

## PARS PLANİT

**Necdet A. BEKİR\* Ümit DARICI\*\***

**Anahtar Kelimeler:** Pars plana, Pars planitis, Kartopu eksuda, Karyığıni eksuda.

**Key Words:** Pars plana, Pars planitis, Snowball, Snowbank.

### ÖZET:

Bu makalede Pars planitisin etyopatogenezi, kliniği, belirti ve bulguları, komplikasyonları, teşhis yöntemleri ve tedavisi özetlenmiştir.

### SUMMARY:

In this article, the etiopathogenesis, clinical features, findings and symptoms, complications of pars planitis were presented, the diagnostic and therapeutic approaches were stressed briefly.

### GİRİŞ:

Pars planit, uzun süreden beri tanınan fakat etyolojisi halen kesin olarak bilinmeyen, sıklıkla çocuk, adolesan ve genç erişkinleri tutan selim bir hastalıktır. En önemli komplikasyonu kistoid makula ödemi sonucu oluşan hasardır.

Pars planitli hastaların uçuşan veya yüzen cisimciklerden şikayet etmesi, gözün sakin görünmesi, komplikasyon olmadıkça görmeye önemli bir kayba neden olmaması hastalığın tipik özellikleridir.

Hastalığın teşhisi zordur; kesin teşhis, genellikle alt kadranda pars plana ve ora serrata bölgesinde kartopu (snowball) ve karyığıni (snowbank) eksudaların görülmesiyle konur.

Pars planit ilk olarak 1908 yılında Fuchs tarafından tarif edilmiştir, 1941'de Duke-Elder, hastalığın selim karakterini desteklemekle birlikte retina dekolmanı ve makula ödemi bulgularını pars planit tarifine eklemiştir (1). 1947'de Schepens binököler indirekt oftalmoskopiye keşfederek hastalığın tipik snowball, snowbank oluşumlarını görmüş ve tabloya "Periferik Üveit" adını vermiştir (1,2).

1956-1961'de Brockhurst, Schapens ve Okamura pars planitin tam bir tarifini yaptılar (3,4). Hogon ve Kimura 1961'de "Kronik Posterior Siklit" terimini ortaya attı (5,6). 1969'da ise Knox, hastalığın vitreus bazında ve periferik retina venlerinde

\* Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları ABD Yrd.Doç.Dr.

\*\* Elazığ SSK Hastanesi Göz Kliniği Uzm.Dr.

olduğunu söyleyerek "Angiohyalit" terimini teklif ettiler (2). 1981'de Slezok, hastalığa "İntermediar Üveit" adını vermiştir. Günümüzde hastalığa "Pars Planitis" adı verilmekte, diğer üveit ve siklitis tiplerinden ayrı bir hastalık olduğu kabul edilmektedir.

### ETYOPATOGENEZ:

Hastalığın etyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte bu hususta iki ayrı teori ileri sürülmektedir.

**1. OTOİMMÜNİTE:** Bu teoriye göre primer iltihap odağı, pars plana ve ora serrata üzerindeki vitreus bazı ve vitreus korteksidir.

Hastalık bir vitreit olarak başlamakta, sekonder olarak periflebit meydana gelmektedir. Vitreus bazı bölgesindeki artık embriyonel vitreus hücre ve fragmanlarının, parçalanmış nöroretina hücrelerinin otoimmün reaksiyonları başlattığı ileri sürülmüştür (7). İltihabi materyalin alt vitreusta birikmesi, immünolojik yapıların bu bölgede daha yoğun olarak bulunmasıyla izah edilmektedir.

**2. RETİNA VENLERİ PATOLOJİSİ:** Bu teoriye göre, pars planit yaygın retinal vas-külit veya daha özel deyimle periflebittir. İltihabi materyalin altta birikmesi yerçeki-mi ile izah edilmekte, bu olayda intravitreal traktusların yol oynadığı ileri sürülmektedir (8).

### KLİNİK TABLO:

Paras planitin, %4-8 sıklıkta görüldüğü bildirilmiştir (1). Adolesan ve genç erişkinlerin hastalığı olarak kabul edilmekte olup, çocuklarda da sıklıkla görülebilmektedir. Schlaegel, iki cins arasında bir farklılık bulmamış, Martenet ise erkeklerde iki kere daha sık görüldüğünü ileri sürmüştür (1,2). Hastalık %67-73 oranında iki taraflı olabilir (Schlaegel, Simith, Godfrey, Kimura) (1,2,6).

