



4. Tıbbi Retina Günleri

6-8 Aralık 2019

Hilton Bosphorus Otel, İstanbul



TÜRK OFTALMOLOJİ DERNEĞİ GENEL MERKEZ YÖNETİM KURULU

TOD Onursal Başkanları

Dr. Demir Başar

Dr. Erol Turaçlı

TOD Genel Başkanı

Dr. İzzet Can

TOD Genel Sekreteri / Gelecek Dönem Genel Başkanı

Dr. Ziya Kapran

Genel Merkez Yönetim Kurulu Üyeleri

Dr. Huban Atilla
Dr. Banu Bozkurt
Dr. Sait Eğrilmez
Dr. Onur Konuk
Dr. Emrullah Taşındı
Dr. Remzi Avcı
Dr. M. Necdet Cinhüseyinoğlu
Dr. Kivanç Güngör
Dr. Feyza Önder

TOD İnternet Sorumlusu

Dr. Kivanç Güngör

Tıbbi Retina Birimi Görev Dağılımı

Birim Başkanı

Dr. Figen Şermet

Birim Sekreteri

Dr. Nihal Demircan

Birim Eğitim Temsilcisi

Dr. Zeliha Yazar

Birim Yürütme Kurulu Üyeleri

Dr. Filiz Afrashi Dr. Cezmi Akkın

Dr. Nihal Demircan Dr. Öner Gelişken

Dr. F. Hakan Öner Dr. Hakan Özdemir

Dr. A. Osman Saatçi Dr. Figen Şermet

Dr. Zeliha Yazar

Uvea-Behçet Birimi Görev Dağılımı

Birim Başkanı

Dr. Yılmaz Özyazgan

Birim Sekreteri

Dr. Özlem Yıldırım

Birim Eğitim Temsilcisi

Dr. Merih Banu Soylu

Birim Yürütme Kurulu Üyeleri

Dr. Yılmaz Özyazgan Dr. Merih Banu Soylu

Dr. Gülten Sungur Dr. İlknur Tuğal Tutkun

Dr. Özlem Yıldırım

Oküler Onkoloji Birimi Görev Dağılımı

Birim Başkanı

Dr. Samuray Tuncer

Birim Sekreteri

Dr. Ahmet Murat Sarıcı

Birim Eğitim Temsilcisi

Dr. Ahmet Kaan Gündüz

Birim Yürütme Kurulu Üyeleri

Dr. Ahmet Kaan Gündüz Dr. Ahmet Murat Sarıcı

Dr. Samuray Tuncer Dr. Murat Tunç

Dr. Ayşe Yağcı

6 Aralık 2019, Cuma	
13:30 - 13:45	Açılış
13:45 - 15:15	UB PANEL Koroid inflamasyonları Moderatör: İlknur Tuğal Tutkun
	Koroiditlerin etyopatogenezi ve sınıflandırılması Özlem Yıldırım
	Koroidin granüloamatöz inflamasyonları (sarkoidoz,tüberküloz,sifiliz ve diğer koroid granülomaları) Didar Uçar
	Serpijinöz/serpijinoid; APMPPE / Ambijinöz koryokapillaritler Merih Oray
	İdiyopatik koryokapillaritler (Multifokal koroidit, PIC, MEWDS, AMNR) Esra Kardeş
15:15 - 15:45 KAHVE ARASI	
15:45 - 16:05	UB KONFERANS Moderatör: Haluk Kazakoğlu
	Vogt-Koyanagi-Harada hastalığında klinik görünüm, prognoz ve tedavi Yılmaz Özyazgan
16:05 - 17:45	UB OLGU SUNUMLARI Üveitte özellikli olgular Moderatör: İlknur Tuğal Tutkun
7 Aralık 2019, Cumartesi	
08:30 - 09:50	TR PANEL I - EKSUDATİF YBMD DIŞI KNVM YAPAN NEDENLER Moderatörler: Figen Şermet, Serra Arf
	Patolojik miyopi Cezmi Akkın
	Angioid streak Filiz Afrashi
	Enflamatuar KNVM A. Osman Saatci
	Hereditör makula hastalıkları Sibel Demirel
	SSKR Hakan Öner
	Travma ve idiyopatik KNVM Özgür Yalçınbayır
	Koroid osteomu, nevüs ve melanomu Banu Öztürk
09:50 - 10:10	TR KONFERANS Moderatör: Jale Mentеш
	Koroid fizyolojisi, kalınlığı, etkileşimleri, patolojik yansımaları ve tedavi sorunları Öner Gelişken
10:10 -10:40 KAHVE ARASI	

10:40 - 11:30	TR PANEL II- RETİNA ARTER SİSTEMİNİ İLGİLENDİREN DOLAŞIM BOZUKLUKLARI Moderatörler: Jale Menteş, Bora Eldem	
	Okuler iskemik sendrom Selçuk Sızmaz	
	Retina arter tıkanıklığı (santral-dal) Zeliha Yazar	
	Amarozis fugaks Feyza Önder	
	Retinal kapiller tıkanıklıklar Figen Şermet	
11:30 - 13:00	TR PANEL III-OLGULARLA TEDAVİYİ TARTIŞIYORUZ Moderatör: A. Osman Saatci	
	Konuşmacılar: Gülipek Tigrel, Murat Karaçorlu, Nurten Ünlü, Hakan Durukan, Sema Dündar	
	1- Gülipek Tigrel - DMÖ ve SRVO 2- Murat Karaçorlu - SSR -Pakikoryoid neovaskülopati) ve Yaş YBMD (Rap veya Polip) 3- Nurten Ünlü - SSR ve Yaş tip YBMD 4- Hakan Durukan- BRVO ve DMÖ -PDR 5- Sema Dündar - Coats hastalığı ve Yaş YBMD	
	13:00 - 14:30 ÖĞLE YEMEĞİ	
	TR PANEL IV- RETİNA HASTALIKLARINDA GENETİK VE TEDAVİDEKİ YENİLİKLER Moderatörler: Nur Kır, Gülipek Tigrel	
14:30 - 15:20	Hereditör retina hastalıklarında genetik ve tedavi Bora Eldem	
	YBMD'de genetik ve önemi Şansal Gedik	
	DR'de genetik ve önemi Ayşe Öner	
	Retina hastalıklarında yeni ilaç tedavileri Nihal Demircan	
15:20 -17:00	TR OLGU SUNUMLARI Moderatör: Öner Gelişken	

8 Aralık 2019, Pazar

8 Aralık 2019, Pazar	
08:30- 09:50	TR PANEL V- RETİNA-KOROİD HASTALIKLARINDA GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİNİN KULLANIMINDAKİ YENİLİKLER Moderatörler: Murat Karaçorlu, Emin Özmert
	OKTA ile yeni bir tanı: Sessiz KNVM Jale Mentеш
	OKTA ile eksudatif YBMD tanı ve takibinde neredeyiz? Serra Arf
	YBMD'ye sekonder coğrafik atrofide ayırıcı tanı Sinan Tatlıpınar
	DMÖ tedavisinde sonucu etkileyen OKT biyobelirteçleri Hakan Özdemir
	Miyopik makulopatide yeni sınıflamalar Gürsel Yılmaz
	Vitreoretinal arayüzey hastalıklarının sınıflamasındaki yenilikler Nur Kır
	Retina-koroid hastalıklarında geniş açılı görüntülemedeki yenilikler Nazmiye Erol
09:50 - 10:10	TR KONFERANS Moderatör: Zeki Bayraktar
	Retinanın dejeneratif ve iskemik hastalıklarının tedavisinde büyüme faktörleri, mezenşimal kök hücre Emin Özmert
10:10 - 10:40 KAHVE ARASI	
10:40 - 11:20	TR PANEL VI- KANSER VE RETİNA Moderatör: Cezmi Akkın
	Kemoterapi ve retina Hürkan Kerimoğlu
	Radyasyon retinopatisi Sibel Kadayıfçılar
	Kanser ilişkili retinopati(CAR)-MAR İmren Akkoyun
11:20 - 12:35	OO PANEL Moderatör: Murat Tunç
	Koroid nevüsü Kaan Gündüz
	Koroid hemanjiyomu Murat Hasanreisöğlu
	Koroid melanomu Samuray Tuncer
	Koroidin metastatik tümörleri Ahmet Murat Sarıcı
12:35 - 12:45	KAPANIŞ

Poster Bildirileri

P-001 Kafeinli ve Kafeinsiz Kahve Tüketiminin Retina ve Koroide Akut Etkisinin Değerlendirilmesi: Optik Koherens Tomografi ve Optik Koherens Tomografi Anjiyografi Çalışması

Mustafa Doğan

P-002 Optik Sinir Hipoplazisi İle Birliktelik Gösteren Fovea Plana Olgusu

Berrak Şekeryapan Gediz

P-003 Makulayı Etkileyen Koroid Ruptürü Sonrası Travmatik Epiretinal Membran
Emine Pangal

P-004 Bilateral Ven Dal Oklüzyonu Gelişen Koagulopati Mutasyonlu Olgu

Mustafa Cankurataran

(Bu bildiri yazarın isteği ile geri çekilmiştir)

P-005 Tuberosklerozlu Genç Bir Olguda Multipl Retinal Astrositom

Selda Çelik Dülger

P-006 Subretinal Perflorokarbon Sıvısının Spontan Rezolüsyonu

Selda Çelik Dülger

P-007 Geç Başlangıçlı Santral Korunmuş Stargardt Hastalığında Elektoretinografi Bulguları

Hande Şeker Taylanoğlu

P-008 Koroidal Osteom ve Sekonder Neovaskülarizasyon Tedavisinde Intravitreal Aflibersept'in Yeri

Cemal Özsaygılı

P-009 Atipik Hemolitik Üremik Sendromda Eculizumab Tedavi Sonrası Purtscher Benzeri Retinopati Bulgularının Gerilemesi

İnci Elif Erbahçeci

P-010 Diyabetik Maküla Ödeminde Üç Doz Bevacizumab Sonrası Yeterli Cevap Alınamayan Olgulara Dekzamatazon Uygulaması Sonrası Alınan Cevabın Karşılaştırılması

Halil İbrahim Yener

P-011 Retinal Astristomlu İki Hastanın Klinik Bulgularının Değerlendirilmesi

Aylin Karalezli

P-012 Kronik Evre Vogt-Koyanagi-Harada Sendromu Tanılı Hastalarda Maküla Mikrodolaşımının Kantitatif Olarak Değerlendirilmesi: Optik Koherens Tomografi Tomografisi Anjiyografi Çalışması

Pınar Çakar Özdal

P-013 Kronik Evre Vogt-Koyanagi-Harada Sendromu Tanılı Hastalarda Peripapiller Kapiller Dansitenin Optik Koherens Tomografi Tomografisi Anjiyografi ile Kantitatif Olarak Değerlendirilmesi

Baran Özdemir

P-014 Gebelik Döneminde Makula Ödemi Gelişen İki Tip I Diabetik Retinopati Hastası Ve Mikropuls Laser İle Tedavisi

Özcan Kayıkçioğlu

P-015 B Hücreli Akut Lenfoblastik Lösemiye Bağlı Retina-Koroidal Tutulum

Özge Yanık Odabaş

P - 001

Kafeinli ve Kafeinsiz Kahve Tüketiminin Retina ve Koroide Akut Etkisinin Değerlendirilmesi: Optik Koherens Tomografi ve Optik Koherens Tomografi

Mustafa Doğan¹, Mehmet Cem Sabaner¹

¹ Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Amaç: Kafeinli ve kafeinsiz kahve tüketimi sonrası oluşan retinal ve koroidal değişimlerin optik koherens tomografi (OKT) ve optik koherens tomografi anjiyografi (OKT-A) ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Sistemik ve oküler hastalığı bulunmayan 24 sağlıklı gönüllü çalışmaya dahil edildi. Yaş ve cinsiyet uyumlu rastgele iki grup oluşturuldu. 12 gönüllüde 200 ml kafeinli kahve, 12 gönüllüde 200 ml kafeinsiz kahve içmeden önce, içtikten sonra 30. dakikada, 1., 6. ve 24. saatlerde OKT-A (AngioVue RTVue XR Avanti (Optovue, Fremont, CA)) cihazı kullanılarak yüzeysel ve derin kapiller pleksus vasküler yoğunlukları, FAZ alanı, çevresi ve 300 mikronluk çevresindeki vasküler yoğunluk, dış retinadaki ve koryokapillaristeki akım alanı; OKT (Heidelberg Engineering, Inc., Heidelberg, Germany) cihazı ile santral makula kalınlığı (SMK), EDI ile koroid kalınlığı (KK) ve optik sinir RNFL ölçümleri yapıldı. Ardışık ölçümler arası veriler istatistiksel olarak paired-t testi ile karşılaştırıldı.

