

Oküler Tutulumu Olan Pediatrik Stevens-Johnson Sendromlu Hastalarımızın Akut Dönem Göz Bulguları ve Tedavi Sonuçları

Acute Ophthalmological Findings and Short Term Treatment Results of Our Pediatric Stevens-Johnson Syndrome Cases with Ocular Involvement

Pınar ALTIAYLIK ÖZER,^a
Bengi Ece KURTUL,^a
Gönül TANIR,^b
Türkan AYDIN TEKE,^b
Zeynep Gökçe GAYRETLİ AYDIN,^b
Ayşe KAMAN,^b
Emrah Utku KABATAŞ,^a
Asuman GÜRKAN^c

^aGöz Hastalıkları Kliniği,
^bÇocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği,
^cDermatoloji Kliniği
Dr. Sami Ulus Kadın Doğum,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Ankara

Geliş Tarihi/Received: 30.11.2015
Kabul Tarihi/Accepted: 31.01.2016

*Bu çalışma, TOD 37. Kış Sempozyumu
(22-24 Ocak 2016, Antalya)'nda
e-poster olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Pınar ALTIAYLIK ÖZER
Dr. Sami Ulus Kadın Doğum,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
drpınar@yahoo.com

doi: 10.5336/ophthal.2015-48796

Copyright © 2016 by Türkiye Klinikleri

ÖZET Amaç: Stevens-Johnson sendromu (SJS) tanısı alan ve göz tutulumu bulunan çocuk hastalarımızın akut göz muayene bulgularını ve tedavi sonuçlarını bildirmektedir. **Gereç ve Yöntemler:** Hastanemiz göz hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları ve dermatoloji bölümlerinde Ocak 2013-Aralık 2015 tarihleri arasında SJS tanısı alan 11 hastaya ait kayıtlar retrospektif olarak incelendi. Hastaların tanı anında ve tedavileri boyunca yapılan göz muayene bulguları tarandı. **Bulgular:** SJS tanısı alan 11 hastanın 10'unda göz tutulumu gözlemlendi. Göz tutulumu bulunan hastaların tanı anındaki yaş ortalaması 11,5 (7-17) yıl idi. Hastaların üçünde etiolojide antiepileptik, ikisinde amoksisilin-klavulonol antibiyotik, birinde oral nonsteroid anti-inflamatuar kullanımı; dördünde civa intoksikasyonu bulundu. Hastaların ikisinde çoklu ilaç kullanımı mevcuttu. Göz tutulumu ortalama 1,6 (1-3) günde başladı. Hastaların ilk göz şikâyeti mukopürülan konjunktivit olarak bulundu (%100). Hastaların tümünde konjunktival tutulum (konjunktivit ya da epitel defekti), 8 (%80)'inde korneal tutulum (punktur epitelyopati ya da epitel defekti) gözlemlendi. Sistemik tedavide hastanın klinik durumuna göre, ilgili birimlerin önerilerince intravenöz immünglobulin ve/veya sistemik steroid uygulandı. Korneal punktat boya tutulumu olan hastaların tümünde topikal tedavinin ortalama 7. gününde (4-12 gün) boya tutulumunda tam düzelme gözlemlendi. Konjunktival inflamasyonun ise ortalama 9. günde (5-11 gün) gerilediği bulundu. Taburculuk sırasında hastaların altısında madarozis, beşinde blefarit, ikisinde parasentral korneal nefelyon mevcut idi. **Sonuç:** SJS tanısı alan çocuk hastaların büyük bir kısmı oküler tutulum göstermektedir. Hastaların nüksler ve kronik komplikasyonlar açısından uzun dönem takibi önerilmektedir. Nadir görülen bu klinik tablonun oftalmologlarca tanınması ve dikkatli hasta takibi ciddi komplikasyonların önüne geçecek en büyük faktördür.

