

Üveit Olgularımızın Etyolojik ve Klinik Özellikleri

Etiological and Clinical Features of Our Uveitis Patients

Selçuk Sızmaz, Yonca Aydın Akova, Sirel Gür Güngör, Çağlar Öktem, Rana Altan Yayıoğlu
Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Özet

Amaç: Kliniğimizde takip edilen üveit olgularının demografik, etyolojik ve klinik özelliklerinin incelenmesi.

Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif çalışmada, 1996 -2006 yılları arasında üveit tanısı almış hastaların verileri tarandı. Her bir olgu için başlangıç yaşı, cinsiyet, aile öyküsü, oftalmik muayene, laboratuvar bulguları ve tedavi yaklaşımları incelendi. Verilerin sıklıkla değerlendirildi.

Sonuçlar: Çalışma kapsamında, yaşları 5 ile 83 arasında değişen (ortalama $43,9 \pm 17,3$), 158 (%57,5) kadın, 117 (%42,5) erkek, toplam 275 hasta incelendi. Behçet hastalığı, tüm yaş gruplarında en sık üveit nedeni olarak bulundu ($n=64$, %23,3). Anatomik yerleşime göre 127 olgu ile (%46,2) en sık ön üveit görülmekteydi. Olgular genellikle iki taraflı olma eğilimindedi ($n=150$, %54,6). Üveit, erkeklerde en sık 26-40, kadınlarda 41-60 yaşlarında görülmekteydi.

Tartışma: Sistemik hastalıklarla birliktelik göstermesi ve kötü prognozlu göz komplikasyonlarına yol açması nedeniyle üveit olguları multidisipliner işbirliği ile değerlendirilmelidirler. Hastalığın demografik, etyolojik ve klinik özelliklerinin tanımlanabilmesi için daha geniş çalışmalara gereksinim vardır. (*TJO 2010; 40: 280-8*)

Anahtar Kelimeler: Üveit, demografi, etyoloji, tedavi, prognoz

Summary

Purpose: To investigate the demographic, etiological and clinical features of uveitis patients followed at our clinic.

Material and Method: In this retrospective study, medical charts of patients diagnosed with uveitis between 1996 and 2006 were reviewed. Analysis of age at onset, gender, family history, ophthalmological examination, laboratory findings and therapeutic approaches was made for each patient.

Results: In the study group, a total of 275 patients were included- 158 (57.5%) females and 117 (42.5%) males aged between 5 and 83 (mean 43.9 ± 17.3). Behçet's disease was found to be the main cause of uveitis in the study group ($n=64$, 23.3%). Anterior uveitis, as seen in 127 cases (46.2%), was the most common anatomical type. Most cases tended to present bilaterally ($n=150$, 54.6%). In males, 26-40 years was the most common age interval for uveitis presentation, whereas uveitis in females predominantly occurred between 41-60 years.

Discussion: Uveitis, as being associated with systemic diseases and having severe ocular complications, needs to be evaluated via a multidisciplinary collaboration. Larger future studies are necessary to identify the demographic, etiological and clinical features of the disease. (*TJO 2010; 40: 280-8*)

Key Words: Uveitis, demography, etiology, treatment; prognosis

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Selçuk Sızmaz, Başkent Üniversitesi, Adana Araştırma ve Uygulama Merkezi, Dadaloğlu Mah. 39 Sk. No: 6 Yüreğir, Adana, Türkiye Tel.: +90 327 27 27-2104 Gsm: +90 533 338 77 00 E-posta: selcuk.sizmaz@gmail.com

Geliş Tarihi/Received: 03.05.2010 **Kabul Tarihi/Accepted:** 02.08.2010

Bu çalışmanın bir bölümü, TJO 40. Ulusal Oftalmoloji Kongresi'nde (28 Ekim-1 Kasım 2006, Antalya, Türkiye) poster olarak sunulmuştur.

Giriş

Tanı ve tedavisindeki gelişmelere rağmen, üveit, körlüğe kadar varan komplikasyonları ile ciddi bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Genel toplumda üveit sıklığını konu alan çalışmaların sonuçları arasında belirgin değişkenlik vardır. Bir merkeze ait çalışmalarda bile farklı sonuçlar söz konusu olabilmektedir. Bu durum, hastalığın değişken demografik ve klinik özellikler göstermesinden kaynaklanabilmektedir (1-4). Bu farklılıkları azaltabilmek için kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışmada, kliniğimizde üveit tanısıyla takipli hastaların demografik, etyolojik ve klinik özellikleri ile tedavi yaklaşımlarımızı incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Bu retrospektif çalışmada, 1996-2006 yılları arasında, üveit tanısıyla takip edilen hastaların kayıtları tarandı.

Tüm hastalar tam oftalmolojik muayeneden geçirildi. Bunun yanında, üveitin sistemik bir hastalıkla birlikteliğini değerlendirmek için sistem sorgulaması da yapıldı. Sistemik sorunların tespitine yönelik olarak, gereken hastalarda Romatoloji, Dermatoloji, Göğüs Hastalıkları, Gastroenteroloji, Üroloji, Nefroloji, Kulak Burun Boğaz, Çocuk Hastalıkları konsültasyonları istendi. Tüm intermediyer, arka ve panüveit olguları ile, kistoid makula ödemi (KMÖ) şüphesi olan veya vitritisin eşlik ettiği veya etyolojisi aydınlatılmamış ön üveit olgularına fundus floresein anjiyografi (FFA) incelemesi yapıldı. Arka üveit olgularında, koroidal ve retinal lezyonların ayırımı yapabilmek için indosiyenin yeşili anjiyografiden (İSYA) yararlanıldı. Laboratuvar incelemeleri ve tedavi yaklaşımlarına ait veriler değerlendirildi. Bazı hastalıkların tanısında kullanılan özgün laboratuvar parametreleri Tablo 1’de verilmektedir.

