

ÜVEİT EL KİTABI



EDİTÖRLER

Doç. Dr. Levent AKDUMAN
Prof. Dr. Pınar AYDIN O'DWYER



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

Yazarlar	xi
Çeviriye Katkıda Bulunanlar	xv
Önsöz	xvii
Önsöz	xix
Önsöz	xxi
KISIM 1	1
Giriş	3
<i>Dr. Levent Akduman, Dr. Pınar Aydın O'Dwyer</i>	
Üveitin Tarihiçesi	4
<i>Dr. Peter Watson</i>	
<i>Çeviri: Dr. Alper Kaya</i>	
Tarihte Heterokromi	9
<i>Dr. Zeynel Karcioğlu</i>	
Bölüm 1 Ön Üveitli Hastaya Klinik Yaklaşım	15
<i>Dr. Haluk Kazokoğlu</i>	
Bölüm 2 Arka Üveitli Hastaya Yaklaşım	21
<i>Dr. Jale Menteş</i>	
Bölüm 3 Üveitte Tedavi Prensipleri	25
<i>Dr. Emmett Cunningham, Dr. Özey Öz, Dr. Levent Akduman</i>	
KISIM 2	37
Bölüm 1 Ön Üveitler	39
Bölüm 1.1 HLA-B27 Üveiti	39
<i>Dr. İlknur Tugal Tutkun</i>	
Bölüm 1.2 Spondiloartropatiler	45
Bölüm 1.2A Ankilozan Spondilit Üveiti	45
<i>Dr. Sarper Karaküçük</i>	
Bölüm 1.2B Reiter Hastalığı	53
<i>Dr. Ron Margolis, Dr. Careen Y. Lowder</i>	
<i>Çeviri: Dr. Barış Sönmez</i>	
Bölüm 1.2C Psöriazis	59
<i>Dr. Koray Gümüş, Dr. Ertuğrul Mirza</i>	
Bölüm 1.2D Enflamatuvar Barsak Hastalığı ve Üveit	67
<i>Dr. Phoebe Lin, Dr. Debra A. Goldstein,</i>	
<i>Çeviri: Dr. Bahri Aydın</i>	
Bölüm 1.3 Juvenil İdyopatik Artrit ile İlişkili Üveit	71
<i>Dr. Levent Akduman, Dr. Berkant Kaderli</i>	
Bölüm 1.4 Fuchs Heterokromik İridosikliti	77
<i>Dr. Merih Soylu</i>	
Bölüm 1.5 Herpetik Ön Üveit	83
<i>Dr. Pelin Yılmazbaş</i>	
Bölüm 1.6 Possner-Schlossman Sendromu	89
<i>Dr. Levent M. Alingil</i>	
Bölüm 2 Orta Üveitler:	93
Bölüm 2.1 Pars Planit	93
<i>Dr. Kubilhan Elmas, Dr. Pınar Aydın O'Dwyer</i>	
Bölüm 2.2 Lense Bağlı Üveitler	97
<i>Dr. A. Barış Toprak</i>	

