

# Vogt-Koyanagi-Harada Sendromlu Bir Olguda OKT Bulguları\*

## OCT Findings in a Case of Vogt-Koyanagi-Harada Syndrome

Tolga KOCATÜRK<sup>1</sup>, Sema ORUÇ DÜNDAR<sup>2</sup>,  
Harun ÇAKMAK<sup>1</sup>, Mehmet ÖZBAĞCIVAN<sup>3</sup>

\*Bu çalışma TOD 47. Ulusal Oftalmoloji Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

1. M.D. Asistant Professor, Adnan Menderes University, Faculty of Medicine, Department of Ophthalmogy, Aydın/TURKEY KOCATÜRK T., [tolgakocaturk@yahoo.com](mailto:tolgakocaturk@yahoo.com) ÇAKMAK H.,
2. M.D. Professor, Adnan Menderes University, Faculty of Medicine, Department of Ophthalmogy, Aydın/TURKEY ORUÇ DÜNDAR S.,
3. M.D. Asistant, Adnan Menderes University, Faculty of Medicine, Department of Ophthalmogy, Aydın/TURKEY ÖZBAĞCIVAN M.,

Geliş Tarihi - Received: 14.02.2014  
Kabul Tarihi - Accepted: 07.04.2014  
Ret-Vit Özel Sayı 2015;23:201-204

Yazışma Adresi / Correspondence Adress:  
M.D. Asistant Professor, Tolga KOCATÜRK  
Adnan Menderes University, Faculty of Medicine,  
Department of Ophthalmogy, Aydın/TURKEY

Phone: +90 256 444 12 56  
E-Mail: [tolgakocaturk@yahoo.com](mailto:tolgakocaturk@yahoo.com)

### ÖZ

Vogt-Koyanagi-Harada Sendromlu (VKH) bir olguda spektral domain optik koherens tomografi (SD-OKT) bulgularının sunulması amaçlanmıştır. Kırk dört yaşında, akut üveitik atak dönemindeki VKH'lı bir erkek olgunun, iyileşme süreci, detaylı SD-OKT ve fluorescein fundus anjiyografi bulguları ile anlatılmıştır. Fundus muayenesinde sağ gözde makülada seröz elevasyon, papillada kabarıklık ve retinada multipl retina pigment epitel dekolmanı (PED) olduğu izlendi. Yapılan OKT testinden sonra sol gözde de PED olduğu izlendi. OKT'de sağ gözde subretinal boşluğu çeşitli bölümlere ayıran subretinal septalar izlendi. Steroid tedavisinden sonra subretinal septalar tümüyle resorbe oldu. VKH hastalarında OKT'de subretinal septalar görülebilir. Subretinal septaların steroidle resorbe olması nedeniyle, bu değişikliklerin inflammatuar kökenli olabileceği düşünülebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Vogt-Koyanagi-Harada sendromu, spektral domain optik koherens tomografi.

### SUMMARY

Spectral-domain optical coherence tomography (SD-OCT) findings of a case with Vogt-Koyanagi-Harada syndrome (VKH) have been presented. Healing process, the detailed SD-OCT and fundus fluorescein angiography findings of a 44 years old male patient with VKH in acute uveitis attack period are discussed. In fundus examination, a serous elevation of the macula, swelling of the papilla and multiple retinal pigment epithelial detachment (PED) were seen in the right eye. After the OCT test, PED was found to be in the left eye. Subretinal septas separating the subretinal space into the various sections were observed in OCT view in the right eye. Subretinal septas were completely resorbed after steroid therapy. In OCT, subretinal septas can be seen in patients with VKH. Due to resorption of subretinal septas with steroid, these changes can be considered to have inflammatory origin.

