

Behçet Hastalığında Üveit Ataklarının Özellikleri

Abdülbaki Mudun (*), Andaç Ergen (*), Elvan Yalçın (*), M. Okan Arslan (**)

ÖZET

Amaç: Behçet hastalığında (BH) görülen üveitlerin ataklarının genel özelliklerini belirlemek ve bu özelliklere cinsiyet, yaş ve immüno-supressif tedavilerin etkilerini incelemek.

Yöntem: BH tanısı almış 111 hastanın 475 ardışık atağı prospektif olarak incelendi. Bu ataklarda gözün ön segmenti, vitreus ve arka segmentinde izlenen enflamasyon şiddetleri 0'dan 4'e kadar derecelendirildi. Segmentler arası ilişkiler ile yaş ve cinsiyetin enflamasyon şiddeti üzerindeki etkileri istatistiksel olarak değerlendirildi. Daha önce hiç immüno-supresif kullanmadan izlenmesi mümkün olan 44 hastanın, tedavi öncesi ve sonrası atakları karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların 12'sinde unilateral, 98'inde bilateral tutulum izlendi. Yalnız 1 hastada izole ön üveit atakları görüldü. Çalışmaya alınan toplam 209 gözde ataklar sırasında izlenen 658 enflamasyonun 276'sında (%41.9) ön segment sakin kaldı. Hipopyon 63 kez (%9.6) izlendi. Dörtüzyetmişbeş atağın 181'i (%38.1) eşzamanlı bilateral, 294'ü (%61.9) unilateraldi. Ortalama atak şiddetleri ön segment için 1.1 ± 1.1 , vitreus için 1.8 ± 0.8 ve arka segment için 2.8 ± 0.5 bulundu. Segmentler arasındaki enflamasyon şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif korelasyon izlendi ($p < 0.001$).

İmmüno-supressif tedavinin, geçirilen ataklardaki inflamatuvar tabloyu ve eş zamanlı bilateral atak geçirme oranını değiştirmediği görüldü. Kadınlarda unilateral tutulum erkeklerden daha sık bulundu ($p=0.02$). Atak özellikleri yönünden cinsiyetler arası ve yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi.

Sonuç: BH'da izole ön üveit beklenen bir durum değildir. Hipopyon sık görülen bir bulgu değildir. Arka segment enflamasyonu hemen hemen tüm ataklarda görülmekte ve olguların dörtte üçünde arka kutbu tutan lezyonlar izlenmektedir. Şiddetli ön segment enflamasyonlarına kural olarak şiddetli bir arka segment tutulumu da eşlik etmektedir. Behçet üveitinde yukarıda sayılan özellikler yaş, cinsiyet ve immüno-supressif tedavi ile değişmemektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, üveit

SUMMARY

Characteristics of Uveitis in Behçet's Disease

Aim: To define the characteristics of uveitis in Behçet's disease (BD) and the effects of immunosuppressive drugs, gender and age on these characteristics.

Methods: Consecutive 475 attacks of 111 patients with BD were evaluated prospectively. Severity of inflammation in anterior segment, vitreous and posterior segment were graded from '0' to '4'. Relations between the severity of inflammation in each segment and the effects of age and gender on severity of inflammation were evaluated statistically. The characteristics of at-

(*) SSK Okmeydanı Eğitim Hastanesi, Göz Hastalıkları Uzmanı
(**) SSK Okmeydanı Eğitim Hastanesi, Göz Kliniği Şefi

tacks during the pre-treatment period of 44 patients were compared with the attacks that were seen under immunosuppressive treatment.

Results: Twelve patients had unilateral and 98 had bilateral eye involvement. Only one patient had isolated anterior uveitis. Anterior segment were quiet in 276 (%41.9) out of 658 attacks of 209 eyes. Hypopyon were seen in 63 (%9.6) eyes. One-hundred eighty-one attacks (%38.1) out of 475 attacks were simultaneously bilateral and 294 (%61.9) were unilateral. Mean severity of inflammation was 1.1 ± 1.1 for anterior segment, 1.8 ± 0.8 for vitreus and 2.8 ± 0.5 for posterior segment. There were statistically significant positive correlations among the severity of inflammation in segments ($p < 0.001$).

Clinical feature of eye inflammation and frequency of simultaneously bilateral attacks were not changed under immunosuppressive treatment. Unilaterality was seen more frequent in women than that of men ($p = 0.02$). There were not statistically significant differences related to gender and age, according to clinical feature of attacks.

Conclusion: Isolated anterior uveitis seems not typical for BD. Hypopyon is not a frequent feature of Behçet's uveitis. There is a posterior segment involvement in almost all the attacks and there is lesion(s) in posterior pole of the eye in three fourth of these cases. Severe anterior segment inflammation is an indicator for severe posterior segment inflammation. Immunosuppressive treatments, age and gender seem not to change these characteristics of Behçet's uveitis.