Bölüm 3 Arka Üveit.....	103
Bölüm 3.1 Oküler Toksoplazmaz	103
<i>Dr. A. Hakan Durukan</i>	
Bölüm 3.2 Oküler Toksokara	111
<i>Dr. Russell N. Van Gelder,</i>	
<i>Çeviri: Dr. Şebnem Hanoğlu Kargı</i>	
Bölüm 3.3 Mültifokal Koroidit.....	117
<i>Dr. Meral Or, Dr. Mahmut Subaşı</i>	
Bölüm 3.4 Retina Vaskülitleri	131
<i>Dr. Sibel Kadayıfçılar</i>	
Bölüm 3.5 Eales Hastalığı.....	139
<i>Dr. Sandeep Saxena,</i>	
<i>Çeviri: Dr. Ümit Beden</i>	
Bölüm 3.6 Lupus ve Göz	149
<i>Dr. H. Nida Şen, Dr. Robert B. Nussenblatt,</i>	
<i>Çeviri: Dr. Özlem Gürbüz Köz</i>	
Bölüm 3.7 Sitomegalovirüs Retinopatisi	157
<i>Dr. Hümeysra Karacal</i>	
Bölüm 3.8 Kedi Tırmığı Hastalığı	165
<i>Dr. Joseph A. Clever, Dr. Levent Akduman</i>	
<i>Çeviri: Dr. Tarkan Mumcuoğlu</i>	
Bölüm 4 Panüveitler	171
Bölüm 4.1 Behçet Hastalığı.....	171
<i>Dr. Esen Karamürsel Akpek, Dr. Deniz Marangoz</i>	
Bölüm 4.2 Sarkoidoz	183
<i>Dr. Engin Yarkın Bürümcek</i>	
Bölüm 4.3 Sifiliz	195
<i>Dr. Shlomit Schaal, Dr. Henry J. Kaplan,</i>	
<i>Çeviri: Dr. Doğan Ceyhan</i>	
Bölüm 4.4 Oküler Tüberküloz	199
<i>Dr. Murat Tunc</i>	
Bölüm 4.5 Akut Retina Nekrozu	209
<i>Dr. Hüseyin Yetik</i>	
Bölüm 4.6 Lyme Hastalığı	217
<i>Dr. Levent Akçay</i>	
Bölüm 4.7 Bruselloz ve Göz	225
<i>Dr. Khalid Tabarra,</i>	
<i>Çeviri: Dr. Mustafa Alper Çerçi</i>	
Bölüm 4.8 Sempatik Oftalmi	229
<i>Dr. Howard H. Tessler, Dr. Kara L. Schulz,</i>	
<i>Çeviri: Dr. Güliz Yavaş</i>	
Bölüm 4.9 Vogt Koyanagi Harada Hastalığı.....	235
<i>Dr. Somsiri Sukavatcharin, Dr. Julie H. Tsai, Dr. Narsing A. Rao</i>	
<i>Çeviri: Dr. A. Burak Bilgin</i>	
KISIM 3	243
Bölüm 1 Endoftalmiler	245
Bölüm 1.1 Ekzojen Endoftalmiler	245
Bölüm 1.1A Postoperatif Endoftalmi	245
<i>Dr. Ziya Kapran</i>	
Bölüm 1.1B Blebit.....	253
<i>Dr. Nilgün Yıldırım</i>	

Bölüm 1.1C Travmatik Endoftalmi	259
<i>Dr. Özcan Kayıkcıoğlu</i>	
Bölüm 1.2 Endojen Endoftalmiler	271
Bölüm 1.2A Fungal Endoftalmiler	271
<i>Dr. Yusuf Akar</i>	
Bölüm 1.2B Bakteriyel Endoftalmiler	279
<i>Dr. Atılım Demirtaş, Dr. Alper Yarangümeli</i>	
Bölüm 2 İntraoküler Maligniteler ve Kansere Bağlı Retinopati	287
Bölüm 2.1 İntraoküler Lenfoma.....	287
<i>Dr. Kaan Gündüz</i>	
Bölüm 2.2 Kansere Bağlı Retinopati	295
<i>Dr. Hayyam Kıratlı</i>	
KISIM 4	305
Bölüm 1 Üveit Komplikasyonları	307
Bölüm 1.1 Ön Segment Komplikasyonları	307
<i>Dr. Volkan Dayanır, Dr. Harun Çakmak</i>	
Bölüm 1.2 Arka Segment Komplikasyonları	317
<i>Dr. Halit Oğuz</i>	
İNDEKS	323

Oftalmolojinin hiçbir alt uzmanlık dalında üveit alanında olduğu kadar geniş tıp bilgisine gerek duyulmamaktadır. Üveitte doğru tanıya ulaşmak için hastaların muayene ve değerlendirilmesinde olduğu kadar uygun tedavi şemasının planlanmasında da tıbbın geniş olarak kavranması gereklidir. Buna bağlı olarak; konusunda deneyimli birçok göz hekimi üveit hastalarının takibini, etyolojinin genellikle belirlenemediği tek atak geçiren akut ön üveit hastası değilse, üstlenmekte tereddüt etmektedir. Bu nedenle Üveit El Kitabı'nın birçok göz hekimi için değerli bir kaynak kitap olacağı düşüncesindeyiz.

