

Akne Rozasea Hastalarında Kuru Göz İnsidansının Schirmer Testi İle Tayini

THE INCIDENCE OF DRY EYE IN PATIENTS WITH ACNE ROSACEA BY MEANS OF SCHIRMER TEST RESULTS

Nuran ALLI*, Emel GÜNGÖR*, Özlem GÜRBÜZ**, Ferda ARTÜZ*, Gülcan KURAL**

* Dr.,Ankara Numune Hastanesi Dermatoloji Kliniği,

** Dr.,Ankara Numune Hastanesi I. Oftalmoloji Kliniği, ANKARA

Özet

Bu çalışmada,akne rozasealı 33 hasta ve sağlıklı 33 kişide Schirmer testi ile aköz gözyaşı sekresyonu ölçüldü. Alt değer olarak Sının ve IOnun gözyaşı ıslaklığı şeklinde iki kriter kullanıldı. IOnun altında gözyaşı ıslaklığı rozasea grubunda 15 hastada (%45), kontrol grubunda 5 kişide (%15) saptandı. Sınuu altında gözyaşı ıslaklığı rozasea grubunda 8 hastada (%24) saptanırken, kontrol grubunda hiç yoktu. Bu bulgular istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Anahtar Kelimeler: Akne rozasea, Kuru göz, Schirmer testi

T Klin Dermatoloji 1998, 8:87-89

Summary

In this study, the amount of aqueous tear secretion of 33 patients with rosacea was compared with 33 healthy controls with the use of the Schirmer test. Two criteria, Smm and I Onun of strip wetting were used to indicate the lower limit of normal aqueous tear secretion. 15 patients (45%) and 5 controls (15%) have less than I Omm of strip wetting. 8 rosacea patients (24%) and none of the controls have less than Sınuu of strip wetting. The results were statistically significant.

Key Words: Acne rosacea, dry eye, Schirmer test

T Klin J Dermatol 1998, 8:87-89

Akne rozasea genellikle yüzün orta kısmına lokalize, eriteni, telanjiektazi, papül, püstül ve sebace hiperplazi ile karakterize kronik seyirli inflamatuvar bir dermatozdur. Sebebi kesin olarak bilinmeyen bu hastalık deri ve gözleri tutar. Kutanoz rozasea kadınlarda erkeklere göre iki kat daha sık görülmesine karşın, oküler rozaseada cinsler eşit tutulur. Oküler rozasea 51-60 yaşlar arasında görülürken, kutanoz rozasea daha erken yaşlarda (40-50) başlamaktadır (1-4).

Rozaseada göz tutulumu dermatolog ve oftalmologlar tarafında farklı oranlarda (sırasıyla %3 ve %58) bildirilmiştir. Bu fark olguların çoğunda dermatolojik tutulumun daha önce görülmesine bağlanmıştır (2). En sık blefarit ve konjunktival hiperemi ile karakterize papiller konjunktivit görülür. Rekürren şalazyon, süperfisiyal punktat

Geliş Tarihi: 25.09.1997

Yazışma Adresi: Dr.Emel GÜNGÖR
Konutkent 2, A8-Blok No:46
06530 Çayyolu, ANKARA

keratopati, kapak kenarında telenjiektazi, episklerit, nadiren de iritis ve intersitisiyel keratit görülen diğer bulgulardır (2-5). Oküler rozaseada en sık gözde yabancı cisim hissi, yanma, batma ve göz yaşarması gibi nonspesifik semptomlar görülür (2,3,6).

Rozaseada kutanoz tutulum %53 olguda ilktir, %27 olguda eş zamanlı kutanoz ve oküler tutulum vardır, %20 olguda ise oküler tutulum önce görülür (7).

Kuru göz preoküler gözyaşı film tabakasındaki aköz bölümün eksikliği ile karakterize bir durumdur. En sık nedeni olan keratokonjunktivitis sikka tek başına veya kserostomi veya kollajen doku hastalıkları ile birlikte görülebilir. Keratokonjunktivitis sikkada aköz gözyaşı üretiminde azalma söz konusudur, lakrimal bezlerde lenfositik infiltrasyon ve daha sonra asiner doku atrofisi gelişir. Kuru gözün diğer nedenleri; konjenital anomaliler (alakrima), Riley-Day sendromu (familial disotonomi), lakrimal bez veya kanallarında mekanik travma ile parçalanma, bazı viral enfeksiyonlar, an-

tikolinerjik etkili ilaçlar, fasiyal sinir parezisi (göz kırpma azaldığı için), bilateral 5. sinir hasarı (korneal anestezi ve refleks göz kırma olmadığı için)'dir (8). Kum göz semptomları oküler rozasea semptomları ile benzerlik gösterir ve nonspesifiktir (8,9).

Yapılan çalışmalarda rozasea hastalarında kuru göz semptomlarına dikkat çekilmiş ve bu konuda dermatolog ve oftalmologların gerekli tetkik ve tedaviyi yapmaları önerilmiştir (3,9,10).

