

Sarkoidoz Üveitinde Klinik Özellikler ve Bulgular

Mehmet Çırak (*), Murat Serkan Songur (**), Emel Soykan (*), Nilüfer Berker (*), Orhan Zilelioglu (***)

ÖZET

Amaç: Sarkoidoz üveiti tanı alan olguların cinsiyet, yaş, takip süresi, atak sayısı ve eflilik eden göz muayene bulgularını incelemek.

Gereç ve Yöntem: 1999-2006 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Sarkoidoz üveiti tanı alan ve üvea kliniginde takip altına alınan 21 olgu retrospektif olarak incelendi. Olguların baflangıç ve takip muayenelerinde görme degerleri, göz içi basıncı degerleri, biyomikroskopi bulguları ve pupil dilatasyonu sonrası göz dibi muayenesini içeren tüm göz muayene bulguları değerlendirildi.

Bulgular: Takip edilen olguların 15'i kadın (% 71,42), 6'sı erkekti (%28,57). Hastaların ortalama yaşları 44,9 yıl (18-63 yıl) idi. Olguların ortalama tanı süreleri 4,34 yıl (1-10 yıl) idi. Takip süreleri ise ortalama 3,64 yıl (1-9 yıl) idi. Toplam yirmi bir hastanın 29 gözü tutulmuştu. On üç hastada tek taraflı, 8 hastada iki taraflı göz tutulumu mevcuttu. Toplam yirmi dokuz gözün 16'sında (%55,17) ön üveit, 3'ünde (%10,34) arka üveit, 10'unda (%34,48) panüveit mevcuttu.

Ön segment bulgusu olarak 15 gözde (%51,72) keratik presipitat, 14 gözde (%48,27) katarakt, 9 gözde (%31,03) arka sinefli ve 2 gözde (%6,89) seklüzyo pupilla, 2 gözde (%6,89) arka kapsül opasifikasyonu ve 1 gözde (%3,44) bant keratopati belirlendi. Arka segment bulgusu olarak ise 6 gözde vitreus kondansasyonu (%20,68), 5 gözde optik atrofi (%17,24), 2 gözde kistik maküla ödemi (%6,89), 2 gözde retinal periflebit (%6,89) ve 1 gözde retinal granülom (%3,44) saptandı.

Sonuç: Keratik presipitat, Sarkoidoz üveitinde en sık görülen ön segment komplikasyonudur. Optik atrofi, en sık görülen arka segment komplikasyonudur. En önemli görme kaybı arka segment tutulumu sonucu ortaya çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, Üveit

SUMMARY

Clinical Features and Signs in Sarcoidosis Uveitis

Purpose: To investigate the sexuality, age, follow up time, mean frequency of uveitis and accompanying eye examination findings of cases that were diagnosed as sarcoidosis uveitis.

Material and Method: From 1999 to the 2006, 21 patients with sarcoidosis uveitis in SB Ankara Ulucanlar Eye Education and Research Hospital Uvea Clinic were involved in this study retrospectively. A complete ophthalmological examination including visual acuity, applanation tonometry, biomicroscopic examination findings, and dilated examination of the posterior segment was evaluated in first examination and follow-up period.

(*) Uzm. Dr., SB Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Göz Kliniği

(**) Asist. Dr., SB Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Göz Kliniği

(***) Klinik fiefi, SB Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Göz Kliniği

Yazışma adresi: Mehmet Çırak (MD), Fakülteler Mah. Yazgan Sk. No: 34/12
06590 Cebeci/Ankara E-posta: mcitirik@hotmail.com

Mecmuaya Geliş Tarihi: 05.11.2007
Düzeltilmeden Geliş Tarihi: 23.01.2008
Kabul Tarihi: 08.02.2008

Results: 15 women (71.42%) and 6 men (28.57%) were available for follow up evaluation. The average age of patients was 44.9 years (18-63 years). Mean time of diagnosis of cases was 4.34 years (1-10 years). Mean follow up period was 3.64 years (1-9 years). Twenty-nine eyes of 21 patients were involved. Thirteen patients had unilateral, and 8 patients had bilateral involvement. At the onset of the follow up, anterior uveitis, posterior uveitis and panuveitis were determined in 16 (55.17%), 3 (10.34%), and 10 (34.48%) of 29 eyes respectively.

Sequel keratic precipitates in 15 eyes (51.72%), cataract in 14 eyes (48.27%), posterior synechiae in 9 eyes (31.03%), seclusio pupilla in 2 eyes (6.89%), posterior capsular opacification in 2 eyes (6.89%), and band keratopathy in 1 eye (3.44%) were found as anterior segment findings. Vitreous condensation in 6 eyes (20.68%), optic atrophy in 5 eyes (17.24%), cystoid macular edema in 2 eyes (6.89%), retinal periphlebitis in 2 eyes (6.89%), and retinal granuloma in 1 eye (3.44%) were found as posterior segment findings.

