



Herpetik Ön Üveitlerin Klinik Özellikleri ve Prognozu

Clinical Features and Prognosis of Herpetic Anterior Uveitis

Esra Kardeş, Kansu Bozkurt, Betül İlkey Sezgin Akçay, Cihan Ünlü, Tuğba Aydoğan Gezginaslan, Ahmet Ergin
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

Öz

Amaç: Klinik olarak herpetik ön üveit (ÖÜ) tanısı almış olan olgularımızın, klinik özelliklerini, komplikasyonlarını, görme sonuçlarını ve tedavilerini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Üveit ve Kornea Departmanında, Ocak 2009 ve Haziran 2013 arasında görülen 67 hastanın bilgilerini retrospektif olarak taradık.

Bulgular: Çalışmada 37 (%55,2) kadın, 30 (%44,7) erkek hasta mevcuttu. Ortalama takip süresi $12,9 \pm 10,6$ aydı (1-45 ay). En sık görülen göz bulguları; granümatöz keratik presipiteler (%82,2), kornea tutulumu (%62,6), iris atrofisi (%41,7) ve geçici göz içi basıncı (GİB) yükselmesi (%40,2) olarak kaydedildi. Takip boyunca tüm gözlerin %46,2'si rekürrens gösterdi ve rekürrens oranının ortanca değeri 1,0 olarak bulundu. Atak sırasında tüm hastalara topikal steroid ve oral antiviral (asiklovir) tedavi uygulandı. Hastaların %29,8'ine uzun süreli oral asiklovir tedavisi verildi. Altı aydan daha uzun süre oral asiklovir kullanan olgularda rekürrens oranları daha düşük bulunurken, komplikasyon oranları ve takip sonu görme keskinliği arasında bir farklılık saptanmadı. Takip sonunda gözlerin %61,1'inde görme keskinliği 20/40 ve üzeri olarak bulundu. Düşük görme keskinliği olan gözlerde kornea skarı ve katarakt mevcuttu.

Sonuç: Herpetik ÖÜ, kornea tutulumu ile birlikte veya kornea tutulumu olmaksızın görülebilir. Kornea tutulumu olmayan olgularda granümatöz keratik presipiteler, iris atrofisi ve GİB yükselmesi tanı koymada önemli klinik bulgulardır. Uzun süreli (altı aydan fazla) oral asiklovir kullanımı rekürrens oranlarını ve olası komplikasyonları azaltmada önemlidir. Kornea skarının görülmediği gözlerde görme keskinliği iyi olarak seyretmektedir.

Anahtar Kelimeler: Artmış göz içi basıncı, granümatöz keratik presipiteler, herpetik ön üveit, iris atrofisi, oral asiklovir

Summary

Objectives: To evaluate clinical features, complications, visual outcomes and treatment modalities in patients clinically diagnosed with herpetic anterior uveitis (AU).

Materials and Methods: We retrospectively reviewed the medical records of 67 patients seen at the Umraniye Training and Research Hospital, Ophthalmology Clinic, Uveitis and Cornea Department from January 2009 to June 2013.

Results: Thirty-seven patients (55.2%) were female and 30 (44.7%) patients were male. The average follow-up period was 12.9 ± 10.6 months (range: 1-45 months). The most common ocular findings were granulomatous keratic precipitates (KPs) (82.2%), corneal involvement (62.6%), iris atrophy (41.7%) and transient elevated intraocular pressure (IOP) (40.2%). Recurrences were observed in 46.2% of the eyes and the median recurrence rate was 1.0 during the follow-up period. Topical steroids and oral antiviral (acyclovir) therapy were applied to all patients during active episodes. Long-term oral acyclovir was used in 29.8% of the patients. Recurrence rates were significantly lower in patients who used oral acyclovir for more than 6 months, whereas complications rates and final visual acuity did not show any difference between groups. Final visual acuity was better than 20/40 in 61.1% of eyes, and visual impairment was due to corneal scarring or cataract formation.

