

# İris Atrofisi ile Beraber Granülomatöz Ön Uveit

Ahmet Barış Toprak (\*), Tarkan Mumcuoğlu (\*\*), Mustafa Alper Çerçi (\*\*\*), Cenap Güler (\*\*\*\*)

## ÖZET

Anterior uveit, sklerit ve göz içi basıncı yüksekliği ile kliniğimize refere edilen genç erişkin erkek hastanın klinik seyri sırasında stromal iris atrofisi gelişti. Herpes virüslerine bağlı gelişen bu oküler enflamatuvar durumun kliniği, laboratuvar bulguları ve ayırıcı tanısı tartışıldı.

## SUMMARY

### Granulomatous Anterior Uveitis with Iris Atrophy

A young male patient with severe anterior uveitis, scleritis and high intraocular pressure was consulted to our clinic. During the clinical course stromal iris atrophy developed. This ocular inflammatory disease caused by Herpeviridae is discussed in this paper.

## GİRİŞ

Varisella-zoster virüsü (VZV), çocukluk çağında suçiçeği hastalığı sırasında ya da erişkin hayatta herpes zoster oftalmikus (HZO) yaparak gözü tutabilir, HZO olgularının yaklaşık %66'sında ön uveit klinik tabloya eşlik eder. VZV ile aynı aileden olan Herpes Simpleks Virüsü (HSV) viral kökenli ön uveitlerin en sık nedenidir (1).

Sekonder iris atrofisi postenflamatuvar ya da post-travmatik olabilir. Sektörel iris atrofisi ile beraber olan ön uveit büyük bir sıklıkla herpes virüslerine bağlı olarak izlenir (2). Burada sunulan olgu, Herpes virüsüne bağlı olarak gelişen ve iris atrofisi ile birlikte ön uveit klinik özellikleri göstermektedir. Söz konusu olgunun klinik seyri ve tanılal yöntemler tartışılmaktadır.

## OLGU

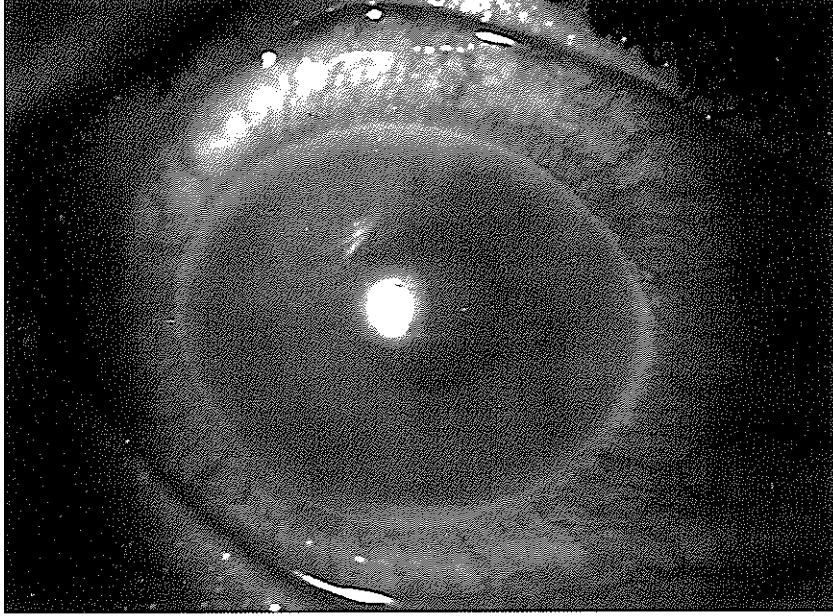
Hastamız 20 yaşında ve erkekti, kliniğimize başvurmadan yaklaşık yedi gün öncesinden başlayan sağ gözde kanlanma, iki gün sonrasında ise gelişen ağrı öyküsü vardı. Acemi er olarak askerliğini yapmakta olan hasta yüksek göz içi basıncı (GİB) ve anterior uveit birlikteliği ile birlikte Posner-Schlosmann sendromu olarak düşünülüp buna yönelik topikal antiinflamatuvar ve antiglokomatöz tedavisi başlanmıştı, ancak bu tedaviye yanıt vermemesi ve takip eden hekimin kısa süre görevli olarak başka bir ilde bulunacak olması nedeniyle refere edildi. Hastanın iki hafta kadar önce geçirilmiş, bir ateş yüksekliği ve baş ağrısı öyküsü ve iki ay kadar önce kızamık, tetanoz ve mencejit aşılı öyküsü vardı, bunun dışında özgeçmiş ve soygeçmiş herhangi bir özellik göstermiyordu. Yapılan fizik muayenesinde her-