Conclusion: Keratic precipitate was the most common anterior segment complication in sarcoidosis uveitis. Optic atrophy was the most common posterior segment complication. Posterior segment inflammation was the most serious cause of visual loss.

Key Words: Sarcoidosis, uveitis

GİRİŞ

Sarkoidoz, sıklıkla genç erişkinlerde görülen genellikle hiler lenfadenomegali, akciğer parankim tutulumu, göz ve deri lezyonları ile ortaya çıkan etyolojisi bilinmeyen multisistemik granümatöz bir hastalıktır (1). Özellikle 20-40 yaşları arasında ortaya çıkmaktadır. Olguların yaklaşık %50'si tanı konduğunda belirtisizdir. Belirti olanlarda da halsizlik, kilo kaybı ve hafif ateşi gibi tipik olmayan yakınmalar çoğunluktadır. Klinik bulgular ve belirtiler, tipik organ tutulumları ile paralel olarak değişmektedir. Sarkoidozun akciğer dışı tutulumları içinde en sık rastlanılan deri ve yumuşak doku lezyonlarıdır. Bunu göz ve sinir sistemi tutulumu izlemektedir (2).

Sarkoidozda göz bulguları en önemli komplikasyonlardan birini oluşturmaktadır. Granümatöz iltihap gözdeki tüm yapıları tutabilir (3,4). En sık granümatöz üveit görülür, olguların ortalama %25'inde üveit panüveit fleklindedir. Sarkoidoz üveitinde tipik olarak yerel sinefiller, iris nodülleri, konjonktivada granülom ve kornea endotelinde belirgin keratik presipitatlar görülür. Optik nörit, band keratopati, katarakt, glokom ve retinal vaskülit diğer komplikasyonları oluşturmaktadır. Göz bulguları sıklıkla belirtisiz olduğundan sarkoidoz tanısı düştüğünde rutin olarak göz muayenesinin yapılması gerekir (3,4). Bu çalışmamızda sarkoidoz üveiti tanısı alan olguların cinsiyet, yaş, takip süresi, atak sayısı ve eflilik eden göz muayene bulguları retrospektif olarak incelendi.

GEREÇ ve YÖNTEM

1999-2006 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesinde sarkoidoz üveiti tanısı olan ve üvea kliniginde takip altına alınan 21 olgu retrospektif olarak incelendi. Olguların bafl-

langı ve takip muayenelerinde görme keskinlikleri, biyomikroskopi bulguları ve pupil dilatasyonu sonrası göz dibi muayenesi yapıldı. Katarakt, vitreus kondansasyonu gibi göz dibi muayenesinin mümkün olmadığı durumlarda ultrasonografiden faydalandı. Olgularda yaş, cinsiyet, baflangı yaş, atak varlığı, atak sıklığı ve süresi gibi parametreler retrospektif olarak değerlendirildi.

Göz muayene bulguları göz önüne alınarak sarkoidoz üveiti tanısı konan tüm olgularımızdaki sarkoidoz tanısı Göğüs ve Cilt hastalıkları uzmanlarıca da uyumlu klinik tabloya, destekleyici laboratuvar bulgularına ve tanıyı doğrulayan biyopsi sonucuna dayanarak desteklendi.

BULGULAR

Retrospektif olarak incelenen 21 olgunun 15'i kadın (%71,42), 6'sı erkekti (%28,57). Kadın hastaların yaş ortalaması 45,4 yıl (20-61 yıl), erkek hastaların yaş ortalaması ise 43,6 yıl (18-63 yıl) idi. Olguların ortalama tanı süreleri 4,34 yıl (1-10 yıl) olarak belirlendi. Takip süreleri ise ortalama 3,64 yıl (1-9 yıl) idi. On üç hastada tek taraflı, 8 hastada iki taraflı olmak üzere toplam 29 göz tutulumu vardı. Toplam yirmi dokuz gözün 16'sında (%55,17) ön üveit, 3'ünde (%10,34) arka üveit, 10'unda (%34,48) panüveit mevcuttu. Olgularımızda anatomik dağılıma göre hasta oranları tablo 1'de özetlenmiştir.