Conclusion: Herpetic AU can present with or without corneal involvement. Granulomatous KPs, iris atrophy and elevated IOP are important clinical findings for the diagnosis of cases without corneal involvement. Long-term oral acyclovir treatment (more than 6 months) and is important to decrease recurrence rates and possible complications. Visual prognosis is favorable in cases without corneal scarring.

Keywords: Elevated intraocular pressure, granulomatous keratic precipitates, herpetic anterior uveitis, iris atrophy, oral acyclovir

Giriş

Herpetik ön üveit (ÖÜ), gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde enfeksiyöz ÖÜ'lerin en önemli nedenlerindendir ve tedavi merkezlerine başvuran tüm üveit hastalarının %5 ile %10'unu oluşturmaktadır.^{1,2,3,4} Arasında herpes simpleks virüs, varisella zoster virüs ve sitomegalovirüs (CMV) gibi virüslerin bulunduğu ajanların belirlenmesi için çeşitli moleküler yöntemler kullanılmıştır.^{5,6,7} Ancak hem ulaşılabilirlik hem maliyet nedeni ile klinik karakteristik bulgular herpetik ÖÜ tanısında en önemli ipuçlarını sağlamaktadır. Herpetik ÖÜ'de erken ve doğru tanı ile tekrarlayan azaltılması ve görmeyi tehdit eden keratit, glom ve katarakt gibi komplikasyonların önlenmesi mümkündür. Bu çalışmada, herpetik ÖÜ tanısında yardımcı olan klinik bulguları tanımlandı ve bir üçüncü basamak tedavi merkezinde görülen komplikasyonlar, kullanılan tedavi yaklaşımları ve elde edilen görsel sonuçlar incelendi.

Gereç ve Yöntem

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi üveit ve kornea biriminde Ocak 2009 ile Haziran 2013 tarihleri arasında klinik olarak herpetik ÖÜ tanısı alan 67 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Çalışma için yerel etik kuruldan onay ve her hastadan bilgilendirilmiş onam alındı.

Tüm hastalardan detaylı oküler ve tıbbi anamnez alındı. Her izlemde düzeltilmiş en iyi görme keskinliği, biyomikroskop muayenesi, tonometri ve indirekt oftalmoskopiye içeren tam oküler muayene yapıldı. Endike olan durumlarda ön segment fotoğrafları çekildi. Klinik veriler bildirilirken SUN kriterlerine uyuldu.⁸ Korneal hastalığı olmayan hastalarda, herpetik ÖÜ tanısı klinik bulgulara dayalı olarak yapıldı. Bu klinik bulgular aynı gözde tekrarlayan tek taraflı enflamatuvar ataklar, enflamatuvar atak sırasında göz içi basıncında (GİB) akut yükselme (GİB>22 mmHg), diffüz dağılım gösteren veya lokalize granülomatöz keratik presipitatlar (KP), transillüminasyon kusurları olan veya olmayan parçalı veya sektörel iris atrofisi ve şekli bozulmuş pupil veya irisin spiral görünümü olarak sıralanabilir.⁹

Korneal tutulumu olmayan veya başvuru sırasında tipik iris atrofisi bulunmayan hastalarda diğer enfeksiyöz veya enfeksiyöz olmayan nedenler dışlandı. Tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, insan lökosit antijen-B27 tipleme testi, sifiliz serolojisi, akciğer grafisi, tüberkülin deri testi ve serum anjiyotensin çevirici enzim düzeyleri her hasta için bakıldı.