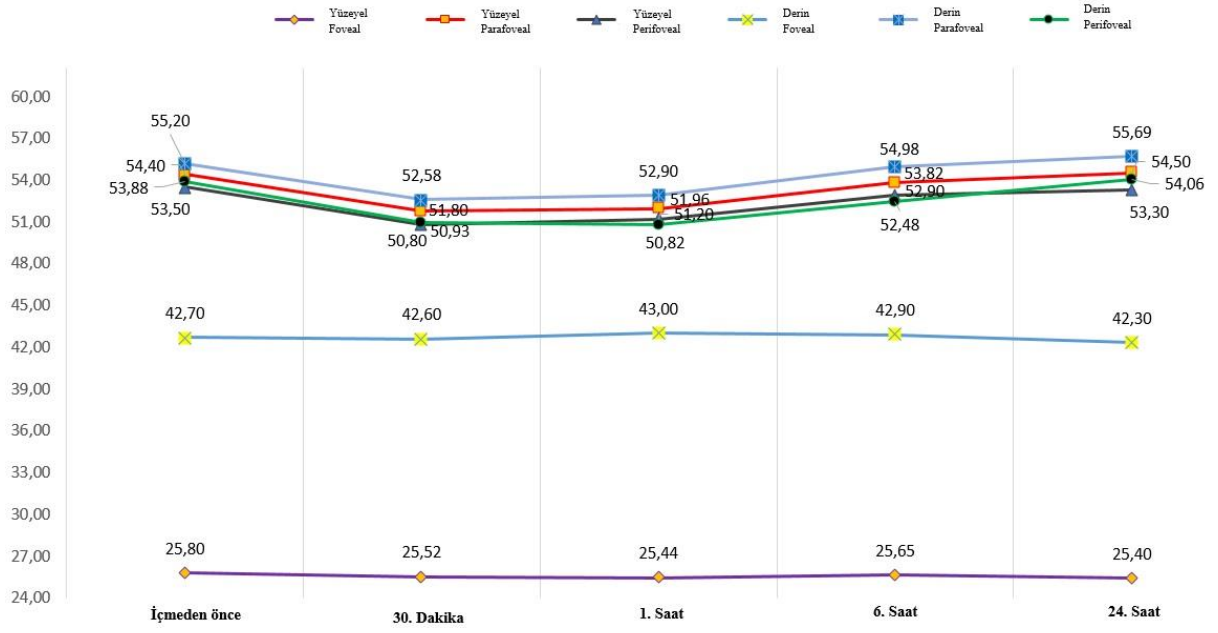
Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 24 gönüllünün (24 gözü) 12'si (%50) kadın, 12'si (%50) erkek idi. Yaş ortalamaları $23,05 \pm 0,88$ idi. Kahve tüketimi öncesinde yapılan ölçümlerde iki grup (kafeinli ve kafeinsiz) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Kafeinli kahve tüketimi sonrası; KK'da, parafoveal ve perifoveal bölgelerde süperfisiyal ile derin kapiller pleksus damar yoğunluğunda, dış retinal ve koryokapillaris akım alanında kafeinsiz kahve tüketimine göre istatistiksel olarak anlamlı azalma saptandı (Figür 1 ve 2). Bu azalmalar 30. dakikada ve 1. saatte görülür iken, 6. saat ve 24. saatte gözlenmedi. Diğer parametrelerde anlamlı fark saptanmadı. Kafeinsiz grupta ise, ardışık ölçümler arasında hiçbir parametrede anlamlı fark saptanmadı.

Sonuç: Kafeinli kahve tüketimi akut olarak parafoveal-perifoveal bölgelerde yüzeysel ve derin retinal vasküler yoğunluk, dış retinal ile koryokapillaris akımı ve KK parametrelerinde geçici azalmaya yol açmaktadır. Bu vazoaaktif olaylardan kafeinin sorumlu olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: kafein, kapiller, pleksus, okta, okt, koroid

POSTER BİLDİRİLERİ

4. Tıbbi Retina Günleri / 6-8 Aralık 2019, İstanbul



Parametreler	İçmeden önce	30.dakika	1. saat	6. saat	24.saat
FAZ (Foveal avasküler zon) (mm ²)	,20	,21	,22	,20	,21
PERIM (FAZ çevresi) (mm)	1,86	1,83	1,84	1,81	1,83
Foveal dansite (FD-300) (%)	56,44	56,06	56,83	56,72	56,50
Dış Retinal Akım (%)	9,40	8,79	8,81	9,34	9,39
Koroidal Akım (%)	20,27	19,83	18,52	20,59	20,83
Koroidal Kalınlık (µm)	295,06	277,08	260,71	292,15	299,26
Santral Maküler Kalınlık (µm)	224,74	225,31	222,80	224,95	225,92
Retina Sinir Lifi Kalınlığı (µm)	99,49	98,22	99,15	99,92	98,53

POSTER BİLDİRİ

P – 002

Optik Sinir Hipoplazisi İle Birliktelik Gösteren Fovea Plana Olgusu

Berrak Şekeryapan Gediz¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Bu yazıda aynı gözde fovea plana ve optik sinir hipoplazisi saptanan olgunun optik koherens tomografi anjiyografi bulguları ile sunulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: 25 yaşında erkek hasta her 2 gözde bulanık görme şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde özellik olmaya hastanın en iyi düzeltilmiş görme keskinlikleri her iki gözde 0.7 seviyesinde idi. Göz içi basınçları sağda 12 mmHg, solda 13 mmHg olup, ön segment muayenesi doğaldı. Fundus muayenesinde her iki gözde optik sinirin hipoplazik olduğu, optik sinirden çıkan damarların klasik arkuat görünümüne uymadığı ve foveaya uzandığı izlendi. (Resim 1) Çekilen optik koherens tomografide (OKT) her iki gözde foveal çukurluğun olmadığı görüldü. (Resim 2) Optik koherens tomografi anjiyografide (OKTA) ise her iki gözde hem yüzeysel hem de derin kapiller pleksusta foveal avasküler zonun olmadığı görüldü. (Resim 3)

Sonuç: fovea plana foveal çukurluğun olmamasıyla karakterize, genellikle iyi görme keskinliğiyle giden konjenital bir durumdur. Fovea plana olgularında okta'da foveal avasküler zonun izlenemediği bildirilmiştir. Bizim olgumuzun fundus görünümü retinal makrodamar tanısını ayırıcı tanıda akla getirmektedir. Ancak okt ve okta bulguları fovea plana için tipiktir. Literatürde fovea plana ve optik sinir hipoplazisi birlikteliğine rastlanmamış olup bizim bilgimize göre burada sunulan olgu ilktir.

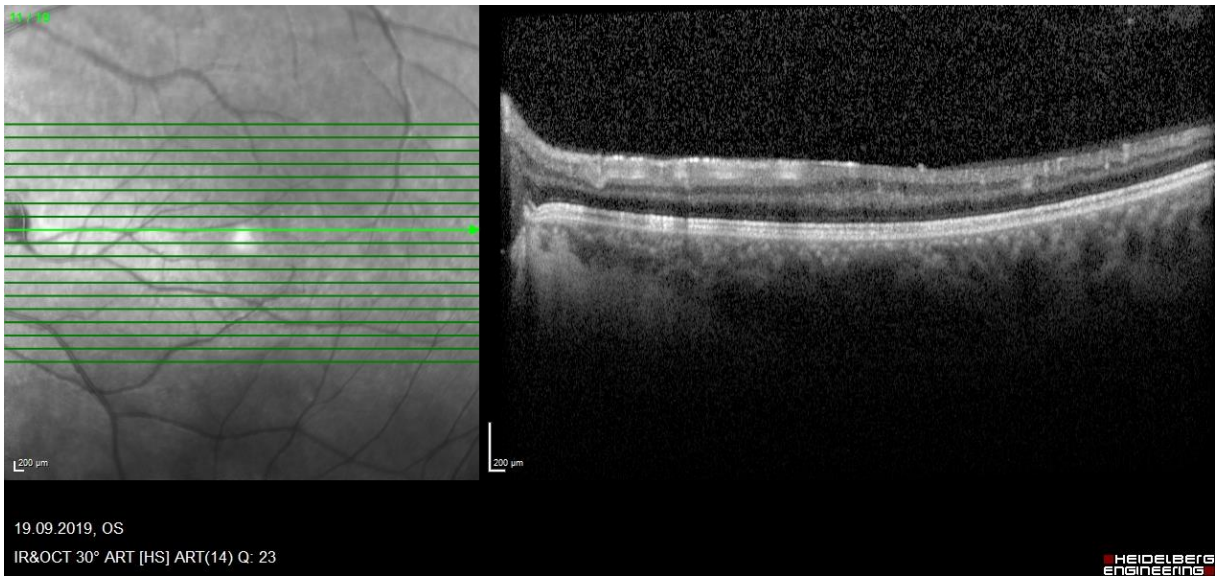
Resim Açıklamaları: Her iki gözdeki bulgular benzer olduğu için sadece sol gözün görüntüleri gösterilmektedir.

