

İdyopatik Orta Üveit

Halit OĞUZ

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Türkçe özet

Orta üveit uluslararası üveit çalışma grubu tarafından önerilen bir anatomik terim olup periferik retina, pars plana ve vitreusu tutan ve tüm üveitlerin %8-15'ini kapsayan göz içi enflamasyon tablosudur. Hastalığın oluşum ve gelişimi iyi bilinmemekle birlikte vitreus, periferik retina ve siliyer cisme karşı otoimmün reaksiyon suçlanmaktadır. Hastalık görme azalması, uçuşmalar, yüzen cisimcikler, glob çevresinde rahatsızlık semptomları ile belirti verebilir. Ön kamarada az miktarda hücre ve keratik presipitat, flare, vitreusda hücre, ora serrata ve pars plana üzerinde kartopları, kar kümeleri, kistik makula ödemi, yeni damar oluşumu ve buna bağlı vitreus kanaması, çekintili ve yırtıklı retina dekolmanı hastalığın başlıca bulgularıdır. Hastalığın geç döneminde görme kaybına yol açan ön ve arka segment komplikasyonları gelişebilmektedir. İdyopatik orta üveitin tanısı kliniklidir. Ancak ayırıcı tanı için laboratuara başvurulur. Oluşum ve gelişimi tam olarak anlaşılmayan orta üveitlerin tedavisi dört adımlı bir yaklaşımla yapılmakta olup antienflamatuvar tedavi başlıca yararlı olan yöntemdir. Bu tedavi yaklaşımında topikal ve glob çevresine steroid enjeksiyonlarından başlanarak komplikasyonların giderilmesi için pars plana vitrektomiye kadar giden cerrahi girişimler ve sistemik immünomodülün ilaçlar yer almaktadır. Orta üveitlerin seyri oldukça değişkendir, hastalığa ve tedaviye bağlı komplikasyonlar nadir değildir.

Anahtar Kelimeler: İdyopatik, orta, üveit

Idiopathic Intermediate Uveitis

Abstract

Intermediate uveitis is an intraocular inflammation table affecting peripheral retina, pars plana, vitreous and comprising of 8-15% of all uveitis in which an anatomic term is recommended by international uveitis study group. The etio-pathogenesis of the disorder is not well known, however, an autoimmune reaction to vitreous, peripheral retina and ciliary body may be responsible. The symptoms of the disorder may be decrease in vision, floaters, floating particles, and discomfort around globe. The main signs of the disorder are a few cells, keratic precipitates and flare in anterior chamber, cell in vitreous, snow balls and snow banks on pars plana, cystoid macular edema, neovascularization causing vitreous hemorrhage, tractional and rhegmatogenous retinal detachment. Both anterior and posterior segment complications resulting in vision loss can develop in late stage of the disorder. The diagnosis of the idiopathic intermediate uveitis is clinical. But, the differential diagnosis necessitates laboratory investigation. The four stage approach is preferred in the treatment of intermediate and the main method is anti-inflammatory agents. The therapy comprise topical and periocular steroid injections, pars plana vitrectomy and systemic immune modulating drugs. The prognosis of the intermediate is variable and complications are not uncommon and may be dependent on the therapy.

Key Words: Idiopathic, Intermediate, Uveitis

Giriş

Orta üveit uluslararası üveit çalışma grubu (IUSG) tarafından 1987 yılında önerilen anatomik bir terim olup baskın olarak periferik retina, pars plana ve vitreusu tutan bir göz içi enflamasyon tablosu olarak tanımlanır. Kronik siklit, periferik üveit ve pars planit literatürde orta üveit için kullanılan diğer terimlerdir (1). Orta üveitler üveitli olguların yaklaşık olarak %8-15'ini oluşturan nispeten sık görülen bir hastalıktır. Orta zon sınırları çok kesin olarak belirlenememekle birlikte arka sınır için vitreus tabanının yapışma yeri, vorteks venleri çıkış yerleri gibi öneriler mevcuttur. Her ne kadar IUSG ve yazarların birçoğu tarafından kullanılması tercih edilmese de pars planit idyopatik orta üveitli hastaların bir alt grubunu tanımlamak için başvurulan bir terimdir (1,2).