Aktif ÖÜ atakları sırasında, hastalara oral antiviral tedavi (asiklovir), topikal anti-enflamatuvar tedavi (topikal prednizolon asetat) ve/veya topikal midriatik ajanlar (tropikamid %1, siklopentolat %1 göz damlası) verildi. Endike olan hastalarda topikal beta blokerler, alfa adrenerejik agonistler ve topikal veya oral karbonik anhidraz inhibitörlerinden oluşan glom tedavisi başlandı. Klinik olarak herpetik ÖÜ tanısı konan hastalara aktif atak sırasında günde 3-5 kez 800 mg oral asiklovir verildi. İlk ataktan sonra oral asiklovir dozu günde 800 mg olarak devam edildi. Enflamasyon kontrol altına alındıktan sonra, bir kaç ay içinde topikal kortikosteroidler azaltılarak kesildi. İlaç kesildikten sonra tekrarlama görülen hastalarda enflamasyonu

kontrol etmek için uzun dönem düşük doz topikal steroid (günaşırı bir damla) tedavisine devam edildi. Aktif dendritik keratiti olan hastalara topikal asiklovir pomad verildi. Epitelial keratit iyileştikten sonra topikal kortikosteroidler başlandı.

Hasta demografik özellikleri, oküler bulgular, komplikasyonlar, tedaviler, nüksler, görme keskinliği ve takip süresi retrospektif olarak değerlendirildi.

Veriler SPSS sürüm 22 istatistik analiz yazılımı (SPSS Inc., Chicago, ABD) kullanılarak analiz edildi. Normal dağılım gösteren parametreler için iki grup arasındaki farkların değerlendirilmesinde Student's t-testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametreler için ise Mann Whitney U testi uygulandı. Kalitatif veriler karşılaştırılırken Fisher kesin olasılık testi ve Yates süreklilik düzeltmesi testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi alfa=0,05 olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya 67 hastanın 67 gözü dahil edildi. Hastaların 37'si kadın (%55,2) ve 30'u (%44,8) erkekti. Tanı sırasında ortalama yaş 38,5±18,1 (aralık; 3-82) yıl olarak bulundu. Ortalama takip süresi 14,9±8,6 (aralık; 6-45) aydı. Tüm hastalarda tutulum tek taraflıydı. Tanı sırasında ve takip süresince, 25 gözde (%37,3) korneal tutulum olmadan ÖÜ ve 42 gözde (%62,6) korneal tutulum ile birlikte ÖÜ mevcuttu. Bu 42 gözün, 25'inde (%59,5) stromal keratit veya endotelit, 10'unda (%23,8) korneal skarlanma, 5'inde (%11,9) epitelial keratit ve 2'inde (%4,7) limbal vaskülit vardı. Altmış yedi hastanın, 30'u başka bir merkezde üveit tanısı almıştı. Bu hastaların 11'ine (%36,6) kliniğimize refere edilmeden önce herpetik ÖÜ tanısı konmuştu. Doğru tanı ile kliniğimize yönlendirilen hastaların tamamında korneal tutulum vardı.

Takip süresinde, 67 gözde toplam 120 akut atak (başvuru sırasında 67, takip sırasında 53) kaydedildi. Hasta dosyalarında izlemlerde görülen klinik bulgular kaydedildi. Granülomatöz KP en sık rastlanan bulguydu ve takipler sırasında 55 gözde (%82) en az bir kez karşılaşılmıştı. Granülomatöz KP'lerin orta ile büyük boyutlu (koyun yağı) olduğu (Şekil 1) ve diffüz dağılım gösterdiği veya korneal lezyonlar altında lokalize olduğu görüldü. Geri kalan 12 gözde ise takipler sırasında küçük KP'ler görüldü. Yirmi yedi gözde (%40,2) en az bir takip

Tablo 1. Klinik olarak herpetik ön üveit tanısı konulan 67 gözde oküler bulgular ve komplikasyonlar

Bulgular/komplikasyonlar	Göz sayısı (%)
Granülomatöz keratik presipitatlar	55 (%82,2)
Kornea tutulumu	42 (%62,6)
İris atrofisi ± transillüminasyon	28 (%41,7)
Geçici GİB yüksekliği	27 (%40,2)
Sineşi olmayan pupil şekil bozukluğu	24 (%35,8)
Arka sineşi	9 (%13,4)
Kalıcı GİB yükselmesi	8 (%11,9)
Arka subkapsüler katarakt	7 (%10,4)
GİB: Göz içi basıncı	

