

- ÜVEİT
- Sadece uveayı değil, komşuluğunda bulunan yapıları da tutan bir çok göz içi enflamasyon formunu tanımlamak için kullanılır.

- ANATOMİ

- Uvea gözün pigmente vasküler orta tabakası

- 3 kısım:

- a) İris: *ön yüzeysel tabaka

- *stroma

- *posterior tabaka

- b) Silier cisim: *önde pars plikata;

- *arkada pars plana

- c) Koroid

- Bazı terimler

- **Endoftalmi** : Göziçi dokuların iltihaplanması (sklera olaya katılmaz)

- **Panoftalmi** : Orbita dokularını da içine alan göz dokuları iltihaplanması.

- **Panüveit** : Tüm uvea dokusunu içine alan iltihaplanma.

- **Vitritis** : Vitre içinin uvea dokusundan kaynaklanan inflamatuvar hücrelerce infiltrasyonu.

- Anatomik Sınıflandırma

- **Anterior üveit**: İritis (sadece iris tutulumu) ve iridosiklitis (iris ve pars plikata'nın tutulumu) şeklindedir.

- **İntermedier üveit**: Pars plana, retina ve koroidin en uç noktalarının inflamasyonu şeklindedir.

- **Posterior Üveit**: Vitreus tabanının arka sınırının gerisinde yerleşmiş inflamasyon şeklindedir.

- **Panüveit**: Üveal traktusun totalinin tutulmasıdır

- Klinik Sınıflama:

Üveitler ortaya çıkış biçimlerine göre akut veya kronik olabilirler.

1. Akut Üveit: Ani ve semptomatik başlangıç gösterir. 6-8 hafta veya daha az sürer. Nüksler olursa *Rekürren akut üveit* adını alır.

2. Kronik üveit: Sıklıkla 'asemptomatiktir' ve 'sinsidir'. Akut ve subakut alevlenmeler şeklinde de gözlenebilir

■ Klinik Sınıflama:

Üveit başlangıcı aniyse ve kendi kendini sınırlıyorsa

AKUT

Üveit atakları arasındaki süre ≥ 3 ay ise

REKÜRREN

Tedavi kesildikten sonra üveitin < 3 ay sürede tekrar relaps görülüyorsa

KRONİK

Am J Ophthalmol 2005;140(509-516)

The standardization of uveitis nomenclature(SUN)

■ Etiyolojik Sınıflama

1-Eksojen Üveit: Ekstresek etkenlere bağlı oluşan inflamasyon (travma, mikroorganizmalar, diğer ajanlar)

2-Endojen Üveit: İntrensek etkenlere bağlı oluşan inflamasyondur;

- Bir sistemik hastalık ile birlikte bulunanlar (sarkoidoz vs.).
- İnfektif ajanlara bağlı gelişenler (tbc, funguslar, virüsler, protozoonlar, parazitler).
- İdyopatik spesifik üveitler. (Fucs'un üveit sendromu gibi)
- İdyopatik nonspesifik üveitler: Hiçbir kategoriye ilave edilemezler. Tüm üveitlerin %25 kadarı bu şekildedir.

■ Üveitin aktivitesi:

■ **İnaktif üveit:** Enflamasyon tamamen baskılanmışsa

■ **Remisyon:**

- Tedaviyle hastalığın inaktif olması
- Tedavi kesildikten sonra inaktif hastalık
- Tedavi kesildikten belli bir süre sonra inaktif hastalık (Örneğin, ilerleyen yaş ile hastalığın remisyonuna girmesi)

■ **Devam eden üveit:**

- Kötüleşen aktivite
- İyileşen aktivite

Ön kamarada hücre

- Ön Üveitler
- 'iritis' veya 'iridosiklitis' şeklinde karşımıza çıkar.

1-Akut ön üveitler: 6-8 haftadan daha kısa süren üveitlerdir.

2-Kronik ön üveitler: Daha uzun süreli veya tekrarlayan ön üveitlerdir

- Ön Üveitler
- Ön üveitler klinikte göz doktorlarının en sık rastladığı üveitlerdir.
- Yalnızca gözün ön segmentini ilgilendiren bir hastalık olarak karşımıza çıkabilse de, kimi zaman gözün arka segmentini ilgilendiren bir hastalığın uzantısı olarak da karşımıza çıkabilmektedir.

