

Bölüm 7

KORNEAL ACİLLER

Damla CULHA¹

GİRİŞ

Keratitler

Önemli görme kaybı nedenlerinden biri olan keratitler, bazı olgularda hızla ilerleyerek progresif doku nekrozu, kornea perforasyonu ve enfeksiyonun çevre dokulara yayılması ile seyredebilir. Bu nedenle ayrıntılı anamnez ve değerlendirme ile hızlı tanı ve erken tedavi çok önemlidir.

Bakteriyel Keratitler

Oküler yüzeyin doğal korunma mekanizmaları sebebiyle normal korneada keratit nadir görülür. Fakat kontakt lens kullanımı, travma, kornea cerrahisi, oküler yüzey hastalığı, sistemik hastalıklar, A vitamini eksikliği, immünsupresyon gibi predispozan faktörlerin varlığında bakteriler korneaya invaze olabilirler(1). *Neisseria gonorrhoeae*, *Neisseria meningitidis*, *Corynebacterium diphtheriae* ve *Haemophilus influenzae* gibi bazı patojenler sağlıklı kornea epiteline de penetre olabilirler(2).

Yapılan çalışmalarda gelişmiş ülkelerde en sık gözlenen risk faktörünün kontakt lens kullanımı olduğu saptanmıştır. Uzamış ya da gece kontakt lens kullanımı ve kötü lens hijyeni riski arttırır(3).

Patojen etkenler bölgelere göre değişiklik gösterse de en sık rastlanan mikroorganizmalar koagülaz negatif stafilocoklar ve *Pseudomonas aeruginosa*dır. Bu iki mikroorganizma kontakt lens ilişkili enfeksiyonların çoğundan sorumludur. Bunları *Serratia marcescens* takip eder(4). Gelişmekte olan ülkelerde en sık streptokoklara bağlı korneal enfeksiyon görülür, bunu stafilocok ve *pseudomonas* keratitleri takip eder. Diyabet, malnutrisyon veya alkol bağımlılığı gibi sistemik düşünlük durumlarında oluşan korneal enfeksiyonlar daha çok *Moraxella* ile ilişkilidir(4).

¹ Uzman Doktor, Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi, 11katre12@gmail.com

tel ve stroma içine aköz hümor sızmasıyla oluşan korneal ödem tablosudur. Daha sık keratokonus hastalarında görülmekle beraber, keratoglobus, pellüsid marjinal dejenerasyon, Terrien marjinal dejenerasyonu gibi diğer korneal ektazilerde, keratoplasti veya LASIK sonrası keratektazilerde de görülebilir(1,30,31).

En önemli risk faktörü göz kaşımasıdır. Diğer risk faktörleri vernal keratokonjonktivit, atopi ve Down sendromudur(2,30,31). Hastalar genelde şiddetli göz kaşıma sonrasında ağrılı veya ağrısız görme azalması, yoğun fotofobi, epifora ile başvurur. Kornea mavi görülebilir. Biyomikroskopik muayenede stromal ve epitelial mikrokistik ödem, intrastromal kist görülür(30,31,32).

Tanı için hastanın öyküsü ve muayene yeterlidir fakat tanıyı desteklemek, tedaviye karar vermek ve tedaviye cevabı takip edebilmek açısından ultrason biyomikroskopi ve ön segment optik kohrens tomografi kullanılabilir. Enfeksiyöz keratit, korneal perforasyon, korneal neovaskülarizasyon, glokom gibi komplikasyonlar gelişebilir(30,31).

Medikal tedavi ile korneal ödem 6-10 haftada korneal skar bırakarak düzelir. Medikal tedavide topikal lubrikanlar, hipertonic salin ve %5 sodyum klorid kullanılır. Epitel defekti gelişmişse geniş spektrumlu antibiyotik, ağrı için sikloplejik ajanlar, gerekirse bandaj kontakt lens kullanılabilir. İnflamasyonu ve ağrıyı azaltmak için topikal kortikosteroidler veya non-steroid antiinflatuar ilaçlar verilebilir(1,30,31).

İntrakamaral hava ya da gaz enjeksiyonu yapılabilir. Bu tedavilerde korneal ödemin rezolüsyon süresinin kısaldığı fakat medikal tedavi ile kıyaslandığında korneal skarda ve görme düzeyinde anlamlı fark gözlenmediği belirtilmiştir(30,32).

SONUÇ

Bu hastalarda tedavi ile hidrops tablosu düzelse de, görme rehabilitasyonu açısından çoğu hasta penetran keratoplastiye ihtiyaç duymaktadır.

