

Behçet Hastalığı Dışındaki Üveitlerde Göz Bulguları

EYE SIGNS IN UVEITIS EXCEPT FOR BEHCET'S DISEASE

Dr. Mehmet ÇİTİRİK,^a Dr. Emel SOYKAN,^a Dr. Tolga BİÇER,^a
Dr. Nilüfer BERKER,^a Dr. Orhan ZİLELİOĞLU^a

^a2. Göz Kliniği, Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ANKARA

Özet

Amaç: Üveit tanısı alan olguların cinsiyet, yaş, takip süresi, atak sayısı ve eşlik eden göz muayene bulgularını retrospektif olarak incelemek.

Gereç ve Yöntemler: 1996-2006 yılları arasında SB Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesinde üveit tanısı alan ve üvea kliniğinde takip altına alınan 62 hasta retrospektif olarak incelendi. Behçet hastalığı tanısı alanlar çalışma dışında bırakıldı. Olguların görme değerleri, göz içi basıncı değerleri, biyomikroskopi bulguları ve pupil dilatasyonu sonrası göz dibi incelemesini içeren tüm göz muayene bulguları değerlendirildi.

Bulgular: Takip edilen olguların 34'ü erkek (%54.83), 28'i kadındı (%45.16). Erkek hastaların yaş ortalaması 34.66 yıl (13-70 yıl), kadın hastaların yaş ortalaması ise 42.03 yıl (16-66 yıl) idi. Ortalama tanı süreleri 2.82 yıl (1-10 yıl), takip süreleri ise ortalama 2.81 yıl (1-10 yıl) idi. Toplam 62 hastanın 87 gözü tutulmuştu. Otuz yedi hastada tek taraflı, 25 hastada iki taraflı göz tutulumu mevcuttu. Üveit atak sıklığı 10 yıllık takip süresinde ortalama 1.33 idi (1-5 atak). Toplam 87 gözün 43'ünde (%49.42) ön üveit, 2'sinde (%2.29) pars planit, 33'ünde (%37.93) arka üveit, 9'unda (%10.34) panüveit mevcuttu.

Ön segment komplikasyonu olarak 32 gözde (%36.78) katarakt, 11 gözde (%12.64) sekel keratik presipitat, 10 gözde (%11.49) arka sineşi, 4 gözde (%4.59) arka kapsül opasifikasyonu ve 1 gözde (%1.14) bant keratopati belirlendi. Arka segment komplikasyonu olarak 20 gözde (%22.98) vitreus kondansasyonu, 8 gözde (%9.19) kistoid makula ödemi, 3 gözde (%3.44) ven dal tıkanıklığı, 2 gözde (%2.29) optik atrofi ve 2 gözde (%2.29) korioretinitin odağı saptandı.

Etiyolojik yönden yapılan değerlendirmede 3 olguda (%4.83) juvenil romatoid artrit, 2 olguda (%3.22) ankilozan spondilit, 1 olguda (%1.61) herpetik keratouveit, 1 olguda (%1.61) Harada hastalığı ve 1 olguda (%1.61) sarkoidoz tespit edildi. Elli dört olguda ise (%87.09) herhangi bir etiyolojik neden tespit edilemedi ve bu hastalar idiopatik grup olarak değerlendirildi.

Sonuç: Behçet hastalığı olmayan üveitli hastalarda etiyolojik olarak en büyük grubu idiopatik grup teşkil etmekte idi. İkinci sırada ise romatizmal hastalıklar yer almaktadır. En sık görülen ön segment komplikasyonu olarak katarakt, arka segment komplikasyonu olarak kistoid makula ödemi gözlenmektedir. Ön üveit ve arka üveit insidansları ise birbirine yakın oranlarda gözlemlenmektedir. En önemli görme kaybı arka segment iltihabı sonucu ortaya çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Üveit, ön göz segmenti

Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2007, 16:92-97

Geliş Tarihi/Received: 28.08.2006 **Kabul Tarihi/Accepted:** 08.02.2007

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Mehmet ÇİTİRİK
Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
2. Göz Kliniği, ANKARA
mctirik@hotmail.com

Copyright © 2007 by Türkiye Klinikleri

Abstract

Objective: To investigate the sexuality, average age, mean follow up period, mean frequency of uveitis and accompanying eye examination findings of cases that were diagnosed as uveitis retrospectively.