Anatomik sınıflama ve üveit terminolojisi Uluslararası Üveit Çalışma Grubu ve Üveit Nomenklatürü Standardizasyonu Çalışma Grubu raporlarına göre düzenlendi (5,6).

Tablo 1. Üveit etyolojisi araştırılırken yararlanılan laboratuvar ve radyolojik tetkikler

FFA	Behçet hastalığı Sarkoidoz Birdshot koryoretinopati Serpijinöz koroidit Multifokal koroidit VKH Tuberküloz AMPPE	Mikrobiyoloji / seroloji HLA	Toksoplazmoz Tuberküloz HSV * HZV * Behçet hastalığı AS Birdshot koryoretinopati AMPPE VKH
İSYA	VKH Birdshot koryoretinopatisi AMPPE		
PPD	Tuberküloz	Paterji	Behçet hastalığı
Sakroilyak eklem grafisi	AS SPA	Akciğer grafisi	Sarkoidoz Tuberküloz
Kranyal MRG	MS	BOS incelemesi	VKH MS

FFA: Fundus floresein anjiyografi

İSYA: İndosiyenin yeşili anjiyografi

PPD: Purifiye protein derivesi

MRG: Manyetik rezonans görüntüleme

HLA: İnsan lökosit antijeni

BOS: Beyin-omurilik sıvısı

VKH: Vogt Koyanagi Harada hastalığı

AMPPE: Akut multifokal plakoid pigment epitelyopati

AS: Ankilozan spondilit

SPA: Diğer spondiloartropatiler

MS: Multipl skleroz

HSV: Herpes simpleks virus

HZV: Herpes zoster virus

*: Göz içi sıvılarında polimeraz zincir reaksiyonu veya antikor tayini ile

Tüm veriler Microsoft Excel 2002 ile değerlendirildi. Her bir parametrenin sıklığı hesaplandı.

Bulgular

Yaşları 5 ile 83 yıl arasında değişen (ortalama $43,9 \pm 17,3$), 158 (%57,5) kadın, 117 (%42,5) erkek, toplam 275 hasta incelendi. Sistemik sorgulamada 77 (%28) hastada artralji, 60 (%21,8) hastada oral aft, 55 (%20) hastada artrit, 42 (%15,3) hastada cilt döküntüleri, 27 (%9,8) hastada genital ülser, 3 (%1,1) hastada tromboflebit tespit edildi. Hastalığın başlangıcı ile son kontrol arasında geçen ortalama hastalık süresi 1 ay ile 40 yıl arasında değişmekteydi.

Üveit tanısı, klinik bulgular ve laboratuvar sonuçlarına dayanılarak konuldu. Etiyolojik nedenler ve görülme sıklıkları Tablo 2'de yer almaktadır.

En sık belirti 187 (%68) hastada görülen bulanık görme idi; bunu, sırasıyla, 124 (%45,1) hastada kızamıklık, 110 (%40) hastada gözde ağrı, 37 (%13,5) hastada uçuşmalar ve 31 (%11,3) hastada ışığa karşı duyarlılık izlemekteydi. Hastaların 41'inde (%14,9) hastanın herhangi bir şikayeti olmaksızın, rutin muayene sırasında üveit tespit edilmişti.

Anatomik yerleşime göre, olguların 127'sinde (%46,2) ön, 12'sinde (%4,4) intermediyer, 39'unda (%14,2) arka ve 97'sinde (%35,3) panüveit tespit edildi. Erkek ve kadındaki anatomik yerleşim dağılımları Tablo 3'de verilmiştir. Etiyolojik etkenlere göre üveit yerleşimleri ise Tablo 4'te gösterilmektedir.

Olguların en sık muayene bulguları Tablo 5 ve 6'da yer almaktadır. Buna göre, en sık görülen ön segment bulgusu ön kamarada hücre iken, en yaygın arka segment bulgusu vitreusta hücre idi. Heterokromi tespit edilen 15 hastanın tümünde Fuch's üveiti, koroid dekolmanı bulunan hastada da Vogt Koyanagi Harada (VKH) hastalığı tanısı mevcuttu.

Olguların 125'inde (%45,5) tek gözde, 150'sinde (%54,5) iki gözde tutulum vardı. Toksoplazmozis (n=11, %100), Fuch's üveiti (n=24, %100), herpes zoster enfeksiyonu (n=4, %100) ve herpes simpleks enfeksiyonu (n=12, %92,3) ağırlıklı olarak tek göz tutulumu ile giden klinik tabloya yol açarken; birdshot koroidoretinopati (n=5, %100), VKH (n=8, %100), tüberküloz (n=17, %100), multipl skleroz (MS) (n=3, %100), Behçet hastalığı (n=58, %90,2), sarkoidoz üveitleri genellikle her iki gözde de tutulum göstermekteydi. Tek veya iki gözde

Tablo 2. Üveit ve üveit ile ilişkili hastalıkların sınıflandırılması ve sıklıkları

Etiyoloji	n	%	Etiyoloji	n	%
Behçet hastalığı	64	23,3	Birdshot koryoretinopati	5	1,8
İdyopatik	49	17,8	İdyopatik retinal vaskülit	5	1,8
Fuch's üveiti	24	8,7	Akut multifokal plakoid pigment epitelyopati	5	1,8
Ankilozan spondilit	23	8,4	Juvenil romatoid artrit	4	1,5
Tüberküloz	17	6,2	Herpes zoster virus	4	1,5
Sarkoidoz	13	4,7	Serpijinöz koroidit	4	1,5
Herpes simpleks virus	13	4,7	Multipl skleroz	3	1,1
Toksoplazmoz	11	4,0	Akut retinal nekroz	3	1,1
Diğer spondiloartropatiler	9	3,3	Nokardioz	2	0,7
Vogt Koyanagi Harada	8	2,9	Sitomegalovirus	2	0,7
Pars planit	6	2,2	Multipl koroidit	1	0,4

n: Hasta sayısı

Tablo 3. Erkek ve kadınlarda anatomik yerleşime göre üveit olgularının dağılımı

	Toplam		E		K	
	n	%	n	%	n	%
Ön üveit	127	46,2	49	41,2	78	50,0
İntermedier üveit	12	4,4	5	4,2	7	4,5
Arka üveit	39	14,2	18	15,1	21	13,5
Panüveit	97	35,3	47	39,5	50	32,1
Total	275	100	119	100	156	100

n: Hasta sayısı
E: erkek
K: kadın

tutuluma göre üveitlerin anatomik yerleşim dağılımı Tablo 7'de görülmektedir.