Bu kitabın iki editörü üveit alanında tanınmış uzmanlardır. Dr. Levent Akduman, St Louis Üniversitesi'nde yardımcı doçent olarak çalışmaktadır ve üveit alanında yoğun eğitim ve tecrübeye sahip bir vitreoretinal cerrahi uzmandır. Hem Türkiye hem de Amerika'da eğitim görmüş olması üveit konusunda kendisine yoğun bir kişisel tecrübe kazandırmıştır. Dr. Pınar Aydın, Ankara'da oftalmoloji profesörü ve nöro-oftalmoloji doktoru olarak çalışmaktadır. Uluslararası alanda öneme sahip bir nöro-oftalmologtur ve üveit alanında tecrübe sahibidir. Birçok Türkçe kitapta editör olarak veya editörler kurulunda görev almıştır. Spesifik üveit sebeplerinin coğrafik olarak değişmesi nedeniyle, bu kitapta önemli uluslararası katılımcılar bir araya getirilmiştir.

Üveit El Kitabı, yoğun çalışan hekimler için kuramsal ve anlaşılabilir bir düzende hazırlanmıştır. Üveit anatomik ve etyolojik olarak sınıflandırılabilirse de, bir göz hekimi için üveitin ön, intermediate, arka ve panüveit olarak anatomik sınıflandırılması daha kolaydır. Bu kitapta da hastalık gruplarına kolay erişim amacıyla anatomik bölgeler renkli olarak işaretlenmiştir. Her bölüm tipik hastalık prezentasyonunu gösteren kısa bir olgu örneğini takiben klinik bulgular, uygun tanısallık çalışma, ayırıcı tanı, tedavi, prognoz ve ilgili kaynakların yer aldığı 3-5 sayfadan oluşmaktadır.

Üveit El Kitabı orijinal olarak Türk göz hekimleri düşünülerek hazırlanmış olsa da, alt uzmanlık alanlarında çalışan ve üveit ile ilgilenen tüm göz doktorları için önemli bir bilimsel eserdir.

18 Kasım 2006

Prof. Dr. Henry J. Kaplan
Louisville Üniversitesi
Göz Hastalıkları ve Görsel Bilimler Bölümü Başkanı
Kentucky Lions Göz Merkezi Direktörü
Louisville, Kentucky, ABD

Körlüğe neden olan hastalıklar arasında dünyada en sık görülen hastalıklardan birisi üveitdir. Yaşamın ilk dört dekadında göz hastalığı ve görme engelliliğin en önemli nedeni olduğu bildirilmektedir. Aslında üveitin özellikle etkilediği genç bireylerin eğitim, mesleki ve sosyal durumları üzerindeki etkisinin büyüklüğü, yeterince tahmin bile edilememektedir.

Göz içi enflamasyon, sıklıkla göz hekiminin doğru tanı koymasını güçleştirir. Erken tanı ve sonrasındaki tedavi, istenmeyen sonuçların önlenmesi ve işlevsel rehabilitasyon açısından önem taşıdığı için, üveit hastasının özelliği biçimde değerlendirilmesi gereklidir. Sonuca götüren bir anamnez, ayrıntılı göz muayenesi ve amaca yönelik laboratuvar testleri ile üveit hastalarının çoğunda uygun tanı konabilir. Çocuk hekimliği, dermatoloji ve özellikle romatoloji gibi tıbbi disiplinlerle uyumlu çalışma tanı için çok gereklidir. Ek olarak çeşitli tedaviler uygulanan hastaların takibi için de yakın işbirliği gerekli olabilmektedir. Son yıllarda bağışıklık ile ilişkili hastalıklarla ilişkili bilgi ve anlayışta oluşan giderek artan ilerleme birçok yeni tedavi şeklinin oluşmasını sağlamıştır. Bu gelişmeler birçok araştırmacının üveit üzerindeki “sır perdesinin” kaldırılarak sorunun akılcı bir şekilde ele alınması ve spekülasyonlar yerine gerçeklerin konması çabalarını yansıtmaktadır.