**Key Words:** Vogt-Koyanagi-Harada syndrome, spectral domain optical coherence tomography.

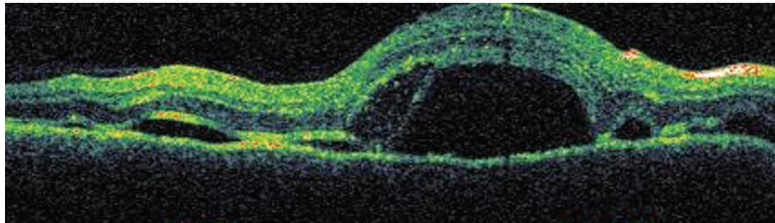
## GİRİŞ

1906 yılında Vogt, 1929'da ise Koyanagi ve Harada, enflamatuvar göz hastalıkları, disakuzi, alopesi, poliozis birlikteliğini göstermişlerdir, daha sonra bu klinik tabloların aynı hastalıkla ilgili olduğu düşünülmüş ve hastalık, 1932 yılında Babel tarafından Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) sendromu olarak adlandırılmıştır.<sup>1-3</sup> VKH sendromu (uveomeningoensefalitik sendrom), göz, kulak, deri ve meninksleri birlikte tutabilen, otoimmün bir hastalıktır.<sup>4,6</sup> Göz bulguları olgudan olguya farklı olmakla birlikte, tekrarlayan üveit ataklarının eşlik edebildiği, kronik, bilateral, diffüz, granümatöz panüveit tablosu izlenmektedir. Literatürde akut VKH'daki OKT bulguları ile ilgili sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir.<sup>7</sup> Biz de bu makalede akut VKH hastasında OKT bulgularını ve steroid tedavisi sonrasında iyileşme sürecini sunmayı amaçladık.

## OLGU SUNUMU

Kırkdört yaşında erkek hasta, sağ gözünde 1 haftadır bulanık görme şikayetleri ile kliniğimize başvurdu.

Alınan hikayeden, hastanın işitme kaybı, baş ağrısı, vücudunun üst kısımlarında kaşıntı, deride kızarıklık ve kabarıklıklar olduğu öğrenildi. Detaylı göz muayenesinde sağ gözde, en iyi düzeltilmiş görme keskinliğinin 0.4, sol gözde ise 0.5 olduğu görüldü. Göz içi basınçları normal olarak bulundu. Biyomikroskopik muayenede heriki gözde ön kamarada +1 hücre olduğu ve korneada ince keratik presipitatlar olduğu görüldü. Fundus incelemesinde sağ gözde makülada seröz elevasyon, optik diskte hafif kabarıklık ve retinada multipl retina pigment epitel dekolmanı (PED) olduğu görüldü. İshara ile yapılan renkli görme muayenesinde hastanın, sağ gözle test objesini dahi göremezken, sol gözle ise sadece test objesini görebildiği belirlendi. Yapılan spektral domain optik koherens tomografi (SD-OKT) (OTI OCT/SLO, Combination Imaging System, Optical Coho-



Resim 1: Hasta ilk başvurduğunda sağ göz.

rens Tomography) muayenesinde sağ ve sol gözün maküler bölgelerinde PED olduğu izlendi (Resim 1, 2). OKT'de heriki gözde subretinal boşluğu çeşitli bölümlere ayıran subretinal septalar izlendi. Yapılan tetkiklerde işitme testi sonucunda hastada sağda daha yoğun olmak üzere bilateral, orta şiddette sensörinöral işitme kaybı olduğu saptandı.