Tablo 8'de yaş grupları ve cinsiyete göre üveit anatomik yerleşiminin dağılımı verilmiştir. Erkeklerde en sık üveit görülme yaşı 26-40 arası iken, 41-60 yaş kadınlar da üveite daha sık rastlanmaktaydı.

Olguların 215'inde (%78,2) spesifik bir üveit tanısı konabilmişken, 60 (%21,8) olgu idyopatik olarak kabul edildi. Pars planit (%2,2) ve idyopatik retinal vaskülit

(%1,8) olguları da özel üveit tabloları olmakla beraber, idyopatik grupta değerlendirildi.

Pediyatrik yaş grubunda (5-15 yaş) 4 olgu ile Behçet hastalığı (%33,3) ve 3 olgu ile juvenil romatoid artrit (JRA) (%25), en sık görülen üveit nedenleriydi. Adolesan ve genç erişkinlerde (16-25 yaş), olguların pek çoğu idyopatikti (n= 9, %27,3); bunu, azalan sıklıkla, 5 olguda Fuch's üveiti (%15,2) ve 3 olguda Behçet hastalığı (%9,1)

Tablo 4. Etiyolojilere göre üveit yerleşimleri

Etyoloji	n	Ön üveit (%)	Orta üveit (%)	Arka üveit (%)	Panüveit (%)
Behçet hastalığı	64	5 (%7,8)	0	1 (%1,6)	58 (%90,6)
Fuch's üveiti	24	24 (%100)	0	0	0
Ankilozan spondilit	23	23 (%100)	0	0	0
Tuberküloz	17	8 (%47,1)	0	2 (%11,8)	7 (%41,2)
Sarkoidoz	13	3 (%23,1)	2 (%15,4)	1 (%7,7)	7 (%53,8)
Herpes simpleks virüs	13	13 (%100)	0	0	0
Toksoplazmoz	11	0	0	10 (%90,9)	1 (%9,1)
Diğer spondiloartropatiler	9	9 (%100)	0	0	0
Vogt Koyanagi Harada	8	0	0	1 (%12,5)	7 (%87,5)
Pars planit	6	(%)	6 (%100)	0	0
Birdshot koryoretinopati	5	0	0	0	5 (%100)
İdyopatik retinal vaskülit	5	0	0	5 (%100)	0
AMPPE	5	0	0	5 (%100)	0
Jüvenil romatoid artrit	4	3 (%75)	1 (%25)	0	0
Herpes zoster virüs	4	4 (%100)	0	0	0
Serpijinöz koroidit	4	0	0	4 (%100)	0
Multipl skleroz	3	0	0	2 (%66,7)	1 (%33,3)
Akut retinal nekroz	3	0	0	3 (%100)	0
Nokardioz	2	0	0	0	2 (%100)
Sitomegalovirus	2	0	0	2 (%100)	0
Multifokal koroidit	1	0	0	0	1 (%100)

AMPPE: Akut multifokal plakoid pigment epitelopati

n: Hasta sayısı

Tablo 5. Üveit olgularında ön segment bulguları

Bulgu	n	(%)	Bulgu	n	(%)		
Konjonktiva	Hiperemi	100	(36,4)	Lens	Komplike katarakt	66	(24,0)
Kornea	Epitelyum erozyonu	5	(1,8)	Ön kamara	Hücre	197	(71,6)
	Band keratopati	3	(1,1)		Fibrin	11	(4,0)
	Dendritik ulser	2	(0,7)		Hipopilyon	2	(0,7)
	Lökomi	2	(0,7)				
Endotel	Lokalize kp	92	(33,5)	İris	Arka sineşi	61	(22,2)
	Yıldızlı kp	20	(7,3)		Heterokromi	12	(4,4)
	Yaygın kp	13	(4,7)		Nodül	5	(1,8)
	Koyun yağı kp	9	(3,3)		Atrofi	5	(1,8)
	Orta kp	8	(2,9)		Arka sineşi ve nodül	2	(0,7)
					Atrofi ve heterokromi	2	(0,7)
					Nodül ve heterokromi	1	(0,4)

Kp: keratik presipitatlar

n: Bulgunun izlendiği hasta sayısı

izlemektedir. Yirmialtı-40 yaşları arası hasta grubunda en sık üveit nedenleri 26 olgu ile Behçet hastalığı (%31,7) ile 13 olgu ile ankilozan spondilit (AS) ve diğer spondilartropatilerdi (SPA) (%15,9). Kırkbir-60 yaş arası grupta en sık iki üveit nedeni sırasıyla, AS ve diğer SPA (n=15, %14,7) ile Behçet hastalığı (n=14, %13,7) idi. Geriatrik yaş grubunda (61 üzeri), Behçet hastalığı (n=6, %13) ve sarkoidoz (n=5, %10,9) üveite yaygın olarak yol açan hastalıklar olarak karşımıza çıkmaktaydı.

