

Kırmızı Göz Hastalığı

Red Eye Disease

Özet

Kırmızı göz oküler inflamasyonun en sık görülen belirtisidir. Kırmızı göz hastalığı, sıklıkla iyi huylu seyrederek ve çoğu hasta birinci basamak hekimleri tarafından tedavi edilebilir. Konjunktivit en sık kırmızı göz hastalığı sebebidir. Daha sonraki sık nedenler arasında blefarit (kirpik dibi iltihabı), korneal abrazyon, yabancı cisim, subkonjunktival hemoraji, keratit, üveit, glokom, episklerit ve sklerit gibi sebepler sayılabilir. Kırmızı göz hastalığının en sık belirti ve bulguları akıntı, kızarıklık, ağrı, ışık hassasiyeti, kaşıntı ve görme keskinliğindeki değişikliklerdir. Viral ve bakteriyel konjunktivitler genellikle kendi kendine düzeler ve ciddi komplikasyonlar nadirdir. Hastalığın tanısında ayrıntılı tanı ve dikkatli oftalmolojik muayene çok önemlidir. Tedavi altta yatan etiyo-lojiye bağlı olarak değişir. Aile hekimleri için oftalmolojik acillerin ayırıcı tanısını yapmak ve bu hastaları hızlı bir şekilde göz hekimine yönlendirmek çok önemlidir. Şiddetli ağrı, yoğun pürülan akıntı, korneal tutulum, görme kaybı, travma ve oküler cerrahi öy-küsü ve pupil anomalisi olan hastaların mutlaka göz hekimine yönlendirilmesi gerekir..

Abstract

Red eye is the cardinal sign of ocular inflammation. The condition is usually benign and can be managed by primary care physicians. Conjunctivitis is the most common cause of red eye. Other common causes include blepharitis, corneal abrasion, foreign body, subconjunctival hemorrhage, keratitis, iritis, glaucoma, episcleritis and scleritis. Signs and symptoms of red eye include eye discharge, redness, pain, photophobia, itching, and visual acuity changes. Generally, viral and bacterial conjunctivitis are self-limiting conditions, and serious complications are rare. The cause of red eye can be diagnosed through a detailed patient history and careful eye examination, and treatment is based on the underlying etiology. Recognizing the need for emergent referral to an ophthalmologist is key in the primary care management of red eye. Referral to an ophthalmologist is necessary when signs as severe pain, vision loss, copious purulent discharge, corneal involvement, traumatic eye injury, recent ocular surgery, distorted pupil are present.

Giriş

Aile hekimleri klinik pratiklerinde çok değişik etiyojilere bağlı gelişen kırmızı göz hastalarıyla karşılaşmaktadırlar. Bu hastaların bazıları rahatlıkla aile hekimleri tarafından tedavi edilebilecek iken bazıları, hızlı bir şekilde kalıcı görme hasarı riski ile karşı karşıya olan ve dolayısıyla acilen bir göz hekimine referans edilmesi gereken hastalardır. Bir aile hekimleri kırmızı göz ile başvurmuş bir hastanın hikayesinde kırmızı gözün unilateral mi bilateral mi olduğunu, önceki göz ve sistemik rahatsızlıklarını, varsa eşlik eden akıntının tipini, görme azlığı, ağrı, ışık hassasiyeti gibi belirtilerin varlığını mutlaka sor-

*Yrd. Doç. Dr. Eyyüp KARAHAN¹,
Doç. Dr. Arzu TAŞKIRAN ÇÖMEZ²*
*¹Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı
²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları AD*

Yazışma Adresleri /Address for Correspondence:

*Yrd. Doç. Dr. Eyyüp KARAHAN
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları AD
Narlı Mah. Ecem Sok. NO:42/C D:7,
35330, Narlıdere, İzmir, Türkiye*

Tel/phone: +90 232 278 96 96

Mail:karahaneyup@yahoo.com

Anahtar Kelimeler:

Kırmızı göz, aile hekimi, oftalmik acil, konjunktivit, glokom, üveit

Keywords:

Red eye, family physician, ophthalmic emergency, conjunctivitis, glaucoma, uveitis

*Geliş Tarihi - Received
30/12/2015*

*Kabul Tarihi - Accepted
25/01/2016*

gulamalıdır. Hastanın kontakt lens kullanım öyküsü varsa, hastada kırmızı göz travma sonrası oluşmuş ise, eşlik eden görme problemi varsa, şiddetli ağrı mevcutsa veya bulantı, kusma, baş ağrısı gibi sistemik belirtiler var ise hasta mutlaka bir göz hekimine yönlendirilmelidir.