Anahtar Kelimeler: Konjunktivit; Stevens-Johnson sendromu; steroidler

ABSTRACT Objective: To present acute ophthalmological findings and short term treatment results of our pediatric cases with Stevens-Johnson syndrome (SJS) who demonstrate ocular involvement. **Material and Methods:** Retrospective chart review of cases diagnosed as SJS in ophthalmology, pediatric infectious diseases and dermatology departments of our hospital between January 2013-December 2015 was done. Ophthalmological examination results of 11 cases at the time of diagnosis and during their treatment were evaluated. **Results:** Ocular involvement was observed in 10 of 11 cases with SJS. Mean age of the cases at the time of diagnosis was 11.5 (7-17) years. Etiological agents were antiepileptic drugs in 3 cases, Amoxicillin-clavulonol antibiotics in 2 cases, oral non-steroidal anti-inflammatory drugs in 1 case; and mercury intoxication in 4 cases. Two of the cases had multi-drug use in history. Ocular involvement of the cases started in a mean of 1.6 (1-3) days. All of the cases had conjunctival, whereas 8 cases (80%) had corneal involvement. Intravenous immunoglobulin and/or systemic steroids were used as systemic treatment in the cases according to the recommendations of the related sections, depending on the clinical condition of each case. Total recovery of the staining was seen on the 7th day of topical treatment as a mean (4-12 days) in all cases with punctate corneal fluorescein staining. Mean day of remission in conjunctival inflammation among all cases was 9th day of topical treatment (5-11 days). Six patients had madarosis, 5 had blepharitis and 2 had paracentral corneal nodule on discharge. **Conclusion:** Ocular involvement is observed in most of the pediatric cases with SJS. Long term follow up of patients is recommended for relapses and chronic complications. Recognition of this rare clinical picture by ophthalmologists and meticulous patient follow up are the most important factors to prevent complications.

Key Words: Conjunctivitis; Stevens-Johnson syndrome; steroids

Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2016;25(3):180-6

Stevens-Johnson sendromu (SJS) 1922'de Stevens ve Johnson tarafından tanımlanan, deri ve mukozal membranlarda bül, papül ve eritematöz döküntülerle karakterize akut bir hipersensitivite reaksiyonudur.¹ Vücut alanının %30'undan fazla tutulan formuna toksik epidermal nekroliz (TEN) adı verilir.^{2,3}

Etiyolojide çeşitli ilaçlar (en sık sülfonamidler, antikonvülsanlar, salisilatlar, penisilin, ampisilin, izoniazid, dilantin, fenobarbital, ve antiinflamatuvarlar), viral enfeksiyonlar (en sık herpes simpleks, polio, kabakulak virüsü, variola, çiçek virüsü, adenovirüs), *Mycobacterium tuberculosis*, streptokoklar, *Mycoplasma pneumoniae*, parazitler gibi enfeksiyöz ajanlar yer alır.⁴⁻⁷ HLA-A29 ve HLA-B12 ile HLA-B12 ve HLA-DR7 haplotiplerine bu hastalarda sık rastlanması da genetik yatkınlığı düşündürmektedir.⁸ Hastaların %50'sinde etiyoloji bulunamayıp idiyopatik kabul edilmektedir.^{9,10}

Hastalığın patogenezinde dermis ve konjonktival stromada immün kompleks birikimi, lezyonların histopatolojik incelemesinde ise yaygın bir vaskülit tablosu gözlenir.^{4,11}

SJS hastalarının %90'ında konjonktiva etkilmiştir ve bilateral mukopürülan konjonktivit ilk bulgu olarak görülür. Konjonktival yalancı membran oluşumu, vaskülitte bağlı fokal konjonktival infarkt, sekonder subepitelyal fibrozis semblefaron oluşumu ve kapak pozisyonunda bozulmaya yol açar.¹²⁻¹⁴ Goblet hücre hasarına bağlı kuru göz bu hastalarda çok sık görülmekte ve korneal komplikasyonlara bağlı körlüğe kadar giden klinik tablolara da rastlanabilmektedir.¹⁴

Bu sendromun göz hekimlerince tanısı ve hastaların dikkatle takibi, olası komplikasyonların azaltılması açısından büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmada, SJS tanısı alan ve göz tutulumu tespit edilen çocuk hastalarımızın klinik bulgularını, tedavi ve takip sonuçlarını bildirmek ve hastalığın önemine dikkat çekmek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Hastanemiz göz hastalıkları, çocuk enfeksiyon hastalıkları ve dermatoloji bölümlerinde Ocak 2013-Aralık 2015 tarihleri arasında SJS tanısı alan 11 has-

taya ait kayıtlar retrospektif olarak incelendi. Bu hastalardan göz tutulumu olanlar tespit edildi. Yaş, cinsiyet, ilaç kullanım öyküsü, cilt reaksiyonunun ortaya çıkışı ile göz bulgularının başlaması arasındaki süre, laboratuvar sonuçları, mukozal tutulum bölgeleri, uygulanan tedaviler ile ilgili veriler hasta dosyalarından elde edildi. Hastaların tanı ve taburculukları sırasındaki en iyi düzeltilmiş görme keskinlikleri, biyomikroskopik muayene bulguları, uygulanan topikal tedaviler ve işlemleri içeren göz muayene notları tarandı.