■ Ön Üveitler

Belirtiler:

1- Fotofobi

2- Göz ağrısı

3- Kırmızı göz

4- Görsel işlevlerde değişen ölçülerde azalma

5- Lakrimasyon

- Bulgular
- **a)** Silier enjeksiyon (perilimbal bölgede yoğunlaşan hiperemi)
- **b)** Keratik presipitatlar: KP ler (kornea arkası değişen boyutlardaki birikintiler)

c) Aközde iltihabi hücreler (Tyndall efekti: ön kamarada damar dışına çıkan iltihabi hücreler

- **d)** Hipopiyon: İltihapla oluşan hücrelerin aközde yoğunlaşarak oluşturdukları açık renkli çökelek
- Silier enjeksiyon
- Keratik presipitatlar
- Aközde iltihabi hücreler (Tyndall efekti)
- Bulgular
- **e)** Aköz flare (damar dışına çıkan protein yapısındaki maddelerin aközde oluşturdukları kamçımsı mikro-yapılar)

- **f)** İris nodülleri (Köppe ve Busacca nodülleri)
- **g)** İris atrofisi (Herpes simpleks ve zoster üveitleri, Fuchs heterokromik siklitinde)
- **h)** Rubeosis iridis (irisin patolojik neovaskülarizasyonu)
- Aköz Flare
- Bulgular
- **i)** Arka sineşiler (lens ön yüzü ile irisin inflamasyon sırasında oluşan yapışıklıklar)
- **j)** Ön vitrede iltihabi hücreler
- **k)** Kistoid maküla ödemi
- **l)** Ön ve arka segment tümörleri basit bir ön üveitle kendilerini gösterebilirler
- Koeppe nodülleri
- Busacca nodülleri
- Sineşi
- Tomato iris
- **İNTERMEDİYER ÜVEİTLER**

Belirtiler:

- 1- Göz içinde yüzen cisimler görme
- 2- Görme keskinliğinde azalma (kistoid maküla ödemine bağlı)
- Bulgular
- a) Vitritis
- b) Ön kamarada az sayıda iltihabi hücre
- c) Hafif periferik retinal periflebit
- d) Pars planitte: Alt pars planada gri-beyaz eksüdatif plak, karlanma
- e) Kartopu şeklinde jelatinöz vitre içi eksüdatları
- **POSTERİOR (ARKA) ÜVEİTLER**

Belirtiler

- 1- Yüzen cisimler görme

- 2- Görsel işlevlerde azalma
- Bulgular
- a) Vitre opasiteleri
- b) Vitrede flare
- c) Koroidit, koryoretinit, retinokoroidit (fokal ya da jeneralize)
- d) Vaskülit (genelde retinal ven tutulumu: periflebit)
- Bulgular

e) Neovaskülarizasyonlar; retinal, koroidal, koryoretinal (ör.sarkoidoz) vitre içi hemorajiler

f) Eksüdatif retina dekolmanı (ör. Vogt-Koyanagi-Harada hast.) nadiren yırtıklı, traksiyonel dekolman

g) Optik atrofi, optik nöropati, optik disk ödemi, optik granüloma.

- Taze ve skar halindeki lezyonlar
- Klasik toksoplazma koryoretiniti
- Vaskülit
- Üveit ve Birliktelikleri
- wArtritlerle Birlikte Bulunan Üveitler
- wNoninfeksiyöz Sistemik Hastalıklardaki Üveitler
- wKronik Sistemik İnfeksiyonlardaki Üveitler
- wViral Üveitler
- wFungal Üveitler
- *ARTRİTLERLE BİRLİKTE BULUNAN ÜVEİTLER*
- **Spondiloartropatiler:** Bu grup genel olarak HLA B-27 (+) tir.
- w Ankilozan Spondilit
- w Reiter Sendromu
- w Psöriatik Artrit
- w Juvenil Romatoid Artrit (JRA)
- w Tekrarlayan (Relapsing) Polikondrit
- **Ankilozan Spondilit:**