Editörlüğünü Levent Akduman ve Pinar Aydın’ın yaptığı bu kitap, göz hastaların tanı ve tedavisi ile ilgili olarak göz hekimlerine pratik bilgiler sağlamaktadır. Üveitin ön-orta-arka ve panüveit şeklindeki sınıflandırma sistemini temel alarak, göz içi enflamasyonların tüm spektrumunu içermektedir. Endoftalmi ve taklit edici sendromlar gibi nadir olgular da kapsam içine alınmıştır. Bireysel olgu örneklerinin temel alındığı pratik bir yaklaşımla, tüm patolojilerin irdelenme çerçevesi yazarlar tarafından çizilmiştir. Göz hekimleri için bu önemli konuda hazırlanan el kitabını ortaya çıkaran bu kitaba katkıda bulunan Türk ve uluslararası tüm yazarlar kutlanmalıdır. Ayrıca bu kitap pediatristler, iç hastalıkları uzmanları ve enflamatuvar göz hastalıkları ile karşılaşan dermatologları da ilgilendirmektedir.

Eminim ki, bu kitap okuyucularını bulacak ve umarım birçok hastanın yarar görmesini sağlayacaktır.

Ocak 2007

Prof. Dr. med. Uwe Pleyer, FEBO

Sevgili Meslektaşlarımız,

Genel olarak üveitler günlük pratiğimizde bizi gerek tanı, gerek etyolojinin saptanması, gerekse uzun tedavisi açısından en çok uğraştıran hastalıkların başında gelmektedir.

Tanı, kimi zaman hastalığın çok erken dönemde olması nedeniyle, kimi zaman aletlerimizin yetersiz olması kimi zaman da polikliniklerimizdeki aşırı yüklenme nedeniyle sıkıntılı olmaktadır.

Etyolojinin saptanması, kimi zaman hastanın öyküsünün alınmasındaki zorluk ya da öyküde ipucu olmaması, kimi zaman laboratuvarlarımızın yeterli olmaması ya da hastalarımızın maddi durumunun bu testlere uygun olmaması, kimi zaman da her ne kadar gelişmiş de olsa hala eksikleri olan modern tıbbın sınırları nedeniyle mümkün olmamaktadır.

Tedavi ise, kimi zaman uzun süreli, yan etkili ve pahalı olması nedeniyle elimizi kolumuzu bağlamaktadır.

Tüm bu zorluklara karşın yine de yapılacak şeyleri daima ve öncelikle öğrenmek arzusu hiç sönmeyen Türk Oftalmoloji camiası için pratik bir el kitabı sunmak üzere yola çıktık. Camiamız meslektaşlarının değerli katkılarının yanı sıra uluslararası yazarlar da size kıymetli katkılarını sundular. Böylece uluslararası yazarlı ve daha da önemlisi Türkçe bir kitap meydana gelmiş oldu. Yararlı bir günboyu arkadaşı olması en içten dileğimiz. Bununla beraber daha önce yazılmış ve daha sonra niceleri yazılacak olan Üveit konulu kitap ve yayınlarına ilginizi arttırabilmeyi de diliyoruz.