Hastalarımızın ilk muayenesinde görme keskinliği 1 metreden parmak sayma ile 0,9 düzeyi arasında değişmekte iken son muayenede bu değer p (-) ile tam arasında olarak belirlendi. Takip süresi sonunda 19 gözde (%65,51) görme keskinliği arttı. Beş gözde (%17,24) görme keskinliği sabit kalırken 5 gözde (%17,24) görme keskinliğinde azalma belirlendi. Takip süresince 2 gözde

Tablo 1. Sarkoidoz üveitinde anatomik dağılım

T.P	SAYI (GÖZ)	%
Ön Üveit	16	55,17
Arka Üveit	3	10,34
Panüveit	10	34,48
Toplam (Göz)	29	100

(%6,89) göz içi basınç artışı belirlendi. Bu gözlerle topikal antiglokomatöz medikal tedavi başlandı. Son kontrol muayenesinde tüm gözlerde göz içi basınç normal sınırlarda bulundu.

Olguların ilk muayenesinde ön segment bulgusu olarak 25 gözde (%86,2) kornea endotelinde keratik presipitat (KP), 8 gözde (%27,5) arka sineffi ve 3 gözde (%10,3) iriste nodüller gözlemlendi. Keratik presipitat 10 gözde küçük ve yaygın iken 15 gözde büyük ve yağ damlası (mutton fat) fleklinde idi. «ki gözde iriste koepepe nodülüne pupil kenarında rastlanırken, bir olguda busacca nodülü iris yüzeyine yerleşmiş olarak gözlemlendi. «laç tedavisi sonrası ön segment komplikasyonu olarak 15 gözde (%51,72) pigmentli sekel keratik presipitat, 14 gözde (%48,27) katarakt, 9 gözde (%31,03) arka sineffi, 2 gözde seklüzyo pupilla (%6,89), 2 gözde (%6,89) arka kapsül opasifikasyonu ve 1 gözde (%3,44) bant keratopati belirlendi.

Olguların ilk muayenesinde arka segment bulgusu olarak akut dönemde 16 gözde (%55,17) vitreusta hücre

ve bulanıklık, 5 gözde (%17,24) makula ödemi ve 2 gözde (%6,89) retinal arka kutupta korioretinit odası gözlemlendi. On bir gözde (%37,93) erken dönemde yoğun vitreus iltihabı nedeniyle retina aydınlatılmadı. Katarakt, vitreus kondansasyonu gibi göz dibi muayenesinin mümkün olmadığı durumlarda ultrasonografiden faydalandı. Ultrasonografide bu hastalarda vitreus kondansasyonuna bağlı vitre içi opasiteler belirlendi. «laç tedavisi sonrası retinası aydınlanan hastalar etyolojik açıdan tekrar değerlendirildi. Arka segment komplikasyonu olarak ise 6 gözde (%20,68) vitreusta deşiflik derecelerde kondansasyon, 5 gözde (%17,24) optik atrofi, 2 gözde (%6,89) kistik makula ödemi, 2 gözde (%6,89) retinal periflebit ve 1 gözde (%3,44) retinal granülom saptandı. Hastalarımızda görülen komplikasyonlar tablo 2 de özetlenmiştir.

Tüm olgulara topikal kortikosteroid ve siklopentolat tedavisi verildi. Topikal steroid olarak %1 lik prednizolon asetat kullanıldı. Ayrıca oral kortikosteroid 1 mg/kg/gün dozdan verildi. Oral kortikosteroid kullanımına üveit tamamen düzeldikten sonra üç aya kadar devam edildi. Kortikosteroid dozu yavaş yavaş azaltıldı. Hiçbir olguya cerrahi tedavi yapılmadı.

TARTIŞMA

Sarkoidoz, etyolojisi bilinmeyen multisistemik bir granüloamatöz hastalıktır. Genellikle genç yetişkinleri etkiler. Sarkoidozun sistemik bulguları arasında bilateral hiler lenf adenopati, yaygın pulmoner tutulum, deri lezyonları, göz ve karaciğer gibi diğer organ tutulumları yer almaktadır (1). Hastaların etyopatogenezi tam olarak