(\*) Uzm. Dr., Celal Bayar Üniversitesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa

(\*\*) Uzm. Dr., Askeri Hastane Göz Kliniği, Manisa

(\*\*\*) Arş. Gör. Dr., Celal Bayar Üniversitesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa

(\*\*\*\*) Prof. Dr., Celal Bayar Üniversitesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı, Manisa

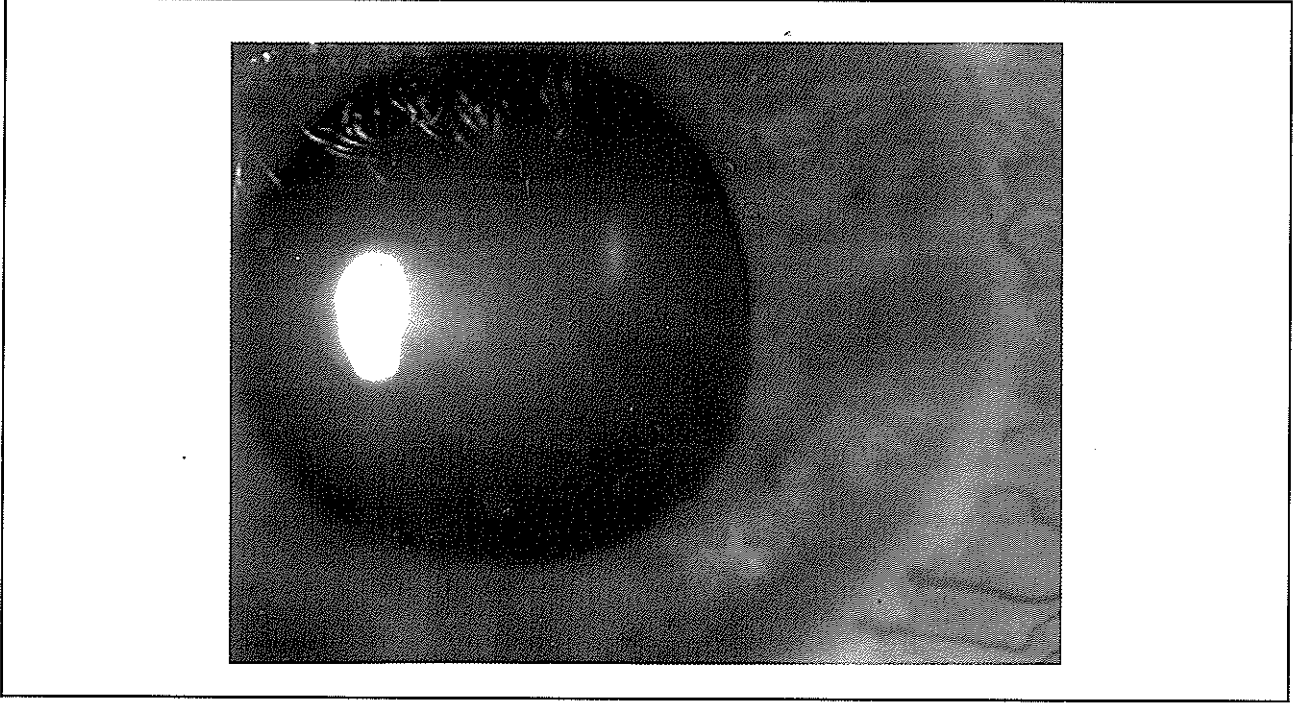
*Resim 1. Olgunun refere edildiğindeki ön segment enflamasyonu*