Pars planit orta üveitle birlikte pars plana ve ora serrata üzerinde beyaz kartopu birikintilerin gözüktüğü bir hastalık olup, orta üveitlerin %85-

90'ında görülmesi ile orta üveitlerin en sık formunu oluşturmaktadır. Pars planitli olgularda daha ciddi vitrit ve makula ödeminin olduğuna inanılmakta ve orta üveitli diğer hastalarla kıyaslandığında daha kötü seyre sahip oldukları bildirilmektedir (2,3).

Epidemiyoloji

Üveitli olgular içerisinde orta üveitli olgular % 4-15 arasında yer almakla birlikte bu oran gitgide artmaktadır. 16-21 yaşları arasındaki olgularda oran %39'a kadar çıkmaktadır ve çocukluk çağı üveitlerinin %15.3'ünü oluşturmaktadır. Hastalığın cins ve ırkla bir ilişkisi gösterilmemiştir (3,4).

Oluşum ve gelişimi

Hastalığın oluşum ve gelişimi iyi bilinmemektedir. Vitreus, periferik retina ve siliyer cisme karşı otoimmün reaksiyonun rolü

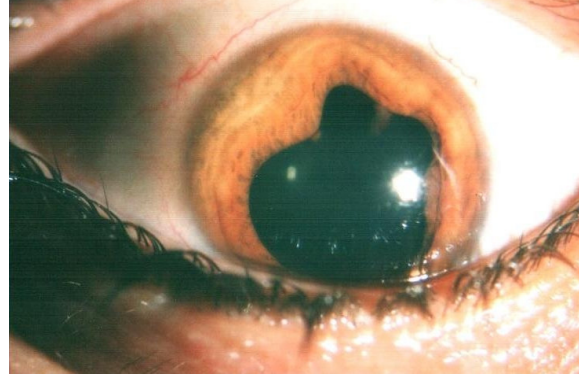
üzerinde durulmaktadır ve HLA-DR2 birlikteliği dikkat çekmiştir (5). İki HLA-DR2 alt tiplerinden birini kopyalayan HLA-DR15 aleli ile pars planit arasında %64.3-72 gibi yüksek bir pozitif ilişki bulunmuştur. Yine HLA-DR2'nin hem multipl skleroz hem de pars planitle ilişkisinin olması, pars planit ve multipl skleroz birlikteliğinin sık olması pars planitin de demyelizan bir hastalık olabileceğini akla getirmektedir (3,4). P-36 proteini ile pars planit birlikteliği gösterilmiş ve özellikle hastalığın aktif olduğu olgularda proteinin düzeyi yüksek saptanmıştır (6).

Kartoplarının fibroglial ve vasküler bileşenlerinin olduğu, eksüda olmayıp yeni oluşan kollajenler, epitelyoid hücreler, çok çekirdekli dev hücreler, lenfositlerden oluştuğu histolojik olarak gösterilmiştir. Orta üveitte sıklıkla görülebilen kistik makula ödemi periferik vitreoretinal enflamasyondan açığa çıkan medyatörlerin oluşturduğu düşünülmektedir (4).