Key Words: Behçet's disease, uveitis

GİRİŞ

Behçet hastalığında (BH) görülen üveit genellikle bilateral, ön ve arka segmenti birlikte tutan, tekrarlayan ataklarla seyreden nongranülatöz bir enflamasyondur. Bu enflamasyon nadiren ön segmentde sınırlı kalabilmekle birlikte, sıklıkla arka segmenti tutar (1-3). Üveit ataklarının sıklık ve ağırlığının görme prognozu üzerinde Behçet üveitiyüyük etkisi vardır (4).

Behçet üveitinde yeni keratik presipitatlar, ön kamarada hücre, flare, fibrin, eksuda, hipopyon, vitritis, retina vaskülit, perivaskulit, korioretinitler ve papillit aktivasyon bulguları olarak bildirilmiştir (4,5). Ancak bu nonspesifik aktivasyon bulgularının, şiddetleri ve birliklilikleri ve görülme sıklıklarının gösteren tanımlayıcı çalışmalar yoktur. Bu ilişkilerin araştırılması ile BH'na özgü bir üveitin var olup olmadığı ve eğer varsa bu üveitin özellikleri belirlenebilir.

Bu amaçla Behçet üveiti ataklarında ön segment, vitreus ve arka segmentteki aktivasyon bulguları araştırılmıştır. Çalışmamızda gözün bu üç ayrı segmentindeki enflamasyonun birliklilik ve şiddet yönünden aralarındaki ilişki incelenerek, Behçet üveiti ataklarının karakteristikleri belirlenmeye çalışılmıştır. Gözdeki inflamatuvar görünüme cinsiyet, yaş ve immunosupressif tedavilerin etkileri de araştırılmıştır.

MATERYAL ve METOD

Uluslararası Behçet Hastalığı Çalışma Gurubu'nun tanı kriterlerine göre tanı alan ve en az 6 ay süre ile dü-

zenli kontrollere gelen 111 hastanın 475 ardışık Behçet üveiti atağı prospektif olarak incelendi (6). Hastaların 94'ü (%84,7) erkek, 17'si (%15,3) kadındı. Yaş ortalamaları $30,6 \pm 7,3$ (11-45) idi. Tanı konulma yaşı $24,7 \pm 4,4$ (11-39) ve göz tutulumuna kadar geçen süre $2,7 \pm 0,9$ (0-9) yıldır. Çalışmaya katılan hastalar en geç ataklarının başlangıcından sonraki ilk 2 gün içinde değerlendirildiler.

İlk başvuruda ftizis bulbi, kornea opasitesi, oklüzyon ve/veya seklüzyon pupilla, katarakt, ve vitreus opasitesi gibi arka segmentin değerlendirilmesini engelleyen patolojileri olan 13 göz çalışma kapsamına alınmadı.

Hastalar 1 ay aralarla kontrollere çağrıldı. Ayrıca hastalardan gözlerinde kızarıklık, ağrı ve/veya görmelelerinde değişiklik hissettiklerinde kliniğimize başvurmaları istendi. Her başvuruda görme keskinliği ölçümü, biyomikroskopik muayene, 90D lens ve 3 aynalı Goldman lensi ile fundus muayenesi yapıldı ve göz içi basınçları ölçülerek kaydedildi.

Yeni keratik presipite oluşumu, ön kamarada hücre, flare, fibrin, eksuda, hipopyon, yeni ön ve/veya arka yapışıklık oluşumu, vitritis, yeni retinit, korioretinit, vaskülit, perivaskülit ve papillit görülmesi üveit aktivasyon bulguları olarak belirlendi. Bunlardan en az birinin izlendiği gözlerde üveit atağı olduğu kabul edildi.

Gözdeki enflamasyonlar, ön kamarada (A), vitreus (V) ve arka segment (R) için üveit aktivasyon bulgularının ve bunlara eşlik eden diğer bulguların varlığına göre 0 - 4 arasında 5 derecede sınıflandırıldı. Kullanılan bu

değerlendirme sistemi kısaca AVR Sistemi olarak isimlendirildi (Tablo 1).