POSTER BİLDİRİ

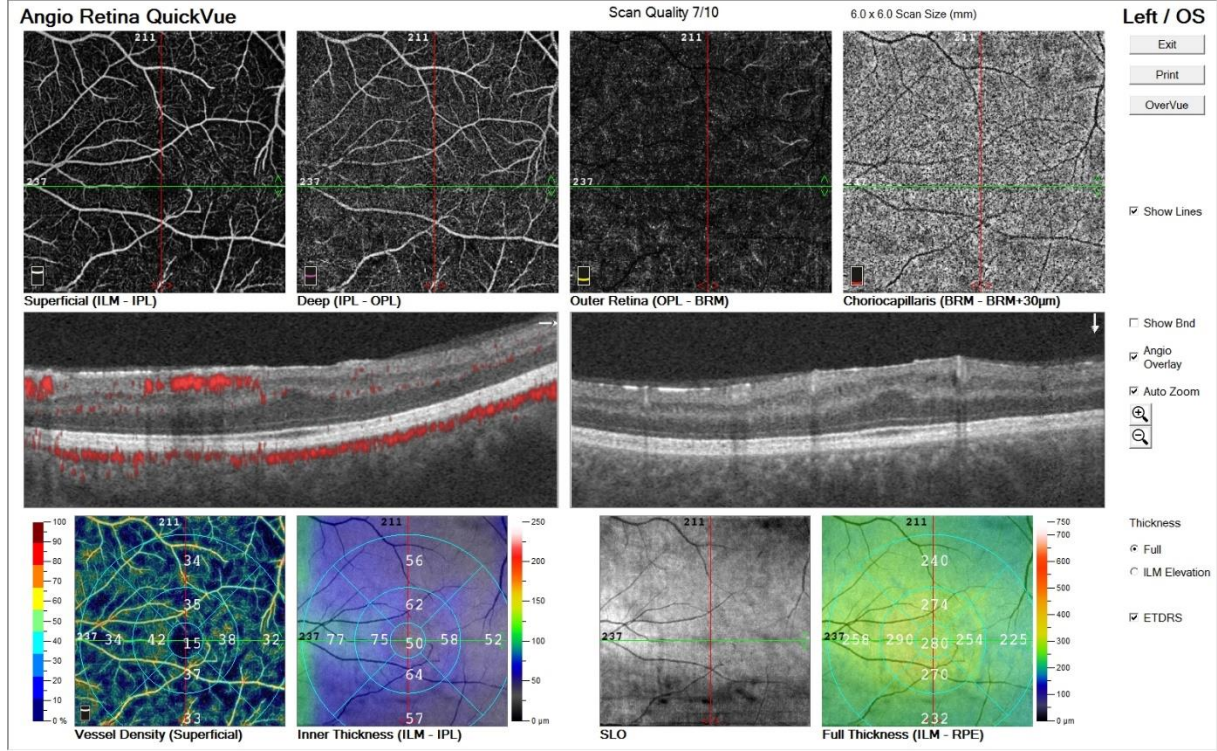
Resim 1: Sol gözün renkli fundus fotoğrafı.



Resim 2: Sol gözün foveasından geçen OKT kesiti



Resim 3: Sol gözün OKTA görüntüleri



POSTER BİLDİRİ

P – 003

Makulayı Etkileyen Koroid Rüptürü Sonrası Travmatik Epiretinal

Emine Pangal¹, Nurettin Bayram¹, Cemal  zsaygılı¹, İsa Yuvacı²

¹Saęlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Göz Kliniği, Kayseri

²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Kliniği, Sakarya

Giriş ve Amaç: Koroid rüptürü tipik olarak oküler travma sonrası gelişir ve epiretinal veya subretinal membranların oluşumuna yol açabilir. Travmatik epiretinal membranların travmaya bağlı internal limitan membrandaki yırtılmalar sonucunda retina yüzeyine uzanan retinal glial hücrelerden geliştiği düşünülmektedir. Bu çalışmada künt göz travmasına bağlı makulayı etkileyen koroid rüptürü gelişen ve takipte travmatik epiretinal membran saptanan bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Hastamız 21 yaşında erkek, 6 ay önce sağ gözüne odun çarpmış. İlk muayenesinde sağ gözde koroid rüptürü saptandı ve bu gözde görmesi tashihle 0,4 seviyesindeydi. Sol gözü sağlamdı. Hasta 6 ay sonra sağ gözde görme azalması Şikayeti ile başvurdu. Muayenesinde görmesi 1 metreden parmak sayma seviyesindeydi ve tashihle artmıyordu.  n segment muayenesi doğaldı. Retina muayenesi ve OCT bulguları koroid rüptürü ile ilişkili travmatik epiretinal membran ile uyumluydu. Bu bulgularla olgumuza pars plana vitrektomi ile kombine epiretinal membran ve internal limitan membran soyma cerrahisi uygulandı. Hastamızda intraoperatif ve postoperatif cerrahiye bağlı herhangi bir komplikasyon gelişmedi ve cerrahi sonrası takibin 1. ayında görmesi tashihle 0,4 seviyesindeydi.

Tartışma: Oküler travma sonrası koroid rüptürü gelişen olgular travmatik epiretinal membran ya da koroidal neovasküler membranlar açısından düzenli olarak izlenmelidir. Epiretinal membran gelişen olgularda cerrahi yaklaşım etkili bir tedavi yöntemi olabilir.

Anahtar Kelimeler: Künt göz travması, koroid rüptürü, travmatik epiretinal membran, cerrahi tedavi

P – 005

Tuberosklerozlu Genç Bir Olguda Multipl Retinal Astrositom

Seda Çelik Dülger¹, Mehmet Yasin Teke¹

¹Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Altı yaşında tuberoz skleroz kompleksi tanısı olan her iki gözünde çok sayıda retinal astrositomu olan bir olguyu değerlendirmek

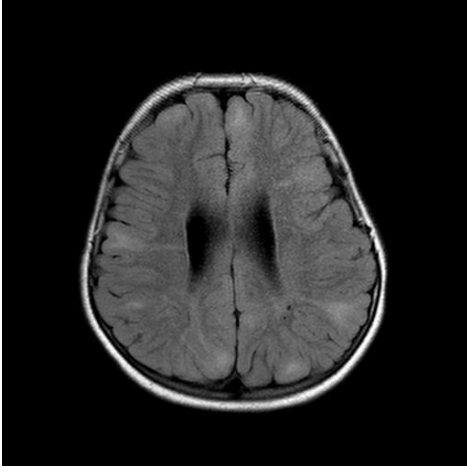
Olgu sunumu: Hayatının ilk yedi ayında nöbet geçirme öyküsü ile pediatriye başvuran ve epilepsi tanısı konularak o tarihten beri Vagabatrın kullanan 6 yaşındaki olgu kliniğimize başvurdu. Öyküsünden beş yıl önce tuberoz skleroz kompleksi (TSK) tanısını doğrulamak amaçlı hastaya ve her iki ebeveynine genetik test yapıldığı ve ebeveynlerinin test sonucunun negatif olduğu öğrenildi. TSK ile ilişkili diğer sistem tutulumları açısından periyodik olarak değerlendirildiği renal, kardiyak ve akciğer tutulumu olmadığı tespit edildi. Dermatolojik muayenesinde fasial anjiofibrom izlendi. Yapılan beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRI) sonucunda parietal, frontal ve temporal loblarda tüberler ile uyumlu olarak hiperintens sinyal değişiklikleri izlendi. (Resim 1) Sağ serebral hemisferde kaudat nükleus inferomedialinde subependimal yerleşimli 11.6X6.6 mm çapında subependimal dev hücreli astrositom (SEGA) ile uyumlu lezyon izlendi. (Resim 2) Ayrıca periventriküler subependimal alanda milimetrik nodüller izlendi.

Oftalmolojik muayenesinde her iki gözde görme keskinlikleri miyopik düzeltme ile 20/20 idi. Göz içi basınçları normal sınırlardaydı ve ön segment muayenesinde dikkat çeken özellik yoktu. Fundus muayenesinde sağ gözde optic diskin süperiorunda retinal astrositom ile uyumlu yan yana 3 adet sarı-beyaz yuvarlak lezyon izlendi. Aynı gözde diğer lezyonlar ile aynı özellikte fovea inferotemporalinde ve diğer 3 lezyonun süperonazalinde olmak üzere iki astrositom daha mevcuttu. Sol gözde yaklaşık 4 disk çapında süperior temporal arterin üzerinde yerleşimli bir adet astrositom izlendi. Bütün lezyonların vitreus içine doğru kabarık ve non-kalsifiye olduğu izlendi. (Resim 3) İnfrared fundus fotoğrafında lezyonların sınırları daha net olarak izlenmekteydi. (Resim 4) Optik koherens tomografide (OKT) retina iç tabakalarında homojen hiperreflektans, dış retinal tabakalarda gölgelenme etkisi oluşturan kubbe şeklinde hamartamamöz lezyonlar izlendi. Lezyonların üzerindeki vitreus kondansasyonu dikkat çekiciydi. (Resim 5)

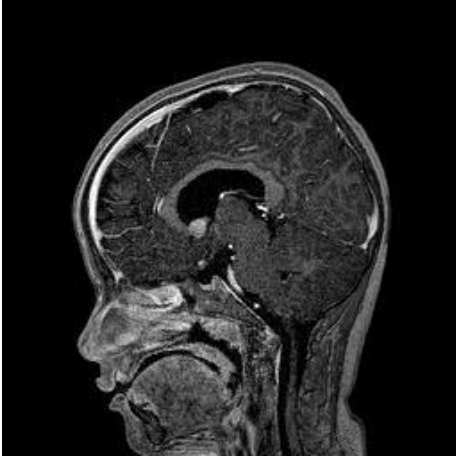
Sonuç: Tuberoz skleroz kompleksli olguların yaklaşık yarısında retinal astrositom görülebilmektedir. TSK ile ilişkili astrositomlar genellikle çok sayıda ve bilateral olup yaşamın ilk yıllarından itibaren karşımıza çıkabilir. Bu nedenle TSK tanısı almış olguların tanı anından itibaren bir oftalmolog tarafından takibi önemlidir.

POSTER BİLDİRİ

4. Tıbbi Retina Günleri / 6-8 Aralık 2019, İstanbul



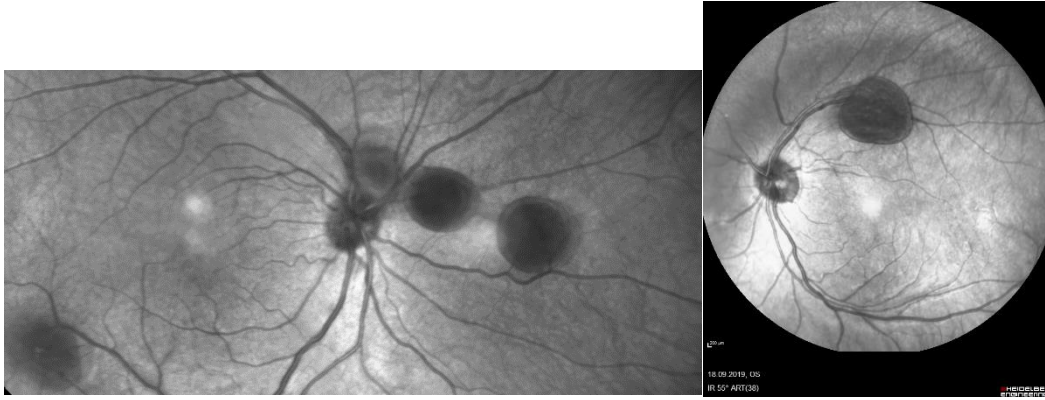
Resim 1: Aksiyel kesit beyin MR görüntüsünde her iki hemisferdeki tüberler ile uyumlu hiperintens sinyal değişiklikleri



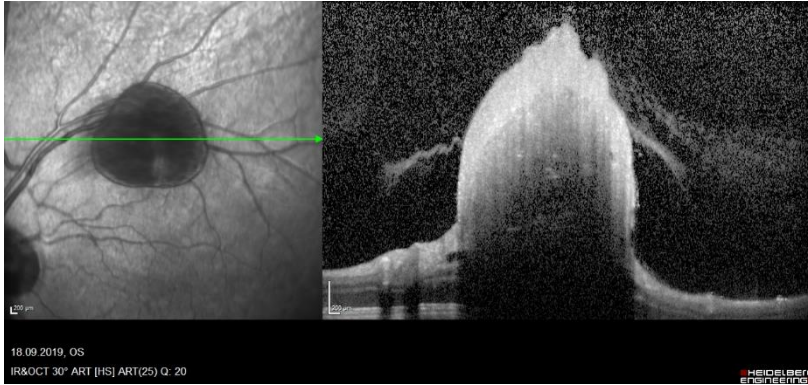
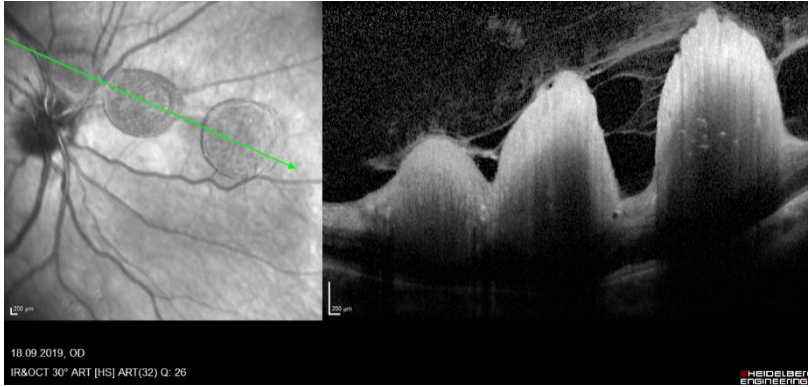
Resim 2: Sagittal MR kesitinde intraventriküler yerleşimli astrositom ile uyumlu lezyon



Resim 3: Sağ ve sol göz renkli fundus fotoğrafında her iki gözdeki non-kalsifiye astrositik lezyonlar



Resim 4: Kırmızı ışıktan yoksun (infrared) fundus fotoğraflarında retinal astrositomlar daha belirgin olarak izlenmekte



Resim 5: Sağ ve sol göz oblik ve yatay OKT kesitlerinde iç retinal tabakalarda kısmen homojen hiperreflektif kalınlaşma ile lezyonun dış retinal tabakalarda yaptığı gölgelenme etkisi izleniyor. Her iki gözde lezyon üzerindeki vitreusun kondanase olduğuna dikkat ediniz.