Aile hekimleri için oftalmolojik acil olan kırmızı göz hastalığının tanınması ve bu hastaların uygun bir şekilde göz hekimine yönlendirilmesi hayati öneme sahiptir. Bu makalede kırmızı göz hastalığı hastalığın şiddetine göre çeşitli gruplara ayrılmıştır ve bu yolla kırmızı göz ile başvuran hastalarda hastalığın ciddiyeti ile ilgili ipuçlarının irdelenmesi amaçlanmıştır.

Aile Hekimi Tarafından Tedavi Edilecek Kırmızı Göz Sebepleri

Subkonjunktival Hemoraji

Konjunktival damarların bütünlüğünün bozulması sonucu damar içi kanın konjunktiva altında toplanması sonucu olur (1). Spontan olabileceği gibi, travma, valsava manevrası, antiplatelet ve antitrombotik ajan kullanımı, yüksek doz vitamin E kullanımı sonucu olabilir. Subkonjunktival hemoraji çoğunlukla ağrısız olur, görme problemi yaratmaz ve birkaç hafta içinde kendi kendine düzeler. Bununla birlikte bu hastalarda mutlaka kan basıncı ölçümü yapılmalı (2), hasta antitrombotik kullanıyorsa protrombin ve aktive tromboplastin zamanı bakılmalı, eğer hastada herhangi bir sebep olmadan tekrarlayan ataklar oluyorsa von Willebrand hastalığı, hemofili ve otoimmün trombositopenik purpura gibi kanama hastalıkları araştırılmalıdır. Travma öyküsü ve/veya yabancı cisim şüphesinde ise, hastanın göz hastalıkları uzmanına yönlendirilmesi, ileri komplikasyonları önlemek açısından gerekir.

Blefarit (Kırpik dibi iltihabı)

Blefarit kapak kenarının kronik inflamasyonudur. Anterior blefarit daha çok kırpik ve kapak ön kenarının hastalığı olup, sıklıkla çok virulan olmayanstafilokok ve seboreik dermatit nedeniyle olur. Posterior blefarit kapak arka kenarındaki meibomian bezlerinin hastalığıdır ve sıklıkla akne rozaseaya eşlik eder. Belirtiler yanma, yabancı cisim hissi ve sulanmadır. Tipik olarak belirtiler sabahları daha şiddetlidir. İki tip blefaritin tedavisinde de sulandırılmış bebek şampuanı ve ılık su ile kırpik diplerinin parmak ucu ile temizlenerek kapak hijyeninin sağlanması, kapak kenarına hafif masaj, ve sıcak pansuman kullanılmaktadır. Akut belirtiler geçinceye kadar günde 3-4, daha sonra günde 1 kere temizlik ve masaj yapılması önerilmektedir. Eşlik eden kuru gözün de suni gözyaşı damlalrı ile tedavi edilmesi gerekmektedir (3,4). Konservatif tedaviye cevap vermeyen vakalar mutlaka göz hekimine yönlendirilmeli, sklerozan tip bazal hücreli karsinomların, tedaviye cevap vermeyen, kapak kenarı değişikliği oluşturan, kırpiklerde dökülme yapabildiği ve blefaritle karışabildiği akla getirilmelidir. Bunun yanısıra, kırpiklerin bit ile enfestasyonu da, özellikle kışla, yatılı okullar, yurtlar gibi kalabalık ortamlarda yaşayan kişilerde görülebilmektedir. Kasık bitinin (pythriasis pubis) el ile inokulasyonu veya veneryal yolla bulaşarak, kırpiklerde bit enfestasyonu oluşmaktadır (pityriasis palpebrarum). Ol-

dukça bulaşıcı olan bu vakaların tanısı, hem cilt hem de oftalmoloji uzmanı tarafından yapılacak muayene ile konulabilmekte ve kırpiklerin tedavisi, ciltteki bit tedavisinden özellik göstermektedir. Bu açıdan konservatif tedaviye dirençli blefarit vakalarının refere edilmesi, ileri komplikasyonların ve yayılımının önlenmesi açısından uygun olur.