hangi bir özellik saptanmadı. Sağ göz görme keskinliği 4/10 olarak saptandı, yoğun lakrimasyon ve fotofobi mevcuttu. Biyomikroskopik muayenesinde; yoğun silier enjeksiyon, konjonktival hiperemi ve skleral damarlarda konjesyon vardı (Resim 1). Kornea stroması hafif ödemli olarak izlendi, Desme membranı kırışıklığı vardı. Ön kamarada +3 hücre ve +4 ön kamera sıvısı bulanıklığı vardı, pupilla ortada, düzgün, direkt ışık reaksiyonu zayıf pozitif, RAPD yoktu. Fundus refleksi alınıyor ancak detay seçilemiyordu, yapılan B-Mod oküler USG sonrasında sklerada hafif kalınlaşma dışında herhangi bir bulgu saptanmadı. Sol göz oftalmik muayenesi normaldi. Hasta bu bulguları ile sklerit ve anterior uveit olarak kabul edildi ve prednizolon 1mg/kg PO, Asetozolamid 3x500 mg PO, topikal Prednizolon Asetat 8x1 gtt, Sikloplejin 3x1 gtt, Timoptic XE 1x1 başlandı. Hastanın, yapılan rutin kan-biyokimya, idrar tetkikleri ve akciğer grafisi normaldi, ASO, CRP ve sedimantasyon normal sınırlarda idi. VDRL, TORCH, HIV serolojisi ve PPD tetkikleri normal sınırlarda idi. Yapılan KBB muayenesinde sinüzit ile uyumlu bulgular saptandı ve acil BT istendi, yapılan BT tetkikinde akut rinosinüzite uyumlu bulgular dışında herhangi bir patoloji yoktu. Hastaya Sefuroksim aksetil 1x1 gr İV, ve sinüzit spesifik tedavi başlandı. Hastanın izlendiği üç gün içerisinde klinik olarak ön segment inflamasyon bulgularında hafif bir gerileme ve GİB düşmesi saptandı. Birinci hafta sonrasında alt kadranda belirginleşen pigmente granülomatöz "mutton fat" keratit presipitatları gelişti. Görme keskinliğinde

bir değişiklik olmadı, fundus bakısında detay seçilemiyordu. Bu dönem içerisinde yapılan Romatoloji, Göğüs Hastalıkları, Hematoloji ve Dermatoloji incelemelerinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastanın izleminin onuncu gününde, irisi tutan atrofik alanlar belirginleşmeye başladı, bu alanlar saat 3 kadrından saat 9 kadrana kadar yama tarzında alttaki iris stromasını açığa çıkaracak şekilde depigmente alanlar olarak izleniyordu (Resim 2). Hasta bu bulguları ile Herpes nedenli granülomatöz ön üveit olarak değerlendirildi ve sistemik Asiklovir 5x800 mg başlandı, sistemik steroid tedavisi azaltılarak kesilmeye başlandı. Bu tedaviden sonra hastanın bulgularında dramatik bir iyileşme izlendi, görme keskinliği 9/10 seviyesine kadar çıktı, yapılan fundus bakısında herhangi bir patoloji saptanmadı. Daha sonra hasta, yapılan tetkiklerin bir raporu ile askeri hastaneye tedavisinin devamı için sevk edildi.

## TARTIŞMA

Anterior uveit en sık rastlanılan uveit tipidir, erişkinlerde HLAB27 bağlantılı, Posner-Schlossmann sendromu, juvenil romatoid artrit gibi kollajen doku hastalıkları, uveit yapabilir. Bu uveit olgularının yaklaşık yarısı idiopatik ve etiyolojik neden bulunamaz (1). İris atrofi ile beraber görülen anterior uveit tablosu sıklıkla VZV nedenli olarak düşünülür. Ancak HSV nedenli herpetik göz tutulumunda da fokal iris atrofi ile beraber

*Resim 2. Olguda gelişen yama tarzında izlenen iris atrofisi*

olabilen kerato-uveit sıklıkla rastlanılan bir durumdur. VZV bağlı iris atrofisi damarların iskemik, oklüzif vas-külitine bağlı olarak gelişmektedir. HSV bağlı iris atro-fisi ise iskemi olmadan gelişen lenfositik bir infiltras-yondur ve atrofi keskin sınırlı ve eğimli kenarlara sahip-tir, VZV daha geniş segmental atrofi yapar (2).

Genellikle, HSV bağlı gelişen anterior üveit olgula-rının hemen hemen hepsinin aktif epitelyal keratit ya da intersitisyel keratit ile beraber geliştiği düşünülür. Her-petik göz tutulumun korneal bulgular olmaksızın anteri-or üveit yapıp yapmadığı konusu tartışmalıdır (2,3). Da-ha önce geçirilmiş keratit bulguları ile beraber ya da böyle-i bulgular olmaksızın sektörel iris atrofisi ile be-raber izlenen anterior uveit olgularının sıklıkla VZV kö-kenli olduğu tanımlanmıştır (4,5).