POSTER BİLDİRİ

4. Tıbbi Retina Günleri / 6-8 Aralık 2019, İstanbul

P – 006

Subretinal Perflorokarbon Sıvısının Spontan Rezolüsyonu

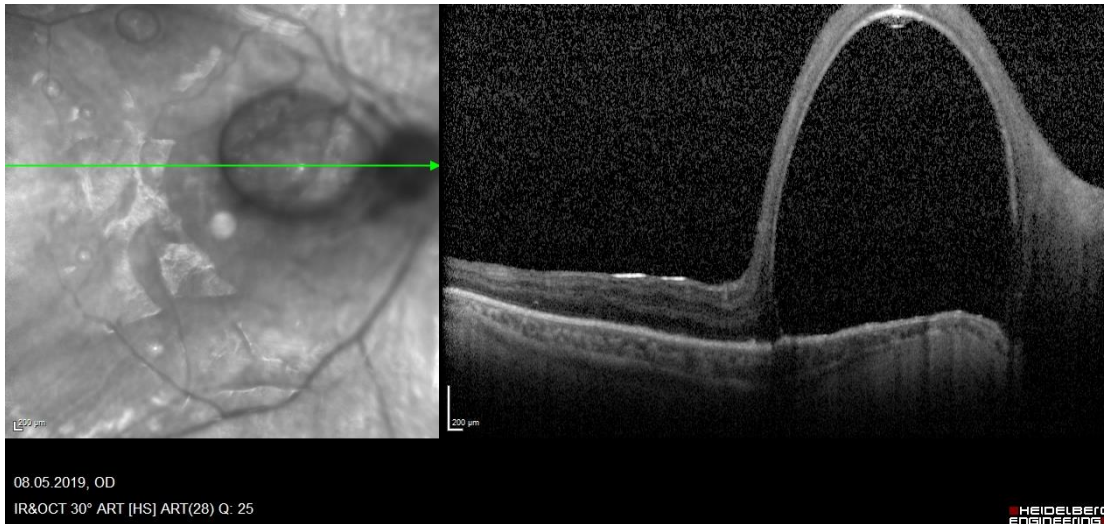
Seda Çelik Dülger¹, Mehmet Yasin Teke¹

¹Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

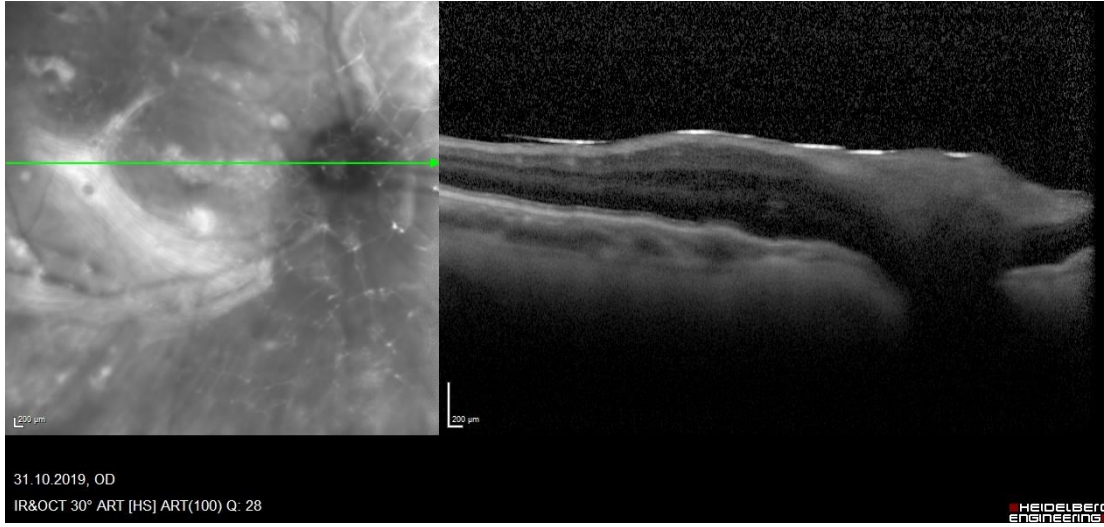
Amaç: Extrafoveal yerleşimli perflorokarbon sıvısının kendiliğinden ortadan kaybolduğu bir olguyu sunmak

Olgu Sunumu: Elli bir yaşında erkek hasta sağ gözünde görme azalması nedeni ile kliniğimize başvurdu. Başlangıç görme keskinliği sağ gözde 2 metreden parmak sayma sol gözde 20/20 idi. Detaylı oftalmolojik muayenede sağ gözde total retina dekolmanı (RD) izlendi. 25 gauge pars plana vitrektomi, lazer fotokoagülasyon ve 5000 vizkoziteli silikon enjeksiyonu yapıldı. Operasyon sonrası 5 gün yüz üstü yatış önerildi. Postoperatif 1. günde görme keskinliği 1 metreden parmak sayma ve retina silikon tamponad altında yatışık olarak izlendi. Postoperatif 2. aydaki kontrolünde retinanın silikon altında yeniden dekolle olduğu izlendi ve RD ameliyatı planlandı. 25 gauge pars plana vitrektomi, retinanın perflorokarbon (PFK) sıvısı ile stabilizasyonu, süperior gevşetici retinektomi ve lazer fotokoagülasyon yapıldı. Yeniden 5000'lik silikon enjeksiyonu ile operasyon sonlandırıldı. Postoperatif 1. haftadaki kontrolünde optik disk temporalinde büyük bir subretinal PFK damlacığı izlendi. Optik koherens tomografide (OKT) PFK damlacığı tabanı tavanından göreceli olarak daha geniş büyük hiporeflektif bir boşluk olarak izlendi. (Resim 1) Fovea altında yerleşimli olmadığından cerrahi müdahale düşünülmedi. Postoperatif 5. ayda OKT'de subretinal PFK damlacığının spontan olarak ortadan kaybolduğu izlendi. (Resim 2)

Sonuç: Subretinal PFK sıvısının spontan olarak rezolüsyona uğradığı bir olguyu sunduğumuz bu raporda mekanizmasını tam olarak bilmemekle birlikte PFK sıvısının subretinal aralıkta yayılarak yerdeğiştirmiş olabileceğini düşündük.



Resim 1: Sağ göz yatay OKT kesitinde optik disk komşuluğunda subretinal PFK sıvısı ile uyumlu büyük hiporeflektif boşluk ve hiperreflektif silikon reflesi izleniyor.



Resim 2: Cerrahi sonrası 5. ayda herhangi bir cerrahi müdahale olmaksızın PFK sıvısının ortadan kaybolduğu izleniyor. Retinanın silikon tamponad altında yatışık olduğu ve PFK damlacığının olduğu retina alanının komşu retinal alana nazaran daha kalın olduğuna dikkat ediniz.

POSTER BİLDİRİ

4. Tıbbi Retina Günleri / 6-8 Aralık 2019, İstanbul

P – 007

Geç Başlangıçlı Santral Korunmuş Stargardt Hastalığında Elektoretinografi

Bulguları

Hande Taylan Şekeroğlu¹, Mehmet Ali Şekeroğlu²

¹ Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ulucanlar Göz Hastanesi, Ankara

Amaç: Geç başlangıçlı santral korunmuş Stargardt hastalığı tanısı konulan bir olguda multimodal görüntüleme bulgularının sunulması ve tam alan elektoretinografi (ERG) yanıtlarının tartışılması amaçlanmıştır.

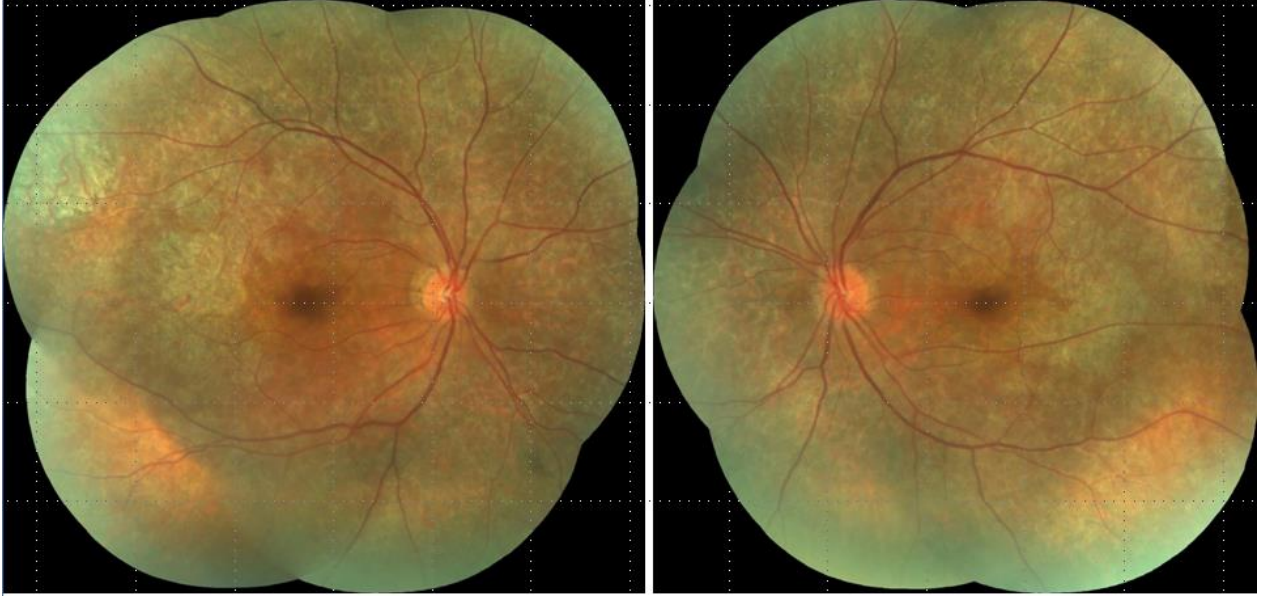
Olgu: Bilinen bir sistemik hastalığı olmayan ve yakın görme bozukluğu nedeniyle kliniğimize başvuran 50 yaşında kadın hastanın yapılan muayenesinde en iyi düzeltilmiş görme keskinliği bilateral 1.0 olarak saptandı. Ön segment muayenesi ve göz içi basınçları normal sınırlarda olan hastanın yapılan dilatasyonlu fundus muayenesinde bilateral yaygın sarı-beyaz retinal fleckler ve yer yer atrofi sahaları izlendi. (Resim 1) Fundus floresan anjiyografide sessiz koroid görünümü izlendi. Optik koherens tomografide fovea altında santralde korunmuş retina dış katları izlendi. (Resim 2) Fundus otofloresans görüntülemesinde atrofi alanları hipootofloresan olarak izlenirken, retinal fleckler çoklukla hipo yer yer hiperotofloresan olarak izlendi. (Resim 3) Optik disk fundus otofloresans görüntülemesinde Stargardt hastalığı için tipik olan peripapiller korunma izlendi. (Resim 3) Bu bulgularla geç başlangıçlı Stargardt hastalığı düşünülen olguya retinal fonksiyonun değerlendirilebilmesi amacıyla tam alan ERG uygulandı. ERG sonucunda skotopik 0.01, skotopik 3.0, skotopik 3.0 osilatuar potansiyel, fotopik 3.0 ve fotopik 3.0 flicker yanıtlarının amplitüplerinde hafif düzeyde bir azalma tespit edildi. Görme keskinliğinin iyi olması ve ERG’de belirgin bir etkilenme olmaması nedeniyle hastanın asemptomatik olduğu düşünüldü.