sırasında GİB'nin 21 mmHg'den yüksek olduğu bulundu. Kısa süreli anti-enflamatuvar ve anti-glokomatöz tedavi verildi ve 19 gözde GİB normale döndü. Geri kalan 8 gözde (%11,9) sürekli glokom tedavisi verilmesi gerekli oldu. Bu gözlerden ikisinde trabekülektomi yapıldı. Son izlemde, 28 gözde (%41,7) parçalı veya sektörel iris atrofisi görüldü. Bunlardan 10'unda (%14,9) transilüminasyon kusuru vardı. Yirmi dört gözde (%35,8) arka sineşi olmayan pupil distorsiyonu görüldü. Dokuz gözde (%13,4) arka sineşi kaydedildi ve 7 gözde (%10,4) arka subkapsüler katarakt gelişti (Tablo 1).

Takip süresinde medyan nüks oranı 1,0 olarak bulundu. Takip süresince 36 gözde hiç nüks görülmezken, 31 gözde (%46,2) toplam 53 nüks görüldü. Bu 53 nüksün, 31'i (%58,4) ÖÜ, 16'sı (%30,1) keratoüveit ve 6'sı (%11,3) keratit idi.

Tüm hastalara topikal kortikosteroid tedavisi verildi ve 20 hastada 6 aydan daha uzun süre boyunca çok düşük doz tedaviye devam edildi. Aktif dendritik keratiti olan hastalara ilk önce topikal asiklovir başlandı; eğer üveit varsa, epiteliyal lezyon iyileştikten sonra topikal steroidler tedaviye eklendi. Yoğun koyun yağı granülomatöz KP olan bir hastaya kısa süreli oral kortikosteroid verildi. Aktif keratoüveit süresince ve üveit

ataklarında tüm hastalara oral asiklovir verildi. Yirmi hastanın bu tedaviye 6 aydan daha uzun süre devam etmesi gerekti. Altı aydan kısa ve altı aydan uzun süre ile oral asiklovir kullanan hastalar nüks oranları, komplikasyon oranları ve son görme keskinliği açısından karşılaştırıldı. Altı aydan uzun süre ile oral asiklovir kullanan hastalarda nüks oranları anlamlı düzeyde düşüktü ancak komplikasyon oranları ve son görme keskinliği değerlerinde gruplar arasında herhangi bir fark yoktu (Tablo 2).

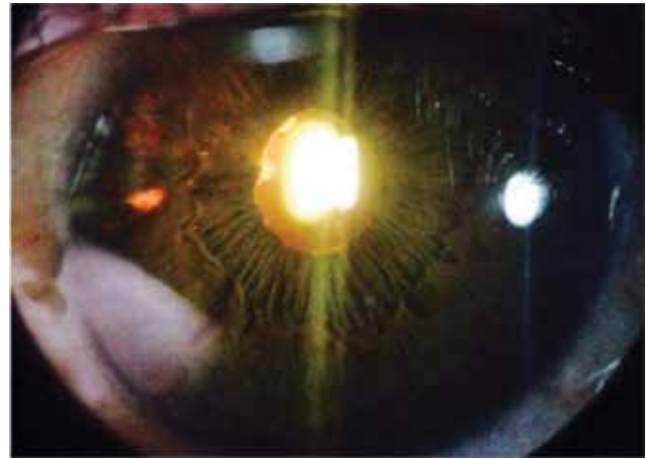


Şekil 1. Herpetik ön üveit hastasına ait biyomikroskop fotoğrafı büyük granülomatöz keratik presipitatları göstermektedir

Tablo 2. Altı aydan kısa ve altı aydan uzun süre ile oral asiklovir kullanan hastaların nüks oranları, komplikasyon oranları ve görme sonuçları açısından karşılaştırması