Bu çalışmada Helsinki Deklarasyonu'na uyulmuş ve hastanemiz "eğitim planlama koordinasyon kurulu" onayı alınmıştır. Çalışmaya dâhil edilen hastaların ailelerine bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmış, hastalığın kronikliği ile ilgili bilgi verilmiştir.

BULGULAR

Yaşları 5-17 yıl arasında değişen (11,5±3,4) altı kız, dört erkek, toplam 11 hastanın kayıtları incelendi. SJS tanısı alan ve takip edilen 11 hastanın 10'unda göz tutulumu bulunduğu gözlemlendi.

Hastaların özellikleri ve uygulanan tedaviler Tablo 1'de görülmektedir. Hastaların tamamında oral mukoza ve göz tutulumu birlikte görülmekte idi. Altı hastada cilt döküntülerinden hemen önce kısa süreli ilaç kullanım öyküsü bulunmakta idi. Hastaların üçünde öyküde yeni başlayan antiepileptik "karbamazepin" tedavisi, ikisinde tonsillite bağlı "amoksilin-klavulonat" antibiyotik kullanımı, birinde üst solunum yolu enfeksiyonu nedeni ile oral nonsteroid antiinflamatuvar ilaç kullanımı, dördünde civa maruziyeti vardı.

Hastaların tanı anındaki göz bulguları Tablo 2'de görülmektedir. Hastalarda göz tutulumunun ortalama 1,6 (1-3) günde başladığı görüldü. Tanı anındaki görme keskinlikleri sağ gözde ortalama 20/25, sol göz 20/40 idi. Hastaların tümünde konjonktival tutulum (konjonktival hiperemi/epitel defekti), 8 (%80) hastada korneal tutulum (punktur boya tutulumu/epitel defekti) gözlemlendi. Tanı anındaki en sık göz bulgusu mukopürülan konjonktivit (%100), ardından korneal punktat epitel-yopati (%40) ve korneal epitel defekti (%40) idi.

TABLO 1: Hastaların akut dönem klinik bulguları ve sistemik tedavileri.

Olgu no	Yaş/Cinsiyet	Primer hastalık	İlaç kullanım öyküsü	İlaç kullanımı-cilt reaksiyonu		
				süresi (gün)	Tutulmuş mukoza	Sistemik Tedavi
1	14/K	Pnömoni (<i>Clamıdy</i> IgM+)	AKA	3	Oral, genital, göz	IVIg 1 g/kg/gün 5 gün
2	8/K	ÜSYE	AKA	3	Oral, göz	IVIg 1 g/kg/gün 5 gün
3	10/K	Pnömoni (<i>Mycoplasma pneumoniae</i> IgM+)	NSAİİ	7	Oral, genital, göz	IVIg 1 g/kg/gün IV PS 1,5 mg/kg/gün 5 gün
4	7/K	ÜSYE	NSAİİ PB	5	Oral, genital, göz	IVIg 1 g/kg/gün 5 gün
5	9/E	Epilepsi	Karbamazepin	8	Oral, genital, göz	IVIg 1 g/kg/gün 5 gün Oral MPS 1 mg/kg/gün 14 gün
6	17/E	PB maruziyeti	PB DMPS (şelatör)	8	Oral, göz	IVIg 1 g/kg/gün 5 gün IV PS 1 mg/kg 1 gün
7	16/E	PB maruziyeti	PB DMPS (şelatör)	9	Oral, göz	IV MPS 1 mg/kg 1 gün
8	17/E	PB maruziyeti	PB DMPS (şelatör)	7	Oral, göz	IVIg 1 g/kg/gün 5 gün
9	5/K	ÜSYE Epilepsi	NSAİİ Karbamazepin	5	Oral, göz	IV PS 1 mg/kg 3 gün
10	10/K	Epilepsi	Karbamazepin	9	Oral, göz	Oral MPS 1 mg/kg 10 gün

K: Kız; E: Erkek; ÜSYE: Üst solunum yolu enfeksiyonu; Ig: Immüoglobulin; AKA: Amoksisilin klavulonik asit; NSAİİ: Non steroid antiinflamatuar ilaç; MPS: Metilprednizolon; PS: Prednizolon; IVIg: İntravenöz immüoglobulin; PB: Kurşun; DMPS: 2,3-dimerkaptopropan-1- sulfonat (ağır metal şelatörü).