Bu amaçla, biz rozasea hastalarında kuru göz olup olmadığını Schirmer testi ile araştırdık ve normal popülasyonla karşılaştırdık.

Materyel ve Metod

Ankara Numune Hastanesi Dermatoloji Polikliniğine başvuran ve klinik/histopatolojik olarak akne rozasea tanısı konan 33 hasta çalışma kapsamına alındı. Kontrol grubunu herhangi bir sistemik veya dermatolojik hastalığı olmayan, ilaç kullanmayan 33 sağlıklı kişi oluşturdu. Hasta ve kontrol grubunda kuru göz nedeni olabilecek hastalıklar yoktu. Ankara Numune Hastanesi I.Göz Kliniği tarafından hastalar değerlendirildikten sonra her iki gruba standart Schirmer testi (No.1) uygulandı. Topikal anestezi yapılmaksızın, loş bir odada, her iki gözün 1/3 dış alt göz kapağına standart Schirmer kağıtları yerleştirildi. 5 dakika sonunda gözyaşı ile ıslanan kısım ölçüldü. Schirmer testinde 10mm altında ıslaklık olması kuru göz kriteri olarak kabul edilmektedir. Biz, 5mm olarak ikinci bir kriteri şiddetli göz kuruluğunu belirtmesi nedeniyle aldık. Akne rozasea hastaları diğer göz bulguları yönünden de değerlendirildi.

Tablo 1. En az bir gözünde kuru göz saptanan hastaların dağılımı

Kuru göz kriteri	A.rozasea grubu	Kontrol grubu	p
<5mm	8	0	p <.05
<10mm	15	5	p <0.05

Bulgular

Çalışmaya alınan 33 hastanın 10'u erkek, 23'ü kadındı. Yaş aralığı 31-80, ortalama yaş 52,7'di. Rozasea hastalık süresi 2 ay ile 20 yıl arasında değişmekteydi. Kontrol grubu hasta grubu ile uyumlu olarak 10 erkek, 23 kadından oluşmaktaydı ve yaş aralığı 31-72, ortalama yaş 53,2'di.

10mm altında gözyaşı ıslaklığı rozasea grubunda 15 hastada (%45), kontrol grubunda ise 5 hastada (%15) saptandı ve bu fark yapılan ki-kare testi ile anlamlı bulundu. 5mm altında kuru göz rozasea grubunda 8 hastada (%24) saptanırken, kontrol grubunda ise hiç yoktu. Bu fark yapılan Fisher exact testle istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 1). Akne rozasea hasta grubunda saptadığımız diğer göz bulguları Tablo 2Me gösterilmiştir. Meibomian bez orifisindeki tıkanıklık kuru gözü olan hastaların (<10mm) %46.6'sında vardı. Kuru göz saptanan olgulara suni gözyaşı önerildi.

Tartışma

Genel popülasyondaki kuru göz insidansı kesin olarak bilinmemektedir. Yapılan bazı çalışmalarda %4,1 ile %7,5 arasında değiştiği bildirilmiştir. Yaşla paralel olarak kuru göz insidansı artar ve öncelikle premenapozal ve menapozal

Tablo 2. Akne rozasealı hastalarda diğer göz bulguları

	Kadın (%) n=23	Erkek (%) n=10	Toplam (%) n=33
Blefarit	15(65)	5(50)	20(60)
Yüzeysel punkt keratopati	10(43)	6(60)	16(48)
Konjunktival hiperemi	11(48)	4(40)	15(45)
Meibomian bez orifisinde tıkanıklık	11(48)	4(40)	15(45)
Korneal vaskülarizasyon	9(39)	3(30)	12(36)
Kapak kenarında telanjiektazi	8(35)	2(20)	10(30)
Şalazyon	7(30)	2(20)	9(27)
Subepitelial infiltrasyon	2(8)	1(10)	3(9)
Episklerit	1(4)	0	1(3)

kadınların hastalığı olur (9). Bizini çalışmamızda kontrol grubunda kuru göz insidansı %15 bulunmuştur ve bu sonucun normal popülasyona kıyasla yüksek olması yaş ortalaması ile ilgili olabilir. Ancak hasta ve kontrol grubunun yaş ortalamaları birbirleri ile uyumlu olduğu halde, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Lemp ve ark. 60 oküler rozasealı hastaya Schirmer testi uygulamışlar ve 120 kontrol hastasına göre kuru göz prevalansını anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır. 5mm ve altındaki gözyaşı ıslaklığı %36.6, 8 mm ve altındaki gözyaşı ıslaklığı %51.6 oranında bulunmuştur (9). Gudmundsen ve ark. 32 rosacea ve 32 psoriasis hastasını kuru göz prevalansı açısından Schirmer testi ile karşılaştırmış ve akne rosacea grubunda 8 mm ve altındaki gözyaşı ıslaklığı %56.3, 5mm ve altındaki gözyaşı ıslaklığı %40.6 oranında, psoriasisli kontrol grubunda ise bu değerler sırasıyla %25 ve %18.75 bulunmuş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirmiştir (10). Bizim sonuçlarımız da bu bulgularla uyumludur.