Klinik Bulgular

Olguların %80'inde bilateral olmakla birlikte hastalığın şiddeti bakımından asimetri söz konusu olabilir (3,7). Görme azalması başlangıçta hafiftir. Erkenden belirgin görme azalmasının sebepleri vitrit ve kistik makula ödemi iken hastalığın ilerlemesi ile daha sonra üveitik glokom, retina dekolmanı, kronik kistik makula ödemi ve epiretinal zar gelişimi ciddi görme kaybına yol açabilir. Bunların dışında hastalık tipik olarak hafif bir görme bulanması, uçuşmalar ve yüzen cisimciklerle sinsi bir başlangıç gösterir. Çocuklarda ise daha başlangıçta belirgin bir ön kamara enflamasyonunun eşlik ettiği hiperemi, fotofobi, glob ve çevresinde rahatsızlık mevcut olabilir. Bunun dışında tipik olarak göz sakindir, enjeksiyon yoktur ve ön kamarada sadece birkaç hücre görülebilir. Ön kamarada küçük, az sayıda keratik presipitatlar, bir pozitiften fazla olmayan flare ve değişen derecede hücre izlenebilir (3). Vitreusda da hücre izlenebilir. Ora serrata ve pars plana üzerinde gri küresel, eksüda benzeri kümeler ("kartopları", "kar kümeleri") hastalığın erken fundoskopik görünümülerindendir. Kar kümeleri alttan başlayarak ve çepeçevre ilerleyerek 360 derece periferik retina önünde birikebilir (4). Retina venlerinde kılflanma ile birlikte alt periferik retina periflebiti sıklıkla (7). Enflamatuvar medyatörlerin yol açtığı kronik enflamasyon sonucu kistik makula ödemi gelişir (2). Kronik, dirençli kistik makula ödeminin oranı ise yaklaşık olarak olguların %10'unda söz konusu olmaktadır. Bu durum orta üveitlerde önemli görme kaybı sebebidir. Retina

periflebitinin yol açtığı iskemi göz içi enflamasyonunun indüklediği anjiyjenik uyarı ile birleşince olguların %5-10'unda yeni damarlar meydana gelmektedir. Yeni damarlar kolayca kanayarak vitreus hemorajisine yol açarken eşlik eden fibrozisin kasılması neticesinde çekintili ve yırtıklı retina dekolmanı gelişmesi söz konusu olabilir (3). Geç dönemde ön ve arka yapıışıklık (resim 1), band keratopati, katarakt (sıklıkla arka subkapsuler), glokom, epiretinal zar (sıklığı %5-10) ve vitreus kesifleşmesi gelişebilir (3).



Resim 1: Arka yapıışıklık gelişmiş bir olgu

Ayırıcı tanı

Pars planitin ayırıcı tanısında Irvine-Gass sendromu, sarkoidoz, toksokariyazis, amiloidoz, aktif retinit, aktif retina vaskuliti, "iridosiklitten saçılma", üveit maskeli sendromlar, retina dekolmanı, retina yırtığı, Whipple hastalığı, Behçet hastalığı, Lyme hastalığı, Fuchs heterokromik iridosikliti, travma, HTLV enfeksiyonu, kedi tırmığı hastalığı, göz içi lenfoma düşünülmesi gereken hastalıklardır (3,4).

Tanı-Laboratuvar yöntemleri

Orta üveitlerin ve pars planitin tanısı klasik klinik bulgularla konulmaktadır. Özel bir laboratuvar çalışması mevcut değildir. Laboratuara sifiliz, Lyme hastalığı, sarkoidoz, multipl skleroza eşlik eden orta üveit ve toksokariyazisin ayırıcı tanısı için başvurulabilir. Serum lizozim, anjiyotensin konverting enzim, göğüs röntgeni sarkoidoz için değerlendirilmelidir. Lyme antikor titrelere, ve sifiliz serolojisi düşünülmalıdır. Floresein anjiyografi retina venüllerinden yaygın sızıntıyı, disk ödemeine bağlı hiperflöresansı, kistik makula ödemi gösterebilir. Yoğun katarakt veya küçük pupilla varlığında pars plana üzerinde periferik eksüda veya membranları göstermek için ultrason biyomikroskobu, vitreus debrisinin, siklitik zarların ve retina dekolmanının saptanmasında B-

tarama ultrasonografi yararlı olmaktadır. Nörolojik belirtiler veya optik nörit öyküsü varlığında multipl sklerozu ayırıcı tanıda ortaya çıkarmak için beyin manyetik rezonans görüntülemesinin yapılması ve bir nörologla hastanın konsülte edilmesi uygun olacaktır (2-4).