Hastaların altısına, tedavinin 2-4. günlerinde (ortalama 3±1) korneal epitel defekti nedeni ile bandaj kontakt lens uygulandı. İki hastada yoğun konjonktival yalancı membran gelişti, düzenli olarak topikal anestezi ile membran temizliği yapıldı (Resim 1).

Sistemik tedavi olarak hastanın kliniğine ve ilgili birimlerin önerilerine göre intravenöz immüoglobulin (IVIg) ve/veya sistemik steroid uygulandı. Korneal boya tutulumu olan hastaların tümünde topikal tedavinin ortalama 7. gününde (4-12 gün) korneal punktat boya tutulumunda kaybolma gözlemlendi. Korneal epitel defekti olan hastalarda defekt uygun tedavi ile ortalama 8. günde (6-12 gün) kapandı. Konjonktival inflamasyonun ise ortalama 9. günde (5-11 gün) gerilediği bulundu. Hastaların taburculuk sırasındaki görme keskinlikleri sağ gözde ortalama 20/20, sol göz 20/25 idi (Tablo 2).

Sistemik tedavide, literatürde belirlenmiş kesin ve ortak bir tedavi protokolü olmadığından, hastanın kliniğine ve ilgili birimlerin önerilerine göre tedavi şeması belirlendi. Tüm hastalarda uygun yara bakımı yanı sıra, dört hastada IVIg, üç olguda oral/IV steroid, üç olguda IVIg ve sistemik steroid kombinasyonu uygulandı (Tablo 1). Tedavi sonrasında hastaların tümünde ortalama 9,5 günde ciltte sekelsiz olarak iyileşme gözlemlendi (7-12 gün).

Göz tutulumu olan tüm hastalara göz şikâyetleri başladığı gün göz konsültasyonu yapılmış idi. Oküler tutulum tanısı konulması ile birlikte hastaların tümüne geniş spektrumlu topikal antibiyotik %0,5 moksifloksasin damla (Vigamox®, Alcon, İstanbul, Türkiye); topikal steroid %0,1 deksametazon damla ve pomad (Maxidex®, Alcon, İstanbul, Türkiye), suni gözyaşı %0,15 sodyum hiyalüronat damla (Eyestil tek doz®, Teka, İstanbul, Türkiye)

TABLO 2: Hastaların tanı anında ve taburculuk sırasındaki göz bulguları ve tedavi yaklaşımları.

Olgu no	Akut oküler bulgular	Cilt reaksiyonu-oftalmik tutulum süresi (gün)	İlk muayenedeki görme keskinliği		Taburculuk sırasında görme keskinliği		Topikal tedavi/uygulama		
			OD	OS	OD	OS			
1	MPK	3	20/40	20/20	20/20	20/40	Madarozis (bilateral)	STT	
	KED		20/100				20/40	Korneal nefelyon (bilateral)	TKL+
	KYM								Forniks Masajı Membran Temizliği
2	MPK	1	20/25	20/20	20/20	20/25	Madarozis (bilateral)	STT	
	KPK		20/25				20/25	Blefarit	TKL+ Forniks Masajı
3	KED	1	20/25	20/20	20/20	20/25	Madarozis (bilateral)	STT	
	MPK		20/25				20/25		TKL+
4	MPK	2	20/20	20/20	20/20	20/25	Madarozis (bilateral)	STT	
	KED		20/20				20/25	Blefarit	TKL+ Forniks Masajı
5	MPK	2	20/40	20/20	20/20	20/40	Madarozis (bilateral)	STT	
	KED		20/100				20/40	Korneal nefelyon (bilateral)	TKL+
	KYM								Forniks Masajı Membran Temizliği
6	MPK	1	20/25	20/20	20/20	20/20	Madarozis (bilateral)	STT	
	KPK		20/20				20/20		TKL+
7	MPK	1	20/20	20/20	20/20	20/20	Doğal	STT	
			20/20				20/20		
8	MPK	1	20/25	20/20	20/20	20/25	Blefarit	STT	
			20/20				20/25		
9	MPK	2	20/25	20/20	20/20	20/25	Blefarit	STT	
	KPK		20/20				20/25		
10	MPK	2	20/25	20/20	20/20	20/25	Blefarit	STT	
	KPK		20/20				20/25		

MPK: Mukopürülan konjunktivit; KED: Korneal epitel defekti; KYM: Konjonktival yalancı membran; KPK: Korneal punktat keratopati; OD: Sağ göz; OS: Sol göz; TKL: Terapötik kontakt lens; STT: Standart topikal tedavi* (Topikal antibiyotik damla ve pomad + topikal steroid + suni gözyaşı).