Material and Methods: From 1996 to the 2006, 62 patients with uveitis in SB Ankara Ulucanlar Eye Hospital Uvea Clinic were included in this study retrospectively. Cases diagnosed as Behçet's disease were extracted from the study. A complete ophthalmological examination was evaluated including visual acuity, applanation tonometry, biomicroscopic examination findings and dilated examination of the posterior segment.

Results: 28 women (45.16%) and 34 men (54.83%) were available for follow up evaluation. The average age of men was 34.66 years (13-70 years). The average age of women was 42.03 years (16-66 years). Mean diagnosis time was 2.82 year (1-10 years). Mean follow up period was 2.81 years (1-10 years). Eighty-seven eyes of 62 patients were involved. Thirty-seven patients had unilateral, and 25 patients had bilateral involvement. Mean number of uveitis attack in 10 year follow-up period was 1.33 (1-5 attack). At the onset of the follow up, anterior uveitis, intermediate uveitis, posterior uveitis and panuveitis were determined in 43 (49.42%), 2 (2.29%), 33 (37.93%) and 9 (10.34%) of 70 eyes respectively.

Cataract in 32 eyes (36.78%), sequel keratic precipitates in 11 eyes (12.64%), posterior synechiae in 10 eyes (11.49%), posterior capsular opacification in 4 eyes (4.59%), and band keratopathy in 1 eye (1.14%) were found as anterior segment findings. Vitreous condensation in 20 eyes (22.98%), cystoid macular edema in 8 eyes (9.19%), retinal vein branch occlusion in 3 eyes (3.44%), optic atrophy in 2 eyes (2.29%) and chorioretinitis area in 2 eyes (2.29%) were found as posterior segment findings.

Juvenile rheumatoid arthritis in 3 cases (4.83%), ankylosing spondylitis in 2 cases (3.22%), herpetic keratouveitis in one case (1.61%), Harada's disease in 1 case (1.61%), and sarcoidosis in 1 case (1.61%) were detected as etiologic causes. No causes were found in 54 cases (87.09%) and these were evaluated as idiopathic group.

Conclusion: Idiopathic group was the biggest group as etiologic cause in uveitis except for Behçet's disease. Romatoid disease was the second group. Cataract was the most common anterior segment complication. Cystoid macular edema was the most common posterior segment complication. Anterior segment findings and posterior segment findings were observed in nearly equal rates in our study. Posterior segment inflammation was the most serious cause of visual loss.

Key Words: Uveitis; anterior eye segment

Üvea, iris, silyer cisim ve koroidden oluşan bir yapıdır. Üveanın iltihabı üveit olarak adlandırılır.¹ Üveitlerin sınıflandırılması hastalığın seyrine, lokalizasyonuna ve pato-

lojisine göre yapılabilir.² Bu nedenle sınıflandırma, klinik teşhis dışında hastalığın genel ifadesi olarak da kullanılır. Toksoplazma korioretinitinin bir arka üveit olarak veya herpetik üveitin ön üveit olarak sınıflandırılması buna örnektir.² Ön üveit, iritis olarak görülmekte fakat tabloya sıklıkla silyer cismin ön bölümü yani pars plikata da katıldığı için iridosiklit tablosu olarak ortaya çıkmaktadır. Pars planit'te tabloya silyer cismin arka bölümü pars plana ve retina periferi katılmaktadır. Arka üveitte iltihap vitreus tabanının arka sınırının gerisine yerleşmiştir.³

Üveitlerin değerlendirilmesinde sistemik semptomların göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Bu nedenle kendisine üveit tanısı konan her hastada mutlaka bazı sistemik beraberliklerin olabileceği unutulmamalı ve değişik organlardaki muhtemel semptom ve bulgular muayeneyi yapan doktor tarafından sorgulanmalıdır.² Bu çalışmamızda üveit tanısı alan ve Behçet tanısı konmayan olguların cinsiyet, yaş, takip süresi, atak sayısı ve eşlik eden göz muayene bulguları retrospektif olarak incelendi.

