

Lens ile İlgili İmmünolojik Sorunlar

Kutay ANDAÇ*

Lense bağlı uveitis ilk defa Utrecht'deki bir uluslararası kongrede Schirmer tarafından ortaya atılmıştır. Otto Schirmer 1899 yılında o zamanların ekstrakapsuler katarakt cerrahisinden sonra, göz içine yayılan lens proteinlerinin bir uveitis tablosu yaptığını ileri sürmüştür. Daha sonraları 1919 yılında, Straub konuyu daha da açıklığa kavuşturarak üç tip inflamasyon belirlemiştir.

1. Katarakt cerrahisinden sonra veya lense noninfekte bir travmadan sonra ortaya çıkan reaksiyon
2. Disloke olan bir lensin absorpsiyonuna bağlı reaksiyon
3. Hipermetrik lensin absorpsiyonuna bağlı reaksiyon

Diğer taraftan Straub aynı zamanda travmatize olmamış diğer gözde de böyle bir reaksiyon olduğuna dikkati çekmiştir. Fakat bu tablo bir "Sempatik Oftalmi" tablosu değildir.

Histolojik olarak iki tip yanıt ortaya çıkmaktadır.

1. Travmatize lens fibrilleri çevresinde nonspesifik yuvarlak hücre infiltrasyonu ile birlikte polimorf lökositlerin birikimi

2. Uveada lenfosit ve plazma hücreleri infiltrasyonu ile karakterize tipik bir granülomatöz inflamasyon

Bu konu ile karşılaşıldıkça, etiyolojik tartışmalar başlamıştır. Bu tartışmalar bugün de devam etmektedir. Geçmişte bazı olaylar ya da olgular toksik, bazıları ise anafaktik reaksiyon şeklinde değerlendirilmiştir. Bu durumda "Fakoanafaktik Endoftalmi" ve "Fakotoksik Uveitis" gibi iki grup ayrılmıştır. Bu iki antiteye daha sonraları "Diğer Travmatize Olmayan Gözde Lense Bağlı Uveitis" kavramı eklenmiştir.

* Prof. Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları ABD, İZMİR

† Türk Oftalmoloji Derneği Çukurova Şubesi Dr. Muzaffer SANDER Yaz Simpozyumu Göz ve immünoloji 7-9 Haziran 1992, ÜRGÜP

Fakoanafaktik Uveitis (Endoftalmi Fakoanafaktik)

Lens proteinlerinin travma veya cerrahi sonrası göz içinde serbest kalması sonucu ortaya çıkan ağır ve yaygın bir uveal inflamasyondur. Gözde haftalarca devam eden iritasyon ve ağrı vardır. Burada olay lens proteinlerine karşı bir hipersensibilite reaksiyonudur. Hastalarda deh testleri ile lens proteinlerine hassasiyet olduğu gösterilmiştir. Lenste alfa kristallerinde organospesifik proteinlerin olduğu zaten bilinmektedir.

Klinik olarak tablo; lensin travma veya cerrahi olarak perforasyonundan 24 saat-2 hafta sonra ortaya çıkar. Kapaklar ödemlidir, kemozis vardır, kornea bulanıktır. Kuzu yağı presipitasyonları görülür. Ağır bir arka sinesi söz konusudur, kornea neovaskularizasyonu ve pupillayı kaplayan siklitik membran formasyonu vardır. Daha sonra glokom tabloya eklenir. Histolojik olarak; lens materyali çevresinde nötrofil ve mononükleer hücre infiltrasyonu görülür. Ön uveada noduler yapıda plazmosit ve lenfosit infiltrasyonu görülür. Retinada makrofajlar toplanır.

Fakotoksik Uveitis

Bu konuda pek fazla bilgiye sahip değiliz. Travma veya cerrahi sonrası açığa çıkan lens proteinlerinin toksik bir etkisi olduğu ileri sürülmüştür. Aynı durum hipermetrik lens materyalinin, lens kapsülünden sızması ile de görülmektedir. Mamafih klinik olarak tablo bir hipersensibilite reaksiyonu şeklinde de olabilir. Histolojik görünüm de hemen hemen aynıdır, fakat fibrinöz eksudasyon çok fazladır. Mononükleer fagositler tipik presipitasyonlar oluştururlar.

Diğer Gözde Lense Bağlı Uveitis

Bir gözde herhangi bir nedene bağlı lens harabiyeti olduğu zaman diğer gözde bir uveitis tablosu belirlenmektedir. Straub ilk defa 1919 yılında bu konuyu ortaya attığı zaman büyük bir reaksiyon görmüştür ve uzun yıllar taraftar bulamamıştır.