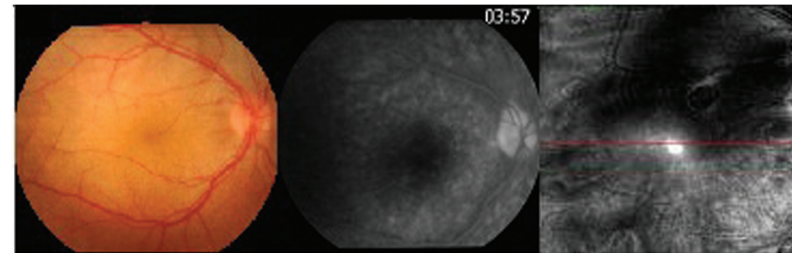
Hastaya VKH sendromu tanısı konuldu ve 1 mg/kg/gün oral steroid tedavisi başlandı. Steroid tedavisinden sonra subretinal septalar tümüyle resorbe oldu ve 1 ay sonra sağ göz görme 0,8; sol göz görme 0.8 olarak tespit edildi (Resim 3, 4). Birinci ayın sonunda steroid dozu azaltılmaya başlanarak toplam 2.5'lik aylık bir steroid tedavisi süresi sonrası kesildi.

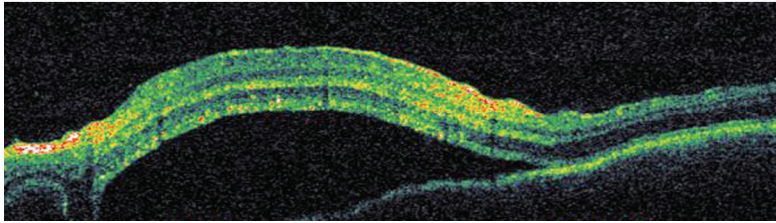
## TARTIŞMA

VKH sıklıkla genç erişkin kadınlarda görülür. Hastalık 10-52 yaşları arasında (sıklıkla 3. dekada) ortaya çıkar, ancak 11 yaşında bir çocukta da tanımlanmıştır.<sup>8</sup> Beyaz ırkta nadir görülür; asyalılar, kızıldereleler ve sarı ırkta daha sık görülmektedir.<sup>9-11</sup> Baş ağrısı, baş dönmesi kulak çınlaması, optik nörit, ataksi, hemiparezi gibi meningial reaksiyonla ilgili bulgular görülebilir.

Hastalar, erken dönemde gribal enfeksiyon benzeri bulgular ve sonrasında üveit tablosu ile kliniğe başvururlar. Başlangıçta üveit tek taraflı olabilir ancak çok büyük olasılıkla diğer göz de etkilenir. Tek veya birden fazla PED'ler ve/veya seröz retina dekolmanları birleşme eğilimindedir. Bu tabloya eksüda ve retina pigment epitelinde renk değişikliğinin olduğu alanlar eşlik eder. İleri evrelerde subretinal eksüda birikimi ile eksüdatif retina dekolmanı ortaya çıkabilir. Eksüdatif retina dekolmanı spontan olarak gerileyebilir. Optik disk ödemli ve hiperemik görünümündedir.

Erken evrede hipotoni görülmesine rağmen geç dönemde pupil membran ve iriste nodüller görülebilir ve göziçi basıncında