Gereç ve Yöntemler

1996-2006 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesinde üveit tanısı alan ve üvea kliniğinde takipleri yapılan 62 olgu retrospektif olarak incelendi. Olguların başlangıç ve takip muayenelerinde görme keskinlikleri, biyomikroskopi bulguları ve pupil dilatasyonu sonrası göz dibi muayenesi sonuçları kaydedildi. Katarakt, vitreus kondansasyonu gibi göz dibi muayenesinin mümkün olmadığı durumlarda ultrasonografiden faydalanıldı. Olgularda yaş, cinsiyet, başlangıç yaşı, atak varlığı, atak sıklığı ve süresi gibi parametreler retrospektif olarak değerlendirildi. Üveit etiyojisine yönelik olarak tüm hastalara aşağıdaki testler uygulandı: Tam kan sayımı, tüm biyokimya tetkikleri, tam idrar tahlili, saflaştırılmış protein türevi (Purified Protein Derivative-PPD) deri testi, paterji testi, insan lökosit antijenlerinden HLA B27 ve HLA B5, antinükleer antikor (ANA), antikardiyolipin antikorları (ACA), romatoid faktör (RF), toksoplazma IgM ve IgG, rubella IgM ve IgG, sitomegalovirüs (CMV) IgM ve IgG, herpes

simpleks virüs (HSV) IgM ve IgG, sifiliz için VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) ve FTA-ABS (Fluorescent Treponemal Antibody-Absorbition) testleri, toksokara ve borrelia için ELİSA testi, anti insan enfeksiyon virüsü (Human Infection Virus-HIV) antikor, akciğer grafisi, sinüs grafisi, sakroiliyak eklem grafisi, viral-bakteriyel-fungal kültür, dışkıda parazit aranması yapıldı. Ayrıca diş hastalıkları, üroloji, cildiye, kulak-burun-boğaz, nöroloji, iç hastalıkları ve romatoloji konsültasyonları istendi. Bir kısım hastada etiyojiye yönelik ileri tetkik yöntemlerine de başvuruldu.

Bulgular

Retrospektif olarak incelenen 62 olgunun 34'ü erkek (%54.83), 28'i kadını (%45.16). Erkek hastaların yaş ortalaması 34.66 yıl (13-70 yıl), kadın hastaların yaş ortalaması ise 42.03 yıl (16-66 yıl) idi. Olguların ortalama tanı süreleri 2.82 yıl (1-10 yıl) olarak belirlendi. Takip süreleri ise ortalama 2.81 yıl (1-10 yıl) idi. Otuz yedi hastada tek taraflı, 25 hastada iki taraflı olmak üzere toplam 87 göz tutulumu vardı. Üveit atak sıklığı 10 yıllık takip süresinde ortalama 1.33 idi (1-5 atak). Toplam 87 gözün 43'ünde (%49.42) ön üveit, 2'sinde (%2.29) pars planit, 33'ünde (%37.93) arka üveit, 9'unda (%10.34) panüveit mevcuttu. Olgularımızda anatomik dağılıma göre hasta oranları Tablo 1'de özetlenmiştir.

Ön segment bulgusu olarak akut dönemde 73 gözde (%83.9) konjonktivada hiperemi, 73 gözde (%83.9) korneada ödem, 43 gözde (%49.4) kornea endotelinde keratik presipitat (KP), 43 gözde (%49.4) arka sineşi ve 4 gözde (%4.5) iriste nodüller gözlemlendi. Keratik presipitat 31 gözde küçük ve yaygın iken 12 gözde büyük ve yağ damlası (mutton fat) şeklinde idi. Üç olguda iriste koepe

Tablo 1. Üveitlerde anatomik dağılım.