Kuru Göz

Hastaların tipik belirtileri yabancı cisim hissi, yanma ve paradoksik sulanmadır. Belirtiler günün ilerleyen saatlerinde artmaktadır. Tedavide uzun süreli damla ve/veya jel uygulaması şeklinde yapay gözyaşı tedavisi, ayrıca kuru göz hastalığının inflamatuvar komponentini tedavi etmek için antiinflamatuvar ajanlar kullanılmaktadır (5). Hemen hemen hepsinin mekanizması benzer olan bu ilaçlar, sürekli kullanım gerektirdiklerinden, içerisinde prezervan madde içermeyen ve tek kullanımlık olanların tercih edilmesi önerilir. Özellikle benzalkonyum klorür içerenler kronik kullanımlarda alerjiye, batma ve yanmaya neden olmakta, hastanın şikayetlerini arttırabilmektedirler. Çok şiddetli, medikal tedavi ile düzelmeyen kuru göz hastalarında göz hekimisi tarafından lakrimal punktum tıkaçı uygulaması yapılabilmektedir (6).

Kapak Malpozisyonu

Entropiyon (Göz kapağının içe dönmesi) sonucunda kırpikler içe dönüp korneal irritasyona yol açar. En sık senil entropion görülür. Kırpiklerin içeriye dönmesi nedeni ile konjunktiva ve korneada hasar, çizilme, sık enfeksiyon ve ileri vakalarda korneal abse ve korneada incelleme, delinme görülebilir. Hafif vakalarda suni gözyaşı damla ve jelleri, enfeksiyon varlığında ise antibiyotikli damlalar kullanılabilir. Beraber, esas tedavisi cerrahidir. Konjenital formu bebeklerde sık görülür ve benzer şikayetlere neden olur. Sık enfeksiyon, kızarıklık, yaşarma varsa bebeklerde mutlaka erken cerrahi gerekir.

Ektropiyon (Göz kapağının dışa dönmesi) sonucunda gözyaşı dengesizliği oluşup korneal problemler ortaya çıkar. Ektropiyon da sıklıkla yaşlanma ile ortaya çıkar ama skar dokusu, mekanik nedenler, travma, paralizisi ve konjenital sebepler de etiyolojide rol alabilir. Ektropiyonda hasta uyurken korneanın ve konjunktivanın alt yarısı açıkta kalmakta, açıkta kalma keratopatisi (ekspojür keratopati) gelişebilmektedir. Tedavisi cerrahidir. Hafif vakalarda veya cerrahiye dek kornea ve konjunktiva hasarını azaltmak için suni gözyaşı damla ve jelleri kullanılmalıdır. Şiddetli olgularda kesin tedavi cerrahidir (2).

Lagoftalmus (göz kapaklarının tam olarak kapatılmaması) orbiküler kas disfonksiyonu sonucu olur. Bell paralizisi, travma, inme, fasiyal sinir hasarına neden olan cerrahi sonucu oluşabilir. Göz kapağının tam kapanamaması korneal hasara yol açar. Tedavide yapay göz yaşı damla ve merhemleri kullanılır eğer bunlar yeterli olmazsa göz kapağına altın ağırlık implantasyonu veya geçici veya kalıcı tarsorafi (üst ve alt göz kapaklarının dikişle birleştirilmesi) uygulanır. Bu uygulamaların hastada kornea yüzey bozukluğu, incelleme yada perforasyon oluşmadan erken dönemde yapılması gerekir. Suni gözyaşı ve jelleri de reçete edilmelidir.

Gevşek kapak sendromu, üst kapağın gece uyurken yas-

tıkla teması sonucu sıkça dışa dönmesi sonucunda gerekli olan sertlik kıvamını kaybetmesi ile oluşur. Üst kapakta sürekli iritasyon ve inflamasyon oluşur. Genellikle sabahları daha şiddetli olan unilateral iritasyon, yanma, ipliksi müköz akıntı mevcuttur. Üst kapak gevşektir ve çok rahatlıkla everte edilir. Çoğu hasta obezdir, uyku apne sendromu vardır ve hastada problemleri kapak tarafında yatma öyküsü vardır. Hastaya göz kapağının uyurken bir bantla kapatılması veya gözün koruyucu plakla kapatılması önerilmelidir. Kalıcı tedavisi cerrahi olarak gevşek kapağın sıkıştırılmasıdır (7).

Konjunktivit

Kırmızı göz hastalığının en sık sebebi konjunktivittir. Bulber konjunktivada oluşan hiperemi ve ödeme, tarsal konjunktivadaki follüküler ve/veya papiller reaksiyonun eşlik ettiği bir tablodur. En sık konjunktivit sebepleri; viral, bakteriyel ve allerjik konjunktivittir. Ayırıcı tanı belirti ve muayene bulgularına göre yapılır.