KAYNAKLAR

1. Kanski J, Bowling B. (2011). Clinical Ophthalmology. (Seventh edition). China: Elsevier
2. Mannis MJ, Holland EJ. (2017). Cornea. (Fourth edition). Elsevier Health Sciences
3. American academy of ophthalmology. (2018). Bacterial Keratitis: preferred practice pattern. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2018.10.018>
4. Yanoff M, Duker JS. (2019). Ophthalmology. (Fifth edition). Elsevier Health Sciences
5. Aydın O'dwyer P, Aydın Akova Y.(2015). Temel göz hastalıkları. (Üçüncü baskı). Ankara: Güneş tıp kitabevleri
6. Herpetic Eye Disease Study Group. Psychological stress and other potential triggers for recurrences of herpes simplex virus eye infections. Arch Ophthalmol 2000; 118:1617-1625.
7. Herpetic Eye Disease Study Group. Predictors of recurrent herpes simplex virus keratitis. Cornea 2001; 20:123-128.

8. White ML, Chodosh J. (2014). Herpes simplex virus keratitis: a treatment guideline.
9. American academy of ophthalmology. (2012). Yüze hastalıkları ve kornea. (Çev. Ed. Pınar Aydın O'dwyer).
10. Ulcer Treatment Trial Group. The mycotic ulcer treatment trial: a randomized trial comparing natamycin vs. voriconazole. *JAMA Ophthalmol.* 2013; 131:422–429.
11. Levin LA, Albert DM. (2010). *Ocular Disease: Mechanisms and Management.* (First edition). Elsevier Health Sciences.
12. Fusco N, Stead TG, Lebowitz D. Traumatic corneal abrasion. *Cureus* 11(4):e4396. Doi:10.7759/cureus.4396.
13. Kuhn F, Pieramici DJ. (2002). *Ocular trauma: principles and practice.* (First edition). Italy: Thieme.
14. Wippermen JL, Dorsch JN. Evaluation and management of corneal abrasions. *Am Fam Physician.* 2013;87(2):114-120.
15. Wilson SA, Last A. Management of corneal abrasions. *Am Fam Physician.* 2004;70:123-8, 129-30.
16. Lim CHL, Turner A, Lim BX. Patching for corneal abrasion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016, 7:CD004764. Doi:10.1002/14651858.CD004764.pub3.
17. Kuhn F.(2008). *Ocular traumatology.* (First edition). NY: Springer.
18. Banta JT. (2009). *Oküler travma.* (Çev. Ed. Nilüfer Gözüm). İstanbul: Veri medical yayıncılık.
19. Chern KC. (2002). *Emergency ophthalmology: a rapid treatment guide.* (First edition). Canada: McGraw-Hill.
20. Loya-Garcia D, Serna-Ojeda JC, Pedro-Aguilar L. Non-traumatic corneal perforations: aetiology, treatment and outcomes. *Br J Ophthalmol* 2017;101:634–639. doi:10.1136/bjophthalmol-2016-308618.
21. Jhanji V, Young AL, Mehta JS. Management of corneal perforation. *Surv Ophthalmol* 56 (2011):522-538. doi:10.1016/j.survophthal.2011.06.003
22. Sharma N, Kaur M, Agarwal T. Treatment of acute ocular chemical burns. *survey of ophthalmology* 63 (2018): 214-235
23. Dua HS, King AJ, Joseph A. A new classification of ocular surface burns. *Br J Ophthalmol* 2001;85:1379–1383.
24. Oh H, Jang J, Li Z. Effects of umbilical cord serum eye drops in a mouse model of ocular chemical burn. *Current Eye Research*, 37(2012), 1084–1090. Doi: 10.3109/02713683.2012.717243
25. Soni NG, Jeng BH. Blood-derived topical therapy for ocular surface diseases. *Br J Ophthalmol* 2016;100:22–27. doi:10.1136/bjophthalmol-2015-306842.
26. Yagci A. Update on peripheral ulcerative keratitis. *Clinical Ophthalmology* 2012;6 747–754
27. Cao Y, Zhang W, Wu J. Peripheral Ulcerative Keratitis Associated with Autoimmune Disease: Pathogenesis and Treatment. *Hindawi Journal of Ophthalmology* 2017, Article ID 7298026. <https://doi.org/10.1155/2017/7298026>
28. Erdem U, Kerimoglu H, Gundogan FC. Treatment of Mooren's Ulcer with Topical Administration of Interferon Alfa 2a. *Ophthalmology* 2007 (114/ 3):446-449. doi:10.1016/j.ophtaha.2006.09.024.
29. Tandon R, Chawla B, Verma K. Outcome of Treatment of Mooren Ulcer With Topical Cyclosporine A 2%. *Cornea* 2008;27:859–861.
30. Sharma N, Maharana PK, Jhanji V. Management of acute corneal hydrops in ectatic corneal disorders. *Curr Opin Ophthalmol* 2012, 23:317-323. Doi:10.1097/ICU.0b013e328354a2a8.
31. Grewal S, Laibson PR, Cohen EJ. Acute hydrops in the corneal ectasias: associated factors and outcomes. *Tr. Am. Ophth. Soc.* Vol. XCVII (1999):188-203.
32. Gaskin J, Patel DV, McGhee C. Acute Corneal Hydrops in Keratoconus-New Perspectives. *Am J Ophthalmol* 2014;157:921–92