Tartışma: Geç başlangıçlı santral korunmuş Stargardt hastalığı juvenil başlangıçlı tipine göre daha iyi prognozlu olup görme keskinliği uzun yıllar etkilenmemektedir. Skotopik ve fotopik ERG bulguları ya tamamen normal ya da hafif düzeyde etkilenmiş olabilir. Bu hastalığın tanınması ileri yaşta bu hastalara yanlışlıkla yaşa bağlı makula dejenerasyonu tanısı konulmaması açısından önemlidir.

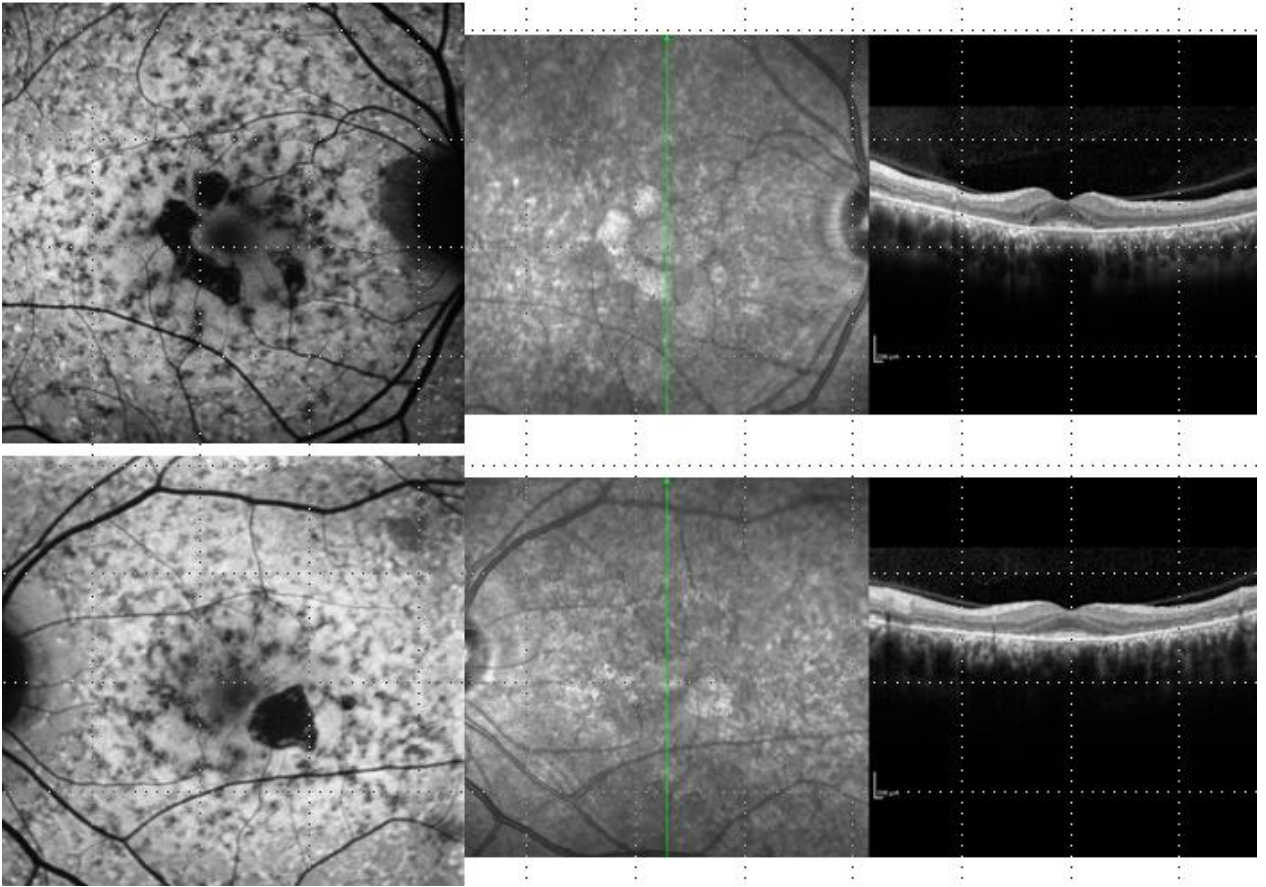
POSTER BİLDİRİ

4. Tıbbi Retina Günleri / 6-8 Aralık 2019, İstanbul

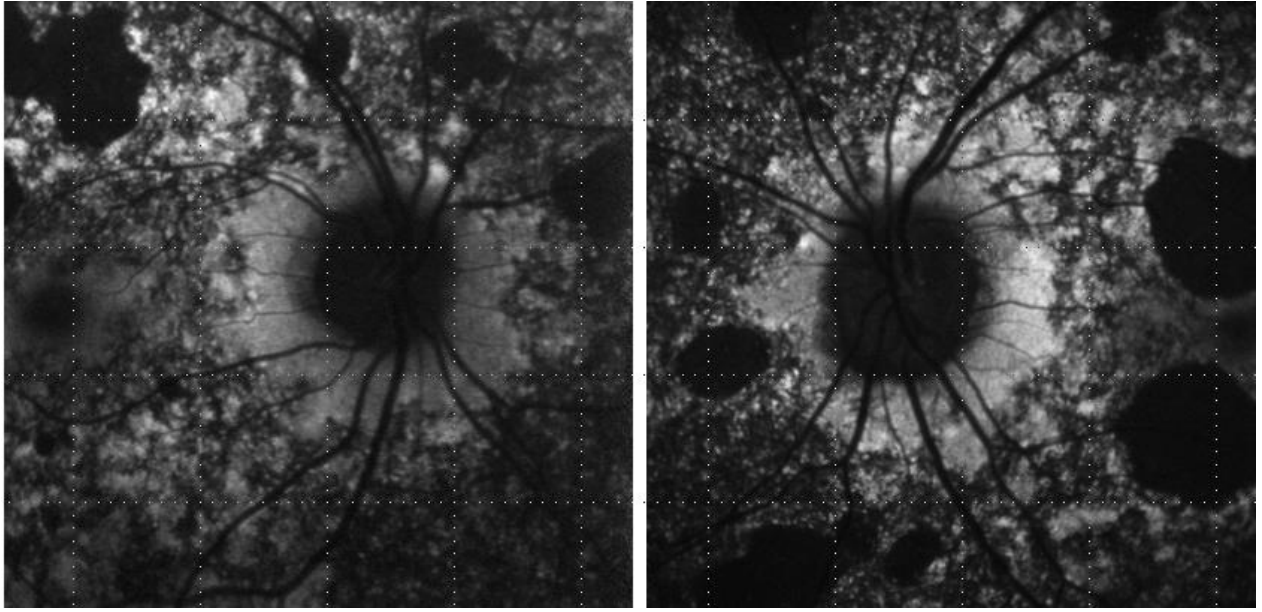
Resim 1. Renkli Fundus Fotoğrafi



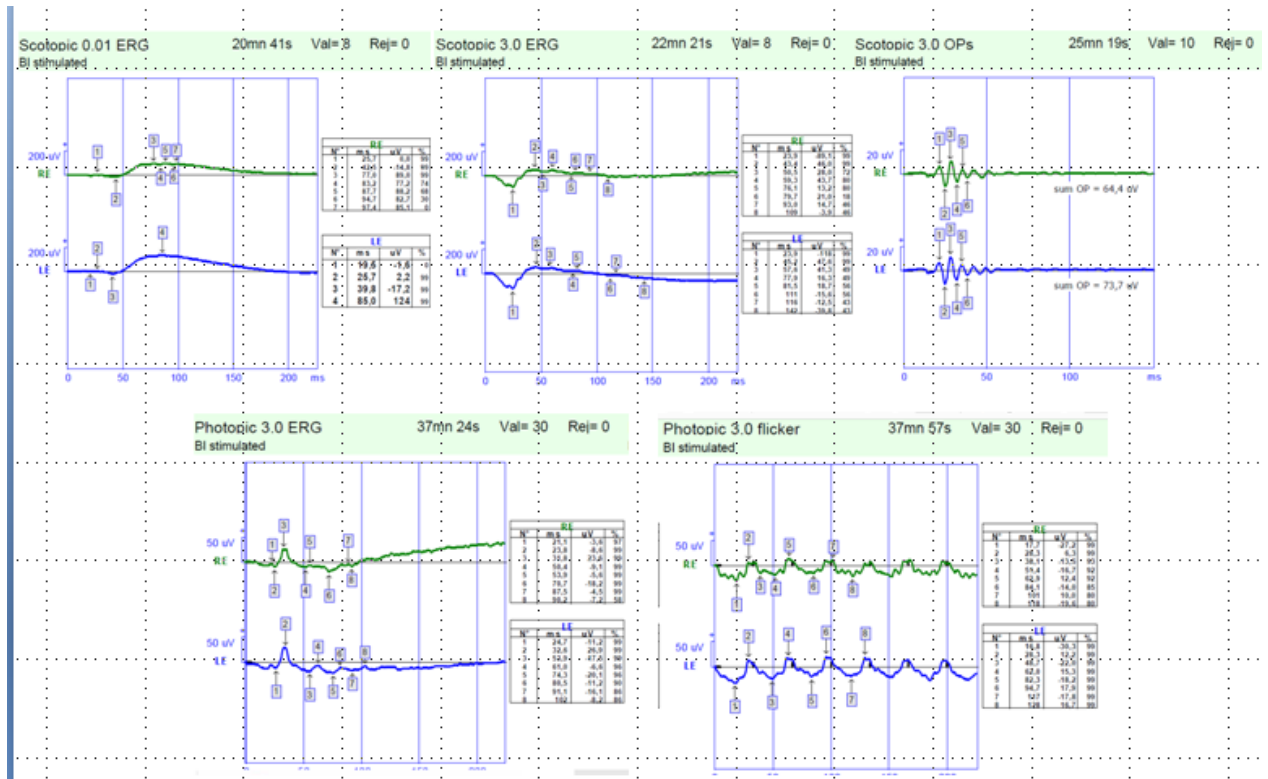
Resim 2. Fundus Otofloresans Görüntüleme ve Optik Koherens Tomografi