Viral Konjunktivit

Genellikle adenovirüslere bağlı oluşur. Erişkinlerde bakteriyel konjunktivitten çok daha sık görülür. Hastada tipik olarak öncesinde üst solunum yolu enfeksiyonu veya konjunktivitli bir hastayla temas öyküsü vardır. Hastalık genellikle tek gözde kızarıklık ve sulu akıntı ile başlar. Hastaların yaklaşık yarısında birkaç gün içinde ikinci gözde tutulum olur. Belirtiler içinde kaşıntı, fotofobi, sulanma ve yabancı cisim hissi bulunabilir. Hastalar genellikle sabahları göz kapaklarının yapıştığını söyler. Muayenede follüküler reaksiyon ve sıklıkla preauriküler lenfadenopati bulunur. Viral konjunktivitinin bulaşıcılığı, ikinci göz tutulumunun başlamasından sonraki 2 haftaya kadar devam eder. Yayılımın engellenmesinde hijyen çok önemlidir. Belirti ve bulgular 2 haftadan uzun sürerse korneal tutulumdan şüphelenmeli ve hasta göz hekimine yönlendirilmelidir (8).

Bakteriyel Konjunktivit

Gram (+) ve gram (-) bakteriler tarafından oluşturulur. Viral konjunktivitten farklı olarak, yoğun pürülan akıntı görülür. Muayenede papiller reaksiyon ve bazen preauriküler lenfadenopati görülür. Genellikle 7-10 gün ampirik topikal antibiyotikli damla tedavisi uygulanır. Konjunktivit etkeninin hastaneden bulaştığı düşünülüyorsa veya ampirik antibiyotik tedavisine rağmen 1 haftadan uzun süre konjunktivit tedavi edilemezse kültür alınması gerekebilir. Hasta 1 hafta içinde tedaviye cevap vermiyorsa veya eşlik eden görme bulguları varsa göz hekimine yönlendirilmelidir (9,10).

Hiperakut Bakteriyel Konjunktivit

Ani yoğun pürülan akıntı varsa şüphelenmelidir. Genellikle cinsel aktif kişilerde oluşur ve genellikle cinsel organ-el-göz teması ile oluşur. Çocuklarda doğum kanalından bulaşabilir. Yenidoğanlarda doğumdan 3-5 gün sonra yoğun bilateral mukopürülan akıntı ile prezente olur. Çok büyük oranda Neisseria gonore enfeksiyonu ile oluşur. Nadiren Neisseria menenjitidis'e bağlı oluşabilir. Her ne kadar sınıflandırmada bir konjunktivit türü olduğu için bu gruba konmuş olsa da korneal tutulum ve buna bağlı perforasyon ve görme kay-

bı olabilir (11). Bu yüzden hastalığın tanınıp hızlı bir şekilde göz hekimine yönlendirme yapılması gerekmektedir. Tedavide günde 4 kez olmak üzere topikal antibiyotik damla ve tek doz intramusküler seftriakson (1 gram) kullanılmalıdır (12,13). Gonoreye 1/3 oranında klamidya enfeksiyonunun eşlik ettiği ve eş tedavisinin de gerektiği unutulmamalıdır

Klamidyal Enfeksiyon

Seksüel yolla geçer ve kronik follüküler reaksiyona neden olur. Yenidoğanlarda doğum kanalından bulaşabilir. Neisseria gonoreden daha sık karşılaşılır. Yenidoğanlarda 5-12. günlerde bilateral akıntı ile prezente olur. Genital yoldaki enfeksiyon asemptomatik olabilir. Tanı kültür ile tespit edilir. Tedavide sistemik azitromisin (oral tek doz 1 gram), doksisiklin (oral 10-14 gün 2x100mg) veya eritromisin (oral 10-14 gün 4x250 mg) kullanılır (14).