Tip	Sayı (Göz)	%
Ön Üveit	43	49.29
Ara Üveit	2	2.29
Arka Üveit	33	37.93
Panüveit	9	0.34

nodülüne pupil kenarında rastlanırken, bir olguda busacca nodülü iris yüzeyine yerleşmiş olarak gözlemlendi. Hastaların hepsinde akut iltihap döneminde arka sineşi başlangıcı gözlemlendi. İlaç tedavisi sonrası ön segment komplikasyonu olarak 32 gözde (%36.78) katarakt, 11 gözde (%12.64) pigmentli sekel keratik presipitat, 10 gözde (%11.49) arka sineşi, 4 gözde (%4.59) arka kapsül opasifikasyonu ve 1 gözde (%1.14) bant keratopati belirlendi.

Pars planitli iki olguda ön kamarada +1 hücre izlenirken arka sineşiye rastlanmadı. Vitreusta yoğun hücre, alt retinada beyaz-gri renkli eksuda (snow-banking) ve optik disk ile makulada ödem belirlendi. İlaç tedavisi sonrası geç dönemde bu 2 hastada kistoid makula ödemi ve periferik retinada kılıflanma tespit edildi.

Arka segment bulgusu olarak akut dönemde 33 gözde (%37.9) vitreusta hücre ve bulanıklık (flare), 14 gözde (%16.09) makula ödemi, 3 gözde (%3.44) retina içi kanama, 3 gözde (%3.44) ven dal tıkanıklığı, 2 gözde (%2.29) optik diskte hiperemi ve atrofi, 2 gözde (%2.29) retinal arka kutupta korioretinit odağı, 1 gözde (%1.14) retina kan damarlarında kılıflanma ile skleroz ve 1 gözde (%1.14) eksudatif retina dekolmanı gözlemlendi. On yedi gözde (%19.54) erken dönemde yoğun vitreus iltihabı nedeniyle retina aydınlatılmadı. Katarakt, vitreus kondansasyonu gibi göz dibi muayenesinin mümkün olmadığı durumlarda ultrasonografiden faydalanıldı. Ultrasonografide tüm hastalarda vitreus kondansasyonuna bağlı vitre içi opasiteler belirlendi. İlaç tedavisi sonrası retinası aydınlanan hastalar etiyolojik açıdan tekrar değeri-

lendirildi. Arka segment komplikasyonu olarak ise 20 gözde (%22.98) vitreusta değişik derecelerde kondansasyon, 8 gözde (%9.19) kistoid makula ödemi, 3 gözde (%3.44) ven dal tıkanıklığı, 2 gözde (%2.29) optik atrofi, 2 gözde (%2.29) inaktif korioretinit odağı saptandı. Bu çalışmamızda retinal neovaskülarizasyona rastlanmadı. Hastalarımızda görülen komplikasyonlar Tablo 2’de özetlenmiştir.

Hastalar etiyolojik yönden değerlendirildiğinde 3 olguda (%4.83) juvenil romatoid artrit (JRA), 2 olguda (%3.22) ankilozan spondilit, 1 olguda (%1.61) herpetik keratoüveit, 1 olguda (%1.61) Harada hastalığı ve 1 olguda (%1.61) sarkoidoz tespit edildi. Elli dört olguda (%87.09) ise herhangi bir etyolojik neden saptanamadı ve idiyopatik grup olarak değerlendirilmeye alındı (Tablo 3).