Tablo 1. Behçet hastalarında üveitler için AVR derecelendirme sistemi

A. Ön Segment	
A0	Ön segmentde enflamasyon yok
A1	Ön kamarada 20'den az hücre ve/veya yeni keratik presipitasyonlar
A2	A1'e ek olarak, yeni yapışıklıklar, çok sayıda hücre ya da hafif flare.
A3	A2 bulguları ve belirgin flare.
A4	Ön kamarada fibrin, eksuda ve / veya hipopyon, sek-lüzyon veya oklüzyon pupilla ve / veya 4+ flare.
V. Vitreus	
V0	Yeni enflamasyon bulgusu yok, 10'dan az eski hücre
V1	20'den az hücre, haze yok
V2	1-2 pozitif haze, 20'den fazla hücre
V3	3 pozitif hücre, yeni vitreoretinmal membran ya da bant oluşumu
V4	Fundus'un seçilememesi
R. Retina, papilla, retina damarları	
R0	Yeni inflamasyon odağı yok
R1	Zon 2 ve 3'de aktif inflamasyonlar, perivaskülit
R2	R1 bulgularına ek olarak oklüsif vaskülitler ve / veya diffüz makula ödemi
R3	Zon 1'de aktif lezyon, papillitis, kistik makula ödemi
R4	Santral retina ven veya arter tıkanıklığı ve / veya Makulada delik gelişmesi

Ağır ön segment enflamasyonu olan ataklarda, arka segment iyi görülemediğinden bu segmentin değerlendirilmesi ön segmentle eş zamanlı değil, ön segment enflamasyonu geriledikten ve fundus görülebilir hale geldikten sonra yapıldı. Vitreusdaki enflamasyonun derecelendirilmesi esas olarak hücre ve haze üzerinden yapıldığı ve bu ataklara yönelik tedavilerle vitreusdaki bu bulguların belirgin olarak azalacağı düşünüldüğünden vitreus için değerlendirilme hiç yapılmadı. Arka segment enflamasyon şiddetlerinin esas olarak lokalizasyonla ilişkili olması nedeni ile retina görülebilir hale geldiğinde yapılan değerlendirmeler, çalışmada o atak için arka segment enflamasyon şiddeti olarak kullanıldılar.

Değişik segmentlerdeki enflamasyonlar arası ilişkilerin araştırılmasında istatistiksel değerlendirmeler, gözler esas alınarak yapıldı.

Bilateral eş zamanlı ataklarda, daha şiddetli atak geçiren gözdeki enflamasyonun şiddeti, atak şiddeti olarak kabul edildi. İmmunosupresif tedavi öncesi ve sonrası atakların karşılaştırılmasında; herbir hastanın tedavisiz

dönemde geçirdiği ataklarda herbir segmentteki enflamasyon şiddet ortalaması, tedavi sonrası ataklarda görülen enflamasyon şiddet ortalamaları ile karşılaştırıldı. Gözün değişik segmentlerinde izlenen enflamasyon şiddetlerinin ve eşzamanlı bilateral atak geçirme sıklığının, cinsiyet ve yaşla ilişkisi de incelendi. Ataklarla yaş arasındaki ilişkinin belirlenmeside; 30 yaş ve altındaki hastaların geçirdiği 345 atak ile 31 yaş ve üstündeki hastaların geçirdiği 313 atak bulguları karşılaştırıldı.

Ataklar sırasında gözün üç ayrı segmentindeki enflamasyon şiddet değerleri Pearson Product-Moment korelasyon testi kullanılarak istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Hiç immunosupresif tedavi almadan kliniğimize üveit atağı ile başvuran 44 hastaya çeşitli immunosupresif ilaçlar başlandı ve izlenme dönemlerinde tedaviye verdikleri yanıtta göre, azatioprin, siklosporin-A, azatioprin-siklosporinA kombine tedavisi veya klorambusil kullandılar. Bu hastaların tedavisiz atak bulguları ile immunosupresif tedavi altında geçirdikleri atak bulguları *Student t* testi kullanılarak istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Atakların şiddeti, eş zamanlı bilateral atak sıklığı, yaş ilişkisi *Ki-Kare Testi* kullanılarak istatistiksel olarak değerlendirildi. Ayrıca kadın ve erkek hastalarda görülen atakların şiddeti, lateralitesi, eş zamanlı bilateral atak sıklığı da *Ki-Kare Testi* ile karşılaştırıldı.

BULGULAR

Takip edildikleri dönemde 111 hastadan 12'sinde (%10.8) unilateral, 99'unda (%89.2) bilateral göz tutulumu izlendi. Hastalardan 1'inde (%0.9) izlendiği dönemde 2 kez izole ön üveit atağı görüldü. Bir diğer hastada izole unilateral ön üveit olarak değerlendirilen ilk atağı izleyen 1 eş zamanlı bilateral ve 1 unilateral arka üveit atağından sonra yeniden 1 kez unilateral ön üveit atağı görüldü. Dörtüzyetmişbeş atağın 181'i (%38.1) eşzamanlı bilateral, 294'ü (%61.9) unilateraldi.