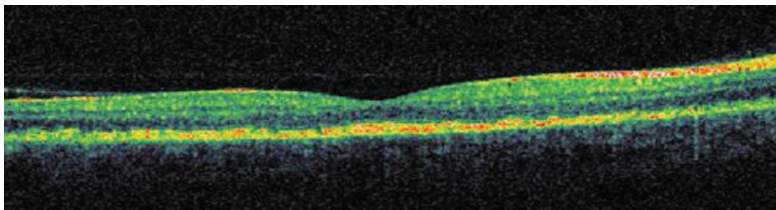


**Resim 2:** Hasta ilk başvurduğunda, sol göz.

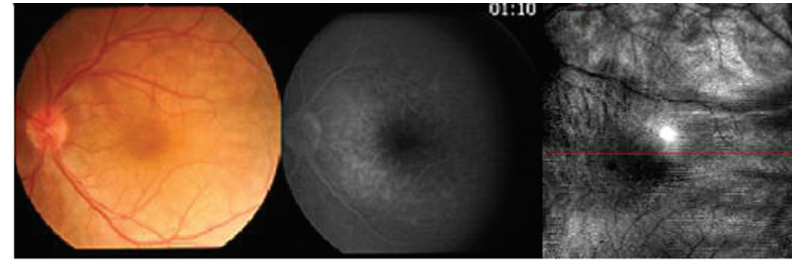
artışa neden olabilir. Sempatik oftalminde de görülen Dalen-Fuchs lezyonları (periferik retinada, sınırları belirgin) eşlik edebilir. İyileşme sürecinde koroid kalınlaşması, düzensiz pigment demarkasyon hattı, retinal neovaskülarizasyon, vitreus hemorajisi, subfoveal neovasküler membran görülebilir.

Retina pigment epitelinde görülen depigmentasyon ve atrofi “sunset glow” görünümünü oluşturur. Literatürde akut VKH'deki OKT ve FFA bulguları ile ilgili sınırlı sayıda yayın vardır.<sup>7,12-14</sup> Bu yayınlarda FFA'nın geç evrelerinde multilobüler boya göllenmesi görülen yerlerin posterior fundustaki multifokal seröz retina dekolmanı olan alanlara karşılık geldiği görülmüştür.<sup>7,12-14</sup> Ishihara ve ark.,<sup>7</sup> akut VKH'de membranöz yapıların görülebileceğini, dış ve iç tabakaların kistoid boşluklar ile birbirinden ayrıldığını, dış tabakanın membranöz formunda bulunan fibrin gibi inflamatuvar ürünlerin granüler yapıya dönüştüğünü ve steroid tedavisi ile bu fibrin birikmesinin düzeltilmesini öne sürmüşlerdir. Tsujikawa ve ark.,<sup>15</sup> sarımsı yuvarlak yapılar halinde görülen geniş kistoid boşlukların OKT bulgusu olarak ince vertikal duvarlar içerdiklerini bildirmişlerdir.

Arellanes-García ve ark.,<sup>16</sup> akut dönemdeki olgularının %16.7'sinde FFA'da retinal duvarda hiperfloresans olduğunu bildirmişlerdir.

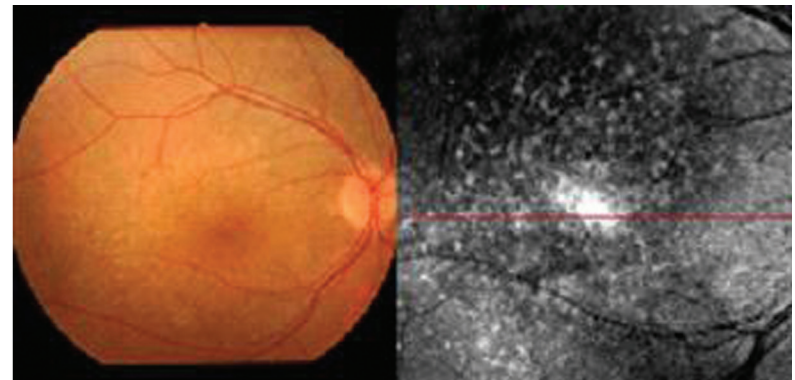


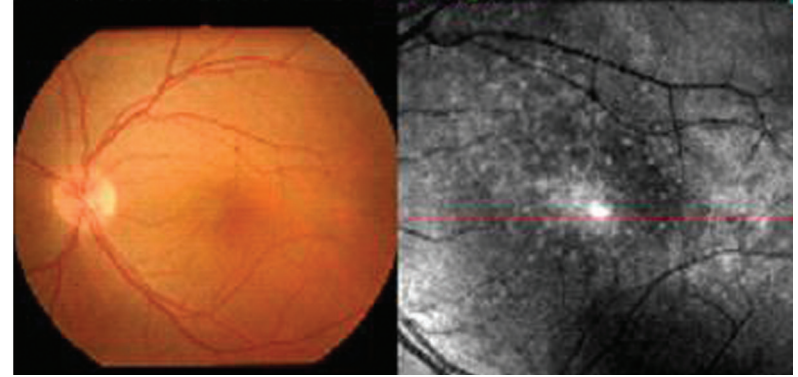
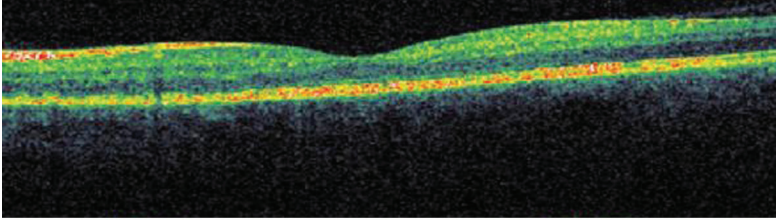
**Resim 3:** Hastanın son kontrolünde sağ gözü.