Tartışma

Üveit, klasik tanımıyla üvea dokularının yani iris, koroid ve silyer cismin iltihabıdır. Ancak üveit terimi üveaya komşu yapıların eşlik ettiği iltihabı da kapsamaktadır. Üveitlerin sınıflandırılması çok faktörlü olarak ele alınabilir. Buna göre, anatomik sınıflama, klinik sınıflama, etiyolojik sınıflama ve patolojik sınıflama yapılabilmektedir.⁴ Anatomik sınıflamada üveitin anatomik yerleşimi esas alınmakta ve buna göre ön üveit (iris ve silyer cismin ön kısmı etkilenir), ara üveit (silyer cismin arka kısmı ve retinanın en periferi etkilenir), arka üveit (iltihap vitreus bazının arkasını etkiler) ve panüveit (bütün üvea dokuları etkilenir) diye sınıflandırma yapılmaktadır. Klinik sınıflamada hastalığın başlangıç ve seyri önem kazanır. Buna göre akut

Tablo 2. Üveitlerde ortaya çıkan komplikasyonlar.

Komplikasyonlar		Sayı (Göz)	%
Ön Segment Komplikasyonları	Katarakt	32	36.78
	Keratik presipitat	11	12.64
	Arka sineşi	10	11.49
	Arka kapsül opasifikasyonu	4	4.59
	Bant keratopati	1	1.14
Arka Segment Komplikasyonları	Vitreus kondansasyonu	20	22.98
	Kistoid maküler ödem	8	9.19
	Ven dal tıkanıklığı	3	3.44
	Optik atrofi	2	2.29
	Korioretinit odağı	2	2.29

Tablo 3. Üveitlerde etiyojisi.

Bulgular	Sayı (Göz)	%
İdyopatik	54	87.09
Juvenil romatoid artrit	3	4.83
Ankilozan spondilit	2	3.22
Herpetik keratoüveit	1	1.61
Harada hastalığı	1	1.61
Sarkoidoz	1	1.61

üveitte semptomların başlangıcı anidir ve sıklıkla 6 haftadan daha kısa sürmektedir. Kronik üveitte ise iltihap aylar ve yıllarca sürebilmekte ve ara ara ataklar olmaktadır.⁴ Etiyolojik sınıflandırma durumunda iltihabın göz içi veya sistemik bir nedenle ortaya çıkmasından bahsedilir. Buna göre endojen ve ekzojen üveit tanımı kullanılmaktadır. Ekzojen üveitler, üveanın eksternal yaralanması ile veya mikroorganizmaların dışardan invazyonu ile ortaya çıkar. Endojen üveitlerde sistemik hastalıklar (ankilozan spondilit, tüberküloz, sarkoidoz...), parazitik enfeksiyonlar (toksoplazma, toksokara...), viral enfeksiyonlar (CMV, HSV...), fungal enfeksiyonlar (kandidiyazis...), idiyopatik spesifik hastalıklar (Fuch's üveit, pars planit, sempatik oftalmi, Eales Hastalığı...) ve idiyopatik nonspesifik hastalıklar önem kazanır. Son olarak patolojik sınıflandırmada üveitler granümatöz ve nongranümatöz diye 2 gruba ayrılmaktadır.⁴

Ön üveitler, akut dönemde fotofobi, ağrı, kızarıklık, lakrimasyon, görme keskinliğinde azalma gibi şikayetlerle ortaya çıkmakta iken kronik dönemde göz daha sakin olmakta ve şiddetli iltihap varlığında bile göz beyaz görünmekte ve semptomlar minimal olarak ortaya çıkmaktadır.⁴ Ama buna rağmen görme keskinliğinde çok azalma olabilmektedir. Hastalığın bulguları arasında silyer enjeksiyon, keratik presipitatlar, kornea endotelindeki hücresel birikintiler, aközde hücre, aköz bulanıklık (flare), iriste Koepp ve Busacca nodülleri, arka sineşi, periferik ön sineşi, aç bülgesinde yapışıklıklar, ön vitreusta hücre, kistoid makula ödemi bulunabilmektedir.⁵ İntermediate üveitler, uçuşmalar (floaters) ve görme keskinliğinde azalma şikayeti ile başvurabilirler. Bulguları arasında vitritis, ön kamarada minimal hücre, ön vitrede bulanıklık