Çalışmaya alınan toplam 209 gözde ataklar sırasında izlenen 658 enflamasyonun 276'sında (%41.9) ön segment sakin kaldı. Hipopyon 63 kez (%9.6) izlendi. Yoğun ön segment enflamasyonu nedeni ile 29 (%4.4) atakta vitreus ve retina eş zamanlı değerlendirilemedi. Ön segment enflamasyon ortalama şiddeti 1.1 ± 1.1 bulundu. Yoğun vitreus enflamasyonu nedeni ile 43 olguda arka segment ve retina değerlendirmesi ilk muayenede yapılamadı. Vitreusdaki ortalama enflamasyon şiddeti 1.8 ± 0.8 bulundu.

Toplam 72 olguda (%11) retina değerlendirmesi atak tanısı konulan kontrollerde yapılamadı, fundus görülebilir hale geldikten ortalama 8.6 ± 2.6 (5-14) gün sonra yapıldı. Arka segmentteki enflamasyonun olgula-

Tablo 2. Behçet Hastalarında Üveit Ataklarının Özellikleri

Segment/Şiddet	sayı	%	Ortalama Atak Şiddeti	R	p
Anterior Segment			1.1 + 1.1		
A0	276	41.9			
A1	205	31.2			
A2	74	11.2			
A3	30	4.6			
A4	73	11.1			
Hipopyon	63	9.6			
Vitreus			1.8 + 0.8		
V0	4	0.6			
V1	310	47.1			
V2	145	22			
V3	130	19.8			
V4	40	6.1			
Değerlendirilemeyen	29	4.4			
Arka Segment (Retina)			2.8 + 0.5		
R0	4	0.6			
R1	47	7.2			
R2	95	14.4			
R3	433	65.8			
R4	79	12			
Lateralite					
Unilateral	12	10.8			
Bilateral	99	89.2			
Lateralite (Atak)					
Unilateral Atak	181	38.1			
Eş Zamanlı Bilateral Atak	294	61.9			
İzole Ön Üveit	1	0.9			
A - V ilişkisi				0.5	< 0.001
A - R ilişkisi				0.2	< 0.001
V - R ilişkisi				0.4	< 0.001

rin 522'sinde (%77,8) makula ve/veya papillayı tuttuğu görüldü. Ortalama şiddeti 2.8 ± 0.5 idi.

Gözün çeşitli segmentlerinde izlenen enflamasyon şiddetleri arasındaki korelasyon incelendiğinde; A-V için $R=0.5$, $p<0.001$, A-R için $R=0.2$, $p<0.001$ ve V-R için $R=0.4$, $p<0.001$ bulunmuştur (Tablo 2).

İmmunosupresif tedavi etkisinin araştırıldığı 44 hastalık grubta; tedavi öncesi izlenen 57 atağın 26'sı

(%43.6) eş zamanlı bilateral, 31'i (%56.4) unilateraldi. Tedavi sonrası izlenen 212 atağın 69'u (%32.1) bilateral, 143'ü (%67.9) unilateraldi. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ($t=0.99$, $p=0.33$).

Ortalama enflamasyon şiddetleri; immunosupresif tedavi öncesi ataklarda ön segment için 1.4 ± 0.7 , vitreus için 2 ± 1 , retina için 2.7 ± 0.7 bulunurken tedavi başladıktan sonra geçirilen ataklarda bu değerler sırası ile; 1.1 ± 1.1 , 1.9 ± 0.8 ve 2.7 ± 0.6 olarak bulunmuştur.

Tablo 3. İmmunosupresif tedavi öncesi ve sonrası atakların özellikleri

Segment/Şiddet	Tedavi Öncesi n=57	Tedavi Öncesi %	Tedavi Öncesi Ortalama Şiddet	Tedavi Sonrası n=212	Tedavi Sonrası %	Tedavi Sonrası Ortalama Şiddet	t	p
Anterior Segment			1.4+1.4			1.1+1.1	1.3	0.2
A0	24	42		84	40			
A1	12	21		59	28			
A2	9	16		24	11			
A3	5	9		11	5			
A4	7	12		34	16			
Vitreus			2+1			1.9+0.8	1.6	0.1
V0	1	1.8		2	0.9			
V1	16	28.1		89	42			
V2	16	28.1		49	23.2			
V3	15	26.3		44	20.6			
V4	5	8.8		15	7.1			
Değerlendirilemeyen	4	6.9		13	6.2			
Arka Segment			2.7+0.6			2.7+0.6	-0.1	0.9
R0	1	2		1	0.5			
R1	2	3.5		6	3			
R2	8	14		22	10.5			
R3	44	77		157	74			
R4	2	3.5		26	12			
Lateralite							0.99	0.33
Unilateral Atak	31	54.4		144	67.9			
Eş Zamanlı Bilateral Atak	26	43.6		68	32.1			

Enflamasyon şiddetlerindeki değişiklikler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (Ön segment için $t = 1.3$, $p = 0.2$; vitreus için $t = 1.6$, $p = 0.1$; retina için $t = -0.1$, $p = 0.9$) (Tablo 3).