Resim 3. Optik Disk Fundus Otofloresans Görüntüleme



Resim 4. Tam Alan Elektoretinografi



POSTER BİLDİRİ

P – 008

Koroidal Osteom ve Sekonder Neovaskülarizasyon Tedavisinde Intravitreal
Aflibersept'in Yeri

Cemal Özsaygılı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Göz Kliniği, Kayseri

Giriş ve Amaç: Koroid osteomu ilk olarak 1978'de Gass ve ark. tarafından tanımlanmış, patogenezi tam bilinmeyen nadir görülen benign tümörlerdendir. Genellikle tek taraflı, juxtapapiller ve maküler bölgede bulunmaktadır. Genç kadınlarda daha sık görülmesine rağmen, erkekler ve orta yaşlı insanlar da etkilenebilmektedir. İyi huylu bir tümör olmasına rağmen, pigment epitel atrofi, seröz retina dekolmanı ve en sık görülen koroid neovaskülarizasyonu nedeniyle ciddi görme kaybına neden olabilmektedir. Burada, intravitreal aflibersept ile tedavi edilen koroid osteomu ve sekonder koroid neovaskülarizasyonu (KNV) tanılı bir hastayı tartışmak amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: 39 yaşında erkek hasta, sol gözde görme azlığı şikayeti ile başvurdu. Muayenesinde görme keskinliği sağ gözde 1.0, sağ gözde 0.5 idi. Her iki gözde yarık lamba ön segment muayenesi ve göz içi basıncı normaldi. Fundus muayenesinde iyi tanımlanmış sınırları olan ve sol gözde makülada bulunan retina yüzeyinden hafifçe yükselmiş sarımsı bir lezyon saptandı. Sağ göz ise normaldi. FFA'da, sol gözde daha sonraki aşamalarda gittikçe artan ve KNV ile uyumlu erken hiperfloresans gözlemlendi. Sol gözde B scan-USG taraması akustik gölgelenmeye neden olan hiperekoik bir koroid lezyonu ortaya çıkardı. Spektral domain optik koherens tomografide sol gözde subretinal sıvı gözlemlendi. Bu bulgulara dayanarak, hastaya koroid osteomu ve sekonder KNV teşhisi kondu. Hastaya 1 aylık aralıklarla 3 intravitreal aflibersept enjeksiyonu yapıldı. Subretinal sıvının azalması ancak kaybolmaması üzerine takipler esnasında 1 aylık aralıklarla 3 intravitreal aflibersept enjeksiyonu daha uygulandı. Altıncı enjeksiyondan sonra yapılan takip muayenesinde görme keskinliği 0,9'a yükseldi ve OCT görüntülemesi subretinal sıvının regresyonunu gösterdi. Hastanın durumu 18 aylık takip döneminde stabil seyretti ve ek enjeksiyon gerekmedi.

Tartışma: Koroid osteomunun tedavisi için standart bir yöntem yoktur. Hastalar düzenli olarak takip edilmeli ve ikincil komplikasyonlar uygun şekilde tedavi edilmelidir. İntravitreal aflibersept enjeksiyonu koroid osteomuna sekonder KNV tedavisinde görme keskinliği ve anatomik iyileşme açısından oldukça faydalı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Aflibersept; Koroidal osteom; Koroidal neovaskülarizasyon

POSTER BİLDİRİ

4. Tıbbi Retina Günleri / 6-8 Aralık 2019, İstanbul

S – 009

Atipik Hemolitik Üremik Sendromda Eculizumab Tedavi Sonrası Purtscher Benzeri Retinopati Bulgularının Gerilemesi

İnci Elif Erbahçeci¹, Hazal Bircan¹, Nagihan Uğurlu²

¹Bilkent Şehir Hastanesi Göz Hastalıkları Göz Kliniği, Ankara

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları ABD, Ankara

Giriş: Hemolitik üremik sendrom (HÜS) mikroanjiyopatik hemolitik anemi, akut renal yetmezlik ve trombositopeni ile karakterize bir trombotik mikroanjiyopatidir (1). Diyare prodromu eşlik ediyorsa D+HÜS ve eşlik etmiyorsa atipik HÜS (aHÜS) olmak üzere iki alt gruba ayrılır (2). aHÜS nadir görülen ve hayatı tehdit eden bir hastalıktır. Hemolitik üremik sendromdan (HÜS) diyare ve Shiga toksini kaynaklı enfeksiyon olmaması ile ayırt edilir (2). aHÜS'te ana patoloji, vasküler endotel hasarı ve kompleman agregasyonlarına yol açan kompleman sisteminin düzenlenmesindeki bozukluklardır. Oküler bulgular nadir görülmekle birlikte retinal, koroidal ve vitreal hemorajiler, retinal iskemik bulgular ve non-perfüzyondur.

Purtscher retinopatisi; baş veya göğüs travmasını takiben gelişen akut görme kaybı ve çoklu beyaz iskemik infarktlar (atılmış pamuk manzarası görünümü), dot/blot/preretinal/mum alevi şeklinde retinal kanamalar ve retinal beyazlama gibi retinal bulgular ile karakterize nadir bir retinal hastalıktır (3). Etiyoloji travmaya bağlı değilse, hastalık Purtscher benzeri retinopati olarak adlandırılır. Akut pankreatit, bağ dokusu hastalıkları, otoimmün hastalıklar, gebelik ile ilişkili hastalıklar, trombotik mikroanjiyopatik hastalıklar gibi birçok hastalık Purtscher benzeri retinopatiye neden olabilir (4).

Olgu Sunumu: 42 yaşında kadın hasta akut sağ gözde görme azlığı ile nefroloji kliniğinden kliniğimize yönlendirildi. Hastanın sağ göz en iyi düzeltilmiş görme keskinliği (EİDGK) 20/100, sol gözde ise 20/20 idi. Ön segment muayenesinde bir özellik yoktu ve göz içi basınçları normal sınırlarda idi (14 mmHg/ 16 mmHg). Fundoskopide bilateral sarı-beyaz pamuksu lekeler, mum alevi şeklinde ve dot intraretinal hemorajiler ve her iki göz optik disk temporalinde solukluk vardı. Optik koherens tomografide (OKT) sağ gözde makulada seröz dekolman ve sol gözde santral makulayı etkilemeyen superiorda seröz dekolman vardı (Resim 1).

Hastanın anamnezi; 10 haftalık gebe iken farkedilen böbrek fonksiyon testlerinde bozukluk, anüri, genel durum bozukluğu nedeniyle küretaj yapılmış ve küretaj sonrasında BFT yüksekliği, üremi, metabolik asidoz ve progresif renal bozukluğun devam etmesi üzerine nefroloji kliniğine danışılmıştır.

Nefroloji kliniğinde, akut böbrek yetmezliğinin ayırıcı tanısı için periferik yayma testi, ve ADAMTS13 testleri yapıldı. Kan yaymasında trombosit sayısında azalma ve eritrosit fragmantasyonu görüldü. ADAMTS13 testi negatifti. Sistemik muayene ve laboratuvar testlerinden sonra hastamız

hemoglobinemisi, trombositopenisi ve akut böbrek yetmezliği nedeniyle trombotik mikroanjiyopati olarak değerlendirildi. Trombotik mikroanjiyopatiniñ ayırıcı tanısında, Shiga toksini ile indüklenen enfeksiyon ve kanlı diyare bulunmadığından HÜS dışlandı; PT, aPTT ve fibrinojen düzeyleri normal olduğu için dissemine intravasküler koagölasyon (DİK) dışlandı; trombotik trombositopenik purpura (TTP), ADAMTS13 testi negatif olduğu için dışlandı; Trombotik mikroanjiopatiniñ ayırıcı tanısı yapılarak klinik ve laboratuvar bulguları ışığında hastaya atipik hemolitik üremik sendrom (aHÜS) tanısı konuldu. aHÜS tanısı ile birlikte hastaya hemodiyaliz, plazmaferez ve sistemik steroid tedavisi başlandı ancak hastanın laboratuvar bulgularında düzelme olmaması üzerine kompleman proteini C5'i parçalayarak kompleman aktivitesini bloke eden insan monoklonal antikoru eculizumab başlandı. Eculizumab tedavisine, ilk dört hafta boyunca haftada 900 mg olarak başlandı ve daha sonra her üç haftada bir 900 mg şeklinde devam edilmesi planlandı. Tedaviden iki hafta sonra görme keskinliği sağ gözde 20/20'ye yükseldi ve birinci ay takibinde her iki gözde görme keskinliği 20/20 idi. Fundoskopide her iki gözde retinal lezyonların bir kısmının gerilediği ancak atılmış pamuk benzeri manzaraya sebep olan lezyonlarda artış görüldü. İdrar çıkışının normale dönmesi ile OKT'de seröz dekolmanın tamamen gerilediği görüldü (Resim 2).

Tartışma: Hemolitik üremik sendromda oküler bulgular nadir görülmesine rağmen oküler şikayetleri olan hastalara oftalmolojik muayene yapılmalıdır. Eculizumab aHÜS ve oküler komplikasyonları için umut verici görünmektedir. HÜS'te oküler tutulum görülmesi hastalığın şiddeti ile ilgili bilgi verebilir. Olgunun bir gözünde görme azlığı şikayeti olmasına rağmen diğer gözünde şikayeti yoktu. Ancak görme azlığı olmayan gözde de retinal bulguların görülmesi HÜS olgularında dikkatli oftalmolojik muayene gereksinimini vurgulamaktadır. Oftalmolojik bulguların sadece spesifik göz muayenesi ile tespit edilmesi dikkat çekicidir. Seröz dekolmanın gerilemesine rağmen yeni retinal lezyonların oluşması hastalık kontrolünün yetersiz olması ile açıklanabilir.

Olgunun başlangıç fundus muayene bulguları Purtscher retinopati ile benzerdir. Atılmış pamuk manzarasına benzeyen sarı-beyaz yama tarzı lezyonlar ve retinal beyazlaşma retinal iskemiye göstermekteydi. Karakteristik fundus bulguları vasküler endotel hücre hasarı sonrası trombotik mikroanjiyopati ile artmış trombosit yıkımı sonucu oluşmaktadır. Bundan dolayı retinal ve/veya koroidal mikrosirkülasyon bozukluğu retinal ve vitreus hemorajisi, retina damar tıkanıklığı, iskemi ve optik atrofiyi açıklar. Olgudaki seröz retina dekolmanı koryokapillaris oklüzyonu ve nekroz sonrası gelişen retina pigment epitel bariyer fonksiyon kaybı ile açıklanabilir (3).