ve makula ödemi olabilmektedir. Fundusta iltihaba pek rastlanmaz.⁶ Arka üveitli olgularda vitreusta opasiteler, bulanıklık (flare), arka vitreus dekolmanı, koroidit, retinit, vaskülit (vaskülitik komplikasyonlar: vitreus kanaması, arter/ven tıkanıklıkları ve bunlara bağlı değişiklikler...), neovaskülarizasyon, retina dekolmanı, papillit, optik atrofi ve sekonder makula ödemi gibi bulgular tespit edilir.⁷ Bizim çalışmamızda toplam 87 gözün 43'ünde (%49.42) ön üveit, 2'sinde pars planit (%2.29), 33'ünde arka üveit (%37.93), 9'unda panüveit (%10.34) mevcuttu. Ülkemizde güneydoğu bölgesinde yapılan bir çalışmada anatomik sınıflamada arka üveitlerin en sık grubu oluşturduğu, bunu ön üveitlerin ve panüveitlerin izlediği bildirilmiştir.⁸ Bu çalışmada en sık tanı %41.94 oranla toksoplazmozis olarak belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda idiyopatik grup daha sıklıkla gözlemlenmiştir.

Ankilozan spondilit, etiyojisi tam olarak bilinmeyen, tipik olarak 20-40 yaş arasında görülen, kadınlarda daha hafif seyirli olan kronik inflamatuvar bir artrittir. Ankilozan spondilit'in HLA-B27 ile birlikteliği mevcuttur. HLA-B27 otozomal dominant geçiş gösterir ve çocukların %50'sinde antijen pozitif olduğu halde %10'unda ankilozan spondilit'in geliştiği bildirilmektedir.⁹ Göz bulgusu olarak tek taraflı (farklı zamanlarda farklı gözler tutulabilir), akut, rekürren, nongranümatöz iridosiklit atakları ile seyreder.¹⁰ Bizim çalışmamızda 62 olgunun sadece 2'sine (%3.22) ankilozan spondilit tanısı konmuştur (Tablo 3). Bu 2 hastamızda akut nongranümatöz iridosiklite rastlanmıştır. Ortalama 3 yıl olan takip süresince bir olguda 2, diğer olguda 3 adet atak tespit edilmiştir.

Juvenil kronik romatoid artrit (JRA), 16 yaşından küçük çocuklarda görülen idiyopatik, seronegatif iltihabi bir artrittir.¹¹ Bu artrit türünün en sık görülen şekli olan pauciaritiküler JRA olgularının % 20'sinde üveit gelişmektedir.¹¹ Pauciaritiküler JRA de görülen ön üveit, kronik ve nongranümatözdür. %70 iki taraflıdır. Tek taraflı olanlarda da takip eden 1 yılda diğer gözde de ortaya çıkmaktadır.¹² Göz iltihabının başlangıcında, hatta daha ileri olgularda bile göz şikayetleri oldukça azdır ve rutin oftalmolojik muayenede üveit tanısı konabilir. Muayenede de şiddetli üveit

varlığına rağmen göz beyaz ve sakindir.^{11,12} Üveitli olguların %25'inde hastalık şiddetli seyreder ve bant keratopati, komplike katarakt ve sekonder enflamatuvar glokom gibi komplikasyonlar ortaya çıkar. Çalışmamızda toplam 62 olgunun 3'ünde (%4.83) sistemik inceleme sonrası JRA tanısı konmuştur (Tablo 3). Bu hastaların tümünde iki taraflı, kronik nongranümatöz üveite rastlanmıştır. Takip süresince bir hastada (%1.14) bant keratopati ve 2 hastada (%2.29) katarakt gelişiminin ortaya çıktığı belirlenmiştir.