Allerjik Konjunktivit

Bilateral yoğun kaşıntı ile karakterizedir ve kaşımayla birlikte kötüleşir. Hastada kaşıntı şikayeti yoksa tanı sorgulanmalıdır. Akıntı değişkendir ama genellikle beyaz ve iplik gibidir. Çoğu hastada mevsimsel veya yıllık allerji öyküsü vardır. Hafif kapak şişliği eşlik edebilir. Eğer mümkünse allerjenden uzak durmak en iyi tedavi yöntemidir. Soğuk kompres uygulanması belirtilerin rahatlamasını sağlayabilir. Topikal mast hücre stabilizanları ve antihistaminikler belirtileri düzeltir ama kuru göz belirtilerini arttırabilir (15,16). Bu yüzden suni gözyaşı takviyesi yapmak gerekebilir. Akut şiddetli atakta steroidler tedaviye eklenebilmekle birlikte steroidin göz içi tansiyonunu arttırabilmesi, korneal incelleme/perforasyona neden olabilmesi ve herpetik keratit hastalarında kontraendike olması nedeniyle, başlanmasının, hastanın uygunluğunun değerlendirilmesi açısından göz hekimine bırakılması daha uygun olur. Oral antihistaminikler topikaller kadar etkili değildir. Belirtiler 2 hafta içinde düzelmeyorsa hasta göz hekimine yönlendirilmelidir.

Dev Papiller Konjunktivit

En sık bilateral yumuşak kontakt lens kullanımı ve intoleransına bağlı oluşur. Hasta kaşıntı, müköz akıntı ile başvurur, üst kapakta dev papiller reaksiyon görülür. Kontakt lens kullanan bir hastada bu belirtiler varsa göz hekimine yönlendirilmesi en uygun seçenektir. Kontakt lens kullanımı mutlaka en az 1 ay bırakılmalıdır. Tedavide hafif iritasyon için topikal mast hücre stabilizanları, daha ağır iritasyon için topikal steroid kullanılabilir. Eşlik eden kuru göz tedavi edilmelidir. Topikal steroidlerin 1 haftadan uzun süre kullanılmaması gerektiği unutulmamalıdır (11).

Korneal Abrazyon

Tırnak, kağıt parçası, makyaj malzemeleri, metalik yabancı cisimler ve bitkilere bağlı oluşabilir. Ağrı, ışık hassasiyeti, yabancı cisim hissi ve sulanma en sık belirtilerdir. Abrazyon lokalizasyonuna bağlı olarak görme azlığı eşlik edebilir. Abrazyonun daha iyi görülmesi için floresein damla damlatılıp kobalt mavisi ışık ile korneal muayene yapamamak gerekir. Bu yüzden göz hekimine referans etmek uygun olur. Korneal epitel kapanıncaya kadar topikal antibiyotik uygulanma-

lıdır (17). Belirtiler 48 saatten uzun sürüyorsa hasta göz hekimine yönlendirilmelidir. Dal, odun, ağaç, çiçek gibi organik yabancı cisimlerle oluşan travmalarda, bakterilerin yanında fungal etkenler de ciddi korneal tutulum yapabileceğinden hastaların da göz hekimine yönlendirilmesi uygun olur.

Pingekula ve Pterjium

Pingekula, limbusun nazalinde veya temporalinde konjunktivanın iyi huylu hipertrofinine bağlı küçük, sarı renkli birikimdir. Pterjium ise, konjunktivadan kaynaklanan kanat şekilli fibrovasküler dokudur ve kornea üzerine ilerleyebilir. İki durum da idiyopatik ama güneş maruziyetinin önemli olduğu düşünülmektedir. Pingekula inflame olabilir ve kızarıklık ve irritasyona neden olabilir. Tedavide suni gözyaşı damla ve jelleri ile lubrikasyon, kısa süreli steroid tedavisi uygulanır. Medikal tedavi etkili olmazsa cerrahi düşünülebilir (18).

Episklerit

Sklera ve konjunktiva arasındaki bağ dokusunun yüzeysel damarlarının inflamasyonuna bağlı oluşur. Hasta genellikle bölgesel kızarıklıkla başvurur. Tipik olarak ağrı, görme bozukluğu ve akıntı eşlik etmez. Genellikle genç erişkinlerin hastalığıdır. Çoğunlukla rekürren ve tek taraflı olur ama çift taraflı da olabilir. Patofizyolojinin otoimmün olduğuna inanılır ama sistemik tarama yapılmasına gerek yoktur çünkü genellikle idiyopatikdir (19). Tedavide topikal steroid veya oral nonsteroid antiinflamatuvar ajanlar kullanılır. Hastalık tedaviye dirençli ise veya sık tekrar ediyorsa hasta göz hekimine yönlendirilmelidir.