### BELİRTİ VE BULGULAR:

**BELİRTİLER:** Pars planitte belirtiler yavaş ve sinsidir; tipik olarak yüzen cisimlerden ve bulanık görmeden şikayet ederler. Göz genellikle sakin olup irritasyon azdır. Semptomsuz vakalarda olabileceği bildirilmiş, komplikasyonların gelişmesiyle çeşitli semptomlar da ilave olur.

**BULGULAR:** Pars planitte bulguları üç ana grupta toplamak mümkündür.

**1. Ön Segment Bulguları:** Pars planitte ön kamera reaksiyonu çok azdır. Keratit prespitat periferik ön ve arka sineşi az görülen bulgulardır. Çok ileri dönemlerde band keratopati oluşabileceği bildirilmiştir. Vitreus reaksiyonu retrolental bölgede ve ön vitreusta daha belirgindir. Hastalığıdaki yüzen cisimcikler şikayetinin ana nedeni bu hücrelerdir; tüm tedaviye rağmen tamamen kaybolmaları zordur. Lensde arka subkapsüler opasiteler başlayarak tüm kortekse yayılır, katarakt gelişimi pars planite bağlı olduğu gibi steroid tedavisine de bağlı olabilir ve cerrahiye iyi cevap

verir (9).

**2. Ora Serrata Bölgesi Bulguları:** Pars plana, vitreus bazı ve periferik retinayı içine alan bölgede, pars planit için tipik ve patognomonik olan kartopu ve karyığı şeklinde eksuda oluşumları görülür; bunlar intravitreal ve preretinal olarak yerleşerek pars plana ve periferik retina yayılabilirler. İlk lezyonlar, vitreus bazında ora serratanın periferik retina tarafından ortaya çıkar. Bu eksudalar, skleral depresyonla birlikte üç aynalı kontakt lens veya binoküler indirekt oftalmoskopun kullanılmasıyla görülür.

**3. Arka Segment Bulguları:** Erken dönemde ora serrata bölgesinde birkaç snowball eksuda görülür; bunlar sarı-gri, globuler ve oldukça sferik yapılardır ve periferik retina venüllerinin terminal dallarındaki kılıflanma ile birlikte. Bu eksudaların periflebit odakları boyunca yerleştiği dikkati çeker. Olayın devam etmesi, eksudaların birleşmesine ve masif plakların oluşmasına neden olur. Bu plakların birleşmesi ile snowbank adı verilen band şeklinde geniş eksudatif yapılar ortaya çıkar. Muayenede, ora serrata bölgesindeki anatomik oluşumların snowbank ile örtülmüş olduğu izlenir. Bu dönemde eksudalar üst kadranda da görülmeye başlar. Tıkanmış damarların arka segmente doğru ilerlemesi optik atrofiye neden olur. Snowbanklar üzerinde oluşan neovaskularizasyonlar vitreus kanamalarına, snowbanklardan arkaya uzanan bantlar ise retina dekolmanına yol açar (10, 11, 12). Son dönemde snowbankların tüm ora serrata bölgesinde halka şeklinde yapı oluşturması ve bunların ortaya doğru ilerlemesiyle siklitik membranlar oluşur.

KLİNİK TABLO:

### KOMPLİKASYONLAR:

Smith; Godfrey ve Kimura 1976 yılında pars planitli 100 hastanın 182 gözünde görülen komplikasyonları şu şekilde bildirmişlerdir (13):

#### Komplikasyonlar

Oran (%)

1. Katarakt	42
2. Makula Dejenerasyonu	28
3. Bant Keratopati	9
4. Glukom	8
5. Retina Dekolmanı	5
6. Retinoskizis	4
7. Vitreus Hemorajisi	3
8. Retina Hemorajisi	3
9. Retinit Pigmentere Benzer Pigmentasyon	1
10. Disk Neovaskularizasyonu	Nadiren

Görüldüğü gibi pars planitin en sık rastlanan komplikasyonları katarakt ve makula dejenerasyonudur.