İzlem süresinde 17 kadın hastanın 5'inde (%29.4) unilateral, 12'sinde bilateral (%71.6) tutulum izlenirken; 94 erkek hastanın 7'sinde (%7.4) unilateral 87'sinde (%92.6) bilateral tutulum izlendi. Erkeklerde bilateral tutulum istatistiksel olarak daha fazla bulundu (Yates düzeltilmeli ki-kare = 5.11; $p = 0.02$) Döryüzyetmişbeş atağın 89'u kadınlarda, 386'sı erkek hastalarda izlendi. Kadınlarda atakların 35'i (%39.3) eş zamanlı bilateral, 54'ü (%60.7) unilateral; erkek hastalarda 146'sı (%37.8) eş zamanlı bilateral, 240'ı (%62.2) unilateraldi. Cinsler arasında atakların eş zamanlı bilateralite sıklığı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Yates düzeltilmeli ki-kare = 0.02, $p = 0.89$).

Kadınlarda izlenen ataklarda ortalama ön segment enflamasyon şiddeti 1.2 ± 1.3 , vitreus enflamasyon şiddeti 1.7 ± 1 , arka segment enflamasyon şiddeti 2.7 ± 0.8 bulunmuştur. Erkek hastalarda ortalama enflamasyon şiddeti ön segment için 1.1 ± 1.3 , vitreus için 1.9 ± 1 ve arka segment için 2.8 ± 0.8 oldu. Kadın ve erkek hastalarda izlenen üveit ataklarında değişik göz segmentlerinde izlenen atak şiddetlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık izlenmemiştir (ön segment için ki-kare = 2.82; $p = 0.59$, vitreus için ki-kare = 3.68; $p = 0.45$, arka segment için ki-kare = 4.76; $p = 0.31$) (Tablo 4).

Otuz yaş ve altında geçirilen ataklar ile 31 yaş ve sonrasında geçirilen ataklar karşılaştırıldığında gözün her üç segmentindeki enflamasyon bulguları ve eş zamanlı bilateral atak geçirme sıklığı yönünden istatistiksel olarak belirgin bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 5).

Tablo 4. Kadın ve erkek hastalarda Behçet Üveit ataklarının özellikleri

Segment/Şiddet	Sayı (Erkek)	% (Erkek)	Sayı (Kadın)	% (Kadın)	Yates Düzeltmeli Ki-kare	P
Anterior Segment					2.8	0.6
A0	239	42.9	37	36.6		
A1	171	30.7	34	33.7		
A2	59	10.6	15	14.9		
A3	25	4.5	5	4.9		
A4	63	11.3	10	9.9		
Vitreus					3.7	0.5
V0	4	0.7	0	0		
V1	255	45.8	55	54.5		
V2	124	22.3	21	20.8		
V3	115	20.6	15	14.9		
V4	34	6.1	6	5.9		
Değerlendirilemeyen	25	4.5	4	3.9		
Arka Segment					4.8	0.3
R0	4	0.7	0	0		
R1	36	6.5	11	10.9		
R2	81	14.5	14	13.9		
R3	365	65.6	68	67.3		
R4	71	12.7	8	7.9		
Lateralite					5.1	0.02
Unilateral	7	7.1	5	29.4		
Bilateral	92	92.9	12	60.6		
Lateralite (Atak)						0.9
Unilateral Atak	240	62.2	54	60.7		
Eş Zamanlı Bilateral Atak	146	37.8	35	39.3		

TARTIŞMA

Forrester ve arkadaşları üveitlerin şiddetini ölçmek için gözün her bir segmentinin ayrı ayrı değerlendirildiği bir puanlama sistemini önermişlerdir (7). Ancak bu sistem, Behçet üveitinin prognozunda göreceli olarak önemi olan ve sık görülen keratik presipitasyon, ön ve arka iris yapışıklıkları ve retina damar tıkanıklıkları gibi bulguları içermemektedir. James ve arkadaşları tarafından önerilen Behçet okulopati indeksinin uygulaması oldukça kolaydır (8). Fakat tedavilerin değerlendirilmesi ve değişik tedavilerin karşılaştırılması açısından yeterli değildir.

Atmaca ve arkadaşlarının 300 olguluk Behçet hastalığı serisinde, ön segment tutulumunun daima arka segment tutulumundan sonra geliştiği bildirilmiştir (5). Bizim gözlemlerimizde de ön segment tutulumu genellikle hafif şiddette olmaktadır. Behçet üveitinin bu özellikleri göz önüne alındığında bu çalışmada kullanmış olduğumuz AVR sistemi gibi daha pratik bir değerlendirme sisteminin kullanılması olasıdır. Bu çalışmada, atakların çoğunda her üç segmentteki enflamasyon şiddetleri eş zamanlı olarak değerlendirilebilmiştir.