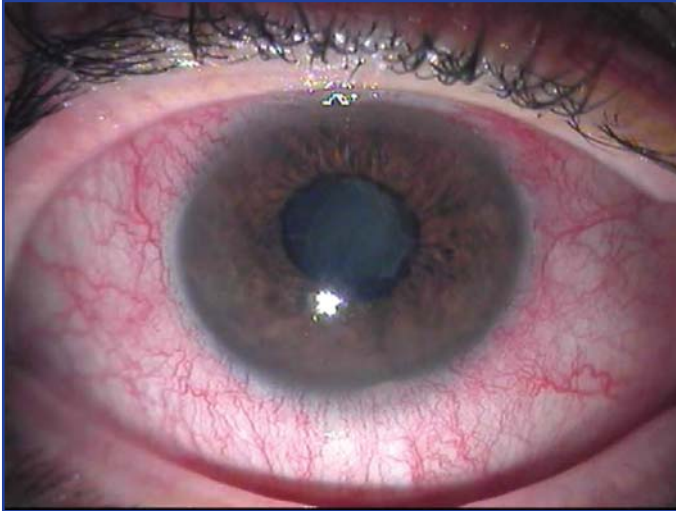
Daha önce de belirttiğimiz gibi bu kitap ne ilk ne de son. Bu uzun yolun kimbilir neresindeyiz!

Saygılarımızla,

Doç. Dr. Levent Akduman
Prof. Dr. Pınar Aydın O'Dwyer

Dr. Haluk Kazakoğlu

Bir göz hekiminin karşısına kırmızı gözlü bir hasta geldiğinde ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklardan biri iridosiklittir. İridosiklit düşünülen bir hastada bulguların topografik değerlendirilmesi yapılmalıdır. Bu değerlendirme konjonktivadan başlar. Biyomikroskopik muayenenin mümkün olmadığı durumlarda bir cep lambası ve lup konjonktival hipereminin ayırıcı tanısında yeterli olabilir. İridosiklit hiperemisi siliyer enjeksiyon şeklinde görülür. Tipik özelliği hipereminin limbustan başlaması ve damarların ışınsal olarak yayılmasıdır (Resim 1). Bu damarlar ön siliyer arterlerin rekürren dallarından oluşurlar ve bu nedenle siliyer enjeksiyon veya derin hiperemi adını alırlar. Topikal vazokonstriktörler bu hiperemiyi gidermezler.



Resim 1. Akut ön üveitli bir gözde siliyer enjeksiyon, hipopiyon ve pupillala alanında fibrin

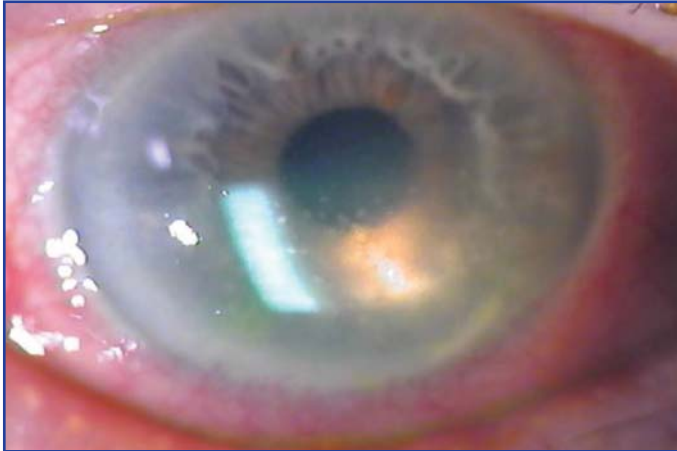
Kornea değerlendirmesi daha fazla dikkat ister. Zira hafif vakalarda kornea tamamen normal olabilir. Daha ileri vakalarda hafif veya orta bir bulanıklık görülebilir. Bu kornea ödeme, keratik presipitatlar veya ön kamara reaksiyonuna bağlı olabilir (Resim 2). Kornea muayenesinde biyomikroskop ışığı endotele netleştirilmeli ve keratik presipitatlar aranmalıdır. Keratik presipitatlar için evvela alt kadrana bakılır. Bundan sonra ön kamara değerlendirilir. Ön kamarada hücre ve protein makromolekülleri aköz sıvısı içinde hareketli olarak görülebilir. Muayenede kullanılacak ışık huzmesinin eni 1 mm, yüksekliği 3 mm olmalı ve ışık ön kamaraya 45 derecelik bir açıyla düşürülmelidir. İris damar permeabilitesinin bozukluğu nedeni ile ön kamaraya geçen proteinler ve hücre ön kamaraya bulanık bir manzara verirler.