Tablo 2. Sarkoidoz üveitinde ortaya çıkan komplikasyonlar

KOMPLİKASYONLAR		SAYI (GÖZ)	%
Ön Segment Komplikasyonlar	Keratik presipitat	15	51,72
	Katarakt	14	48,27
	Arka sineffi	9	31,03
	Seklüzyo pupilla	2	6,89
	Arka kapsül opasifikasyonu	2	6,89
	Bant keratopati	1	3,44
Arka Segment Komplikasyonlar	Vitreus kondansasyonu	6	20,68
	Optik atrofi	5	17,24
	Kistik makula ödemi	2	6,89
	Retinal periflebit	2	6,89
	Retinal granülom	1	3,44

bilinmemektedir. Bilinmeyen ajanlara karşı bozulmuş bir immün yanıtta ikinci olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir. İltihabi yanıtı baflatan büyük olasılıkla makrofajlardır. Elimizdeki kanılar T hücreleri yerleşimi ve fonksiyonu arasında bir denge problemi olduğunu ve bu durumun artmış hücreli immün cevaba yol açtığını göstermektedir. Granülom oluşumundan önce aktif hale gelmiş T lenfositler ve makrofajlar lezyon bölgesinde toplanmaktadır (5). CD4 Lenfositler IL-2, IL-6 ve interferon gibi sitokinleri salarak iltihabın artarak sürmesini sağlarlar. TNF de granülomun yapışının koruması için gerekmektedir. B lenfositler immunglobulin sentezini arttırmaları için uyarılır, ayrıca fibroblastlar da proliferasyon amacıyla uyarılırlar (6).

Sistemik sarkoidozlu olguların ortalama %30'unda göz tutulumu vardır (7). Akut sarkoidozda tek taraflı göz tutulumu varken hastalık kronikleştikçe iki taraflı tutulum ortaya çıkar. Sarkoidozda en sık görülen göz bulgusu üveittir. Bu durumda üveit, akut iridosiklit veya kronik granümatöz iridosiklit flekinde bulgu verir. Hastalığın akut formunda üveit tek taraflıdır ve tipik olarak gençlerdedir. Kronik granümatöz üveit ise sıklıkla iki taraflıdır ve akut formdan daha seldir. Daha yaflı hastalarda görülür (8).

Sarkoidoz, kadınlarda erkeklere oranla daha fazla olarak görülür (9). Ülkemizde yapılan 44 olguluk bir seride kadın hastaların oranı %77, erkek hastaların ise %23 olduğu belirtilmiştir (10). Bizim serimizde de bu bulguyu destekler biçimde kadın hastaların sayısı daha fazla olarak belirlenmiştir. Olgularımızın 15'i kadın (%71,42), 6'sı erkek (%28,57) idi. Sarkoidozda prognoz degiftir. Olguların çoğunda prognoz oldukça iyidir, hatta hastalık kendiliginden gerileyebilir. Bununla birlikte olguların yaklaşık %10'unda en az bir gözde körlük geliştiği bildirilmiştir (11). Ülkemizde yapılan bir çalışmada olguların %80'inin görme keskinliğinin 0,4 düzeyinin üzerinde olduğu belirlenmiştir (10). Çalışmamızda takip süresi sonunda görme keskinliği 19 gözde (%65,51) artmış olarak belirlendi. Beş gözde (%17,24) görme keskinliği sabit kalırken 5 gözde (%17,24) görme keskinliğinde azalma tespit edildi.

Sarkoidoz üveitinde görme kaybı nedenlerinden biri glokomdur. Glokomun nedeni, aközün dışı akımında azalma, trabekülümün nodüler tutulumu, periferik ön sinefler ya da trabeküler ağın tıkanması olabilmektedir (12). Lobo ve arkadaşlarının çalışmasında sarkoidoz üveiti olan olgularda glokom prevalansı %11,29 olarak belirlenmiştir (13). Bizim çalışmamızda takip süresince 2 gözde (%6,89) göz içi basıncı artmış belirlendi. Bu gözlerde de topikal antiglokomatöz medikal tedavi ile göz içi basıncı kontrolü sağlandı.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada sarkoidoz tanısı olan 15 gözde (%62,5) ön üveit, 4 gözde (%16,6) arka üveit ve 5 gözde (%20,8) panüveit saptanmıştır (14). Obenauf ve arkadaşlarının çalışmasında ise sarkoidoz üveitinde ön segment tutulumu %84,7, arka segment tutulumu ise %15,3 olarak belirlenmiştir (8). Çalışmamızda yirmi dokuz gözün 16'sında (%55,17) ön üveit, 3'ünde (%10,34) arka üveit, 10'unda (%34,48) panüveit varlığı saptanmıştır.

Sarkoidozun kronik granümatöz üveiti formunda, iltihap tam olarak oturana kadar göreceli olarak belirsiz kalabilmektedir. Böylece sinefler gizlice gelişebilir. Orta-büyük çaplı yağ damlası (mutton fat) flekinde presipitatlar sık görülür. Kıriste pupil kenarında koepepe nodülüne rastlanırken, iris yüzeyine yerleşmiş pupilden uzak busacca nodülüne de rastlanabilir. Sarkoidoz üveitinde göz içi iltihabının kontrolü güçtür ve komplikasyonlar seldir (7). Bizim çalışmamızda ön segment komplikasyonu olarak 15 gözde (%51,72) pigmentli sekel keratik presipitat, 14 gözde (%48,27) katarakt, 9 gözde (%31,03) arka sinefli, 2 gözde seklüzyo pupilla (%6,89), 2 gözde (%6,89) arka kapsül opasifikasyonu ve 1 gözde (%3,44) bant keratopati belirlendi.