Cilt tutulumu olmaksızın iris atrofisi ile beraber gözlenen ön üveit olgularının, serolojik kanıtlara dayalı olarak VZV kökenli olduğu gösterilmiştir. Oftalmik zoster geçirmiş vakalarda gelişen iris atrofisi ve uveit olgu-larının ön kamera sıvılarında VZV DNA'sı saptanmıştır (6). Schwab cilt lezyonu gözlenmeyen 15 hastada iris atro-fisi ile beraber ön üveit rapor etmiştir. Bu olguların 10 tanesinde korneal sensitivitede azalma gözlenmiştir (4). Schwab serolojik bulgulara ve "HSV sektörel iris atro-fisi yapmaz" bilgisine dayanarak bu olgularda etiyolojik ajanın VZV olduğunu rapor etmiştir, ancak bu olgularda ön kamera sıvısı incelemesi yapılmamıştır.

Cilt tutulumu olmadan da gelişebilen herpetik ön segment enflamasyonunu rapor eden söz konusu yayın-larda VZV'nün kesin olarak saptanması ancak daha önce HZO geçirdiği bilinen olgularda mümkün olmuştur. İris atrofisi ile beraber izlenen anterior uveit olgularının sık-lıkla VZV kökenli olduğu yaygın görüşüne karşı bazı çalışmalar da vardır. Lelij ve ark. keratit olmaksızın sek-törel iris atrofisi ile izledikleri 31 hastanın 24 tanesinde ön kamera sıvısından PCR yöntemi ile HSV, VZV ve CMV DNA'sı varlığını araştırmışlar ve 20 (%83) tane-sinde etken olarak HSV, 3 (%13) tanesinde ise VZV saptamışlardır (7). HSV saptanan hastaların yaş ortala-ması 34, VZV saptanan hastaların yaş ortalaması ise 65 olarak bildirilmiştir (7).

Bu durumda genç erişkin hastalarda cilt lezyonları ve keratit bulguları olmaksızın gelişen iris atrofisi ile be-raber izlenen ön üveit olgularında HSV'nün de etken olabileceğini akılda tutmak gereklidir. Bu hastalığın se-rolojik tanısı normal popülasyonda da VZV ve HSV an-tikor titrelerinin yüksek oranda pozitiflik göstermesi ba-kımından çok kolay değildir. Kaldı ki ülkemiz koşulla-rında ayrıntılı serolojik testlerin yapılması her zaman mümkün olmamaktadır. Etkenin kesin olarak tanınması için ön kamera sıvısında serolojik testler ya da PCR ya-pılması gereklidir.

Canlı atenüe aşı yapıldıktan üç yıl sonra HZO ve beraberinde sklerokeratit ve anterior uveit geliştiğine da-

ir bir olgu bildirilmiştir (8). Söz konusu olguda lezyonlardan üretilen suş ile aşı için kullanılan virüsün suşu farklı olarak saptanmıştır, bu durumda aşının bazı bireylerde koruyucu etkisinin olmayabileceği akılda tutulmalıdır. Bizim olgumuzda da bir aşılama öyküsü mevcuttur. Bu aşı kızamık, tetanoz ve menejit aşılardan oluşmaktadır. Bu durumda aşının olgumuzun immün sistemi üzerine etkisi ile hastalığı için dolaylı bir faktör olduğu düşünülebilir, ayrıca bir çok bireyin bir arada bulunduğu ortamlarda bulaşıcı hastalıkların artış gösterdiği bilinen bir durumdur. Ancak, olgunun beraberindekilerde herhangi bir rahatsızlığın görülmemiş olması, söz konusu durumun sekonder bir aktivasyon olabileceğini düşündürmektedir.