	Oral asiklovir tedavisi		p değeri†
	>6 ay (n=20) (%)	<6 ay (n=47) (%)	
Geçici GİB yüksekliği	7 (%35)	20 (%42,5)	0,564
İris atrofisi ± transilüminasyon	5 (%25)	23 (%48,9)	0,069
Şinesi olmayan pupil şekil bozukluğu	5 (%25)	19 (%40,4)	0,228
Arka sineşi	2 (%10)	7 (%14,8)	0,590
Kalıcı GİB yükselmesi	2 (%10)	6 (%12,7)	0,749
Arka subkapsüler katarakt	3 (%15)	4 (%8,5)	0,426
Nüks	5 (%25)	26 (%55,3)	0,022*
Son görme keskinliği ≥20/40	13 (%65)	28 (%59,5)	0,676

†: Fisher kesin olasılık testi, *: İstatistiksel olarak anlamlı, GİB: Göz içi basıncı



Şekil 2. Herpetik ön üveit hastasına ait biyomikroskop fotoğrafı sol gözde transilüminasyon kusurunu göstermektedir

Tablo 3. Kornea tutulumu olan ve olmayan gözlerde komplikasyonlar

	Kornea tutulumu olan (n=45)	Kornea tutulumu olmayan (n=22)	p değeri
Nüks oranı, ortalama ± SD (medyan)	1,23±0,96 (1)	1,37±0,59 (1)	10,336
Komplikasyonlar, n (%)			
İris atrofisi ± transilüminasyon	16 (%38)	12 (%48)	20,138
Şinesi olmayan pupil şekil bozukluğu	16 (%38)	8 (%32)	21,000
Arka sineşi	6 (%14,2)	3 (%12)	21,000
Sekonder glokom	4 (%9,5)	5 (%20)	20,161
Arka subkapsüler katarakt	5 (%11,9)	2 (%8)	30,664

n: Sayı, SD: Standart deviasyon, ¹: Mann-Whitney U testi, ²: Süreklilik düzeltme (Yates) testi, ³: Fisher kesin olasılık testi

Tedavi ile en az bir yıl süre ile nüks görülmeyen 8 hastada oral asiklovir tedavisi kesildi. Bu hastaların 5'inde ilaç kesildikten sonra nüks ile karşılaşıldı.

Tanı sırasında görme keskinliği 28 gözde (%41,7) $\geq 20/40$ olarak ölçülürken son muayenede 41 gözde $\geq 20/40$ bulundu. Görme keskinliğinin 20/40'tan daha düşük bulunduğu 19 gözde neden korneal skarlar iken 7 gözde lens kesafeti idi.

Korneal tutulumu olan ve olmayan herpetik ÖÜ gözler karşılaştırıldığında komplikasyonlar ve nüks oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 3).

Tartışma

Herpetik göz hastalıkları primer veya tekrarlayan enfeksiyonların sonucu ortaya çıkabilse de, herpetik ÖÜ genellikle tekrarlayan enfeksiyon sonucu ortaya çıkar. Herpetik ÖÜ patogenezinde viral replikasyon ve immünolojik yanıt rol oynamaktadır.^{10,11} Herpetik ÖÜ tanısı klinik olarak konulmaktadır. Tanı, intraoküler sıvıların polimeraz zincir reaksiyonu analizi ile doğrulanmaktadır; ancak klinik uygulamada erken tanı ve tedavi için klinik özellikler önem taşır.

Çalışmamızda herpetik ÖÜ hastalarının yarısından fazlasında kornea tutulumu izlendi ve doğru tanı ile kliniğimize yönlendirilen hastaların tamamında kornea tutulumu vardı. Bu sonuç kornea tutulumunun tanıyı kolaylaştıran bir klinik bulgu olduğunu göstermektedir. Ancak, kliniğimize yönlendirilen hastaların büyük çoğunluğunda kornea tutulumu olmaması, herpetik ÖÜ'nün diğer tanıya yardımcı klinik bulgularının önemini vurgulamaktadır. Bu gibi olgularda ön segmente ait diğer klinik bulgular herpetik ÖÜ için belirleyici olabilir. Bu çalışmada, takip süresinde en sık rastlanan oküller bulgu ve komplikasyonlar granümatöz KP, geçici GİB artışı ve iris atrofisidir.