48 Saat İçinde Göz Hekimine Yönlendirilmesi Gereken Kırmızı Göz Sebepleri

Sklerit

Episkleranın derin vasküler yapılarının inflamasyonuna bağlı oluşur. Kırmızı renk episkleritten daha belirgindir ve morumsu bir görüntü oluşturur. Episkleritten farklı olarak fenilefrinle damarlar solmaz. Hastalarda glob palpasyonla hassastır ve hastayı uykudan uyandıracak kadar şiddetli ağrı olabilir. Kornea, ön kamara veya arka segment inflamasyonunu yoksa tipik olarak görme keskinliği korunmuştur. Skleriti olan hastaların yarısında eşlik eden sistemik hastalık vardır. En sık eşlik eden inflamatuvar hastalık romatoid artrit, en sık eşlik eden vaskülitik hastalık ise Wegener hastalığıdır. Ayrıca %5-10 hastada etiyolojide viral, bakteriyel, fungal ve parazitik enfeksiyonlar rol oynar. Bu yüzden sklerit tablosu görülen hastaların sistemik olarak taranması mutlaka gereklidir. Hastalar tanı ve tedavi için hızlı bir şekilde göz hekimine yönlendirilmelidir. Skleritin tedavisi altta yatan hastalığa ve hastalığın şiddetine bağlı olarak değişebilir. Hafif skleritler oral NSAİ ilaçlarla tedavi edilebilir. Daha şiddetli geçirilen skleritte, skleral perforasyon riski olduğundan oral steroid ve immün baskılayıcı ilaçların kullanılması gerekmektedir (20).

Ön Üveit

Üveit üvea dokusunun inflamasyonudur. Üvea, sklera ve retina arasındaki pigmente dokudur. Önden arkaya doğru iris,

siliyer cisim ve koroid dokuları tarafından oluşturulmaktadır. Üveit en sık idiyopatik olarak oluşur. Diğer sebepleri arasında travma, herpes virüs enfeksiyonu, HLA-B27 (+) hastalıklar, Behçet, sarkoidoz gibi sistemik infalamatuar hastalıklar bulunmaktadır (21). Hastalarda ağrı, ışık hassasiyeti, ve bulanık görme belirtileri olur. İnflame siliyer cisimin üzerinde, korneayı 360 derece çevreleyen perilimbal injeksiyon (hiperemi) bulunur. Pupil genellikle kontrakte, hareketsiz durumdadır ve ışık reaksiyonu azalmıştır. Kronik ön üveit, 6 haftadan uzun sürer. Ağrı ve şiddetli hiperemiden ziyade, yavaş gelişen görme azlığı, ve göz önündeuçuşan cisimlerin görülmesişikayetleri mevcuttur. Ön üveit, tanısı ön kamarada bulunan hücrelerin biyomikroskop ile görülmesiyle konur. Hastaların görme kaybına uğramaması için hızlı bir şekilde göz hekimine yönlendirilmesi gerekmektedir (22,23). Tedavi topikal kortikosteroidlerle başlar, hastalığın lokalizasyonu ve ağırlığına göre oral kortikosteroidler ve immün baskılayıcı ilaçlar gerekli olabilir. İnfeksiyonlar etyolojide nadiren rol oynasa da kortikosteroid ve immünoşüpresif tedavi başlanmadan önce infektif etyoloji mutlaka ekarte edilmelidir.

Nazolakrimal Enfeksiyonlar Kanalikülit

Gözyaşını gözden nazolakrimal kanala taşıyan kanalikül dokusunun inflamasyonudur. Hasta hafif unilaterale kızarıklık ve lakrimal punktumdan kaynaklanan hafif akıntı ile başvurur. En sık etyolojik ajan Aktinomiçes israeli'dir. Tedavide kanalikül içindeki granüler materyalin mekanik olarak çıkarılması gereklidir ve bu yüzden hasta göz doktoruna yönlendirilmelidir. Buna ek olarak kanalikülün Penisilin G solüsyonuyla irrite edilmesi gerekmektedir.

Dakriyosistit

Lakrimal kesenin inflamasyonudur. Genellikle nazolakrimal kese veya kanalın tıkanıklığına bağlı oluşur. Safilokok ve streptokoklar en sık karşılaşılan faktörlerdir. Lakrimal kese bölgesine uyan lokalizasyonda unilaterale ağrı, şişme ve kızarıklık belirtileri görülür. Punktumdan geriye regürjite olan pürülan akıntı görülür. Akut atak oral antibiyotiklerle tedavi edilir. Sistemik antibiyotik ve antiinflamatuvar tedavi uygulanmazsa, preseptal selülit ve orbital selülit gelişebilir. Enfeksiyonun kronikleşmesi kese içerisinde ve kanaliküllerde yapışıklıklar ve fistül oluşumuna neden olarak cerrahinin başarısını düşürmektedir. Akut enfeksiyon tedavi ile kontrol altına alındığında hasta geciktirilmeden cerrahiye hazırlanmalıdır. Lakrimal tıkanıklığın açılması için lakrimal kese ve nazal boşluk arasında cerrahi olarak açıklık oluşturulur (dakriyosistorinostomi) (24).