Otuziki hastanın incelendiği bir çalışmada, akut olgularda en yaygın görülen bulguların bilateral seröz retinal dekolman ve buna eşlik edebilen papillit olduğu; kronik olgularda ise maküladada pigment epitel değişiklikleri olduğu bildirilmiştir.<sup>17</sup> VKH hastalarının yaklaşık yarısının akut dönemde olduğu ve görsel prognozunun oldukça iyi olduğu bildirilmiştir.<sup>17</sup> Ishihara ve ark.'nın bildirdikleri 10 hastalık bir seride steroid tedavisi sürecinde bu membranöz yapılar granüler yapılara dönüşürler.<sup>7</sup> Yamaguchi ve ark.,<sup>13</sup> 5 hastalık oldu serilerinde OKT'de subretinal bölgeyi çeşitli kompartmanlara ayıran subretinal septalar görülmüştür.

Boya göllenme bölgelerine karşılık gelen yerlerde, OKT'de kistoid alanlar görülmektedir. Kistoid alanların tabanı, uniform kalınlıktaki membranöz yapılardan oluşur. Membranöz yapılar OKT'de yüksek reflektivite veren bir çizgi olarak görülürler. Boya göllenen bölgelerin koyu renkli kenarları septalar karşılık gelir. Steroid tedavisinden hemen sonra bu septaların ortadan kalktığı görülür. Sakata ve ark.,<sup>18</sup> yayınladığı derlemede, yüksek doz steroid tedavisinin altın-standart tedavi olduğu ve refraktör olgularda siklosporin-a gibi anti-metabolit ajanların da kullanılmalarının gerekebileceği bildirilmiştir.





**Resim 4:** Hastanın son kontrolünde sol gözü.

Yamaguchi ve ark., seröz retina dekolmanında görülen subretinal septaların neden olduğu multilobüler boya göllenmesi akut VKH ile ilişkilidir.<sup>13</sup> Birçok hastada görsel prognoz iyi olmasına rağmen, akut fazdan sonra da hastalığın progresyon gösterebiliyor olması ve görmeyi azaltma riski hastalığın önemini artırmaktadır.<sup>18</sup> Retrospektif, gözlemsel bir çalışmada VKH'da non-akut üveitik fazdaki 3 hastanın 4 gözünde belirgin olarak koroidal kabarıklık görüldüğü bildirilmiştir.<sup>19</sup> Koroidal kabarıklıklar ön kamarada hücre olduğunda ve/veya FFA bulguları ile tanımlanmıştır; arka segmentte devam eden inflamasyonun bir göstergesidir.<sup>19</sup> Non-akut üveitik fazda OKT yardımıyla görümlenen koroidal kabarıklıklar, tedavi izleminde yardımcı olabilir.<sup>19</sup> VKH hastalarında OKT'de subretinal septalar görülebilir. Bizim çalışmamızda da akut dönemde OKT'de ve FFA'da görülen bulgular steroid tedavisinden sonra tümüyle düzelmiştir. Subretinal septaların steroidle resorbe olması, bu değişikliklerin inflamatuvar kökenli olabileceği düşündürmektedir.