MUAYENE BULGULARI

Kornea:

Epitel boyanması veya stromal keratit varlığı herpetik keratoüveite eşlik edebilir. Kornea endotel değişiklikleri (guttata gibi), kronik üveiti takiben görülebilir.

1. Keratik presipitat: Üveitin bütün formlarında görülebilir. Fakat bulundukları yer, şekil, renk ve aktif olup olmadıkları teşhise yardımcı faktörlerdir.
 - a. Yer: Sıcak iris yüzeyinden yükselen materyal soğuk kornea yüzeyinde aşağıya çöker. Bu nedenle çoğunlukla altta bulunurlar. Tüm sahayı kaplamaları Fuchs heterokromik üveitte görülür.



Resim 2. Kornea endotelinde iri keratik presipitatlar ile eşlik eden kornea ödemi ve bulanıklık

- b. Miktar: İridosiklitte çok sayıda bulunurlar. Kronik granülo-matöz iridosiklit ve Fuchs'ta aynı şekildedir. Posner-Schlossman'da tek tük görülürler. Başarılı tedaviden sonra kaybolurlar.
 - c. Şekil ve büyüklük: Akut iridosiklitte küçük, granülo-matöz iridosiklitte büyük, kirli beyaz ve yuvarlak olurlar ("mut-ton-fat") (koyun yağı) (Resim 2). Ağır kronik vakalarda bir-leşebilirler. Fuchs'ta yıldız şekli alırlar. Koyun yağı şekli his-tolojik tarif değildir ve granülo-matöz üveite işaret etmesi de şart değildir. Yine de görüldüklerinde sarkoidoz düşünül-melidir.
 - d. Renk ve aktiflik: Aktif iltihaba eşlik edenler opak olurlar. Fakat çoğu tedavi sonrası izlerini bırakıp kaybolurlar. İzleri uveal pigment pigment şeklinde veya granüler yapı olarak kalabilir.
2. Band keratopati: Kronik iridosiklitlerde Bowman membranı se-viyesinde kalsiyum bileşiklerinin oturmasıdır (Resim 3). Başlıca juvenil idiyopatik artritte görülür.

Ön Kamara:

Normalde hücre görülmez. İris ve siliyer cisim enflamasyonda eks-trasellüler sıvıya hücre geçişi olur. Sağlam gözde özellikle midriya-zis sonrası 1-2 hücre görülebilir, fakat çok sayıda hücre görülmesi anormal bir durumdur. Normalde aköz protein seviyesi 10 mg/100ml'dir. İnflame gözde uvea damarlarından sızan protein flare denilen aköz bulanıklığına yol açar. Flöresein damlatılmasın-dan sonra ön kamara görüntüsü bulanık intibai verebilir. Bu neden-



Resim 3. Band keratopati, seklüzyo pupillala ve komplike katarakt

le ön kamara muayenesi göz içi basıncı ölçümü öncesinde yapılmalıdır.

Kronik üveitlerde kan-aköz bariyerinin kalıcı bozukluğuna bağlı olarak topikal steroidlere cevap vermeyen bir bulanıklık sebat edebilir. Bu durumlarda bu görüntü bir enflamasyon aktivitesine işaret etmez (juvenil idyopatik artritlerde olduğu gibi). Bazı üveit tabloları (HLA-B27 ile ilişkili üveit gibi) ağır kan-aköz bariyeri yıkımı sonucu aşırı plazma proteini sızıntısı gösterirler. Aköz plazmoid bir hal alır. Ayrıca fibrinojenin fibrine dönüşmesi sonucu fibrin yapıları görülebilir ve posterior sineşi ortaya çıkar (Resim 1). Eğer ön kamara sıvısında protein sızıntısı az, buna mukabil hücre fazla ise fibrin yokluğunda hücreler çökerek hipopiyon yaparlar. Fibrin yokluğunda bu hipopiyonun hareketli olduğu görülebilir. Behçet ve HLA-B27 üveiti hipopiyonun görüldüğü başlıca hastalıklardır.