**TANI:**

1. Skleral depresyonla birlikte binoküler indirekt oftalmaskopi, skleral depresyonla birlikte Goldman'ın üç aynalı kontakt lensi ve biomikroskopi ile snowball ve snowbankların görülmesi tanıda önemlidir.

2. Floresein fundus angiografi, teşhis ve komplikasyonların ortaya çıkarılmasında önemlidir. Papilla ve Maküla patolojileri, vaskülit en iyi bu metotla tesbit edilir. İnt-ravenöz olarak verilen floreseinin vitreusa çok miktarda kaçak yaptığı izlenir. Kistik maküla ödemi hastalığın önemli bir özelliği olup görme azalmasının en önemli nedenidir (10).

**AYIRICI TANI:**

Ayırıcı tanıda, maküla ödemi, periferik retinada periflebit, ora serrata bölgesinde kartopu eksudalar (Snowball) ve karyığını eksudalar (Snowbank) oluşturan hastalıklar önemlidir.

Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklar:

- Behçet hastalığı.
- Coats hastalığı.
- Eales hastalığı.
- Lepra.
- Sarkoid.
- Akut nongranülomatez iridosiklit.
- Fuchs'un heterokromik sikliti.
- Dominant kistik maküla ödemi.
- İrvin-Gass sendromu.
- Retrolental fibroplazi.
- Birdshot koroidopati.
- Familial eksüdatif vitreoretinopati
- Pars plananın spestifik iltihapları (Tokosplazma, Toksokarya, Kandida, Nematod).

Yukarıda belirtilen hastalıklardaki diğer göz bulguları, sistemik ve laboratuvar özellikleri ayırıcı tanıda yardımcıdır.

**TEDAVİ:**

Pars planitli olgularda genellikle tedavi gerekmez, hastanın izlenmesi çok önemlidir. Vitreusta hücre artışı ve kistik maküla ödemi neden ile görme azalması tedaviye başlama nedenidir. Vitreusta hücrelerin kaybolması çok zor olup, hastalar muş volan belirtisine alışmalıdır. Amaç vitreustaki hücreleri temizlemek değil, maküla bozukluğunu önleyecek tedbirleri almaktır (14).

Tedaviyi iki grupta toplamak mümkündür:

**A) Tıbbi Tedavi :**

- a. Kortikosteroidler.

- b. Non steroid antienflamatuvarlar.
- c. İmmünoşüpresifler.

#### B) Cerrahi Tedavi:

- a. Krioterapi.
- b. Fotokoagulasyon.
- c. Pars plana lensektomi-vitrektomi.

#### A) TIBBİ TEDAVİ:

**a. Kortikosteroidler:** Steroidlerin tedavideki yeri sınırlıdır. Lokal damla ile başlanır, cevap alınmazsa subtenon veya retrobulber olarak 2-6 haftada bir depo steroid uygulanır. Bu tedavi de başarısız olursa, oral steroide başlanır.

**b. Non steroid antienflamatuvarlar:** Oral olarak uzun süre kullanılabilirler. En çok tercih edilenler; indometasin (Endol, Endomet, Indocid-R) 75 mg/gün; İbuprofen (Brufen; 300-600 mg/gün), Naproxen (Naprosyn 375 mg/gün). Olguların çoğunda hastalık, bu tedavi ile kontrol altına alınabilir (15).

**c. İmmünoşüpresifler:** Kortikosteroidlerin yetersiz kaldığı veya kontrendike olduğu durumlarda, katarakt ve glokom gibi komplikasyonların ortaya çıkması durumunda tercih edilir (10,12).

#### B) CERRAHİ TEDAVİ:

**a. Krioterapi:** Tıbbi tedavinin yetersiz kaldığı olgularda kullanılabilir. Krio, retina ucu ile konjunktiva üzerinden binoküler indirekt oftalmoskopi ile fundus gözlenerek eksuda bölgelerine ve çevresine iki kez uygulanır. Aşırı uygulamadan kaçınılmalıdır. Gerekirse 3-4 ay sonra tekrarlanır (16). İnflamatuvar tepkiyi azaltmak için tek doz depo steroid uygulanabilir.