Sarkoidoz, etiyojisi bilinmeyen multisistemik bir granümatöz hastalıktır. Genellikle genç yetişkinleri etkiler. En çok iki taraflı hiler lenfadenopati, pulmoner infiltrasyon, cilt ve göz lezyonlarıyla ortaya çıkar.^{13,14} Sistemik sarkoidozlu olguların %30'unda göz tutulumu vardır. Akut sarkoidozda tek taraflı göz tutulumu varken hastalık kronikleştikçe iki taraflı tutulum ortaya çıkar. İridosiklit en sık göz komplikasyonudur. Akut formunda tek taraflıdır ve tipik olarak gençlerdedir. Kronik granümatöz iridosiklit ise sıklıkla iki taraflıdır ve akut formdan daha sıktır. Daha yaşlı hastalarda görülür. Göz içi iltihabının kontrolü güçtür ve bant keratopati, komplike katarakt ve sekonder glokom gibi komplikasyonlar sıktır.¹³ Arka segment tutulumu olguların %25'inde görülmektedir. Periferik retinal periflebit sık bir bulgudur ve retinal ven tıkanıklığı ile sonuçlanabilir. Ayrıca retinal granülom ve neovaskülarizasyona neden olabilir.¹³ Çalışmamızda 62 olgunun 1'inde (%1.61) sarkoidoz tanısı mevcuttu (Tablo 3). Sarkoidoz tanısı göğüs hastalıkları uzmanı tarafından konuldu. Bu hastamızda iki taraflı kronik granümatöz iridosiklit mevcuttu. Hastada arka subkapsüler katarakt ve geçirilmiş temporal ven dal tıkanıklığı sekeli tespit edildi. Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada 50 ekstrapulmoner tutulumu olan sarkoidoz olguları incelenmiş ve sadece 1'inde (%2) göz tutulumunun mevcut olduğu ve hastanın asemptomatik olmasına rağmen üveiti bulunduğu bildirilmiştir.¹⁵ Ekstrapulmoner tutulum olarak periferik lenf bezi (%12) ve cilt tutulumu (%10) en fazla oranda saptanmıştır. Bu çalışmada elde edilen oran bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Vogt-Koyanagi-Harada sendromu idiyomatik multisistemik bir hastalıktır. Bu hastalıkta HLA-DR4, -BW54, -DW15, -DRW52 prevalansları yüksek olarak bulunmuştur.¹⁶ Cilt, nörolojik ve göz bulguları ile karakterize olmaktadır. Cilt bulguları olarak alopesi, polyozis, vitiligo, nörolojik bulgu olarak nörolojik irritasyon, ensefalopati, işitsel semptomlar ve BOS'da (Beyin Omurilik Sıvısı) lenfositöz görülmektedir. Göz tutulumu olarak ise ön ve arka üveite neden olabilmektedir. Ön üveit granümatöz iridosiklit ile arka üveit multifokal koroidit, diskte hiperemi, eksudatif retina dekolmanı ile karşımıza çıkar.¹⁶ Bizim çalışmamızda 62 olgunun 1'ine (%1.61) nöroloji uzmanları tarafından Harada tanısı konmuş ve bu hastada eksudatif retina dekolmanı ve diskte hiperemi ile karakterize arka üveit bulgularına rastlanmıştır.

Herpes simpleks virüsü rekürren nongranümatöz üveite neden olmaktadır.¹⁶ Genellikle aktif keratit ile beraber ortaya çıkar. Herpetik keratit geçiren hastalarda meydana gelen iridosiklit öncelikle herpetik keratoüveit olarak ele alınır.¹⁷ Bu hastalarda fokal veya yaygın iritis görülebilir. Kornea ödemi, keratik presipitatlar, düzensiz pupil ve arka sineşiye neden olabilir.¹⁷ Bizim çalışmamızda önceden herpetik keratit tanısı ve tedavisi almış olan olgularımızın birinde (%1.61) herpetik keratoüveit tespit edilmiştir. İlaç tedavisi sonrası katarakt progresyonu dışında bir komplikasyona rastlanmamıştır.