Rozasçadaki kuru göz normal preoküler gözyaşı film tabakasının oluşumundaki veya devamındaki bir bozukluğa bağlı olabilir. Preoküler gözyaşı film tabakası 3 kattan oluşur. Dışta lipid kat. ortada aköz kat ve içte müköz kat. Gözyaşı film tabakasının dış katını meibomian bez sekresyonlarından köken alan lipid tabaka oluşturur. Rozasçada primer meibomianitis sık görülür ve bu da meibomian bez orifislerinin sekresyonla tıkanmasına yol açar. Gözyaşı bu nedenle kısa zamanda parçalanır ve instabil hale gelir. Bu da gözyaşının daha kolay evapor olmasına neden olur. Sonuçta oküler yüzeyde kuruluk ortaya çıkar (3,8,11-13).

Hope-Ross ve ark. rekürren korneal erozyonu olan 30 hastanın hepsinde meibomian bez disfonksiyonu olduğunu ve bunların 22(%73)'sinde akne rozasea olduğunu bildirmişlerdir (14).

Kuru göz etiopatogenezinde sorumlu tutulabilecek meibomian bez orifisinde tıkanıklık bizim çalışmamızda rosacea olgularımızın %45'inde tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda rosacea olgularımızın %45'inde meibomian bez orifisinde tıkanıklık tespit edilmiştir.

Rozasea olgularımızda saptanan diğer oküler bulgular literatürle uyumlu bulunmuştur (6,13,15).

Sonuç olarak, rozasealı hastalarda sık rastlanılan ancak tam olarak açıklanamayan aşırı yakınmalar gözyaşı eksikliğine bağlı olabilir. Rozasea tedavisi ile rahatlamayan bir çok hastanın suni gözyaşı damlalarıyla yakınmaları ortadan kalkmıştır. Bu da bulgularımızı desteklemektedir. Bu açıdan, rozasealı hastalarda bu yönde tetkik ve tedavi yapılması uygun olur kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Strauss JS. Sebaceous glands. In:Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KT, editors. Dermatology in general medicine. 3. ed. New York:McGraw-Hill Co, 1987: 679-81.
2. Browning DJ, Proia AD. Ocular rosacea. Surv Ophthalmol 1986; 31: 145-58.
3. Zug KA, Palay DA, Rock B. Dermatologic diagnosis and treatment of itchy red eyelids. Surv Ophthalmol 1996; 40(4): 293-306.
4. Bozkır DM, Mirza GE, Aşçıoğlu Ö, Utaş S. Akne rozasealı hastalarda göz bulguları. XXV Ulus Türk Oft Kong Bül, Cilt III, İstanbul 1991: 298-301.
5. Jenkins MS, Brown SL, Lempert SL, et al. Ocular rosacea. Am J Ophthalmol 1979; 88: 618-22.
6. Demireller T, Ünal M, Gürsel E, Durak İ. Oküler rozaseanın tanısında puanlama sistemi. XXIII Ulus Türk Oft Kong Bül, Cilt II, Adana 1989: 820-2.
7. Borrie P. Rosacea with special reference to its ocular manifestations. Br J Dermatol 1953; 65: 448-57.
8. Lemp MA. Diagnosis and treatment of tear deficiencies. In:Duane TD, Jaeger EA, eds. Clinical Ophthalmology; vol 4. New York: Harper and Row, 1982.
9. Lemp MA, Mahmood MA, Weiler HH. Association of rosacea and keratokonjunctivitis sicca. Arch Ophthalmol 1984; 102: 556-7.
10. Gudmundsen KJ, O'Donnell BF, Powell FC. Schirmer testing for dry eyes in patients with rosacea. JAAO 1992; 26: 21-4.
11. Holly FJ, Lemp MA. Tear physiology and dry eyes. Surv Ophthalmol 1977; 22: 69-87.
12. McCulley JP, Dougherty JM, Deneau DG. Classification of chronic blepharitis. Ophthalmol 1982; 89: 1173-80.
13. Erdener U, Şener C, İrkeç M. Akne rosacea göz bulguları ve tedavi prensipleri. XXIII Ulus Türk Oft Kong Bül, Cilt III, Adana 1989: 931-4.
14. Hope-Ross MW, Chell PB, Kervick GN, McDonnell PJ. Recurrent corneal erosion: clinical features. Eye 1994; 8:373-7.
15. Onsun N, Nohutçu A, Nişancı P, ve ark. Rozasçadaki oküler tutulum prevalansı. Deri Hast Frengi Arş 1991; 25(1):39-42.