* Dozu hasta kliniğine göre değişmekte.

tedavisi başlandı. Tedavi dozajı hastanın takiplerdeki kliniğine göre düzenlendi. Konjonktival inflamasyonun topikal tedavi ile gerilemediğini düşündüğümüz dört hastada, topikal ve sistemik tedavi yanında alt ve üst fornikslere günde bir kez cam tüp yardımı ile semblefaron önleyici masaj yapıldı.

Hastalar ortalama 17. gün (13-21 gün) hospitalize edildi. Taburculuk sırasında hastaların altısında kirpiklerde madarozis, beşinde blefarit, ikisinde parasantral korneal nefelyon mevcut idi (Resim 2).

TARTIŞMA

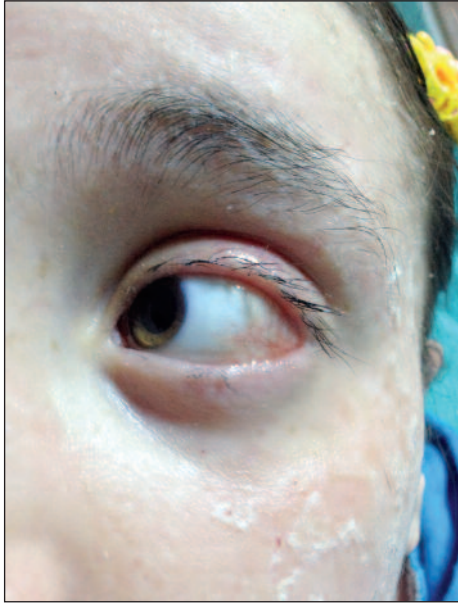
Literatürde SJS tanısı alan hastaların %64'ünde ilaç kullanım öyküsü bulunmuş, 1/3'ünde altta yatan



RESİM 1: Bir hastada gelişen konjonktival yalancı membran ve korneal epitel defekti.

(Renkli hâli için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/oftalmoloji-dergisi/1300-0365/>)

bir neden saptanamamıştır.² Bizim hastalarımızın da %60'ında ilaç kullanım öyküsü vardı. Bu konuda yapılan son çalışmalarda ilaç reaksiyonları



RESİM 2: Bir hastada taburculuk sırasında kirpiklerde madarozis.
(Renkli hâli için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/oftalmoloji-dergisi/1300-0365/>)

çocuk hastalarda erişkinlere göre daha nadir olsa da çoklu ilaç kullanan hastalarda SJS ve TEN riskinin akıldta tutulması gerektiği, hastalığın erken tanısı ve ilacın derhal kesilmesinin mortalite ve morbiditeyi azaltıcı etkisi vurgulanmaktadır.¹⁵

SJS hastalarının %60-75'i mortaliteyi artıran süperenfeksiyonlarla birlikte dir.¹⁶ Bu nedenle, tedavide dikkat edilmesi gereken en önemli nokta hastanın süperenfeksiyonlara karşı korunmasıdır.

Bu sendromun tedavisinin temeli destekleyici ve semptomatik tedavidir. Etkene yönelik tedavi esas alınıp, yanında sistemik steroidler, IVİg, immünsüpresif ilaçlar, hemodiyaliz ve plazmaferez kullanılabilir.¹⁷