Acil Olarak Göz Hekimine Yönlendirilmesi Gereken Hastalıklar

Akut açığı kapanması glokomu

Hasta şiddetli ağrı, ışıklar etrafında haleler, baş ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile başvurur. Yaşlı ve hipermetropisi olan hastalar risk altındadır (25). Göz küresi palpe edildiğinde çok sert olduğu görülür. Pupil middilatedir ve ışığa karşı cevapsızdır. Işık reaksiyonu normal ise tanı sorgu-

lanmalıdır. Kornea bulanık görünümündedir. Akut kapalı açılı glokom bir oftalmolojik acildir ve kalıcı görme kaybını önlemek için göz hekimi tarafında acil müdahale yapılması gerekmektedir. Tedavide topikal ve sistemik anti-glokomatöz ilaçlar, lazer tedavisi ve nadiren cerrahi müdahale gerekli olmaktadır (26).

Oküler Yabancı Cisim

Glob içi veya yüzeyinde olan bir yabancı cisim iritasyon, hiperemi ve sulanmaya neden olmaktadır. Şüpheli hikayesi olan bütün hastalarda yabancı cisim akla getirilmelidir. Göz kapağı mutlaka çevrilmelidir, konjunktiva veya skleraya zayıf yapışıklık gösteren yabancı cisimlerin steril bir spançla veya pamuklu çubukla alınmasında sakınca yoktur. Topikal geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlanmalıdır. Yabancı cisim globun herhangi bir yerine sıkı bir şekilde yapışmışsa, metal veya organik yabancı cisim yapışıklığı şüphesi varsa hasta acil bir şekilde göz hekimine yönlendirilmelidir (27).

Keratitis

Keratitis korneanın herhangi bir bölgesinde oluşmuş olan inflamasyondur.

Herpetik keratitis, unilateral ağrı, fotofobi ve sulanma ile prezente olur. En sık fiziksel bulgu, floresein damlatılmış gözde ışık illüstasyonunda görülen ülser oluşumdur. Topikal ve antiviral ajanlarla tedavi edilmesi gerekmektedir (2,25). Bu hastalarda akut atak döneminde kortikosteroidler kontrendikedir.

Bakteriyel keratitis, ciddi anlamda hastanın görme keskinliğini tehdit eder. Pseudomonas aeruginosa enfeksiyonuna bağlı oluşan keratitte 48 saat içinde korneal perforasyon oluşabilir. Hastalarda tipik olarak ani başlayan şiddetli ağrı, ışık hassasiyeti ve görme kaybı belirtileri vardır. En sık sebepler kontakt lens kullanımı ve travmadır. Muayenede korneanın infiltrasyonu, ülserasyon, korneal ödem ve ön kamara inflamasyonu görülür. Hastaların acil olarak göz hekimine yönlendirilmesi gerekir çünkü tedavi geciktiğinde kalıcı görme kaybı olma ihtimali çok yüksektir (28).

Sonuç ve Özet

Akut kırmızı göz hastalığı birinci basamak sağlık hizmeti sunan merkezlerde ve acil servislerde sıklıkla karşılaşılan bir tablodur. Çoğu olgu iyi huylu ve kendi kendine düzelen karakterde olsa da uygun tanı ve tedavinin, ciddi hastalıkların tanınması ve hastanın, kalıcı görme kaybı gibi ciddi komplikasyonlardan korunmasında önemi büyüktür. Birinci basamakta hizmet veren hekimler, şiddetli ağrı, görme bozukluğu, yoğun akıntı, ışık hassasiyeti gibi belirtilerin, oftalmik aciller açısından önemli ipuçları olduklarını unutmamalıdır. Özellikle topikal steroid kullanımının bir göz hekimi denetiminde kullanılmasının gerekli olduğu mutlaka bilinmelidir. Uygun hikaye ve muayene ile, iyi huylu kırmızı göz ve oftalmik acile bağlı kırmızı göz ayırımı yapmak çoğu hastada mümkündür ve bu hem hasta, hem aile hekimi, hem de göz hekimi için uykusuz geceler geçirilmemesi açısından son derece önemlidir.