Behçet hastalığı, tüm hastalarda en sık görülen üveit nedeniydi (64 hasta, %23,3). Behçet üveitinin en sık görüldüğü yaş grubu 26-40 yaş idi (n=26, %31,7) ve hastalık erkeklerde kadınlardan daha sık meydana gelmekteydi (sırasıyla n=41, %64,1 ve n=23, %35,9). Behçet hastalığı, olguların 58'inde (%90,6) panüveit tablosuna yol açmıştı (pediatrik yaş grubunda n=4, %100, diğer tüm yaş gruplarında %80 üzeri). Oral aft öyküsü olan tüm hastalarda (n=60) Behçet hastalığı mevcuttu. Behçet hastalarının tamamı paterji testi ve HLA-B5 yönünden değerlendirildi. Paterji testi, Behçet hastalarının 10 tanesinde (%15,6) pozitif bulundu. Behçet hastalarının %12,5'inde (n=8) HLA-B5 pozitifliği mevcuttu.

Olguların %6,2'sinde (n=17) tüberküloza bağlı üveit vardı, bu hastalarda PPD testi de pozitif bulundu. Bu olguların 4'ünde aktif tüberküloz mevcuttu. Tüberküloza bağlı üveiti olan hastaların tamamı 41 yaş üzerindedir. Tüberküloz ilişkili üveit tanısı, granülomatöz üveit bulgusu (koyun yağı keratik presipiteler, iriste nodül) olan hastalarda PPD testinin anlamlı derecede pozitif bulunması ile konuldu. Bu hastalar Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı ile konsülte edilerek aktif tüberkülozlu hastalar tespit edildi.

Tüm ön üveit olguları HLA-B27 yönünden değerlendirildi (n=127). Ankilozan spondilite bağlı üveit hastalarının %78,3'ünde (n=18) ve diğer SPA ilişkili üveiti olanların %55,6'sında (n=5) HLA-B27 pozitif olarak bulundu. Hastaların %5,5'inde (n=7) HLA-B27 pozitif bulunduğu

halde, AS veya SPA mevcut değildi. Ön üveit olgularının %23,6'sında (n=30) HLA-B27 pozitifliği tespit edildi.

Yüzbeş hastada FFA incelemesi yapıldı. Sık görülen ve tanıda yardımcı olan bulgular ve bazı hastalıklarda görülme sıklıkları şöyle idi: Behçet hastalığında 44 (%68,8) hastada damar duvarından sızıntı, 43 (%67,2) hastada optik disk hiperfloresansı, 30 (%46,9) hastada KMÖ, 7 (%10,9) hastada iskemi ve 1 (%1,6) hastada periferde neovaskülarizasyon tespit edildi. Sarkoidozlu olgulardan 5 (%38,5) hastada KMÖ, 4 (%30,8) hastada optik disk hiperfloresansı ve 2 (%15,4) hastada damar duvarından sızıntı izlendi. Hem serpijinöz koroidit, hem de multifokal koroidit olgularının tümünde (ikisi için de %100), aktif lezyonlarda başlangıçta hipofloresans, ilerleyen evrelerde ise hiperfloresans izlendi. Tüm VKH olgularında (%100) tipik FFA bulgusu, perifer retinada erken dönemde başlayıp, geç dönemde de devam eden hiperfloresan lezyonlardı. İndosiyanın yeşili anjiyografide en sık izlenen bulgular ise, inflamatuvar lezyon bölgesinde hipofloresans ve çevre koroid damarlarından sızıntıya bağlı hiperfloresans idi. Bu durum, VKH, serpijinöz koroidit, multifokal koroiditli tüm olgularda ve arka ve panüveit tutulumu ile giden sarkoidoz olgularında (%61,5, n=8) tespit edildi.

Olguların 240'ında (%87,6) topikal kortikosteroid, 121'ine (%44) sistemik kortikosteroid verildi. Sistemik kortikosteroid tedavisi verilen olguların 61'inde (%50,4) immün baskılayıcı ilaçlar da kombine edildi. Kırk beş olguda (%16,4) ise, immün baskılayıcı ilaçlar tek başına kullanıldı. Toksoplazmoz olgularının tamamında (n=11) ve aktif tüberkülozu olmayan 13 (%76,5) tüberküloza bağlı üveit, antibiyotik tedavisine ek olarak sistemik steroid tedavisi kullanılan enfeksiyöz kökenli üveit olgularındı. Yüzde 2,2 (n=6) olguda interferon alfa kullanıldı.

KMÖ, 67 (%24,4) olguda tabloya eşlik etmekteydi. Ön üveit olgularının 13'ünde (%10,2), intermediyer üve-

Tablo 6. Üveit olgularında arka segment bulguları

Bulgu	n	(%)	Bulgu	n	(%)		
Vitreus	Hücre	108	(39,3)	Damarlar	Periflebit	54	(19,6)
	Kar topu	13	(4,7)		Periarterit	48	(17,5)
	Hücre ve kondansasyon	8	(2,9)		NV	4	(1,5)
	Kondansasyon	7	(2,6)	Koryoretinit	Aktif	33	(12,0)
Optik disk	Atrofi	11	(4,0)		Skar	5	(1,8)
	Hiperemi	6	(2,2)	Retina dekolmanı		5	(1,8)
Makula	Ödem	72	(26,2)		Retinal yırtık	12	(4,4)
	ERM	28	(10,2)		Koroid dekolmanı	1	(0,4)
	Delik	11	(4,0)				

NV: Neovaskularizasyon, ERM: Epiretinal membran
n: Bulgunun izlendiği hasta sayısı

it olgularının 6'sında (%50), arka üveit olgularının 3'ünde (%7,7) ve panüveit olgularının 45'inde (%46,4) KMÖ tespit edildi. Kistoid makula ödemi olan olguların %32,8'ine (n=22) intravitreal triamsinolon asetonid (İVTA) enjeksiyonu yapıldı; 19 hastaya bir kez, 2 hastaya 2 kez, 1 hastaya da 3 kez İVTA enjeksiyonu yapıldı. KMÖ bulunan olguların %26,2'sine arka subtenon kortikosteroid enjeksiyonu uygulandı.

