

## Herpetik ön üveitlerde tedavi sonuçlarımız

### The results of treatment in anterior herpetic uveitis

Şeker Ün E Aşık Nacaroğlu Ş Türe G

Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye

#### Özet

**Amaç:** Herpetik Ön Üveitlerde klinik bulguları ve tedavi sonuçlarını değerlendirmek.

**Gereç ve Yöntem:** 2010–2012 yılları arasında kliniğimizde herpetik ön üveit tanısı ile takip edilen 21 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Herpetik ön üveit tanısı klinik olarak konuldu. Tüm hastalara genel sistemik muayene, görme keskinlikleri, biyomikroskopik bakı, göz içi basınç ölçümü ve fundus bakışı yapıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan 7 kadın, 14 erkek hastanın yaş ortalaması 48,4±15 yıldı. Ortalama takip süreleri 12±3,6 aydı. 11 hastada keratik presipitat, 6 hastada epitelial keratit, 9 hastada korneal skar, 2 hastada korneal duyarlılıkta azalma, 2 hastada endotelit, 7 hastada segmental iris atrofisi, 9 hastada posterior sineşi, 8 hastada göz içi basınç yüksekliği, 2 hastada frontal bölgede veziküler cilt lezyonları mevcuttu. Tüm hastalara topikal steroid ve oral asiklovir tedavisi verildi. Tedavi sonrası hastalarda görme keskinliği Snellen eşeline göre ortalama 3,2 sıra arttı. Tüm hastalarda tedavi sonrası göz içi basınç düzeyleri kontrol altına alındı. Takiplerde 8 hastada rekürrens gözlemlendi.

**Sonuç:** Herpetik ön üveitlerde tanı klinik olarak konulabilmektedir. Ayırıcı tanıda akla getirilmesi prognoz ve oluşabilecek komplikasyonların önlenmesinde çok önemlidir.

**Anahtar Sözcükler:** Herpetik ön üveit, keratit, asiklovir.

#### Summary

**Aim:** To evaluate the clinical findings and treatment results of our anterior herpetic uveitis cases.

**Materials and Methods:** Clinical data of 21 patients were evaluated retrospectively. These patients were followed-up in our clinic with a diagnosis of herpetic anterior uveitis in the period between 2010–2012. The diagnosis of herpetic anterior uveitis was established clinically. All patients underwent a complete general systemic examination, visual acuity testing, slit lamp biomicroscopic examination, intraocular pressure measurement, and fundus examination.

**Results:** The mean age of the 7 female and 14 male patients was 48.4 ± 15 years. The average follow-up period was 12 ± 3.6 months. We observed keratic precipitates in 11 patients, epithelial keratitis in 6, corneal scar in 9, decreased corneal sensitivity in 2, endotheliitis in 2, segmental iris atrophy in 7, posterior synechia in 9, intraocular pressure elevation in 8, and vesicular skin lesions in the frontal region in 2. All patients were treated with topical steroids and oral acyclovir. After the treatment, the visual acuity of the patients increased on an average of 3.2 times according to the Snellen chart. After the treatment, all patients were kept under control with regard to their intraocular pressure. Throughout the follow-up period, recurrence was observed in 8 patients.

**Conclusion:** In herpetic anterior uveitis cases, diagnosis can be performed clinically. Taking into consideration herpetic anterior uveitis in differential diagnosis is highly important in terms of prognosis and prevention of possible complications.

**Key Words:** Herpetic anterior uveitis, keratitis, acyclovir.

Yazışma Adresi: Emine ŞEKER ÜN

Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği,  
İzmir, Türkiye

Makalenin Geliş Tarihi: 03.08.2012 Kabul Tarihi: 18.09.2012

## Giriş

Herpetik ön üveit, herpes simpleks virüs (HSV) veya varisella zoster virüs (VZV) enfeksiyonu sonucu ortaya çıkan ön segment enflamasyonu olarak tanımlanabilir (1). DNA virüsleri olan HSV ve VZV, en sık enfeksiyöz ön üveit nedenleridir. Herpetik üveit, tekrarlayan inflamasyonlar nedeniyle görmeyi tehdit eden komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu komplikasyonların başlıcaları keratit, glokom, katarakt olarak sayılabilir (1,2).