- Sakroiliak eklemleri ve aksiyal iskeleti tutan bir spondloartropatidir.
- Bazı vakalarda akut iritis ilk bulguyu teşkil eder.
- Tek taraflı akut iritisi bulunan bütün genç erkeklerin –aşağı bel nahiyesi semptomları olup olmamasına bakılmaksızın – sakroiliak eklem grafilerinin alınması gerekmektedir.
- HLA B-27 ankilozan spondilit ve akut iritis ile güçlü bir biçimde bağlantılı bulunmaktadır.
- Her iki göz nadiren aynı anda tutulur. Genellikle tek tek tutulurlar. Uzun vadede görme prognozu iyidir.
- **Reiter Sendromu:**
- Üretrit veya servisit ile beraber meydana gelen ve bir aydan uzun süren periferik artrit episodları ile karakterizedir.
- Hastalarda görülen en sık göz problemi **konjonktivit**dir. Bilateral ve mukopürülan vasıftadır. Çoğunlukla 7-10 gün içinde kendiliğinden iyileşir ve tedaviye ihtiyaç göstermez.
- Akut iritis hastaların yaklaşık 20% sinde ortaya çıkar.
- Keratit tek başına ya da konjonktivit eşliğinde bulunabilir.
- Geçici ağrısız oral aftlar, Achilles tendoniti veya plantar fasciitis, , idrarda yanma , glans peniste eritematöz lezyon (sirsine balanitis) el-ayak tabanlarında plak tarzında lezyonlar (keratoderma blenorrhagica)
- **Psöriatik Artrit:**
- Psöriatik artrit psöriazisli hastaların takriben 7% sini etkiler. Artrit tipik olarak distal interfalangeal eklemlerin tutulumu en sık olarak görülen tiptir.
- Konjonktivit vakaların yaklaşık 20% sinde bulunur.
- Akut iritis görülebilir ancak ankilozan spondilit ve reiterdekine nazaran nadirdir.
- Keratit ve sekonder Sjögren sendromu meydana gelebilir.
- Oligoartiküler simetrik periferik artrit (özellikle DİF)
Ciltte psöriatik plaklar, tırnaklarda iğne deliği deformiteleri
- **Juvenil Romatoid Artrit (JRA)**
- JRA on altı yaşın altında çocuklarda meydana gelen asgari üç aylık bir seyir gösteren nadir bulunan idiyopatik enflamatuar bir artrittir.
- Oligoartriküler, poliartriküler ve sistemik başlangıçlı olarak üç grupta incelenebilir.
- % 50-60'ı oligoartriküler tiptedir. Üveit en sık bu gruptadır (%20).

Çocuklarda nongranülomatöz ön üveit varlığında

- ❑ JRA hikayesi sorgulanmalıdır.
 - Hipopyon ve yaygın sineşi gibi şiddetli üveit bulguları olsa bile çocuk asemptomatik olabilir.
 - JRA lı hastalarda ANA %70 oranında pozitifdir.
- ❑ Daha büyük çocuklarda HLA B27 üveiti olabilir.
- ❑ Pars planitli çocuklarda özellikle dikkatli bir arka segment değerlendirmesi yapılmadıysa yanlışlıkla ön üveit !!!

■ **NONİNFEKSİYÖZ SİSTEMİK HASTALIKLARLA BİRLİKTE BULUNAN ÜVEİTLER**

- Sarkoidozis
- Behçet Hastalığı
- Vogt-Koyanagi-Harada
- İnflamatuvar Barsak Hastalıkları
- Nefritler
- **Sarkoidoz:**
 - Vücuttaki neredeyse her organı etkileyebilen, kazeifikasyon yapmayan granülomla karakterize yaygın bulunan idyopatik bir multisistem hastalığıdır.
 - Vakaların %90'ında akciğer tutulur.
 - En önemli okuler bulgularından birisi **Keratokonjonktivitis sicca**dır.
- **Akut iridosiklit ve kronik iridosiklit**
 - Vitreus değişiklikleri ya **diffüz vitritis , pamuk yumağı tarzında opasiteler .**
 - **Periflebit** arka segment sarkoidozunun en sık rastlanan bulgusudur.
- **Behçet Hastalığı:**
 - Tipik olarak Doğu Akdeniz havzası ve Japonya'da genç erkekleri etkileyen HLA B51 prevalansının yüksek olduğu, orogenital ülserasyon ve cilt ve vasküler lezyonlarla karakterize bir multisistem hastalığıdır.
 - **Akut rekürren iridosiklit**, geçici bir **hipopiyon** ile birlikte bulunabilir ve yaygın olarak görülür.
 - **Retinit**, beyaz nekrotik yüzeysel retina infiltratları ile karakterize olup sistemik hastalığın aktif safhası esnasında görülebilmektedir.
 - **Tıkayıcı retinal periflebit** ve fundus boyunca diffüz sızıntı görülebilmektedir.
 - Ağır ve sebat edici tabiata sahip olabilen **vitritis**