IVİg tedavisi özellikle çocuk hastalarda progresyonu durdurduğu ve epitelizasyonu desteklediği için sistemik tedavide yaygın olarak kullanılmaktadır.¹⁸ Çalışmamızdaki yedi olgu 1 g/kg/gün doz ile beş gün IVİg tedavisi almıştır. Bunların üçünde IVİg ve sistemik steroid kombinasyonu uygulanmış ve tedavi sonrasında IVİg alan hastaların tümünde ortalama 9,5 günde ciltte sekelsiz olarak iyileşme gözlenmiştir. Bu hastalarda sistemik steroid kullanımını erken dönemde destekleyen ve karşı duran yayınlr mevcut olmakla birlikte; oküler tutulum üzerine kesin etkileri kanıtlanmamıştır.¹⁹ Hastalığın erken dönemlerinde ve kısa süreli verilen sis-

temik steroid (1-2 mg/kg/gün, üç-beş gün IV ya da oral prednizolon) tedavisinin immünolojik mekanizmaları inhibe ederek hastalığın kontrolünü kolaylaştırdığı daha yaygın olarak düşünülmektedir.^{20,21} Bu hastalarda steroid kullanımı ile ilgili standart bir protokol bulunmamakta; steroidin veriliş yöntemi (oral/IV), dozu ve süresi hastanın kliniğine göre tüm branş hekimlerinin görüşü alınarak planlanmaktadır. Bu konuda geniş ve kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bizim hastalarımız içinde de en şiddetli göz tutulumu gösteren iki hastanın birinde tedavinin erken döneminde IV, diğerinde geç dönemde oral steroid tedavisi verilmiştir. Taburculuk sırasında her iki hastada da görme keskinliğini ciddi oranda düşürecek korneal komplikasyona rastlanmamıştır.

Cilt tutulumunun seyri sırasında SJS hastalarının %27-80 kadarında akut göz bulgularının geliştiği bildirilmiştir ve en sık tutulan göz dokusu konjonktivadır (%90).²² Erken dönemde mukopürülan konjonktivit, korneal epitel defekti, punktat keratopati, kapaklarda kalınlaşma, madarozis, meibomit, blefarit, geç dönemde ise konjonktivada kserozis, semblefaron oluşumu ve forniks kaybı, trikiyazis, distikiyazis, korneal opasiteler, skatrisyel ektropion/entropion ve goblet hücre hasarına bağlı kuru göz sıkır.^{23,24} Bu gözlerde sekonder bakteriyel enfeksiyonlara duyarlılık artar, hatta panoftalmi görülebilir.⁹

Göz tedavisinin esasları öncelikle akut dönemde mukus ve krutların temizlenmesi ile oküler hijyenin sağlanması içerir. Topikal steroidlerin erken dönemde başlanması inflamatuvar tabloyu baskılayarak fokal infarktları önler. Erken topikal steroid tedavisinin (ilk bir hafta içinde başlanan) limbal epitelyal kök hücre hasarını engelleyerek kronik korneal komplikasyonlara karşı etkin olduğu, daha iyi görsel sonuçlarla birlikte olduğu kontrollü çalışmalarda gösterilmiştir.^{20,21} Bu nedenle SJS hastalarında korneal epitel defekti varlığında da topikal steroid tedavisinin, hastanın kliniğine göre düzenlenerek, gerekirse bandaj kontakt lens kullanımı eşliğinde devam etmesi önerilmektedir. Tedavi ile gerilemeyen korneal lezyonlarda; >1 cm boyutlu, alt palpebral konjonktiva ve

kapak kenarını da içeren epitel defektlerinde amniyon zarı ile yüzey tashihinin etkin sonuçlar verdiği bildirilmiştir.²¹⁻²³

Limbal kök hücre hasarı olan hastalarda sıklıkla korneal neovaskularizasyon gelişimi görülür, progresif kornea incilmesi ve perforasyon gelişimi siktir. Bu hastalarda terapötik penetran keratoplasti yapılabilir ancak prognozu kötüdür.^{24,25} Tekrarlayan epitel defekti, stromal ülserasyon, perforasyon ve greft rejeksiyonu bu hastalardaki majör greft yetmezlik nedenleri olarak bildirilmiştir.²⁵

Etkin tedaviye rağmen kimi hastalarda geç dönem komplikasyonları görülebilir.^{26,27} Akut dönemde gelişebilecek semblefaronla yönelik günlük forniks masajı (semblefaron lamı ya da cam çubuk/tüp ile) önerilir. Ancak bu tedavi uzun dönemde semblefaron gelişimini önlemekte yetersiz kalmaktadır.⁴ Son yıllarda pediatrik hastalarda alt fornikse plastik örtü yerleştirilmesi ya da semblefaron halkası kullanılmaktadır.^{24,28}