İris:

Akut iltihaplarda yapısal değişiklik görülmez. Bazen sıvı ve protein sızıntısı iris stromasında kabalaşmaya yol açar. Çok ağır iridosiklitlerde nadiren hifema görülebilir.

Mekanik nedenlerle pupilla reaksiyonu tembellenebilir. Pupilla miyotik olmaya eğilimlidir. Muntazam yuvarlak veya çentikli olabilir. Gayrimuntazam bir pupillala hastanın daha önce geçirdiği bir iridosiklitin komplikasyonudur. Başka bir neden yoksa (geçirilmiş intraoküler cerrahi gibi) muhakkak geçirilmiş iridosiklit düşünülmelidir. Pupilla çapının konjonktivitte etkilenmediği, akut glokom krizinde middilate ve hareketsiz olduğu unutulmamalıdır.

İridosiklit esnasında iriste genel veya yama şeklinde bir atrofi görülebilir. Fuchs heterokromik üveiti ve daha hafif olarak Posner-Schlossman ve intermediyer üveit bunlara örnektir. Heterokrominin tespiti irisin kendi rengine bağlıdır. Açık renk irislerde renk değişikliği olmaksızın atrofi görülebilir. Heterokromide atrofi yaygındır. İriste stromal atrofi kronik üveitli gözlerin çoğunda görülür. Transillüminasyon defektlerine rastlanabilir (Sifiliz). Tüm iris tabakalarında sektör atrofisi herpes zoster üveitinin özelliğidir ve sfinkter denervasyonu asimetric miyozise yol açabilir. Herpes simplekse bağlı üveitte atrofi yama şeklinde olmakla beraber her iki etiolojide ikisi de görülebilir.

İriste nodüller lezyonlara nadir rastlanır, fakat rastlandığında teşhis önemleri yüksektir. İris yüzeyinde olanlar mezodermal Busacca nodülleri, sfinkterde olanlar ektodermal Koeppe nodülleri olarak adlandırılırlarsa da morfolojik olarak bunları ayırmak güçtür. İris nodülleri Fuchs heterokromik üveitinde uzun yıllar sebat edebilir. Bunun dışında sarkoidoz, sempatik oftalmi, Vogt-Kayana-gi-Harada sendromu, lense bağlı üveit, tüberküloz, sifiliz üveitlerinde de görülebilirler. Nadir olarak iris yüzeyinde kristal parlaklığında lezyonlar örülebilir. Bunları aktive plazma hücrelerinin yap-

tığı kabul edilir. İris incileri lepra için patognomoniktir.

İris damarlarının kalınlaşması rubeozis ile karışabilirler. Rubeozis arka segment iskemisi olmaksızın kronik iridosiklitlerde de görülebilir.

Akut veya kronik ön üveitte iris-lens ön kapsülünün yapışıklıklarına oldukça sık rastlanır. Bunlara arka yapışıklık (posterior sineşi) adı verilir. Posterior sineşilerin midriyatikler ile koptuğu yerlerde lens üzerinde iris pigmenti görülür. Eğer posterior sineşi tüm sfinkter çevresini içine alacak şekilde 360 derece olursa o zaman seklüzyo pupillala (Resim 3), buna ek olarak pupilla sahasında iltihabi membran mevcudiyetinde oklüzyo pupillala adını alırlar. Bu nedenle bu komplikasyonların oluşmasını engellemede erken ve yeterli midriyazis çok önemlidir. Zira gerek seklüzyo gerek oklüzyo pupilla bloğu yaparak ön kamarayı daraltır, iris bombe tablosu görülebilir ve açıyı kapatarak glokoma yol açabilirler.