Komplike katarakt nedeniyle 53 (%19,3) olguya fakoemülsifikasyon ve göz içi lensi uygulaması yapıldı, 6 (%2,2) olguda katarakt ve tedaviye dirençli glokom nedeniyle fakoemülsifikasyon ve göz içi lensi uygulaması, trabekülektomi ile kombine edildi. Katarakt cerrahisi oranları ön üveit olgularında %13,4, (n=17) arka üveit olgularında %5,1 (n=2) ve panüveit olgularında %35,1 (n=34) olarak bulundu. Kombine katarakt ve glokom ameliyatı gereken hastaların tümünde Behçet hastalığı vardı ve şiddetli neovaskülarizasyonu ve vitreus kanaması olan bir Behçet hastasına pars plana vitrektomi uygulandı.

Tartışma

Çalışma popülasyonunun, Türkiye'nin farklı yörelerinden kliniğimize sevk edilen hastalardan oluşması klinik değişkenlik sağlamaktaydı. Literatürde, üveit epidemi-

yolojisini konu alan çalışmalarda, hastalığın sıklığı, demografik özellikleri ve süresi hakkında değişken sonuçlar verilmektedir (1,2,7,8). Gritz ve Wong, kadınlarda ve yaşlılarda üveit sıklığının artmış olduğunu bildirmişler ve bunu, kadınlarda, özellikle artan yaşla birlikte, kronik ve tekrarlayıcı hastalıklara olan yatkınlığa bağlamışlardır (1). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde, pediatrik yaş grubu dışında tüm yaş gruplarında üveit sıklığı kadınlarda daha fazla bulunmuştur.

İslam ve Tabbara, yaş gruplarını 7-19, 20-39, 40-59 ve 60 üzeri olmak üzere düzenlemişlerdir (8). Literatürde yaş gruplandırmasında bir standardizasyon bulunmadığı için, dar aralıklarla daha ayrıntılı bir gruplandırma yaptık. Çalışmamızda pediatrik üveit olgularının sıklığı %4,4 (n=12) bulundu ve bu da %5-10 arasında değişen oranların verildiği önceki çalışmalar ile uyumluydu (9).

Behçet hastalığı, tüm yaş gruplarında en yaygın üveit nedeni olarak bulundu. Soylu ve arkadaşları, Çukurova Bölgesi'nde yaptıkları çalışmalarında, üveit olguları içinde Behçet hastalığı oranını %32,5 olarak bildirmişlerdir (10). Üveit olguları içinde Behçet hastalarının yüksek oranlarda bulunması, ülkemizin bulunduğu coğrafyada Behçet hastalığının yaygın olarak görülmesi ile ilişkilidir (7,8,11). Ülkemizden yakın zamanda yayımlanmış çok merkezli bir çalışmada da, Behçet hastalığı %32,1'lik bir oran ile en sık görülen üveit nedeni olarak bildirilmiştir (12). Çalışmamızda dikkat çeken bir başka nokta ise, Behçet hastalığının tutulumunu sıklıkla panüveit şeklinde yapmasıydı. Tuğal-Tutkun ve arkadaşlarının çalışmalarında da, bu oranı %60,2 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada hastalığın daha çok erkeklerde görüldüğü (%68) ve olguların büyük kısmında (%78,6) iki taraflı tutulum olduğu bildirilmiştir (13). Benzer şekilde bizim olgularımızın da büyük bölümü erkekti ve iki taraflı tutulum hakimdi.

Tablo 7. Tek veya iki gözde tutulum olan olguların anatomik yerleşime göre dağılımı

	Tek göz (n=125) (%)	İki göz (n=150) (%)
Ön üveit	88 (70,4)	39 (26,0)
İntermediyer üveit	3 (2,4)	9 (6,0)
Arka üveit	21 (16,8)	18 (12,0)
Panüveit	13 (10,4)	84 (56,0)

n: Hasta sayısı

Tablo 8. Yaş grupları ve cinsiyete göre üveitin anatomik yerleşimlerinin dağılımı

	Yaş	Ön üveit	İntermediyer üveit	Arka üveit	Panüveit	Toplam
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (100%)
E	5-15	5 (45,5)	1 (9,1)	0	5 (45,5)	11
	16-25	3 (21,4)	1 (7,1)	1 (7,1)	9 (64,3)	14
	26-40	13 (30,6)	2 (4,8)	8 (19,1)	19 (45,2)	42
	41-60	21 (55,3)	1 (2,6)	7 (18,4)	9 (23,7)	38
	61-	7 (50,0)	0	2 (14,3)	5 (35,7)	14
	Toplam	49 (41,2)	5 (4,2)	18 (15,1)	47 (39,5)	119
K	5-15	0	1 (100)	0	0	1
	16-25	9 (47,4)	0	4 (21,1)	6 (31,6)	19
	26-40	21 (52,5)	2 (5,0)	4 (10,0)	13 (32,5)	40
	41-60	33 (51,6)	2 (3,1)	11 (17,2)	18 (28,1)	64
	61-	15 (46,9)	2 (6,3)	2 (6,3)	13 (40,6)	32
	Toplam	78 (50,0)	7 (4,5)	21 (13,5)	50 (32,1)	156