HÜS'te oküler tutulum nadir görülmekle birlikte, potansiyel vizyonu tehlikeye sokan sonuçları nedeniyle bu komplikasyonun farkında olmalıdır. Ayrıca Purtscher benzeri retinopati hastalığın erken

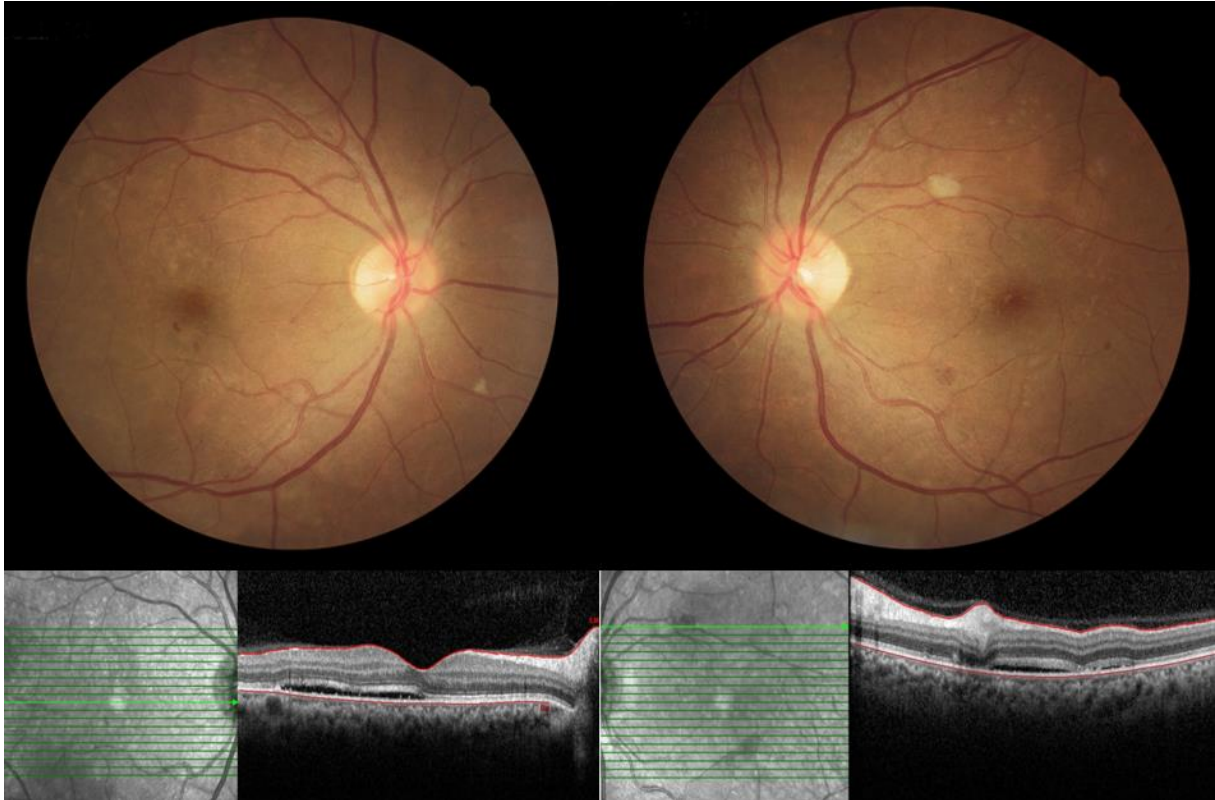
evrelerinde görülebildiğinden, oftalmologlar tipik bulguları altta yatan bir sistemik mikroanjiyopatinin varlığıyla ilişkilendirerek erken tanı ve tedavi başlanmasında rol alabilirler.

Kaynaklar

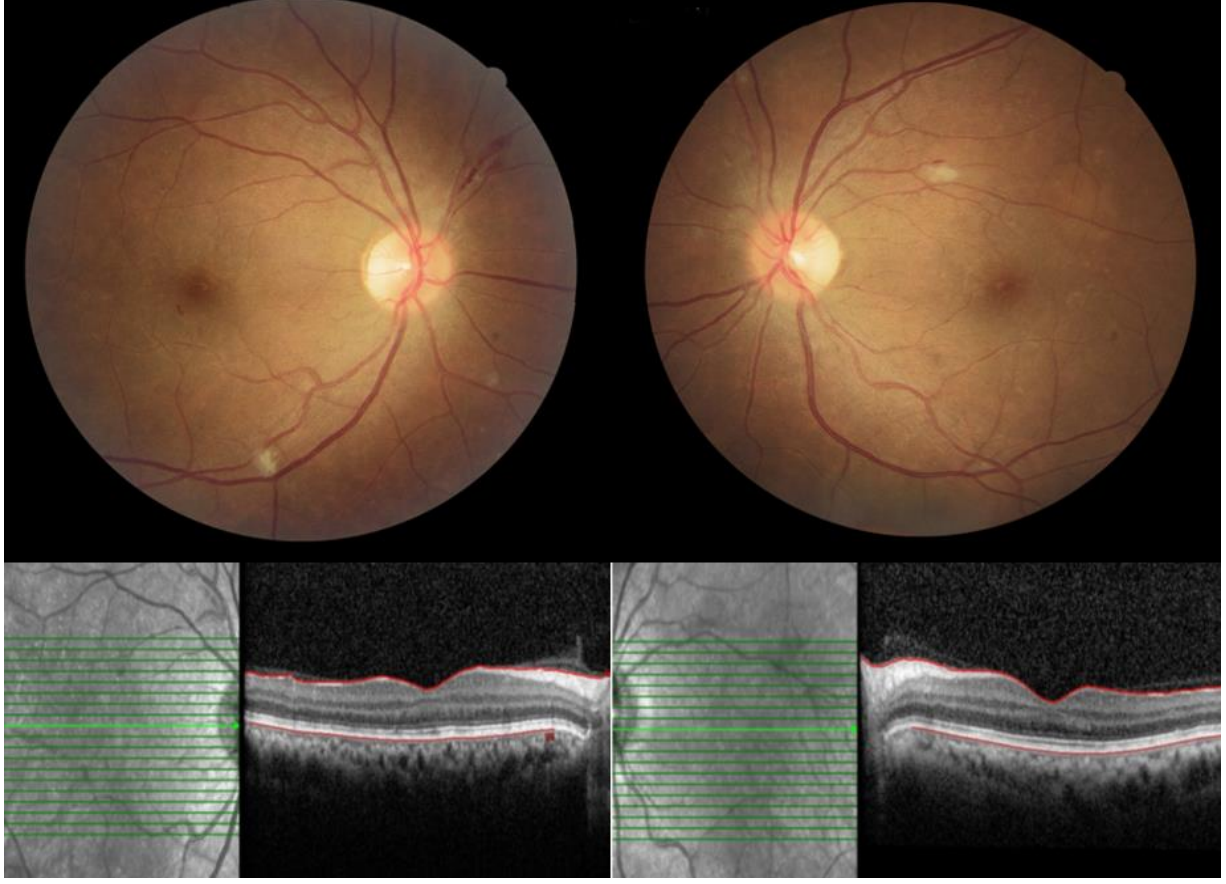
- 1.Eberhard OK, Labjuhn SO, Olbricht CJ. Ocular involvement in haemolytic uraemic syndrome—case report and review of the literature. *Nephrol Dial Transplant.* 1995;10:266–269.
- 2.Sturm V, Menke MN, Landau K, Laube GF, Thomas JN. Ocular involvement in paediatric haemolytic uraemic syndrome. *Acta Ophthalmol.* 2010;88:804–807.
3. Agrawal A, McKibbin M. Purtscher’s retinopathy: epidemiology, clinical features and outcome. *Br J Ophthalmol.* 2007;91:1456-1459.
- 4.Miguel AI, Henriques F, Azevedo LF, Loureiro AJ, Maberley DA. Systematic review of and Purtscher-like retinopathies. *Eye (Lond).* 2013;27:1-13.

Etik hasta onayı alınmıştır.

Resim 1. Fundus görüntüleme retinal beyazlaşma sarı-beyaz pamuksu lekeler, mum alevi şeklinde intrareteal hemorajiler ve seröz dekolman; Optik koherens tomografide sağda seröz maküla dekolmanı ve sol göz superiorda seröz dekolman görüntüsü



Resim 2. Birinci ay izlemine ait fundus görüntüleme retina bulgularının tamamen kaybolmadığı; Optik koherens tomografide subretinal sıvının tamamen kaybolduğu izlenmektedir.



POSTER BİLDİRİ

4. Tıbbi Retina Günleri / 6-8 Aralık 2019, İstanbul

P – 010

Diyabetik Maküla Ödeminde Üç Doz Bevacizumab Sonrası Yeterli Cevap Alınamayan Olgulara Deksametazon Uygulaması Sonrası Alınan Cevabın Karşılaştırılması

Halil İbrahim YENER¹, Muammer ÖZÇİMEN¹

¹SBÜ Konya Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: Üç doz intravitreal bevacizumab yapıldıktan sonra tedaviye yeterli cevap alınamayan diyabetik maküla ödemi olan hastalara, deksametazon implant uygulaması sonrası tedaviye alınan cevapları karşılaştırmak

Mateyal metod: Çalışmaya retina kliniğimizde diyabetik maküla ödemi ile takip ettiğimiz ve düzenli olarak 3 ay intravitreal bevacizumab yapılan ve yeterli cevap alınamayan ve deksametazon implant yapılan 14 hastanın 19 gözü alındı. Hastaların bevacizumab enjeksiyonu öncesi ve üç doz intravitreal bevacizumab enjeksiyonu sonrası görme keskinlikleri ve santral maküla kalınlıklarına bakıldı. Üç doz sonra yeterli cevap alınmayan hastalara deksametazon implant yapıldı. Bu hastaların işlem sonrası 1. ve 3. ay sonundaki görme keskinliklerine ve santral maküla kalınlıklarına bakıldı. Aralarındaki fark istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların tanı konulup tedaviye başlanmadan önceki görme keskinlikleri ortalaması 0,29 idi. Üç doz intravitreal bevacizumab dan sonra görme keskinliği 0,37 idi. Bu hastaların deksametazon implant sonrası 1. ay sonu görme keskinlikleri ortalama 0,46, 3. ayın sonunda 0,53 olarak tespit edildi. Aynı hastaların santral maküla kalınlığı sırası ile 509,492,319,352 olarak ölçüldü. Bu değerler birbirleriyle kıyaslandığında bevacizumab öncesi ve 3. Doz bevacizumab sonrası görme keskinlikleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdı. Bevacizumab enjeksiyonu öncesi ve 3. Doz enjeksiyon sonrası görme keskinlikleri ile deksametazon implant sonrası 1. Ay görme keskinlikleri karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

Sonuç: Dirençli diyabetik maküla ödemi olan hastalara fazla beklemeden deksametazon implant yapılması erken dönemde cevap almak için ve daha az işlem yapmamak açısından faydalıdır.

POSTER BİLDİRİ

4. Tıbbi Retina Günleri / 6-8 Aralık 2019, İstanbul

P – 011

Retinal Astristomlu İki Hastanın Klinik Bulgularının Değerlendirilmesi

Aylin Karalezli1, Sabahattin Sül1, Şengül Özdek1

1Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

AMAÇ: Retinal astrositom tanısı konan iki hastanın takip süresince saptanan klinik bulgularını değerlendirmek

GEREÇ ve YÖNTEM: 2019 yılında kliniğimize başvuran ve retinal astrositom tanısı konan iki hastanın sistemik ve oküler klinik bulguları, geniş açı fundus fotoğrafı, florosein anjiyografi (FA) ve optik koherens tomografi (OKT)'leri değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Hastalarda sistemik fakomatoz izlenmedi. Hastaların her ikisinde optik sinir komşuluğunda kırmızı renkli vaskülarize intraretinal kitle ve sert eksudasyon izlendi. Yapılan OKT'de optik sinir komşuluğunda iç retinal tabakada kitle görünümü ve seröz foveal dekolman izlenmekteydi. FA'da erken dönemden itibaren vaskülarize ve sınırları belirgin, geç dönemde bir miktar sızıntı gösteren hiperflöresans izlendi. 1 hastaya intravitreal deksametazon implantasyonu yapıldı ve bu hastada sert eksudasyonun bir miktar gerilediği ve seröz fovea dekolmanının tamamen gerilediği izlendi. Aynı hastaya daha sonra fotodinamik tedavi uygulandı fakat tedavi sonrası lezyon boyutlarında ve klinik bulgularda belirgin bir düzelme izlenmedi. İkinci hasta herhangi bir tedavi almadan takip edildi.