Tedavi

Altta yatan nedenin bilinmediği pars planitte enflamasyonun kontrolü için antienflamatuvar tedaviye başvurulur. Görme keskinliği 20/40 veya 0.5'den daha kötü ise veya kistik makula ödemi var ise genellikle tedaviye başlanır. Yine kartopları veya kar kümelerinde yeni damar oluşumu gözleendiğinde tedavi endikasyonu oluşmaktadır. Kistik makula ödeminin olmadığı hafif tablolarda tedavi gerekli değildir. Bunun yanında 0.5 veya daha iyi gören olgularda steroid tedavisine yanıtın daha iyi olduğu ve tüm olgularda görmenin değişmeden kaldığı bildirilmiştir (3,4). Pars planitli olguların tedavisinde klasik olarak dört adımlı yaklaşım kullanılmaktadır (3,4):

Adım 1: Göz çevresine kortikosteroid injeksiyonu genellikle ilk sırada gelen tedavi yöntemidir. Bu amaçla 20-40 mg triamsinolon veya metilprednizolon gibi depo kortikosteroidler arka sub-tenon yolla injekte edilir. İnjesyonlar 2-3 hafta arayla dört injeksiyona kadar tekrarlanabilir. Genellikle enflamasyon tedaviye yanıt verir ve kistik makula ödemi iyileşir. Tenon altı injeksiyonlardan sonra hasta uzun süre glokom açısından kontrol altında tutulmalıdır. Göz çevresi kortikosteroid injeksiyonunun glokomdan başka diğer komplikasyonları arasında aponörotik göz kapağı düşüklüğü, enoftalmi, glob delinmesi, katarakt yer almaktadır.

Lokal tedaviye yanıt vermeyen özellikle ciddi veya bilateral olgularda 1-1.5mg/kg/gün sistemik kortikosteroid başlanır ve daha sonra tedrici olarak 15mg/gün altına çekilir. Hastalığın günde 5 mg veya daha az prednisolonla kontrol edilmesi ideal olanıdır.

Ciddi ve dirençli olgularda vitreus içine triamsinolon injeksiyonları yapılabilir. Bu tedavi alt temporal bölgeden çok dikkatli bir şekilde yapılmalıdır.

Adım 2: Kortikosteroid tedavi yetersiz kalırsa pars plana kartoplarının ablasyonu kriyoterapi veya lazer fotokoagülasyon ile sağlanabilir. Yeni damar oluşumu söz konusu ise ablasyon özellikle endikedir. Ancak bu tür olgularda aşırı kriyo uygulamasından kaçınılmalıdır. Çünkü proliferatif retinopatiji indükleyebilir.

Adım 3: Kriyoterapi yetersiz kalırsa ve sistemik immunosupresif tedavinin kontrendike olduğu veya arzu edilmediği durumlarda pars plana vitrektomi yapılabilir. Vitrektomi ile birlikte arka hyaloid soyulur ve pars planadaki kartoplarına lazer fotokoagülasyonu uygulanır. Vitrektomi sırasında arka hyaloidin ayrılması kistik makula ödeminin azaltmada çok yararlı olmaktadır.

Adım 4: Bütün diğer tedavi yöntemleri yetersiz kaldığında metotreksat, siklosporin, azatiyopurin, siklofosfamid gibi sistemik immünomodülan ilaçların kullanılması gündeme gelir. Bunların ciddi yan etkileri olduğundan dolayı tedavide en son seçenek olarak düşünülmesi gerekir.

Hastalığın seyri

Pars planitlerin seyri oldukça değişkendir. Genel olarak klinik seyir üç kısma ayrılabilir; Yaklaşık olarak olguların %10'unda kendi kendine iyileşen, selim bir seyir söz konusudur. Olguların %30'unda gerileme ve alevlenmelerle seyreden inişli-çıkışlı bir seyir vardır. %60'lık olgu grubunda ise alevlenmelerin olmadığı, uzayan bir seyir söz konusu olmaktadır. Pars planada kartopunun olmasının kötü seyir göstergesi olup olmadığı bilinmemektedir. Pars planit yıllarca aktif kalabilir, 30 yıldan daha uzun süren olgular bildirilmiştir. Ancak bir çok olguda hastalık 5-15 yıl sonra sönebilir. Enflamasyonun etkin kontrolü ile kistik makula ödemi tedavi edilebilirse uzun süreli görme seyri iyi olabilir ve hasta yararlı bir görme ile yaşamını sürdürebilir (3,4,8).