Gözde postoperatif inflamasyon ortaya çıktığı zaman, diğer gözde yüksek basınçla birlikte bir uveal reaksiyon görülmektedir. Tablo oldukça ağırdır, bir taraftan fakooanafaktik veya fakotoksik uveitis, diğer taraftan sempatik oftalmi tablosundan ayırt etmek mümkün değildir.

Literatürde incelenen tüm olgularda lens proteinlerine karşı hipersensibilite reaksiyonu tablosu histolojik olarak görülebilmektedir.

Bütün bu klinik antiteler uzun yıllar tartışılmıştır, çünkü bu tabloların gerek klinik olarak, gerekse histolojik olarak birbirinden tam bir ayırımı sözkonusu olamamaktadır. En iyisi "Lense Bağlı Uveitis ve Endoftalmitis" olarak isimlendirmedir. Bugün de en yaygın kullanılan budur. Şu veya bu şekilde, lens proteinlerine karşı bir otoimmün reaksiyon ortaya çıkmaktadır. Burada oluşan reaksiyonu fakooanafaksi, anafaktoid veya Tip I hipersensibilite reaksiyonu değildir. Hiçbir zaman lens proteinlerinin toksik etki yaptığı kanıtlanmış değildir. Öyle görülüyorki bu antiteleri birbirinden ayırmaya çalışmak yerine, aynı immünolojik tabloların ağır olup olmadığını ayırmak daha akılcıdır. Bu tip inflamasyonlar göze hiç dokunulmadığı halde hipermetur katarakta kendiliğinden ortaya çıkmaktadır. Günümüzde ekstrakapsüler cerrahinin tekrar gündemde olması, bu konuya ne zaman ne yapılması gerektiği yönünden önem kazandırmaktadır. İzole lense bağlı uveitis sempatik oftalmiden ayırdedilmelidir. Bu tip uveitis daima cerrahi geçiren gözde görülür, sempatik oftalmi aynı anda iki gözde görülür.

Lense bağlı üveitislerde deneysel olarak primer antilens antikoları görülür, otolog lens antijenlerine hücre sel cevap görülmez. İnsan lensine bağlı üveitislerde belirgin hücre sel komponent olup olmadığı bilinmemektedir.

Eğer hastalar önceden lens proteinlerine karşı hassas ise fakojenik uveitis postoperatif erken dö-

nemde görülür. İnflamasyon ön ve arka segmenti tutan ağır bir tablo şeklinde olabilir.

Glokomun tabloya eklenmesi, bazen de hipermetur katarakta olduğu gibi inflamasyon belirtileri olmaksızın glokom görülmesi, lens materyali ile yüklü mononükleer hücrelerin, trabekulumu kapatmasındandır.

Lense Bağlı Uveitis Tedavisi

En önemli nokta zedelenmiş lensi veya göz içine yayılmış bulunan lens materyalini ortadan kaldırmaktır. Böylece henüz arka segmentte hasar olmadan girişimde bulunmuş olunur. Işık hissinin zayıf oluşu cerrahi için bir kontrendikasyon değildir. Akut inflamasyon varken, çok az sayıda cerrah girişimde bulunmak yolunu seçer. Genel yaklaşım, lokal kortikosteroidlerle daha uygun cerrahi koşullar sağlandıktan sonra girişimde bulunmaktır. Sadece kortikosteroidlerden yarar beklemek mümkün değildir. İnflamasyon, ancak antijenin ortadan kaldırılması ile baskı altına alınabilir. Bazen lens materyelinin bir kısmı vitreusa da karışır. Bu durumda vitrektomi ile birlikte girişimde bulunulur.

KAYNAKLAR

1. Andaç K. Fakoantijenik Uveitis. XXI. U Türk OH Kong Bült 1987; 2:627-9.
2. Andaç K, Akkın O Allerjik ve immünolojik Göz Hastalıkları. Türk Tıp Der Derg 1989; 1 -6,55,12-15.
3. Elder D, Perkins E. Hypersensitivity to Auto-Antigens. System of Ophthalmic Diseases of the Uveal Tract 1966; 9:500-12.
4. Nussenblatt RB, Palestine AG. Uveitis, Fundamentals and Clinical Practice. Chicago: Year Book Médical publishers İne 1989; 330.
5. Théodore FH, Bloomfield SE, Mondino BJ. Clinical Allergy and immunology of the Eye 1983.
6. Urgancıoğlu M. Otoimmün Göz Hastalıkları, İst. Üniv. Tıp Fak Göz Hast ABD 1978-1979 yılı Seminerleri.