## KAYNAKLAR/REFERENCES

- Nussenblatt RB, Palestine AG. Uveitis fundamentals and clinical practise; Yearbook Med. Pub. Inc., Chicago 1989;15:274-90.
- Chan CC, Scott MW, Nussenblatt RB. Sympathetic ophthalmia and Vogt-Koyanagi Harada syndrome, Duane's Ophthalmology 1997;4:51.
- Eldem B. Vogt-Koyanagi-Harada, sempatik oftalmi, silyokoroidal effüzyon, posterior sklerit. XXV. Ulusal Türk Oftalmoloji Kongre Bülteni, İstanbul 1991;1:124-8.
- Malik S, Gupta AK, Joshi SM, et al. Vogt Koyanagi Harada syndrome. Indian Pediatr 1997;34:1124-6.
- Damico FM, Kiss S, Young LH. Vogt-Koyanagi-Harada disease. Semin Ophthalmol 2005;20:183-90.
- Fang W, Yang P. Vogt-koyanagi-harada syndrome. Curr Eye Res. 2008;33:517-23.
- Ishihara K, Hangai M, Kita M, et al. Acute Vogt-Koyanagi-Harada disease in enhanced spectral-domain optical coherence tomography. Ophthalmology 2009;116:1799-807.
- Ikeda N, Hayasaka S, Kadoi C. Vogt-Koyanagi- Harada syndrome in an 11-year-old Boy. Ophthalmologica 1999;213:197-9.
- Read RW, Holland GN, Rao NA, et al. Revised diagnostic criteria for Vogt-Koyanagi-Harada disease: report of an international committee on nomenclature. Am J Ophthalmol 2001;131:647-52.
- Read RW, Rechoudouni A, Butani N, et al. Complications and prognostic factors in Vogt-Koyanagi-Harada disease. Am J Ophthalmol 2001;131:599-606.
- Read RW. Vogt-Koyanagi-Harada disease. Ophthalmol Clin North Am 2002;15:333-41.
- Maruyama Y, Kishi S. Tomographic features of serous retinal detachment in Vogt-Koyanagi-Harada syndrome. Ophthalmic Surg Lasers Imaging 2004;35:239-42.
- Yamaguchi Y, Otani T, Kishi S. Tomographic features of serous retinal detachment with multilobular dye pooling in acute Vogt-Koyanagi-Harada disease. Am J Ophthalmol 2007;144:260-5.
- Hosoda Y, Uji A, Hangai M, et al. Relationship between Retinal Lesions and Inward Choroidal Bulging in Vogt-Koyanagi-Harada Disease. Am J Ophthalmol. 2014. pii: S0002-9394(14)00045-2. doi: 10.1016/j.ajo.2014.01.015.
- Tsujikawa A, Yamashiro K, Yamamoto K, et al. Retinal cystoid spaces in acute Vogt-Koyanagi-Harada Syndrome. Am J Ophthalmol 2005;139:670-7.
- Arellanes-García L, Hernández-Barrios M, Fromow-Guerra J, et al. Fluorescein fundus angiographic findings in Vogt-Koyanagi-Harada syndrome. Int Ophthalmol 2007;27:155-61.
- Ozdamar P, Ozdamar Y, Yazici A, et al. Vogt-Koyanagi-Harada Disease: Clinical and demographic characteristics of patients in a specialized eye hospital in Turkey. Ocul Immunol Inflamm 2013.
- Sakata VM, da Silva FT, Hirata CE, et al. Diagnosis and classification of Vogt-Koyanagi-Harada disease. Autoimmun Rev 2014;13:550-5.
- Sakata VM, da Silva FT, Hirata CE, et al. Choroidal bulging in patients with Vogt-Koyanagi-Harada disease in the non-acute uveitic stage. J Ophthalmic Inflamm Infect 2014;18;4:6.