Etiyolojik sınıflama durumunda etiyojik neden bulunamayınca idiyomatik üveit olarak adlandırma yapılmaktadır. Teorikte bu oranın %30 ama pratikte %70 düzeyinde olduğu ifade edilmektedir.² Bizim çalışmamızda olguların %87.09'unda herhangi bir etiyojik neden tespit edilememiş ve idiyomatik grup olarak değerlendirilmeye alınmıştır. Çalışmamızda ikinci etiyojik neden olarak romatizmal hastalıklar yer almaktadır. Üveit tespit edilen hastalarda en sık görülen ön segment komplikasyonu olarak katarakt, arka segment komplikasyonu olarak kistoid makula ödemi gözlenmiştir. Ön üveit ve arka üveit insidansları bizim çalışmamızda birbirine yakın oranlarda olarak gözlemlenmiştir. Hastalarımızda en önemli görme kaybının arka segment iltihabı sonucu ortaya çıktığı belir-

lenmiştir. Buradaki patolojiler içinde vitreus kondansasyonu (%22.98), makula ödemi (%9.19), optik atrofi (%2.29), perimakuler korioretinit odağı (%2.29) ve eksudatif retina dekolmanının varlığı önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

- O'Brien JM, Albert DM. Therapeutic approaches for ophthalmic problems in juvenile rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 1989;15:413-37.
- Tessler HH. Uveitis. In: Peyman GA, Sanders DR, Goldbert MF, eds. Principles and practice of ophthalmology, Philadelphia, WB Saunders 1980, p.1554-62.
- Kanski JJ. Clinical Ophthalmology: a systemic approach. 4th ed. London: Butterworth-Heinemann; 1999. p.271-2.
- Yanoff M, Duker JS, editors. Ophthalmology 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby; 2004. p. 1115-6.
- Rosenbaum JT, Nozik RA. Uveitis. Many diseases, one diagnosis. *Am J Med* 1985;79:545-7.
- Henderly DE, Haymond RS, Rao NA, Smith RE. The significance of pars plana exudate in pars planitis. *Am J Ophthalmol* 1987;103:669-71.
- Smith RE, Nozik RA. Uveitis: a clinical approach to diagnosis and management. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1989. p.209-12.
- Güzey M, Aslan G, Yılmaz N, Karaoğlanoğlu M, Satıcı A. Türkiye'nin Güneydoğu Bölgesinde üveitlerin epidemiyoloji ve etyolojisi. *Anadolu Tıp Dergisi*. 2002;4:152-9.
- Szanto E, Granfors K, Wretling B. Acute anterior uveitis, arthritides and enteric antigens. *Clin Rheumatol* 1991;10: 395-400.
- Beckingsale AB, Guss RB, Rosenthal AR. Acute anterior uveitis associated with HLA-B27-positive tissue type. A comparative study in two populations. *Trans Ophthalmol Soc UK* 1982;102:168-70.
- Krisch JJ, Leibowitz IH, Friedman FA. Adult-onset still's disease and inflammatory orbital pseudotumor. *NY State J Med* 1985;85:110-11.
- O'Brien JM, Albert DM. Therapeutic approaches for ophthalmic problems in juvenile rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 1989;15:413-37.
- Obenoff CB, Shaw HE, Sydnor CF, et al. Sarcoidosis and its ophthalmic manifestations. *Am J Ophthalmol*. 1978;86:648-55.
- James DG, Neville E, Langley DA. Ocular sarcoidosis. *Trans Ophthalmol Soc UK* 1976;96:133-9.
- Karalezli A, Ünsal M, Gündoğdu C, Dursun G, Başer Y. Sarkoidozlu 50 olgunun değerlendirmesi. *TK Tıp Bilimleri Dergisi* 1998;18:245-54.
- Davis JL, Mittal KK, Freidlin V, et al. HLA associations and ancestry in Vogt-Koyanagi-Harada disease and sympathetic ophthalmia. *Ophthalmology* 1990;97:1137-42.
- Sundmacher R. A clinico-virologic classification of herpetic anterior segment disease with special reference to intraocular herpes. In Sundmacher R eds. *Herpetic Eye Disease*. Munich: J F Bergmann; 1981. p.203.