Kaynaklar

1. Roy FH. The red eye. *Ann Ophthalmol* 2006;38(1):35-38.
2. Leibowitz HM. The red eye. *N Engl J Med* 2000; 343:345-351.
3. Smith RE, Flowers CW Jr. Chronic blepharitis: a review. *CLAO J* 1995;21:200-207.
4. McCulley JP, Shine WE. Changing concepts in the diagnosis and management of blepharitis. *Cornea* 2000; 19:650-658.
5. Smith RE. The tear film complex: pathogenesis and emerging therapies for dry eyes. *Cornea* 2005; 24:1-7.
6. Tai MC, Cosar CB, Cohen EJ, Rapuano CJ, Laibson PR. The clinical efficacy of silicone punctal plug therapy. *Cornea* 2002; 21:135-139.
7. McNab AA. Floppy eyelid syndrome and obstructive sleep apnea. *Ophthalmol Plast Reconstr Surg* 1997; 13:98-114.
8. Alvarenga L, Marinho S, Mark M. Viral conjunctivitis. In: Krachmer JH, Mannis MJ, Holland EJ, eds. *Cornea. Vol 1. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005:629-638.*
9. Smith J. Bacterial conjunctivitis. *Clin Evid* 2004; 12:926-932.
10. Sheikh A, Hurwitz B. Topical antibiotics for acute bacterial conjunctivitis: Cochrane systematic review and meta-analysis update. *Br J Gen Pract* 2005; 55:962-964.
11. Morrow GL, Abbott RL. Conjunctivitis. *Am Fam Physician* 1998;57(4):735-746.
12. Ullman S, Roussel TJ, Forster RK. Gonococcal keratoconjunctivitis. *Surv Ophthalmol* 1987; 32:199-208.
13. Deschenes J, Seamone C, Baines M. The ocular manifestations of sexually transmitted diseases. *Can J Ophthalmol* 1990; 25:177-185.
14. Kunitomo DY, Kanitkar KD, Makar MS, editors. *The Wills eye manual: office and emergency room diagnosis and treatment of eye disease. 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p. 61, 71, 91, 94, 98, 155, 179-181.*
15. Owen CG, Shah A, Henshaw K, Smeeth L, Sheikh A. Topical treatments for seasonal allergic conjunctivitis: systematic review and meta-analysis of efficacy and effectiveness. *Br J Gen Pract* 2004; 54:451-456.
16. Stahl JL, Barney NP. Ocular allergic disease. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2004; 4:455-459.
17. Galor A, Jeng B, Singh A. Current management of corneal abrasion: an evidence based review. *Compr Ophthalmol Update* 2005;5:105-111.
18. Hirst LW. The treatment of pterygium. *Surv Ophthalmol* 2003;48:145-180.
19. Okhravi N, Odufuwa B, McCluskey P, et al. Scleritis. *Surv Ophthalmol* 2005;50(4):351-363.
20. Albin TA, Rao NA, Smith RE. The diagnosis and management of anterior scleritis. *Int Ophthalmol Clin* 2005;45(2):191-204.
21. Hajj-Ali RA, Lowder C, Mandell BF. Uveitis in the internist's office: are a patient's eye symptoms serious? *Cleve Clin J Med* 2005;72(4):329-339.
22. Chang JH, Wakefield D. Uveitis: a global perspective. *Ocul Immunol Inflamm* 2002; 10:263-279.
23. Chang JH, McCluskey PJ, Wakefield D. Acute anterior uveitis and HLAB27. *Surv Ophthalmol* 2005; 50:364-388.
24. Jordan D. Dacryoadenitis, dacryocystitis, and canaliculitis. In: Krachmer JH, Mannis MJ, Holland EJ, eds. *Cornea. Vol 1. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005:541-546.*
25. Kunitomo DY, Kanitkar KD, Makar MS, editors. *The Wills eye manual: office and emergency room diagnosis and treatment of eye disease. 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p. 61, 71, 91, 94, 98, 155, 179-181.*
26. Saw SM, Gazzard G, Friedman DS. Interventions for angle-closure glaucoma: an evidence-based update. *Ophthalmology* 2003; 110:1869-1878.
27. Khaw PT, Shah P, Elkington AR. Injury to the eye. *BMJ* 2004; 328:36-38.
28. Limberg MB. A review of bacterial keratitis and bacterial conjunctivitis. *Am J Ophthalmol* 1991; 112:2S-9S.