**b. Fotokoagulasyon:** Özellikleri periferik snowbank neovaskularizasyonlarına uygulanabilir (17).

**c. Pars plana lensektomi-vitrektomi:** Pars planitte en sık rastlanan komplikasyon kataraktır. Aynı zamanda periferik retina, vitreus tabanı, retrolentiküler bölgede vitreus etkilenmesi olduğundan, bu yöntemle optik ortamlar açılırken, immün komplekslerde uzaklaştırıldığından nüks sıklığı azalır (18).

Pars planitli olgular genellikle genç ve sağlıklı kişilerdir; ancak görmeyi tehlikeye sokabilen kronik bin hastalığa tutuldukları anlatılmalıdır. Belirli aralıklarla, özellikle maküla işlevi yönünden izlenmelidir. Hastaya verilen Amsler-Grid kartları ile hastanın kendi kendine kontrolü öğretilmeli ve bir bozukluğun varlığında derhal hekime başvurması sağlanmalıdır.

Hastalığın etyopatogenezi konusundaki tartışma ve araştırmalar halen devam etmekte olup, bu konuda ilerlemeler oldukça pars planitin tedavisinde de daha etkili bir yöntem gündeme gelecektir.

**KAYNAKLAR:**

1. Smith RE., Godfrey SA., Kimura SJ.:Chronic cyclitis I.cours and visual prognosis. Trans Am.Acad.Ophtalmo otolaryngol 77:397, 1973.
2. Duke-Elder S(Ed):System of Ophthalmology. London, Henry Kimpton 1966, P.200
3. Brockhurst RJ., Schepens CL., Okamura ID:Üveitis III. Peripheral uveitis pathogenesis, etiology and tartment. Am.J.Oph 51:19, 1961.
4. Hirokawa H., Takahashi M., Trempecl:Vitreal changes in peripharel üveitis. Arch.Opht. 103:1704-1707, 1985.
5. Welch RB., Maumenee AE., Wahlen HE.:Peripheral posterior segment inflammation vitreal opacities and edema of the posterior pole. Arch.Opht. 64:540, 1960.
6. Kimura SJ., Hogan MJ.:Chronic cyctitis I.cours and visual prognosis. Trans. Am.Acad.Ophtalmol otolaryngol 77:760, 1973.
7. Gartner J.:The fine structures of the planitis. Am.J.Opht. 71:1317, 1971.
8. Mahlberg PA., Cunha-Vaz JG., Tesslar HH.:Vitreal fluorophotometry in pars planitis 95:189-196, 1983.
9. Peyman GA., Sanders DR., Goldberg MF.:Principles and practice of Ophthalmology Philadelphia, W.B. Saunders 1980, Vol 2, pp 25:1591-1593.
10. Schlagel JR.T.F.:Miscellaneous uveitic syndromes in Duane T.D. (Ed) Herpa and Row, 1981, Vol 4, pp 57:10-15.
11. Brockhurst RJ., Schepens CL., Okamura ID.:Uveitis II.Peripharel uveitis clinical description and differential diagnosis. Am.J.Opht. 49:1257, 1960.
12. Günalp İ., Ünal M.:Pars Planitis T.Oft.Gaz. 17:306-311, 1987.
13. Smith RE., Godfrey SA., Kimura SJ.:Complications of chronic cyclitis. Am.J.Opht. 82:277-282, 1976.
14. Kansky JJ.:Clinical Ophthalmology. London, Butterworths, 1984, pp 6:13-14.
15. Foster CS., Regan CDJ.:Retinal vascular diseases, Management in Opht. Clin, 1986, 26(2):55-71.
16. Bonnet M.:Pars Planitlerin cerrahi tedavisi. Turaçlı M.E(Ed) Uvea iltihapları ve behçet hastalığı, Ank. Öztekin Matbaacılık 1985, pp. 113-123.
17. Felder KS., Brockhurst RJ.:Neovaskular fundus abnormalities in peripheral üveitis. Arch. Opht 100:750-754, 1982.
18. Özmert E., Atmaca L.:Pars plana yoluyla ultrasonik fakofragmentasyon ve vitrektomi İ.Oft.Gaz. 18:295-301, 1988.