E: Erkek
K: Kadın

Oral aft, Behçet hastalığı için en önemli tanı kriteri iken, olgularımızın 4'ünde (%6,25) oral aft öyküsü yoktu. Behçet hastalığı için Uluslararası Çalışma Grubu, %3 olguda oral aft olmaksızın Behçet hastalığı olabileceğini bildirmiştir (14). Bizim çalışmamızda bu sayının orantısal olarak yüksek çıkmasının, hastanın ifade yetersizliğinden kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Dört (%1,5) hastada aktif tüberküloz ve %6,2 olguda tüberküloza bağlı üveit olması, ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde tüberkülozun yeniden yaygın hale gelmesinin önemine dikkat çekmektedir. M. tuberculosis ile enfekte olmuş hastaların %1'inde göz tutulumu meydana gelmektedir. Tüberküloza bağlı göz tutulumu, aktif enfeksiyon şeklinde olabileceği gibi, aşırı duyarlılık reaksiyonu şeklinde de meydana gelebilir (15). Kesin tanı için bakterinin tespitinin mutlak gerekli olması, tanının gözden kaçırılmasına neden olabilmektedir. Aktif tüberkülozlu olgularımız yaşlı grupta bulunmaktaydı. Şu halde, çevre koşullarının yanında, yaşla beraber zayıflayan bağışıklık sisteminin de hastalığın etyopatogenezinde önemli rol oynadığı da unutulmamalıdır.

Literatürde anatomik yerleşime göre olguların dağılımındaki ciddi değişkenlik, olasılıkla genetik, demografik, etnografik ve çevresel faktörlerdeki değişkenlikten kaynaklanmaktadır (1,2,9,16-18). Bizim sonuçlarımız da yukarıda atıfta bulunulan çalışmaların sonuçları ile paralellik göstermektedir.

HLA-B27, %45-82 arasında değişmekle beraber, ön üveit olguları ile belirgin korelasyon göstermektedir (19). Tuncer ve ark., akut ön üveit olgularını retrospektif olarak inceledikleri çalışmalarında, HLA-B27 pozitifliğini, literatürden hafifçe düşük şekilde, %40 olarak bulmuşlardır. Aynı çalışmada yazarlar, HLA-B27 pozitif olan olguların büyük kısmının erkek ve HLA-B27 negatif olan olguların büyük kısmı kadın olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca, HLA-B27 pozitif olan olguların %43'ünde AS, AS hastalarının tamamında HLA-B27 tespit edilmiştir (20). Başka çalışmalara göre de HLA-B27 ve AS birlikteliği %22-39 arasında değişmektedir (21,22). Tuncer ve arkadaşlarına göre, HLA-B27 negatif olan hastalarda daha fazla sistemik tedavi gereksinimi ve yüksek komplikasyon oranları olmakla beraber, HLA-B27 pozitif ve negatif hastalar arasında görsel prognoz açısından farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 9. Fundus floresein anjiyografi bulguları

FFA bulgusu	n	(%)
Sızıntı	67	(63,8)
Makula ödemi	67	(63,8)
Diskte hiperfloresans	63	(60,0)
İskemi	10	(9,5)
Neovaskülarizasyon	2	(1,9)

n: FFA incelemesi yapılmış olanlar içinde bulgunun tespit edildiği hasta sayısı

dı (20). Kazakoğlu ve arkadaşları da, HLA-B27 ilişkili üveit oranlarını düşük bulmuşlar ve bu durumun, hastaların tanısız değerlendirmeye yönlendirilmeden önce çalışma kapsamına alınmasına bağlı olabileceğini düşünmüşlerdir (12). Bizim çalışmamızda ön üveit olgularında HLA-B27 pozitifliği, %26,8 ile literatürde verilen oranlardan düşük bulunmuştur. HLA-B27 pozitifliğinin ülkemizde daha düşük oranlarda bulunmasının da bir başka etken olabileceği görüşündeyiz.

İntermediyer üveit diğer anatomik yerleşimler kadar sık değildir ve tanı koyma genellikle güçtür. Klinik özellikler son 40 yılda tanımlanmıştır ve sıklıkla genç erkeklerde görülen idyopatik bir durum olarak kabul edilir (9,16,18,23). Bizim intermediyer üveit olgularımızın büyük bölümünde de etyolojiye yönelik bir etken tespit edilemedi. İntermediyer üveit olgularının %16,7'sinde sarkoidoz tanısı mevcuttu. Bir JRA olgusunda ise, ön üveite ek olarak pars planada kar topu opasiteler tabloya eşlik etmekteydi.

Herpes simpleks, herpes zoster, tüberküloz, leptospiralar, lepra, onkoserka, toksoplazma, nokardia ve HIV gibi pek çok enfeksiyon ajanının üveite neden olduğu gösterilmiştir (24). Çalışmamızda bu etkenlerden yalnızca %18,9'unda tespit ettiğimiz herpes simpleks, herpes zoster, tüberküloz, nokardia ve toksoplazma dışında enfeksiyon ajanına bağlı üveite rastlamadık. Bu durumun, söz konusu paraziter hastalıklardan T. gondii dışındakilerin ülkemizde sık görülmemesi ile ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.

Üveit olgularının takibinde FFA'nın önemli bir yeri bulunmaktadır. Biyomikroskopik fundus muayenesi normal olan 44 hastanın 10'unda FFA ile KMÖ tespit edilmiştir. Benzer şekilde, 26 hastada fundus muayenesinde vaskülit bulgusu olmamasına rağmen, FFA'nın erken evrelerinde perifer retinada damar geçirgenliğinde artış izlendi. Her ne kadar, KMÖ'nin tanı ve takibinde güncel olarak optik koherens tomografi FFA'ya oranla daha yaygın olarak kullanılsa da (25), FFA üveit olgularının aktivitesinin değerlendirilmesi ve takibinde, özellikle retina damar geçirgenliğinin değerlendirilmesi açısından vazgeçilmezdir (26). İndosiyanın yeşili anjiyografisinde aktif lezyonun hipofloresan görülmesi koroidin damarsal ayrıntılarının inflamatuvar hücreler tarafından engellenmesinden veya koroid damarlarındaki tıkanıklık sonucunda oluşan hipoperfüzyondan kaynaklanmaktadır. Özellikle arka uveayı ilgilendiren olgularda FFA ile İSYA'nın kombine edilmesi, hem koroidal, hem de retinal inflamasyonun boyutları hakkında ayrıntılı değerlendirme olanağı sunacaktır (26).