Sarkoidozda arka segment tutulumu olguların ortalama %25'inde görülmektedir. Arka üveit durumunda en sık görülen bulgular vitrit ve periflebittir. Sarkoidozda vitrit yaygın ve genellikle alt vitreusta beyaz yuvarlak opasiteler flekinde yer alır. Periferik retinal periflebit retinal ven tıkanıklığı ile sonuçlanabilir. Ayrıca retinal granülom ve neovaskülarizasyona neden olabilir (8). Sarkoidozda optik sinir tutulumu optik disk ödemi ve optik atrofi flekinde yer alır. Optik disk ödemi olguların %39'unda bildirilmiştir (15). Serimizde, arka segment komplikasyonu olarak 6 gözde (%20,68) vitreusta degiftik derecelerde kondansasyon, 5 gözde (%17,24) optik atrofi, 2 gözde (%6,89) kistik makula ödemi, 2 gözde (%6,89) retinal periflebit ve 1 gözde (%3,44) retinal granülom saptandı. Bu çalışmamızda retinal neovaskülarizasyona rastlanmadı.

Bu çalışmada sarkoidoz üveitli hastalarda en sık görülen ön segment komplikasyonu olarak keratik presipitat, arka segment komplikasyonu olarak optik atrofi gözlemlenmiştir. Olgularımızda en önemli görme kaybı arka segment tutulumu sonucu ortaya çıkmıştır. Buradaki patolojiler içinde vitreus kondansasyonu, optik atrofi, makula ödemi ve retinal periflebit varlığı önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Behbehani R, Sergott RC, Frohman L. Foggy vision. Survey of Ophthalmol 2005; 50: 285-289.

2. Murray JF, Nadel JA. Sarcoidosis. Textbook of Respiratory Medicine. 2nd ed. Vol I. Philadelphia: WB Saunders Company, 1994: 1873-88.
3. Heuser K, Kerty E. Neuro-ophthalmological findings in sarcoidosis. Acta Ophthalmologica Scandinavica 2004; 82: 723.
4. Hegab SM, AL-Mutawa SA, Sheriff SM. Sarcoidosis presenting as multilobular limbal corneal nodules. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1998; 35: 323-6.
5. Barnard J, Newman LS. Sarcoidosis: Immunology, rheumatic involvement and therapeutics. Curr Opin Rheumatol 2001; 13: 84-91.
6. Soylu A, Türkmen MA, Kavukçu S. Çocukluk yafl grubunda sarkoidoz. Romatizma 2005; 20: 65-74.
7. Cowan J, Claude L. Sarcoidosis. In Yanoff: Ophthalmology. Yanoff M, Duker JS, editors. Ophthalmology 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby; 2004. p. 1185-90.
8. Obenauf CB, Shaw HE, Sydnor CF, et al. Sarcoidosis and its ophthalmic manifestations. Am J Ophthalmol. 1978; 86: 648-655.
9. Silver MR, Messner LV. Sarcoidosis and its ocular manifestations. J Am Optom Assoc 1994; 65: 321-7.
10. Tugal-Tutkun I, Aydın-Akova Y, Güney-Tefekli E, Aynaci-Kahraman B. Referral patterns, demographic and clinical features, and visual prognosis of Turkish patients with sarcoid uveitis. Ocul Immunol Inflamm. 2007; 15: 337-43.
11. Atmaca LS. Sarkoidoz ve göz. TODAfi 23. Ulusal Oftalmoloji Kursu Kitapçığı. 2003; 138-149.
12. Akova AY, Kadayıçlar S, Aydın P. Sarkoidoz. Retina-Vitreus 2000; 8: 102-113.
13. Lobo A, Barton K, Minassian D, du Bois RM, Lightman S. Visual loss in sarcoid-related uveitis. Clin and Exp Ophthalmol. 2003; 31: 310-316.
14. Pazarlı H. Sarkoidoz ve göz tutulması. T Klin Oftalmoloji 1992; 1: 122-5.
15. Spalton DJ, Sanders MD. Fundus changes in histologically confirmed sarcoidosis. Br J Ophthalmol 1981; 65: 348-58.