Burada sunulan olguda tanısal açıdan en değerli bulgu, hastalığın yaklaşık 17. gününde gelişen iris atrofi olmuştur. İlginç olarak, olgunun anterior uveit bulguları iris atrofi gelişmeden önceki günlerde granülo-matöz bir özellik kazanmıştır. Genç erişkinlerde görülen steroid tedaviye görece dirençli ön üveit olgularında iriste atrofi gelişip gelişmeyeceğini takip etmek herpetik hastalığın tanısı ve tedavinin düzenlenmesi açısından önem taşımaktadır. Tutkun ve Urgancıoğlu da 9 hastada HSV iridosikliti tarif etmişlerdir (9). Bu hastaların %55'inde ataklar sırasında yüksek GİB ve %55'inde iris atrofi gözlemlenmiştir. Söz konusu seride, olgularda granülo-matöz tipte endotelial presipitler görülmesine rağmen, iris nodülleri, yaygın arka veya periferik ön sineşi ve siklitik membran izlenmemiştir (9).

Olgu başlangıçta oldukça ağır seyretmiş ve skleral bir tutulum ve yüksek GİB izlenmiştir. Lelij ve ark. tarafından takip edilen hastaların da %90'ında yüksek GİB izlenmiştir ve olguların %19'unun ön tanısı Posner-Schlossmann sendromudur (7). Bu GİB yüksekliğinin trabekülite sekonder olarak meydana geldiği düşünülmektedir. İlginç olarak Posner-Schlossmann tanısı almış hastaların ön kamera sıvılarında PCR yöntemi ile HSV gösterilmiştir (10). Bu durumda görece nadir olan Posner-Schlossmann sendromlu bazı olguların herpetik hastalıkları olabileceğini söylemek mümkündür, ancak kesin tanı ön kamera sıvısı incelemesi ile konulabilecektir.

Herpetik ön segment hastalığı kronik ve rekürren olabilir, bu hastaların uzun dönem takipleri ve gerektiğinde profilaktik antiviral tedavi almaları uygundur.

Benzer bulguları olan ve başka bir etkenin saptanmadığı hastalarda enfeksiyöz ajan olarak herpes virüslerinin sorumlu olabileceği akılda tutulmalıdır. Böylesi hastalarda hastalığın yaklaşık 2-3 haftasında gelişecek iris atrofi tanısal açıdan en değerli klinik bulgudur. Kornea tutulumu olan hastalarda HSV tanısı daha kolaylıkla konabilir. Enfeksiyöz ajanlar bölgesel farklılıklar gösterebilmektedir, bu nedenle ülkemizde de, benzer olgulara tanısal açıdan ön kamera sıvısı aspirasyonu ve ayrıntılı incelenmesi yeterli laboratuvar koşullarının varlığında yapılması gerekli bir test olarak görülmektedir.

### KAYNAKLAR

1. Nussenblatt RB, Whitcup SM, Palestine AG: Anterior Uveitis, Uveitis: Fundamentals and Clinical Practice. Edited by Craven, L. St. Louis, Missouri, Mosby, 1996, pp 265-279
2. Kanski JJ: Chapter 6, Clinical Ophthalmology: A Systemic Approach. Oxford, Butterworth-Heinemann, 1997; pp 181-182
3. Dawson CR, Togni B: Herpes simplex eye infections: clinical manifestations, pathogenesis and management. Surv Ophthalmol 1976; 21: 121-135
4. Schwab I: Herpes zoster sine herpete. A potential cause of iridoplegic granulomatous iridocyclitis. Ophthalmology 1997; 104: 1421-1425
5. Karbassi M, Raizman MB, Schuman JS: Herpes zoster ophthalmicus [review]. Surv Ophthalmol 1992; 36: 395-410
6. Usui M, Usui N, Goto H: Polymerase chain reaction for diagnosis of herpetic intraocular inflammation. Ocul Immunol Inflamm 1993; 1: 105-112
7. Lelij AV, Ooijman FM, Kijlstra A, Rothova A: Anterior uveitis with sectoral iris atrophy in the absence of keratitis: A distinct clinical entity among herpetic eye diseases. Ophthalmology 2000; 107: 1164-1170
8. Naseri A, Good WV, Cunningham ET: Herpes zoster virus sclerokeratitis and anterior uveitis in a child following varicella vaccination. Am J Ophthalmol 2002; 135
9. Tutkun İT, Urgancıoğlu M: Herpes Simpleks Virus İridosikliti. T Oft Gaz 1999; 29: 454-459
10. Yamamoto S, Tada R, Shimomura Y: Detecting varicella-zoster virus DNA in iridocyclitis using polymerase chain reaction: a case of zoster sine herpete [case report]. Arch Ophthalmol 1995; 113: 1358-1359