

3. BÖLÜM

ANTERİOR ÜVEİTLER



Zarife EKİCİ GÖK¹

Anterior üveit terimi, inflamasyonun iris ve siliyer cisimde baskın olduğu, inflamatuvar hücrelerin ön kamara ve retrolental boşluktaki ön vitreusda görüldüğü üveit türlerini kapsamaktadır. Tüm üveit vakalarının %79-90'ını oluşturan en yaygın üveit şeklidir. İzole olarak görülebileceği gibi panüvetin parçası ya da sistemik bir hastalıkla birlikte geniş bir hastalık spektrumunda görülebilmektedir.

Üveit tipik olarak tutulum yerine, başlangıç ve seyrine göre sınıflandırılırken, klinik olarak granülomatöz ve nongranülomatöz olup olmadığına göre, sistemik bir hastalıkla ya da tamamen oküler olmasına göre sınıflandırılmaktadır. İnflamasyon ön kamara ile sınırlı ise iritis olarak adlandırılırken, hücrelerin retrolental (ön vitroz) boşlukta da olması iridosiklit olarak da adlandırılabilir.

Akut anterior üveit en sık görülen şeklidir ve genellikle HLA-B27 ile ilişkili ve idiopatik formların büyük oranını oluşturur. Kronik anterior üveit daha az yaygın olmakla birlikte genellikle çift taraflı ve sistemik hastalıklarla ilişkili olarak görülmektedir.

KLİNİK ÖZELLİKLER

Semptomlar: Akut dönemde tek taraflı ağrı, kızarıklık, fotofobi, sulanma, görme azalması gibi semptomlar görülürken; kronik dönemde vitreus debrisleri, katarakt, maküler ödem gibi nedenlerden dolayı görmede azalma görülmektedir.

Bulgular: Siliyer enjeksiyon, keratik presipitatlar (KP), ön kamarada hücre akut dönemdeki ilk kritik bulgular olarak görülürken ; miyozis, hipopiyon, fibrinöz eksüda, aköz flare, posterior sineşi, heterokromi, iris atrofi, iris neovaskülarizasyonu, posterior sineşi, intraoküler basınç artışı, iris nodülleri, posterior sineşi, band keratopati gibi çeşitli bulgular da görülebilmektedir. Kronik

¹ Uzm. Dr., Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği, zarife_ekici@hotmail.com

İris nodülleri pupil(Koepe) ve stromada(Busacca), iris yüzeyinde küçük kristaller(Russel cisimleri) izlenebilir.

Genellikle arka subkapsüler olarak başlayan katarakt yaygın olarak izlenir.

Glokom %60'a varan oranlarda izlenmektedir ve tıbbi olarak kontrolü zor olabilmektedir. Gonyoskopik olarak açıda anormal damarlanma gösterilmiştir.

Tedavide topikal kortikosteroidler inflamasyonu azaltmada etkilidir fakat tam olarak bitmez, inflamasyon uzun yıllar sürebilir. Sikloplejin nadiren gereklidir.

Zayıf dilatasyon, açıdaki damarlanmadan dolayı postop hifema ve inflamasyon nedeniyle katarakt ameliyatında komplikasyon riski yüksektir, bu nedenle ameliyat öncesi hastaya topikal ve sistemik steroid kullanımı bazı cerrahlar tarafından önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kanski JJ, Bowling B. Kanski's Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach . Elsevier Health; 2015.
2. Tsai J, Denniston A. Oxford American handbook of ophthalmology. OUP USA;2011.
3. D.Zierhut M., Pavesio C. Intraocular Inflammation . Springer; 2016
4. Hogan MJ. Signs and symptoms of uveitis. I. Anterior uveitis. Am J Ophthalmol. 1959;47(5, part 2):155– 170.
5. Gerstenblith A.T, Rabinowitz M.P. The wills eye manual: office and emergency room diagnosis and treatment of eye disease. Lippincott Williams & Wilkins, 2012.
6. Cunningham ET Jr. Diagnosis and management of anterior uveitis. Focal Points: Clinical Modules for Ophthalmologists. San Francisco: American Academy of Ophthalmology; 2002, module 1.
7. Posner-Schlossman Syndrome (PSS) (Glaucomatocyclitic Crisis) [Jan;2019]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/1205949-overview#a6> 2019)
8. Chee SP. Presumed Fuchs heterochromic iridocyclitis and Posner-Schlossman syndrome: comparison of cytomegaloviruspositive and negative eyes. Am J Ophthalmol. 2008;146(6):883–889.
9. Wakefield D. What is new HLA-B27 acute anterior uveitis? Ocul Immunol Inflamm. 2011;19(2):139–144.
10. Braun J. Decreased incidence of anterior uveitis in patients with ankylosing spondylitis treated with the anti-tumor necrosis factor agents infliximab and etanercept. Arthritis Rheum. 2005;52(8):2447–2451.
11. Monnet D. Ophthalmic findings and frequency of extraocular manifestations in patients with HLA-B27 uveitis: a study of 175 cases. Ophthalmology. 2004;111(4):802–809.
12. Intraocular Inflammation and Uveitis. American Academy of Ophthalmology;2015-2016
13. Durrani K. Psoriatic uveitis: a distinct clinical entity? Am J Ophthalmol. 2005;139(1):106–111.
14. Fraga NA. Psoriasis and uveitis: a literature review. An Bras Dermatol. 2012;87(6):877–883.
15. Mackensen F. Tubulointerstitial nephritis and uveitis syndrome. Curr Opin Ophthalmol. 2009;20(6):525–531.
16. Mandeville JT. The tubulointerstitial nephritis and uveitis syndrome. Surv Ophthalmol. 2001;46(3):195–208.

17. Cunningham ET Jr. Drug-induced inflammation in patients on TNF- α inhibitors. *Ocul Immunol Inflamm.* 2012;20(1):2–5.
18. Moorthy RS. Drug-induced uveitis. *Curr Opin Ophthalmol.* 2013;24(6):589–597.
19. Kalogeropoulos CD. The contribution of aqueous humor cytology in the differential diagnosis of anterior uvea inflammations. *Ocul Immunol Inflamm.* 2004;12(3):215–225.
20. Roesel M. Uveal and capsular biocompatibility of two foldable acrylic intraocular lenses in patients with endogenous uveitis—a prospective randomized study. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2008;246(11):1609–1615.
21. Taravati P. Postcataract surgical inflammation. *Curr Opin Ophthalmol.* 2012;23(1):12–18.