En sık karşılaşılan oküler bulgu granümatöz KP'dir ve gözlerin %82'sinde görülmüştür. Granümatöz KP'lerin korneanın posterior yüzeyinde diffüz olarak dağıldığı veya kornea lezyonlarının altında lokalize olduğu görüldü. Yakın zamanda Türkiye'de yapılan iki ayrı çalışmada farklı oranlarda granümatöz KP gelişimi bildirildi. Nalcacioglu-Yüksekkaya ve ark.¹² granümatöz KP oranını %38 olarak bildirirken Tugal-Tutkun ve ark.¹³, bizim sonuçlarımızı destekler şekilde, granümatöz KP'nin %93 oranında geliştiğini rapor etmiştir.

Trabeküler ağın enflamasyonu GİB'nin geçici yükselmesine neden olabilir. Ancak, topikal steroidlerin uzun süreli kullanımı ve kronik ve sık enflamasyon sonucu gelişen trabeküler ağ skarlanması GİB'nin kalıcı yükselmesine yol açabilir. Olgularımızın %40,2'sinde GİB geçici olarak yükseldi ve kısa süreli topikal glokom tedavisi verildi. Olgularımızın %13,4'ünde sekonder glokom gelişti ve sürekli topikal glokom tedavisi uygulandı. Sekonder glokom gelişen olguların ikisinde glokom cerrahisi yapıldı. Diğer çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmiştir. Van der Lelij ve ark.¹⁴ hastalarının %90'nında GİB'nin yüksek olduğunu rapor etmiştir. Ancak, bu yükselmenin geçici veya persistan nitelikte olup olmadığı belirtilmemiştir. Tugal-Tutkun ve ark.¹³ hastalarının %51'inde GİB'nin geçici olarak yükseldiğini

ve sadece %1,8'inde durumun sekonder glokoma ilerlediğini bildirmiştir. Yakın zamanda Türkiye'de yapılan bir araştırmada olguların %31,8'inde sekonder glokom geliştiği bulunmuştur.¹² Yukarıda sözü geçen çalışmalar, sekonder glokom gelişimi açısından varyasyon göstermektedir. Bunun nedeni uzun süreli steroid uygulamasındaki farklı yaklaşımlar olabilir.

Herpetik üveitte parçalı veya sektörel iris atrofisi transilüminasyon kusurları ile ilişkilidir. Tugal-Tutkun ve ark.¹³ hastaların %48'inde, Nalcacioglu-Yüksekkaya ve ark.¹² ise %49'unda iris atrofisi bildirmiştir. Bu sonuçlar bizim çalışmamızda görülen %41,7 oranına benzerdir. Iris atrofisi, bazı başka üveitik durumlar ile ilişkili olabilir. Fuchs üveit sendromunda (FÜS) iris stromasının dalgalı dokusunun kaybına neden olan diffüz iris atrofisi gelişebilir.¹⁵ FÜS'in kronik seyri ve diffüz dağılım gösteren yıldız biçiminde uzantıları olan KP'ler ayırıcı tanıya yardımcı olabilir. CMV ile ilişkili ÖÜ'de tekrarlayan yüksek tansiyon atakları ile görülen sektörel iris atrofisine neden olabilir.¹⁶ Herpetik ÖÜ'den farklı olarak, CMV ÖÜ'de refrakter glokom daha sık gelişir. Herpetik ÖÜ'de görülen bir diğer klinik bulgu şekli bozulmuş pupillerdir. Çalışmamızda olguların %35,8'inde pupil şeklinin bozulduğu görüldü. Pupillerde şekil bozukluğuna Nalcacioglu-Yüksekkaya ve ark.¹² tarafından olguların %20,3'ünde, Tugal-Tutkun ve ark.¹³ tarafından ise olguların %25'inde rastlanmıştır.