Topikal kortikosteroidler ön segment inflamasyonunu bastırmada etkilidirler. Topikal kortikosteroidler vitreusa penetre olamadıkları için, dirençli inflamasyon veya arka

segment inflamasyonu olgularında perioküler, intravitreal veya sistemik kortikosteroid uygulamalarına başvurulmalıdır (27,28). Kortikosteroidler hastalığın akut evresinde tercih edilirler. Kronik ve sık tekrarlayıcı inflamasyonda, özellikle şiddetli arka segment inflamasyonu da eşlik ediyorsa, immün baskılayıcı ajanlar verilmektedir (29).

Şiddetli vitritis ve arka segment inflamasyonu veya makula ödemi olan olgularda, perioküler enjeksiyonlar, sistemik yan etkilerin bertaraf edilmesi açısından da, uygun bir seçenektir. KMÖ varlığında, görme keskinliği de 5/10'un altındaysa intravitreal kortikosteroid enjeksiyonu yapılmalıdır (30). Bununla birlikte, sekonder katarakt ve glokom yönünden risk altında bulunan üveit hastalarında, söz konusu komplikasyonlara potansiyel olarak neden olabilen intravitreal steroid enjeksiyonundan önce, daha güvenilir yöntemler olan perioküler ve subtenon enjeksiyonların denenmesi gerektiği kanısındayız.

Katarakt ve glokom, üveitin kendisinin ve kortikosteroid tedavisinin, iyi bilinen, görme kaybına yol açan yan etkileridir (31-33). Menezo ve Lightman'a göre, kronik ön üveit olgularında katarakt %20,9 ve glokom %2,2 oranında görülmektedir (32). Durrani ve arkadaşlarının çalışmasında ise bu oranlar sırasıyla %17 ve %5 olarak bulunmuştur (33). Bizim çalışmamızda da katarakt ve glokom oranları literatürdeki rakamlara yakın bulundu. Üveit hastalarında katarakt cerrahisi, eşlik eden olası arka yapışıklık veya kornea patolojileri nedeniyle zorluk arz etmektedir. Ameliyat öncesinde ve ameliyat sırasında kullanılan kortikosteroidler ile inflamasyon baskılanarak daha iyi sonuçlar elde edilebilir (34). Kliniğimizden yapılmış, kısmen bu çalışmanın olgularını da içeren, bir çalışmada görme keskinliği anlamında olumlu sonuçlar elde edilmiştir. KMÖ, epiretinal membran, makula deliği, optik atrofi gibi cerrahi ile şiddetlenebilen, komplikasyonlar cerrahi başarıyı sınırlamaktadır (35). Glokom gelişimi, üveite yol açan etyolojik faktör ile ilişkili olabileceği gibi, ön ve arka yapışıklık, neovaskülarizasyon gibi komplikasyonlara veya kortikosteroid tedavisine de bağlı olabilir (36). Dirençli glokom olgularında, özellikle antiproliferatif ajanların da kullanıldığı, filtran cerrahi gerekebilir (31). Çalışmamızda incelediğimiz hastalardan 6'sına mitomisin-C ile trabekülektomi uygulandı.

Sonuç olarak, üveit pek çok sistemik hastalıkla birlikte gösterdiği için dikkatli araştırma ve sık takip gerektiren önemli bir göz rahatsızlığıdır. Her yaş grubunda görülebilmektedir ve sebebi aydınlatılamamış olguların sayısı da az değildir. Hastalığın etyolojik, demografik ve klinik özelliklerinin daha net ortaya konabilmesi için geniş serilerde çok sayıda daha çalışmaya gereksinim vardır.

