968; 80: 449.
14. Gaudric A, Binaghi M, Coscas G. Acute choriocapillaris occlusion and Elschnig's spots during a toxemia of pregnancy. *J Fr Ophthalmol* 1981; 4: 223-229.
15. Fastenberg DM, Fetkenhour CL, Choromokos E, et al. Choroidal vascular changes in toxemia of pregnancy. *Am. J. of Ophthalmology* 1980; 89: 362-368.
16. Mabie WC, Ober RR. Fluorescein angiography in toxemia of pregnancy. *Br. J. Ophthalmol.* 1980; 64: 666-71.