İridosiklitlerde göz içi basıncı değişik seyir gösterebilir. Göz içi basıncı seviyesi siliyer cisim fonksiyonuna bağlıdır. Aköz sekresyonunun iltihabın siklit komponenti dolayısı ile azaldığı durumlarda göz içi basıncı yükselmez. Göz hipotonik olabilir. Akut dönemde göz içi basıncı yükselmesi ya trabeküler ağın ön kamaradaki hücreler ile blokajı ya da hastanın steroid hassasiyeti dolayısı ile ortaya çıkabilir. Steroid tedavisinin siliyer cisim iltihabını baskılayarak sekresyonu normale çevirmesi de göz içi basıncı yükselmesine neden olabilir. Kronik dönemdeki göz içi basıncı yükselmeleri trabeküler endotel hücrelerinin aşırı fagositoz nedeni ile tahrip olması sonucu ortaya çıkar.

Açı:

Üveite sekonder glokomun tanınmasında gonyoskopik muayene önem taşır. Periferik ön sineşiler veya açıda rubeozisi ancak gonyoskopi ile tespit edebiliriz. Açıda rubeozis Fuchs heterokromik üveiti için tanı koydurucu bir bulgudur.

Lens:

Katarakt üveitte kronik iltihap veya steroid tedavisi sonucu ortaya çıkar. Çoğunlukla posterior subkapsüler opasiteler olarak başlarlar. Cerrahisinde gözün sakin olması ve matür veya hipermatür kataraktlarda fakodonezis olup olmadığı araştırılmalıdır.

Vitreus:

Siliyer cisim, retina veya koroidin enflamasyonu iltihabi hücrelerin vitreusa geçişine yol açar. Vitreus yapısı dolayısı ile hücre yayılmasına sınır koyacağından yoğunluk iltihabi odak etrafında fazladır. Akut iltihaplarda hücreler vitreusda birleşmeksizin yer alırken kronik iltihaplarda kümeler oluştururlar ve kartopu şeklini alabilirler. İntermediyer üveitte daha ziyade alt kadranda görülürler. Kartopu

yapmayan küçük preretinal kümeler çoğunlukla sarkoidoz üveitinde görülürler. Bazı hastalarda ön vitreusda pigmentli hücrelere rastlanır. Bunların kaynağı enflame siliyer cisimdir ve muhakkak bir retina yırtığı olması gerekmez. Vitreus aköz gibi flare gösterebilir. Fakat burada ön kamarada olduğu gibi muhakkak aktif bir iltihap olması gerekli değildir. Kronik enflamasyonda toplanmış dö-küntüler de olabilir.

Posterior vitreus dekolmanı arka tutulumu olan üveitlerde daha erken yaşlarda görülür. Vitreus kondensasyonları nodal noktaya yakın olurlarsa görme problemlerine yol açıp yanlışlıkla üveitin kötüleşmesi şeklinde yorumlanabilirler.

Optik disk:

Optik diskte diğer üveit bulguları olmaksızın enflamasyon gözlenebilir. Papillit, papilödem, disk neovaskülarizasyonu ve çukurlaşma (cupping) görülebilir. Sarkoidoz ve lösemi optik disk dokusunu infiltre ederek papillit benzeri manzara gösterebilirler.

KAYNAKLAR

- Foster CS and Vitale AT: Diagnosis and treatment of uveitis. Saunders Company, Philadelphia 2002.
- Forster DJ: General approach to the uveitis patient and treatment strategies. Yanoff M, Duker J (Ed), Ophthalmology. Mosby s.3.1-3.6, 1993.
- Jones NP: Uveitis. Butterworth-Heinemann, Oxford, s.19-33, 1998.
- Kanski JJ: Clinical Ophthalmology. Uveitis. Butterworth, 6.1-6.27, 1984.
- Nussenblatt RD, Palestine AG: Uveitis, Fundamentals and clinical practice. Year Book Medical Publishers, Inc, s:59-80, 1989.
- Ophthalmology Clinics of North America. Nozik R, Michelson J (Davetli Ed), WB Saunders Company, Philadelphia 6(1), 1993.
- Rao N, Forster DJ, Augsburg JJ: The Uvea. Gower Medical Publishing, New York Bölüm 2, 1992.
- Tessler HH: Uveitis. İçinde: Principles and practice of ophthalmology, Peyman GA, Sanders DR, Goldbert MF. (Eds) WB Saunders, Philadelphia, s:1554-1562, 1980.