Diğer yandan kullandığımız skorlama sisteminin gözlemciler arası güvenilirliği bilinmemektedir. Gözün

Tablo 5. Otuz yaş öncesi ve otuzbir yaş sonrası atakların özellikleri

Segment/Şiddet	<30 Yaş n=345 göz	<30 Yaş %	>31 Yaş n=313 göz	>31 Yaş %	Ki-kare	p
Anterior Segment					2.46	0.651
A0	141	40.9	135	43.1		
A1	103	29.9	102	32.6		
A2	41	11.9	33	10.5		
A3	15	4.3	15	4.8		
A4	45	13	28	8.9		
Vitreus					4.97	0.290
V0	0	0	4	1.3		
V1	158	45.8	152	48.6		
V2	80	23.2	65	20.8		
V3	71	20.6	59	18.9		
V4	13	3.8	27	8.6		
Değerlendirilemeyen	23	6.7	6	1.9		
Arka Segment					4.46	0.335
R0	0	0	4	1.3		
R1	18	5.3	29	9.3		
R2	46	13.3	49	15.7		
R3	235	68.1	198	63.3		
R4	46	13.3	33	10.4		
Lateralite (475 Atak)					1.91	0.167
Unilateral Atak	165	65	129	58.4		
Eş Zamanlı Bilateral Atak	89	35	92	41.6		

herbir segmentinin görülebildiği olgularda bile vitreus-daki hücrelerin yeni veya eski olduğunun belirlenmesi her zaman kolay olmamaktadır. Ön ve arka yapışıklıkların da geçirilmekte olan atakla ilişkilendirilmesi ancak hastanın önceki kayıtlarının iyi tutulmuş olması ile mümkün olabilmektedir. AVR sistemine göre hipopyon varlığı ön segment enflamasyonunun şiddetli olduğunun bir göstergesi olarak ele alınmıştır. Ancak Behçet hastalarında çok sık olmamakla beraber belki de patognomik bir bulgu olan ve muhtemelen ilk kez Mishima tarafından tanımlanan akışkan hipopyon olgularında, görme çok etkilenmemekte ve enflamasyonun tedaviye yanıtı çok hızlı olabilmektedir (9). Arka segment değerlendirilmesindeki en önemli sorun ise bir kez makula deliği ve/veya damar tıkanıklığı geliştiğinde, sonraki ataklarda enflamasyon şiddetinin R3 mü yoksa R4 mü olduğuna karar vermektir. Ancak bu iki evrede de enflamasyonda ciddi görme hasarına yol açan arka kutup tutulumu var-

dır. Behçet hastalığında üveit şiddetinin belirlenmesi için daha güvenilir bir değerlendirme sistemi ancak her bir üveit bulgusunun ve bunların görme prognozu üzerindeki etkilerinin belirlenmesinden sonra oluşturulabilir. Böylece yalnızca bu bulguların var olup olmamasının tespiti ile, geçirilmekte olan atağın akibeti ve verilecek olan tedavinin seçimi daha kolay belirlenebilir. Kötü prognostik bulguların kriter olarak belirlenmesi; daha basit, gözlemcilerarası güvenilirliği yüksek ve tekrarlanabilir bir derecelendirme sistemi için zorunludur.

Bununla birlikte; çalışmamızda kullanılan AVR sistemi ile de, şiddetli ön segment enflamasyonu olduğunda, arka segment enflamasyonunun arka kutupda yer aldığı açıkça görülmektedir. Bu nedenle katarakt, kornea opasitesi gibi arka segment değerlendirmesinin güçleştiği olgularda şiddetli bir ön segment enflamasyonu, ciddi bir arka segment enflamasyonunun önemli bir göstergesi

olarak kabul edilebilir. Ancak bu olgularda ön segmentin sakin olması hastanın atak geçirmediğini göstermez. Çünkü çalışmamızda incelenen atakların yarısına yakın bir kısmında ön segment enflamasyonu izlenmemiştir. Fakat bu olguların önemli bir kısmında arka segmentde şiddetli enflamasyon izlenmiştir. Bu nedenle kornea ve lens opasitesi nedeni ile arka segmentin rutin muayene yöntemleri ile izlenemediği olgularda arka segmentde enflamasyon varlığının değerlendirilmesi hala önemli bir problemdir. Bu amaçla önerilen Tc 99m glukohptonat sintigrafisinin kullanılması Mudun ve arkadaşlarının bir çalışmasında yetersiz bulunmuştur (10). İşaretli lenfositler gibi yeni immünofarmosötiklerin kullanıldığı SPECT ile daha iyi sonuçlar elde edilebilir. Görüntü rezolüsyonu daha iyi olan PET ve hatta yüksek frekanslı ultrasonografi tekniklerinin geliştirilmesi ile aktif enflamasyonun gösterilmesi de olasıdır. Ancak günümüzde bu gibi durumlarda enflamasyonu gösterecek teknikler henüz yoktur.