- Oral ağrılı rekürren mukozal aftlar + (% 100) → ilk bulgu
- Genital ağrılı ülserasyonlar % 90
- Cilt lezyonları: E.nodosum, dermografizm, gezici tromboflebit
- LAB: Paterji testi: İğne ile pikür sonrası püstül oluşumu,
- HLA B51(+)
- Tanı için; ağrılı oral aftlar şart! + hipopyonlu ön üveit veya genital ülserasyonlar
- DERMATOLOJİ Konsültasyonu + Fundus bulguları
- **Vogt Koyanagi Harada Sendromu:**
- Tipik olarak pigmentli bireyleri etkileyen bir idyopatik multisistem hastalığıdır.
- Multifokal koroidit, sensoryel retinadaki multifokal ayrışmalar, eksüdatif retina dekolmanı diğer göz bulgularını teşkil eder.
- **İnflamatuvar Barsak Hastalıkları:**
- Ülseratif kolit, Crohn Hastalığı ve Whipple hastalığında akut iridosiklit % 3-5 oranında görülebilmektedir.
- **Nefrit:**
- Tübüloinretstisyel nefrit ve üveit böbreğe bağlı olarak ortaya çıkan ve genellikle antibiyotik veya NSAİD gibi ilaçlara karşı gelişen bir aşırı hassasiyet reaksiyonudur.
- **KRONİK İNFEKSİYÖZ HASTALIKLARDAKİ ÜVEİTLER**
- **AIDS:**
- AIDS'li hastalarda göz kapaklarında molloscum contagiosum, yine göz kapağı ve konjonktivada kaposi sarkomuna yatkınlık vardır.
- Aids hastalarında Herpes zoster oftalmikus daha ağır seyreder.
- Retinal mikroanjiyopati AIDS hastalarının % 60'ında meydana gelir.
- AIDS hastalarında Sitomegaloviruse yatkınlık nedeniyle CMV retiniti sık görülür.
- **TOKSOPLAZMA**
- Toksoplazma gondii mecburi bir hücre içi protozoondur.
- Parazit, sporokist halinde kedi dışkısıyla atılır. Bradizoit halinde kist şeklinde dokuda bulunur. Tachyzoite parazitin proliferen olan doku hasarı ve inflamasyondan sorumlu olan formudur.
- **Toksoplazma retiniti en sık görülen infeksiyöz retinit** sebebini teşkil eder.

- Hastalık üç önemli klinikle seyreder.
- - İridosiklit
- - Unifokal nekrotizan retinit
- - Papillit
- Tedavide sistemik steroidler, klindamisin, sülfonamidler, pyrimethamine, kotrimaksazol, azitromisin, kullanılır.
- Toksoplazmozis
- **TOKSOKARYAZİS**
- Toksokaryazis, köpeklerde bulunan Toksocara canis adlı sıradan bir intestinal askarisin sebep olduğu bir infestasyondur.
- İnsanlardaki infestasyon köpek dışkılarıyla atılan ovumlarla kontamine olmuş toprak veya gıdaların kazara yenilmesiyle vuku bulur.
- Visseral larva migrans genellikle iki yaşlarında ortaya çıkan ağır bir sistemik infestasyon nedeniyle ortaya çıkar. Hafif ateş, hepatosplenomegali, pnömoni, konvülsiyonlar görülür.
- Okuler toksokaryazis, visseral larva migranstan çok farklıdır. Bu hastalıkta en yaygın bulunan üç okuler lezyon;
- - Kronik endoftalmiyi andıran tablo
- - Arka kutup granülomu
- - Periferik granülomdur.
- *Unilateral görme kaybı
- *köpeklerle temas!!!
- *Kronik endoftalmi (+ anterior üveit, vitritis)
- *Arka kutup granülomu (makula ve çevresinde 1-2 OD çapında)
- *Periferik granülom + vitreus bantları + traksiyonel retina dekolmanı
- **VİRAL ÜVEİTLER**
- Viral üveitler içinde en göze çarpanlar, herpes zoster iritisi ve konjenital rubelladır.
- Herpes zoster iritisinin iris atrofisi, sekonder glokom ve sekonder katarakt gibi komplikasyonları vardır.
- Konjenital rubellada ise retinopati
- (makulada tuz biber manzarası), katarakt, mikroftalmus, glokom görülür.
- Üveitte hastaların görmesi neden düşer?