Günümüzde herpetik ÖÜ hastalarının tedavisinde oral antiviral ajanlar ve topikal steroidler kullanılmaktadır. Herpetik göz hastalıklarının nüks sayılarında meydana gelen azalma, oral asiklovir ile profilaksinin etkin olduğunu göstermektedir.¹⁷ Sudesh ve Laibson¹⁸ ilk üveit atağından sonra en az iki yıl süre ile günlük idame dozunda asiklovir ile tedaviyi önermektedir. Benzer şekilde, çalışmamızda ilk üveit atağından sonra tüm hastalara profilaktik oral asiklovir başlandı. Hastaların yaklaşık yarısında (%46,2) takip süresi içinde (ortalama 12,9 ay) nüks ile karşılaşıldı. Ancak, altı aydan uzun süre ile oral asiklovir tedavisi alan hastalarda nüks oranlarının anlamlı düzeyde düşük olduğunu bulduk. Üveit atağı olan tüm hastalarda aynı zamanda topikal steroidlere de başlandı ve ilaç kesilmesine bağlı şiddetli çekilme ataklarını önlemek için ilaç dozu azaltılarak kesildi. Bazı hastalarda remisyonu korumak için gerekli eşik steroid dozunu tespit etmeye çalıştık ve bu düşük doz tedaviyi uzun süreli kullandık.

Yüksek nüks oranlarına rağmen görsel prognoz olumluydu. Hasta serimizde, gözlerin %61,1'inde herpetik ÖÜ'nün görsel sonucu $\geq 20/40$ olarak bulundu. Bu bulgu, Nalcacioglu-Yüksekkaya ve ark.¹² tarafından bildirilen sonuçlar ile benzerdi. Çalışmamızda karşılaşılan görme bozulması, korneal skarlar ve lens kesafeti ile ilişkiliydi. Ayrıca, bu çalışmada hem kliniğimizde primer olarak herpetik ÖÜ tanısı alan hastalar (67 hastanın 37'si) ile etiyojisi bilinmeyen üveit olarak kliniğimize yönlendirilen hastaların (67 hastanın 30'u) sonuçları bildirilmektedir. Bu nedenle, kliniğimize yönlendirilen hastaların tanı konmadan önceki nüks ve hastalık seyri verileri çalışmaya dahil edilemedi. Bunun sonucu olarak bildirilen takip süresi ve nüks oranları herpetik ÖÜ hastalarının gerçek deneyimlerini yansıtmıyor olabilir ve bu çalışmada bir zayıf nokta olarak değerlendirilebilir.

Sonuç olarak, herpetik ÖÜ'de genellikle kornea tutulumu görülmektedir. Ayrıca, kornea tutulumu olmayan hastalarda, diğer ön segment bulguları erken ve doğru tanı için yeterlidir. Yüksek GİB ile birlikte görülen tek taraflı ve diffüz dağılımlı granümatöz KP'ler ve iris atrofi, herpetik ÖÜ'nün klinik tanısı için çok değerlidir. Her ne kadar hastalık tekrarlayan doğada olsa da kornea skarı gelişmeyen olgularda görme açısından prognoz iyidir. Nüks oranlarının azaltılması ve olası komplikasyonların önlenmesi için uzun süreli oral asiklovir (6 aydan uzun) tedavisi ve yakın izlem önemlidir.

Etik

Etik Kurul Onayı: Retrospektif çalışma, Hasta Onayı: Alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: Esra Kardeş, Kansu Bozkurt, Betül İlkay Sezgin Akçay, Cihan Ünlü, Tuğba Aydoğan Gezginaslan, Ahmet Ergin, Konsept: Esra Kardeş, Kansu Bozkurt, Betül İlkay Sezgin Akçay, Cihan Ünlü, Tuğba Aydoğan Gezginaslan, Ahmet Ergin, Dizayn: Esra Kardeş, Kansu Bozkurt, Betül İlkay Sezgin Akçay, Cihan Ünlü, Tuğba Aydoğan Gezginaslan, Ahmet Ergin, Veri Toplama veya İşleme: Esra Kardeş, Kansu Bozkurt, Betül İlkay Sezgin Akçay, Cihan Ünlü, Tuğba Aydoğan Gezginaslan, Ahmet Ergin, Analiz veya Yorumlama: Esra Kardeş, Kansu Bozkurt, Betül İlkay Sezgin Akçay, Cihan Ünlü, Tuğba Aydoğan Gezginaslan, Ahmet Ergin, Literatür Arama: Esra Kardeş, Kansu Bozkurt, Betül İlkay Sezgin Akçay, Cihan Ünlü, Tuğba Aydoğan Gezginaslan, Ahmet Ergin, Yazan: Esra Kardeş, Kansu Bozkurt, Betül İlkay Sezgin Akçay, Cihan Ünlü, Tuğba Aydoğan Gezginaslan, Ahmet Ergin.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