TARTIŞMA: Olgularımız soliter olması ve santral yerleşim ve geç yaşta ortaya çıktığından sporadik olarak değerlendirilmiştir. Yapılan intravitreal steroid ve FD tedavinin lezyon büyüklüğü üzerinde belirgin bir etkisi olmasa da eşlik eden eksudasyon ve subretinal sıvı üzerine olumlu etkisi olabileceği izlenmiştir.

P – 012

Kronik Evre Vogt-Koyanagi-Harada Sendromu Tanılı Hastalarda Maküla Mikrodolaşımının Kantitatif Olarak Değerlendirilmesi: Optik Koherens Tomografi Tomografisi Anjiyografi Çalışması

Pınar Çakar Özdal¹, Hüseyin Baran Özdemir¹, Yasemin Özdamar Erol¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uvea-Behçet Kliniği

Amaç: Kronik evre Vogt-Koyanagi-Harada Sendromu (VKH) olan hastalarda optik koherens tomografi anjiyografi (OKTA) ile maküla mikrodolaşım bulgularını değerlendirmek ve bu bulguları normal bireylerle karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntemler: Bu kesitsel çalışmaya, kronik konvalesan veya kronik rekürren evrede olan 31 VKH hastasının 59 gözü ve 25 normal gönüllünün 50 gözü dâhil edildi. Tüm hastalardan 6x6 mm maküler OKTA (OptoVue Inc, Freemont, CA, ABD) çekimi ile alınan görüntülerle cihaz yazılımı tarafından otomatik olarak hesaplanan foveal avasküler zon (FAZ) alanı (mm²), FAZ çevresi (mm), FAZ asirkülerite indeksi (AI), FAZ çevresinde 300 mikron genişliğindeki alan içerisindeki foveal damar dansitesi (FD-300, %), yüzeysel (SCP, %) ve derin (DCP, %) kapiller pleksus damar dansitesi ve koryokapillaris akım alanı (CC, mm²) parametreleri değerlendirildi ve karşılaştırıldı.

Bulgular: Kronik konvalesan VKH grubuna 25 göz, kronik rekürren VKH grubuna ise 33 göz dahil edildi. Hem kronik konvalesan hem de kronik rekürren evredeki VKH hastalarında, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, SCP damar dansitesi foveal alan dışındaki tüm alanlarda istatistiksel anlamlı olarak daha düşük ölçüldü (P <0.05). DCP damar yoğunluğu, kronik rekürren VKH hastalarında foveal ve parafoveal alanlar hariç diğer alanlarda kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük ölçülmekle birlikte (P <0.05), kronik konvalesan VKH hastaları ile kontrol grubu karşılaştırıldığında bütün alanlarda benzer ölçümler alındı. FAZ, FAZ çevresi, AI ve CC tüm gruplar arasında istatistiksel olarak benzerdi (P > 0.05). FD-300, kronik rekürren VKH hastalarında (P <0.05) kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak düşüktü, ancak kronik konvalesan VKH hastaları ile kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı (P > 0.05). Bütün ölçümlerde kronik konvalesan ve kronik rekürren VKH hastaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (P > 0.05).

Sonuç: Kronik VKH hastalarında, maküler kapiller mikrodolaşımın normal bireylere göre azaldığı görülmüştür.

POSTER BİLDİRİ

4. Tıbbi Retina Günleri / 6-8 Aralık 2019, İstanbul

P – 013

Kronik Evre Vogt-Koyanagi-Harada Sendromu Tanılı Hastalarda Peripapiller Kapiller Dansitenin Optik Koherens Tomografi Tomografisi Anjiyografi ile Kantitatif Olarak Değerlendirilmesi

¹Hüseyin Baran Özdemir, ¹Yasemin Özdamar Erol, ¹Pınar Çakar Özdal

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uvea-Behçet Kliniği

Amaç: Kronik evre Vogt-Koyanagi-Harada Sendromu (VKH) olan hastalarda optik koherens tomografi anjiyografi (OKTA) ile peripapiller kapiller dansite ölçümlerini değerlendirmek ve bu bulguları normal bireylerle karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntemler: Bu kesitsel çalışmaya, kronik konvalesan veya kronik rekürren evrede olan 17 VKH hastasının 34 gözü ve 20 normal gönüllünün 40 gözü dâhil edildi. Tüm hastalardan 4.5x4.5 mm peripapiller OKTA (OptoVue Inc, Freemont, CA, ABD) çekimi ile alınan görüntülerle cihaz yazılımı tarafından otomatik olarak tüm alan, disk içindeki alan ve peripapiller alandan hesaplanan peripapiller kapiller damar dansitesi değerlendirildi ve karşılaştırıldı.

Bulgular: Kronik konvalesan VKH grubuna 14 göz, kronik rekürren VKH grubuna ise 20 göz dahil edildi. Gruplar arasında tüm alan, disk içindeki alan ve peripapiller alandan hesaplanan peripapiller kapiller damar dansitesi ölçümlerinde istatistiksel anlamlı fark yoktu ($P > 0.05$). Alt grup analizinde kronik konvalesan VKH hasta gözleri ile normal gözler karşılaştırıldığında disk içerisindeki kapiller damar dansitesi istatistiksel anlamlı daha yüksek ölçüldü ($p < 0.05$), tüm alan ve peripapiller alan kapiller damar dansitesi ise benzerdi ($p > 0.05$). Kronik rekürren VKH hasta gözleri ile normal gözler karşılaştırıldığında tüm alan, disk içindeki alan ve peripapiller alan kapiller damar dansitesi benzerdi ($p > 0.05$). Bütün ölçümlerde kronik konvalesan ve kronik rekürren VKH hastaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($P > 0.05$)

Sonuç: Kronik VKH hastalarında, disk içerisi kapiller damar yoğunluğu hariç, peripapiller kapiller damar dansitesinin normal bireylerle benzer olduğu görülmüştür.

POSTER BİLDİRİ

4. Tıbbi Retina Günleri / 6-8 Aralık 2019, İstanbul

P – 014

Gebelik Döneminde Makula Ödemi Gelişen İki Tip I Diabetik Retinopati Hastası Ve Mikropuls Laser İle Tedavisi

Özcan Kayıkçıoğlu¹, Güngör S.D¹

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Göz Hastalıkları AD, Manisa

Amaç: Gebelik döneminde makula ödemi gelişen iki tip I diyabet hastasının mikropuls laser ile tedavisinin sunulması

Gereç ve Yöntem: Manisa Celal Bayar Üniversitesi retina bölümünde takip edilen ve görmeleri tam olan iki tip I diyabetik hastada gebelik boyunca gelişen makula ödemi tedavisi değerlendirilmektedir. Hastalar ile durum değerlendirilerek gebelik nedeni ile iyi diyabetik regülasyonun yanısıra mikropuls laser grid tedavisinin denenmesi önerilmiş, intravitreal enjeksiyonlar ilk planda değerlendirilmemiştir.

Sonuç: Hastalarımız yaşları 30-35 olan ve tip I diyabet- gebelik nedeni ile yakın takipte olan hastalardı. İnsülin pompası ile kan şekerinin düzgün regüle edilmekteydi. Buna rağmen gelişen makuler ödem için ikisine de 577nm sarı laser dalga boyu ile 16 ve 20. Haftalarda %5DC 550mW 160mikron standard grid tedavisi ile laser fotokoagülasyon uygulanmıştır. Hastaların doğuma dek izlemleri yapılmış ve bu esnada gebelik dönemindeki kötü beklentilerin aksine, grid laser yardımı ile ödemde artış gelişmemiş ve görme keskinliği tam olarak korunabilmiştir. Hastaların OCT görüntüleri ve fundus fotoğrafları sunulmaktadır.

Tartışma: Mikropuls grid laser makuler fotokoagülasyon gebelik dönemi için diabetik makula ödeminde önerilebilecek faydalı bir tedavi seçeneği oluşturmaktadır.

Anahtar kelimeler: diyabetik makula ödemi, gebelik, mikropuls laser

POSTER BİLDİRİ

4. Tıbbi Retina Günleri / 6-8 Aralık 2019, İstanbul

P -015

B Hücreli Akut Lenfoblastik Lösemiye Bağlı Retina-Koroidal Tutulum: 1 Yıllık Olgu Takibi

Özge Yanık Odabaş, Figen Şermet, Orhan Abbaslı, Sibel Demirel, Emin Özmert

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Santral sinir sistemi tutulumlu B hücreli akut lenfoblastik lösemisi (B-ALL) olan ve takiplerinde retina-koroidal tutulum gelişen bir olgunun oküler bulgularını tanımlamaktır.

Olgu sunumu: B hücreli akut lenfoblastik lösemiye bağlı santral sinir sistemi tutulumu olan 46 yaşındaki kadın hasta sağ gözünde bulanık görme şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Düzeltilmiş görme keskinliği her iki gözünde tamdı. Fundus muayenesinde her iki gözünde arka kutupta yerleşim gösteren sarımsı renkli benek şeklinde lezyonlar izlendi. Fundus otoflöresans görüntülemeye, kızılötesi dalga boyunda daha fazla olmak üzere bu lezyonların hiperotoflöresans gösterdiği görüldü. Optik koherens tomografide her iki gözde artmış subfoveal koroid kalınlığı ($> 500 \mu$), subretinal birikintiler, hiperreflektif noktalar ve sağ gözde subretinal sıvı varlığı izlendi. Linker protokolüne göre daunorubicin, deksametazon, vinkristin ve intratekal metotreksat kemoterapisi başlanan hastanın 4 ay sonraki kontrolünde subretinal sıvının tamamen kaybolduğu ancak subretinal birikintilerin devam ettiği görüldü. Kemoterapi sürecinin tamamlanmasıyla haploidentif kemik iliği nakli yapılan hasta, nakil sonrası dördüncü ayında relaps refrakter B-ALL tanısıyla tekrar hospitalize edilerek bulanık görme şikayetinin artması üzerine kliniğimize konsülte edildi. Düzeltilmiş görme keskinliği sağ gözde 0,7 ve sol gözde 0,8 düzeyindeydi. Fundus muayenesinde benek şeklindeki lezyonların tüm arka kutba yayıldığı görüldü. Optik koherens tomografide her iki gözde iç ve dış retina tabakalarında tüm tabakayı tutacak şekilde hiperreflektivite, subretinal aralıkta yaygın birikintiler ve subretinal sıvı varlığı izlendi. Subfoveal koroid kalınlığı her iki gözde başlangıç değerine göre daha da artmıştı ($> 550 \mu$). Olgu son muayenesinden 2 hafta sonra ex oldu.

Sonuç: Özellikle santral sinir sistemi tutulumu olan akut lenfoblastik lösemi olgularında farklı şekillerde retina ve koroidal bulgular gelişebilir. Farklı görüntüleme yöntemleriyle bu bulguların değerlendirilmesi hastanın takibinde önem kazanmaktadır.



TÜRK OFTALMOLOJİ DERNEĞİ (GENEL MERKEZ)

Ofis Sekreteri: Selvinaz Keleşer

Avrupa Konutları Kale, Maltepe Mah. Yedikule

Çırpıcı Yolu Sk. 9. Blok No:2 Kat:1 Ofis:1

Zeytinburnu – İstanbul

Tel: (+90 212) 801 44 36- 37

Faks: (+90 212) 801 44 38

Cep: (+90) 536 656 87 26

E-Posta: genelmerkez@todnet.org



TOPKON KONGRE HİZMETLERİ

Zühtüpaşa Mah. Rifatbey Sk. No:24 34724

Kalamış, Kadıköy / İSTANBUL

Tel: 0 216 330 90 20 / pbx

Faks: 0 216 330 90 05

Web: www.topkon.com

E posta: todretina2019@topkon.com