- Yoğun Vitritis
- Arka kutupta retinal vaskülit ve koryoretinal infiltrasyon
- Makulopati (sıklıkla ödem)
- Optik nöropati
- Görmeyi tehdit eden enflamasyonda agresif tedavi gerekir:
 - Papillit
 - Behçet hastalığında arka segmentte santral tutulum
 - Foveayı tehdit eden koroidit ve vaskülitler
 - İntermediate üveitlerde kistoid makula ödemi
 - KNVM gelişen arka üveitler
 - VKH'da seröz dekolman
- **Öncelikli olarak**
- **ENFEKSİYÖZ /NONENFEKSİYÖZ** ayrımı
- **Üveitlerde Tedavi Prensipleri**
- Üveitte kullanılan ilaçlar:
 - **A) Midriyatikler**
 - **B) Steroidler**
 - C) Diğer İmmünosüpressifler
- Üveitte tedavi prensipleri

Midriyatikler: Topik atropin %1, siklopentolat %2

- 1- Gözde rahatlama sağlar,
- 2- Arka sineşileri oluşumunu engeller,
- 3- Önceden oluşmuş sineşileri koparır
- Üveitte tedavi prensipleri

Steroidler:

- Deksametazon, prednizolon ve diğer topik, perioküler, sistemik olarak kullanılabilirler.

- Üveit tedavisinde temel ilaçtır.
- Basit ön üveitlerde öncelikli olarak topik preparatlar günde 4-12 defa uygulanırken ağır seyirli ön üveitlerde ve hafif arka üveit hecmelerinde bu tedaviye perioküler steroid enjeksiyonları (subkonjonktival, subtenon) eklenebilir.
- Ciddi arka üveitlerin tedavisinde ise aynı tedaviye ek olarak ya da yalnızca sistemik steroidlerden yararlanır.
- Bu tedavinin de yetmediği oküler tutulumlu Behçet Hastalığı gibi olgularda ise var olan lokal ve sistemik tedaviye siklosporin, azatioprin yada **diğer immünosüpresiflerden** biri ya da bir kaçını ilave edilebilmektedir
- Üveitte tedavi prensipleri

Hangi immünosüpresif ajanı seçeceğiz?

- Öncelikle yan etkisi en az olan hafif ilaçlarla başlanır
- Üveitte tedavi prensipleri
- Üveitte tedavi prensipleri
- Üveitte tedavi prensipleri

Çocukluk çağı üveitleri (Pars planit, JRA):

- Çocuklarda uzun yaşam beklentisi mevcut.
- Siklosporin, kreatinin düzeylerini erken dönemde etkilemese bile bu hastalarda böbreklerde mikroskopik düzeyde bozukluklar gösterilmiş.
- İmmünosüpresif tedaviye başlamadan önce;
 - Hemogram
 - Akciğer PA
 - Kan basıncı takibi
 - Tam idrar tahlilleri
 - Karaciğer enzimleri, hepatit serolojisi
 - Böbrek fonksiyon testleri
 - PPD
- Bu test sonuçlarına göre immünosüpresif tedavi modifiye edilebilir.
 - Renal fonksiyonu bozuk hastalarda siklosporin verilmemeli
 - Hepatik disfonksiyonu olan hastalarda MTX veya azatioprin verilmemeli