Akut faz geriledikten sonra entropion, trikiyazis, distikiyazis ve fornikslerin kaybına yönelik cerrahi planlanabilir.^{4,26} Açıkta kalma keratopatisinde paramedian tarsorafi, trikiyazis için elektroliz, ciddi kuru göz olgularında punktal oklüzyon diğer olası müdahalelerdir.⁴

Bizim çalışmamızda da hastalarımızın %91'inde (10/11) göz tutulumu bulunmuş ve göz şikâyetleri ortalama 1,6 günde ortaya çıkmıştır. Tüm hastalarda göz tutulumu mukopürülan konjonktivit ile başlamıştır. Göz bulgularının cilt döküntüsünün hemen ertesi günü ya da takip eden günlerde baş-

lıyor olması, mukopürülan konjonktivit ile başvuran ve döküntünün eşlik ettiği hastalarda bu tanının akılda tutulmasının önemine dikkat çekmektedir. Kirpiklerde madarozis, hastalarımızda taburculuk sırasında en sık gördüğümüz göz bulgusu idi (%60).

SJS'li hastalarda uygun tedavi ile birkaç hafta içinde cilt lezyonları geriler. Ancak tekrarlama oranı yüksektir ve hastaların 1/3'ünde nüks gözlenir.^{9,10} Bu da hastaların uzun dönem takibinin gerekli olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızın eksik yanları; retrospektif olması, hastaların etiyojilerinin ve kliniklerinin birbirinden farklı olması nedeni ile homojen bir çalışma grubu içermemesi olarak sıralanabilir.

SJS hastalarının akut dönem yanı sıra kronik dönem göz muayene bulgularını da içeren ve hastaların uzun dönem tedavi sonuçlarını ortaya koyan daha geniş serilere ihtiyaç duyulmaktadır.

SONUÇ

SJS, tanısı ve tedavisi göz hekimlerince iyi bilinmesi gereken bir klinik tablodur. Bu hastalara erken dönemde multidisipliner bir yaklaşımla etkin tedavinin uygulanması mortalite ve morbiditeyi önemli ölçüde azaltmaktadır. SJS hastalarında kalıcı görme kaybı en sık korneal komplikasyonlara bağlı olup, erken destekleyici tedavi ile bu komplikasyonların sıklığı azaltılabilir. Hastaların nüksler açısından uzun dönem takibi ve kronik dönemde gerekli cerrahi müdahalelere yönlendirilmesi şarttır.

KAYNAKLAR

- Hazin R, Ibrahim OA, Hazin MI, Kimyai-Asadi A. Stevens-Johnson syndrome: pathogenesis, diagnosis, and management. *Ann Med* 2008;40(1):129-38.
- Bastuji-Garin S, Rzany B, Stern RS, Shear NH, Naldi L, Roujeau JC. Clinical classification of cases of toxic epidermal necrolysis, Stevens-Johnson syndrome, and erythema multiforme. *Arch Dermatol* 1993;129(1):92-6.
- Roujeau JC. The spectrum of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a clinical classification. *J Invest Dermatol* 1994;102(6):28S-30S.
- Wilhelmus KR, Huang AJ, Hwang DG, Parrish CM, Sutphin JE, Whitsett JC. Immune-mediated disorder of the eyelids, conjunctiva, cornea and sclera. *Basic and Clinical Course. External Disease and Cornea*. 1st ed. San Fransisco: American Academy of Ophthalmology; 1999-2000. p.201-3.
- Odom RB, James WD, Berger TG. Bullous drug reactions (Erythema multiforme, Stevens-Johnson syndrome, and toxic epidermal necrolysis). *Diseases of the Skin- Clinical Dermatology*. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2000. p.136-9.
- Foster CS. Stevens-Johnson syndrome. In: Albert DM, Jakobiec FA, eds. *Principles and Practice of Ophthalmology*. 9th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1994. p.209-11.
- Lyell A, Gordon AM, Dick HM, Sommerville RG. Mycoplasmas and erythema multiforme. *Lancet* 1967;2(7526):1116-8.