Komplikasyonlar

Pars planitin komplikasyonları arasında katarakt, glokom, kistik makula ödemi, retina yeni damar oluşumu, vitreus kanaması, çekintili ve yırtıklı retina dekolmanı, makula dejenerasyonu sıralanabilir (9-12). Hastalığın tedavisinde başvuru lokal veya vitreus içi kortikosteroid injeksiyonu, pars plana vitrektomi, kriyoablasyon gibi seçeneklerde komplikasyonlara yol açabilmektedir. Olguların %15-60'ında katarakt gelişmektedir. Katarakt cerrahisi ve göz içi lens yerleştirilen olgularda düşük şiddette ancak süregelen enflamasyon arka kapsül kesifleşmesi ve kronik kistik makula ödemi gibi komplikasyonlar görülebilir. Bu komplikasyonlar pars planitin iyileştiği olgularda bile gelişebilmektedir. Bu nedenle pars plana vitrektomi ile kombine edilen katarakt cerrahisi ve göz içi lens implantasyonu yukarıda değinilen komplikasyonları azaltabilir (1,3,4,12).

Kaynaklar

1. Özden S. Orta üveitler. İçinde: Üvea hastalıkları ve tedavisi. TOD 23. Ulusal Oftalmoloji Kursu. Ankara, 2003; 92.
2. Elmas K, Aydın O'Dwyer P. Orta üveitler, Pars Planit. İçinde: Akduman L, Aydın O'Dwyer P. (editörler): Üveit el kitabı, Güneş Tıp Kitabevleri Kısım II-Bölüm 2.1, 2007; 93-96.
3. Opremcak EM, Cunningham ET, Jr., Foster CS, et al. Intermediate uveitis and pars planitis. İçinde: Liesegang TJ, Skuta GL, Cantor LB. (editörler): Intraocular inflammation and uveitis. American Academy of Ophthalmology, Bölüm 8, 2003-2004; 143-7.
4. Akbatur H. Orta üveitler. İçinde: Akbatur HH, Şengün A. (editörler): Behçet hastalığı, endoftalmiler ve üveitler. Atlas kitapçılık, Ankara, 2002; sayfa 131-40.
5. Özdemir Ö, Gündüz K. Pars Planit. MN-Oftalmoloji Dergisi 1997;4(4):275-8.
6. Oruç Dündar S, Bora N, Kaplan HJ. Pars planitis ile P-36 proteini arasındaki ilişki. Türk Oftalmoloji Gazetesi 2000;30(5/1):666-8.
7. Kanski JJ. Üveitler. İçinde: Klinik Oftalmoloji. Dördüncü baskı (Türkçesi). Nobel Tıp Kitabevleri. 2001; 267, 309-11.
8. Bonfioli AA, Damico FM, Curi AL, Orefice F. Intermediate uveitis. Semin Ophthalmol 2005; 20(3):147-54.
9. Darıcı Ü, Bekir NA, Özdemir Ö. Pars planitte komplikasyonlar ve tedavi sonuçlarımız. Retina-Vitreus 1993;1(1):48-52.
10. Batman A, Elgin U, Berker N, Gürsel R, Zilelioğlu O. Uveitte sekonder glokom insidansı. Türk Oftalmoloji Gazetesi 2001;31(5):670-2.
11. Batman C, Erol E, Aslan Ö ve ark. Çocukluk çağı retina dekolmanlarında sonuçlar ve postoperatif başarıyı etkileyen faktörler. Retina-Vitreus 1996;4(1):463-7.
12. Oğuz H. Üveit komplikasyonlar, Arka segment komplikasyonları. İçinde: Akduman L, Aydın O'Dwyer P. (editörler): Üveit el kitabı, 2007; Güneş Tıp Kitabevleri Kısım IV-Bölüm 1.2, 2007; 317-21.

İletişim Adresi:

Doç. Dr. Halit OĞUZ

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göz Hastalıkları Anabilim Dalı
Araştırma ve Uygulama Hastanesi
63100 Şanlıurfa
Tel: 0 (414) 3141170
Cep: 0 (535) 4689844
Faks: 0 (414) 3151181
E-posta: hoguz@harran.edu.tr &
oguzhe@yahoo.com