- Rathinam SR, Namperumalsamy P. Global variation and pattern changes in epidemiology of uveitis. *Indian J Ophthalmol*. 2007;55:173-183.
- Cunningham ET Jr. Diagnosing and treating herpetic anterior uveitis. *Ophthalmology*. 2000;107:2129-2130.
- Gaynor BD, Margolis TP, Cunningham ET Jr. Advances in diagnosis and management of herpetic uveitis. *Int Ophthalmol Clin*. 2000;40:85-109.
- Guney E, Akçay BI, Erdogan G, Unlu C, Akcali G, Bayramlar H. The etiologic features of anterior uveitis in a Turkish population. *Clin Ophthalmol*. 2012;6:845-849.
- de Schyver I, Rozenberg F, Cassou N, Michelson S, Kestelyn P, Lehoang P, Davis JL, Bodaghi B. Diagnosis and treatment of cytomegalovirus iridocyclitis without retinal necrosis. *Br J Ophthalmol*. 2006;90:852-855.
- Usui M, Usui N, Goto H, Minoda H, Rai T. Polymerase chain reaction for diagnosis of herpetic intraocular inflammation. *Ocul Immunol Inflamm*. 1993;1:105-112.
- Yamamoto S, Pavan-Langston D, Kinoshita S, Nishida K, Shimomura Y, Tano Y. Detecting herpesvirus DNA in uveitis using the polymerase chain reaction. *Br J Ophthalmol*. 1996;80:465-468.
- Jabs DA, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT. Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group. Standardization of uveitis nomenclature for reporting data: results of first international workshop. *Am J Ophthalmol*. 2005;140:509-516.
- Siverio Júnior CD, Imai Y, Cunningham ET Jr. Diagnosis and management of herpetic anterior uveitis. *Int Ophthalmol Clin*. 2002;42:43-48.
- Liesegang TJ. Classification of herpes virus keratitis and anterior uveitis. *Cornea*. 1999;18:127-143.
- Liesegang TJ. Ocular herpes simplex infection: pathogenesis and current therapy. *Mayo Clin Proc*. 1988;63:1092-1105.
- Nalcacioglu-Yüksekkaya P, Ozdal PC, Teke MY, Kara C, Ozturk F. Presumed herpetic anterior uveitis: a study with retrospective analysis of 79 cases. *Eur J Ophthalmol*. 2014;1:14-20.
- Tugal-Tutkun I, Otük-Yasar B, Altinkurt E. Clinical features and prognosis of herpetic anterior uveitis: a retrospective study of 111 cases. *Int Ophthalmol*. 2010;30:559-565.
- van der Lelij A, 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.
- Jones NP. Fuchs' heterochromic uveitis: an update. *Surv Ophthalmol*. 1993;37:253-272.
- van Bortel LA, van der Lelij A, van der Meer J, Los LI. Cytomegalovirus as a cause of anterior uveitis in immunocompetent patients. *Ophthalmology*. 2007;114:1358-1362.
- Young RC, Hodge DO, Liesegang TJ, Baratz KH. Incidence, recurrence, and outcomes of herpes simplex virus eye disease in Olmsted County, Minnesota, 1976-2007: the effect of oral antiviral prophylaxis. *Arch Ophthalmol*. 2010;128:1178-1183.
- Sudesh S, Laibson PR. The impact of the herpetic eye disease studies on the management of herpes simplex virus ocular infections. *Curr Opin Ophthalmol*. 1999;10:230-233.