8. Roujeau JC, Huynh TN, Bracq C, Guillaume JC, Revuz J, Touraine R. Genetic susceptibility to toxic epidermal necrolysis. *Arch Dermatol* 1987;123(9):1171-3.
9. Granstein RD. Erythema multiforme major (Stevens-Johnson syndrome). In: Albert DM, Jakobiec FA, eds. *Principles and Practice of Ophthalmology*. 1st ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1994. p.3169-70.
10. Şengör T. [Scatrical Pemphigoid, Stevens Johnson Syndrome, Ocular Rosacea, Superior Limbic Keratoconjunctivitis, Lignous Conjunctivitis, Conjunctivitis with systemic diseases, Benign Pigmented Lesions, Conjunctival Degenerations, Pterygium]. Aydın P, Akova Y, editörler. *Temel Göz Hastalıkları*. 2. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi; 2001. p.194.
11. Seamone C, Jackson WB. Immunology of the External Eye. In: Duane TD, ed. *Clinical Ophthalmology*. 1st ed. Philadelphia: H. Row Publishers; 1986. p.16-7.
12. Maden A. [Dermatological diseases and tumors]. *Oküloplastik Cerrahi* 1. Baskı. İzmir: Punto Yayıncılık; 1995. p.83-4.
13. Faraj HG, Hoang-Xuan T. Chronic cicatrizing conjunctivitis. *Curr Opin Ophthalmol* 2001; 12(4):250-7.
14. Kanski JJ. *Conjunctiva*. *Clinical Ophthalmology*. 4th ed. London: Reed Educational and Professional Publishing; 1997. p.88-9.
15. Turan H, Vatansever, S, Özdemir Ö, Cantez Y, Sarıcaoglu H. [Stevens Johnson Syndrome and Toxic epidermal necrolysis in children]. *J Curr Pediatr* 2008;6(1):104-10.
16. de Ru MH, Sukhai RN. Stevens-Johnson syndrome. *Eur J Pediatr* 2007;166(12):1303-4.
17. Morelli JG. Stevens-Johnson syndrome. In: Kliegman RM, Stanton BF, Schor NF, Geme JW, Behrman RE, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 19thed. Elsevier; 2011. p.2242-3.
18. Revuz J, Penso D, Roujeau JC, Guillaume JC, Payne CR, Wechsler J, et al. Toxic epidermal necrolysis. Clinical findings and prognosis factors in 87 patients. *Arch Dermatol* 1987;123(9):1160-5.
19. Tripathi A, Ditto AM, Grammer LC, Greenberger PA, McGrath KG, Zeiss CR, et al. Corticosteroid therapy in an additional 13 cases of Stevens-Johnson syndrome: a total series of 67 cases. *Allergy Asthma Proc* 2000;21(2):101-5.
20. Sotozono C, Ueta M, Koizumi N, Inatomi T, Shirakata Y, Ikezawa Z, et al. Diagnosis and treatment of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis with ocular complications. *Ophthalmology* 2009;116(4):685-90.
21. Araki Y, Sotozono C, Inatomi T, Ueta M, Yokoi N, Ueda E, et al. Successful treatment of Stevens-Johnson syndrome with steroid pulse therapy at disease onset. *Am J Ophthalmol* 2009;147(6):1004-11.
22. Van Zyl L, Carrara H, Lecuona K. Prevalence of chronic ocular complications in stevens-johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. *Middle East Afr J Ophthalmol* 2014; 21(4):332-5.
23. Gregory DG. Treatment of acute Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis using amniotic membrane: a review of 10 consecutive cases. *Ophthalmology* 2011;118(5):908-14.
24. Pelit A, Akova Y. [Ocular findings and management in Stevens Johnson syndrome]. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2004;24(3):284-8.
25. Tugal-Tutkun İ, Akova Aydın Y, Foster CS. Penetrating keratoplasty in cicatrizing conjunctival disease. *Ophthalmology* 1995;102(4): 576-85.
26. Orhan M, Erdener U, İrkeç M. [Ocular findings in Stevens Johnson syndrome]. Köker ÖF, Ersöz TR, Mürşitoğlu M, Kaya A, editörler. XXIII. Ulusal Türk Oftalmoloji Kongre Bülteni. Adana: Çukurova Üniversitesi Basımevi; 1989. p.49-52.
27. Wright P, Collin JR. The ocular complications of erythema multiforme (Stevens-Johnson syndrome) and their management. *Trans Ophthalmol Soc UK* 1983;103(Pt 3):338-41.
28. Kaufman HE, Barron BA, McDonald MB, Kaufman SC. *Stevens Johnson Syndrome. Companion Handbook to The Cornea*. 2nd ed. Boston: Butterworth-Heinemann; 2000. p.549-55.