Çalışmamızda immunosupresif tedavilerle özellikle arka segment enflamasyon şiddeti değişmemiştir. Bu sonuç immunosupresiflerin Behçet üveitleri üzerinde etkisi olmadığı şeklinde yorumlanmamalıdır. Çünkü çalışmamızda araştırılan, sadece üveit ataklarında değişik göz segmentlerindeki enflamasyonun görünümüdür. Atak sıklığı, atak ve remisyon süreleri ve görmenin korunması bu çalışmanın konusu değildir. Esas olarak, immunosupresiflerin etkisinin aynı hastada ilaçsız takip dönemi ile karşılaştırılarak yapılması etik de değildir. Çünkü azatioprin'in göz enflamasyonunu kontrol altına almakta etkisi, hatta unilateral olgularda ikinci göz tutulumunu önlediği, plasebo kontrollü ve çift kör bir çalışma ile gösterilmiştir (11). Buradan çıkarılabilecek sonuç, verilen tedavilere rağmen ataklarının tekrarlaması halinde bunların, önceki ataklardan farklı olmayacağıdır. Başka bir deyişle önceden panüveit geçiren bir kişi immunosupresif tedavi altında hafif bir ön üveit, ya da arka kutbu tutan enflamasyon yerine periferik korioretinit geçirmeyecektir. Bu nedenle tedavide amaç, atakları durdurmak ya da en azından hastaları uzun süre remisyonunda tutmak olmalıdır. İmmüno-supresiflerin etkinliğini değerlendirmek için atak şiddetlerini sınıflandıran sistemlerden yararlanmak yerine bu tedavilerin atak sıklığını ve atak süresini ne ölçüde azalttığı ve tedavi altındaki en uzun remisyon süresinin önceki dönemdeki en uzun remisyon süresinden ne kadar uzun olduğuna bakılmalıdır.

İzole ön üveit Behçet hastalarında nadir görülen bir durumdur. Ancak bizim çalışmamızda önceki çalışmalara kıyasla çok daha az sıklıkta görülmüştür (3,12). Bunun nedeni kliniğimizde görülen hastaların çoğunluğunun başka bölgelerden göz tutulumu nedeni ile sevkli hastalardan oluşması olabilir. Bir başka neden de; bu ça-

lışmada üveit ataklarındaki görünümün çalışmaya esas olarak alınması sonucu kayıtlarımızın tutulmasındaki özen olabılır. Bu ikinci sav doğru ise, Behçet hastalarında izlenen izole ön üveit ataklarının gerçekten izole ön üveit olup olmadığı ve Behçet hastalığı ile ilişkisi sorgulanmalıdır. Behçet hastalarının geçirdiği her üveit Behçet hastalığı ile ilişkili olmayabilir. Çalışmamızda, bir kez arka üveit geçirmiş olan olgularımızın daha sonra izole ön üveit atağı geçirme olasılığının da hemen hemen hiç olmadığı görülmüştür.

Literatürde yer alan bir çok çalışmada, kadınlarda göz tutulumunun daha az görüldüğü ve prognozun daha iyi olduğu rapor edilmiştir (4,9,13). Bu çalışmada ortaya çıkan bir başka sonuç da kadın ve erkek hastalarda enflamasyon görünümleri arasında bir farklılık olmamasıdır. Cinsler arasında üveit atakları yönünden tek anlamlı fark, bilateral tutulumun erkek hastalarda daha fazla olmasıdır. Bu sonuçlardan kadın hastaların da erkekler kadar göz tutulumuna açık olduğu ya da erkekler kadar sık atak geçirecekleri sonucu çıkarılamaz. Kadınlarda atakların daha az sıklıkta ve daha kolay kontrol altına alınabilir olması olasıdır. Ancak, bu çalışmada göz tutulumu olan kadın Behçet hastalarında üveit tablosu, erkeklerdeki ile benzer bulunmuştur.