Kaynaklar

1. Gritz DC, Wong IG. Incidence and prevalence of uveitis in Northern California; the Northern California Epidemiology of Uveitis Study. *Ophthalmology*. 2004;111:491-500. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
2. Yang P, Zhang Z, Zhou H, Li B et al. Clinical patterns and characteristics of uveitis in a tertiary center for uveitis in China. *Curr Eye Res*. 2005;30:943-8. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
3. BenEzra D, Cohen E, Maftzir G. Uveitis in children and adolescents. *Br J Ophthalmol*. 2005;89:444-8. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
4. Chang JHM, Wakefield D. Uveitis: a global perspective. *Ocul Immunol Inflamm*. 2002;10:263-79. [Abstract] / [PDF]
5. Bloch-Michel E, Nussenblatt RB. International Uveitis Study Group recommendations for the evaluation of intraocular inflammatory disease. *Am J Ophthalmol*. 1987;103:234-5. [Abstract]
6. The Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group Standardization of Uveitis Nomenclature for Reporting Clinical Data. Results of the First International Workshop. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
7. Sengun A, Karadag R, Karakurt A, Saricaoglu MS, Abdik O, Hasiripi H. Causes of uveitis in a referral hospital in Ankara, Turkey. *Ocul Immunol Inflamm*. 2005;13:45-50. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
8. Islam SM, Tabbara K. Causes of uveitis at the eye center in Saudi Arabia: a retrospective review. *Ophthalmic Epidemiol*. 2002;9:239-49. [Abstract]
9. Wakefield D, Chang JH. Epidemiology of uveitis. *Int Ophthalmol Clin*. 2005;45:1-13. [Abstract] / [PDF]
10. Soylu M, Ersoz TR, Hacıyakupoglu G, Eroglu A. Aetiological distribution of uveitis patients in Southern Turkey. *Ocul Immunol Inflamm*. 1993;1:355-61. [Abstract] / [PDF]
11. Bonfioli AA, Orefice F. Behçet's disease. *Semin Ophthalmol*. 2005;20:199-206. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
12. Kazokoğlu H, Onal S, Tugal-Tutkun İ, et al. Demographic and clinical features of uveitis in tertiary centers in Turkey. *Ophthalmic Epidemiology*. 2008;15:285-93. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
13. Tugal-Tutkun I, Onal S, Altan-Yaycioglu, Altunbas HH, Urgancioglu M. Uveitis in Behçet's disease: an analysis of 880 patients. *Am J Ophthalmol*. 2004;138:373-80. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
14. International Study Group for Behçet's Disease. Criteria for diagnosis of Behçet's disease. *Lancet*. 1990;335:1078-80. [Abstract]
15. Bodaghi B, Lehoang P. Ocular tuberculosis. *Curr Opin Ophthalmol*. 2000;11:443-8. [Abstract]
16. Rothova A, Buitenhuis HJ, Meenken C, et al. Uveitis and systemic disease. *Br J Ophthalmol*. 1992;76:137-41. [Abstract] / [PDF]
17. Palmares J, Coutinho MF, Castro-Correia J. Uveitis in Northern Portugal. *Curr Eye Res*. 1990;9:31-4. [Abstract]
18. Henderly DE, Genstler AJ, Smith RE, Rao NA. Changing patterns of uveitis. *Am J Ophthalmol*. 1987;103:131-6. [Abstract]
19. Huhtinen M, Karma A. HLA-B27 typing in categorisation of uveitis in a HLA-B27 rich population. *Br J Ophthalmol*. 2000;84:413-6. [Abstract] / [PDF]
20. Tuncer S, Adam YS, Urgancioglu M, Tugal-Tutkun İ. Clinical features and outcomes of HLA-B27 positive and HLA-B27 negative acute anterior uveitis in a Turkish patient population. *Ocul Immunol Inflamm*. 2005;13:367-73. [Abstract]
21. Power WJ, Rodriguez A, Pedroza-Seres M, Foster CS. Outcomes in anterior uveitis associated with the HLA-B27 haplotype. *Ophthalmology*. 1998;105:1646-51. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]

22. Rothova A, van Veenendaal WG, Linssen A, Glasius E, Kijlstra A, de Jong PTVM. Clinical features of acute anterior uveitis. *Am J Ophthalmol.* 1987;103:137-45. [[Abstract](#)]
23. Bonfioli AA, Damico FM, Curi ALL, Orefice F. Intermediate uveitis. *Semin Ophthalmol.* 2005;20:147-54. [[Abstract](#)] / [[Full Text](#)] / [[PDF](#)]
24. Rathinam SRDO, Cunningham ET]. Infectious causes of uveitis in the developing world. *Int Ophthalmol Clin.* 2000;40:137-52. [[Abstract](#)]
25. Wolf S, Wolf-Schnurrbusch U. Spectral-domain optical coherence tomography use in macular diseases: a review. *Ophthalmologica.* 2010;224:333-40. [[Abstract](#)] / [[Full Text](#)] / [[PDF](#)]
26. Altan-Yaycioglu R, Akova YA, Akca S, Yilmaz G. Inflammation of the posterior uvea: findings on fundus fluorescein and indocyanine green angiography. *Ocular Immunol Inflamm.* 2006;14:171-9. [[Abstract](#)] / [[Full Text](#)] / [[PDF](#)]
27. Kayıkçıoğlu Ö, Çerçi MA, Seymenoğlu G. Üveitli hastalarda subtenon kanül ile depo steroid enjeksiyonlarının etkinlik ve komplikasyonları. *Turk J Ophthalmol.* 2007;37:23-9.
28. Acar N, Toker E, Kazokoğlu H. Behçet hastalığının ciddi arka segment atağında yüksek doz intravenöz steroid tedavisinin rolü. *Turk J Ophthalmol.* 2001;31:616-20.
29. Forstner DJ. General approach to the uveitis patient and treatment strategies. In: Yanoff M, Duker JS, eds. *Ophthalmology* 2nd Ed. St. Louis, MO: Mosby, 2004:1115-20.
30. Jonas JB. Intravitreal triamcinolone acetonide for treatment of intraocular and oedematous and neovascular diseases. *Acta Ophthalmol Scand.* 2005;83:645-63. [[Abstract](#)] / [[Full Text](#)]
31. Park UC, Ahn JK, Park KH, Yu HG. Phacotrabeculectomy with mitomycin C in patients with uveitis. *Am J Ophthalmol.* 2006;142:1005-12. [[Abstract](#)] / [[Full Text](#)] / [[PDF](#)]
32. Menezo V, Lightman S. The development of complications in patients with chronic anterior uveitis. *Am J Ophthalmol.* 2005;139:988-92. [[Abstract](#)] / [[Full Text](#)] / [[PDF](#)]
33. Durrani OM, Tehrani NN, Marr JE, Moradi P, Stavrou P, Murray PI. Degree, duration, and causes of visual loss in uveitis. *Br J Ophthalmol.* 2004;88:1159-62. [[Abstract](#)] / [[Full Text](#)] / [[PDF](#)]
34. Elmas K, Duman S. Üveitik sendromlarda katarakt cerrahisi. *Turk J Ophthalmol.* 2002;32:446-54.
35. Akova YA, Kucukerdonmez C, Gedik S. Clinical results of phacoemulsification in patients with uveitis. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging.* 2006;37:204-11. [[Abstract](#)]
36. Ergen A, Mudun AB, Özarpacı S, Yalçın E, Arslan MO. Üveitli hastalarda göz içi basınç yükselmeleri. *Turk J Ophthalmol.* 2001;31:621-4.