Bu çalışmada 30 yaş ve öncesi ataklarla, daha ileri yaşlarda geçirilen atakların vitreusdaki enflamasyon şiddeti dışında benzer görünümde olmasına rağmen, yaşla ataklar arasındaki ilişki için yorum yapmak oldukça zordur. İki gurubu oluşturan ataklar aynı hastaların atakları değildir. Aynı hastalarda atakların görünümünü uzun yıllar takip etmek mümkün olsa da, hastalık etik olarak doğal seyrine bırakılamayacağı için, yaşla oluşacak değişiklikler gene de bir bilinmezdir. Ancak buradan çıkarabileceğimiz en önemli sonuç, en azından bir grup Behçet hastasının beşinci dekatta da ataklar geçirmeye devam ettiği ve bu hastalarda görülen atakların da gençlerde izlenen ataklar kadar ciddi olduğudur. Sakamoto ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da 40 yaş öncesi ve sonrası arasında görme prognozu yönünden anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (13). Atak geçiren hastalarımız arasında 50 yaş üzerinde hasta olmaması, atakların durulduğu dönemin altıncı dekat olduğunu düşündürmektedir.

Sonuç olarak, Behçet üveiti sıklıkla arka segmentde ve arka kutupda retinit, vaskülit, makula ödemi, oklüsif vaskülit ve papillit ile seyrederek ve her iki gözü de tutar. Genellikle vitreus ve ön segment enflamasyonları retinanın izlenmesine engel teşkil etmez. Atakların bu görünümü immunosupresif tedavi, cinsiyet ve yaşla ilişkili olarak değişiklik göstermez. Atakların yaklaşık üçte biri eş zamanlı bilateraldir. Kadınlarda unilateralite daha sık görülür.

KAYNAKLAR

1. Pazarlı H, Özyazgan Y, Bahçecioğlu H et al: Ocular involvement in Behçet's disease in Turkey. In *Recent Advances in Behçet's Disease* Lehner T, Barnes CG. eds. London. Royal Society Med. Services Limited. 1986; 267-8.
2. Pivetti-Pezzi P, Accorinti M, La Cava M, Catarinelli G, Abdulaziz MA: Behçet's disease in Italy. In *Behçet's Disease* Godeau P, Wechsler B. eds. Amsterdam. Elsevier Science Publishers. 1993; 615-8.
3. Gözüm N, Tuğal Tutkun İ, Kasımoğlu M, Urgancıoğlu M: Etiologic characteristics of uveitis in a 15 year follow-up. *Med Bull İstanbul*. 1996; 29: 38-42.
4. Özyazgan Y, Pazarlı H, Yazıcı H, Yurdakul S, Müftüoğlu A: Behçet hastalığının seyrinde göz tutulmasının şiddeti. *T. Oft. Gaz.* 1987; 17: 538-51
5. Atmaca LS: Fundus changes associated with Behçet's disease. *Graefe's Arch Clin Exp Ophthalmol* 1989; 227: 340-44.
6. International Study Group for Behçet's Disease: Criteria for diagnosis of Behçet's disease. *Lancet* 1990; 335: 1078-80.
7. Forrester I, Ben Ezra D, Nussenblatt R, Tabbara K, Timonen P: Grading of intermediate and posterior uveitis. In *Posterior Uveitis: Diagnosis and Treatment* Tabbara K, Nussenblatt R. eds. Butterworth-Heinemann Medical. 1994; 2-18.
8. James T, Bhakta B, Hamuryudan V, Chamberlain MA, Noble BA, Yazıcı H: The Behçet's oculoopathy index: A new measure of ophthalmic involvement in Behçet's disease. In *Behçet's Disease* Godeau P, Wechsler B. eds. Amsterdam. Elsevier Science Publishers. 1993; 591-4.
9. Mishima S, Masuda K, Izawa Y, et al: The Eight Frederick H. Verhoff Lecture. Presented by Saiichi Michima, MD. Behçet's disease in Japan: Ophthalmologic aspects. *Trans Am Ophthalmol Soc* 1979; 77: 225-79.
10. Mudun A, Mudun AB, Koçak M, Durlu Y, Ünal SN, Cantez S: The role of quantitative ⁹⁹Tc^m-glucoheptonate scintigraphy in evaluation acute uveitis in patients with Behçet's disease. *Nuclear Medicine Communications* 1994; 15: 178-81.
11. Yazıcı H, Pazarlı H, Barnes CG, Turun Y, Özyazgan Y, Silman A, et al: A controlled trial of azathioprine in Behçet's syndrome. *N. Engl J Med* 1990; 322: 281-5
12. Soylu M, Ersöz R, Erken E, Köker F: Çukurova bölgesinde Behçet hastalarında göz tutulumunda klinik özellikler. *TOD XXIII. Ulusal Kongresi Behçet üveititleni Adana* 1989; 1029-34.
13. Sakamoto M, Akazawa K, Nishioka Y, Sanui H, Inomata H, Nose Y: Prognostic factors of vision in patients with Behçet's disease. *Ophthalmology* 1995; 102: 317-21.