## Gereç ve Yöntem

2010–2012 yılları arasında kliniğimizde herpetik ön üveit tanısı ile takip edilen 21 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Tanı tipik korneal tutulum bulguları olması, tek taraflı üveit atağı, cilt lezyonlarının varlığı, keratik presipitatlar, posterior sineşi ve göz içi basınç artışı gibi bulguların varlığında klinik olarak konmuştur. Oftalmolojik muayenede tüm hastaların Snellen eşeline göre görme keskinlikleri, biyomikroskopik bulguları, göz içi basınç değerleri, fundus muayeneleri değerlendirilmiştir. Çalışma için Etik Kurul onayı alındı. Hastalar çalışma planlandıktan sonra kontrole çağırılarak çalışma hakkında bilgilendirildi ve yazılı onamları alındı.

## Bulgular

Çalışmaya alınan hastaların 7'si kadın (%33.3), 14'ü erkekti (%67.7). Hastaların yaş ortalaması 48.4±15 yıldır. Ortalama takip süreleri 12±3.6 aydır. Tüm hastalarda bulgular tek taraflı idi. 2 hastada (%9.5) VZV üveiti, 19 hastada (%80.5) HSV üveiti saptandı. Tüm hastalarda stromal keratit ve değişik derecede ön kamara reaksiyonu mevcuttu. 11 hastada (%52.4) keratik presipitat mevcuttu. 6 hastada (%28.6) epitelial keratit vardı. 9 hastada (%42.9) korneal skar mevcuttu. 2 hastada (%9.5) korneal duyarlılıkta azalma saptandı. 2 hastada (%9.5) endotelit saptandı. 7 hastada (%33.3) segmental iris atrofi, 9 hastada (%42.9) posterior sineşi mevcuttu. Tüm hastalarda fundus bakışı olağandı. 6 hastada (%28.6) başvuru anında, 2 hastada (%9.5) ise takiplerinde olmak üzere toplam 8 hastada (%38.1) göz içi basınç yüksekliği mevcuttu. 2 hastada (%9.5) frontal bölgede veziküler cilt lezyonları mevcuttu. 1 hastada (%9.5) 3. kranial sinir tutulumuna bağlı ekzotropya, pitozis, pupil dilatasyonu, ışık reaksiyonunda azalma saptandı. Hastalarda tespit edilen klinik bulgular Tablo-1'de özetlenmiştir.

VZV üveiti saptanan 2 hastaya topikal steroid ve 800 mg asiklovir 5x1 tedavisi başlandı. HSV üveiti saptanan 19 hastaya topikal steroid ve oral asiklovir 800 mg 3x1 tedavisi verildi. Bulgular geriledikten sonra 6 ay asiklovir 800 mg 1x1 tedavisi devam edildi. Epitelial tutulumu olan 6 hastaya (%28.6) ve mide adenokanseri nedeniyle

immünsüpresif tedavi alan bir hastaya (%4.7) topikal asiklovir tedavisi eklendi. Tüm hastalara silier spazmı önlemek amacıyla sikloplejik damla verildi. Sekiz hastada (%38.1) oral tedavinin kesilmesinden ortalama 2,8 ay (2-4 ay) sonra rekürrens gözlemlendi. Rekürrens gelişen hastalara topikal steroid ve 800 mg asiklovir 3x1 tedavisi tekrar başlandı. Bulgular geriledikten sonra 800 mg asiklovir 1x1 dozunda tedaviye devam edildi. Bu hastalarda tedavi sırasında rekürrens gözlenmedi. Göz içi basınç artışı olan hastaların 1'inde (%12.5) antiglokomatöz tedavi verilmeden göz içi basınç yüksekliği düzeldi. 4'ünde (%50) tek antiglokomatöz ilaç ile 3'ünde (%37.5) ise ikili antiglokomatöz tedavi ile göz içi basıncı kontrol altına alındı. Hastalarda görme keskinliği Snellen eşeline göre ortalama 3.2 sıra (2-4 sıra) arttı. Okulomotor sinir tutulumu olan hastada pupil dilatasyonu dışındaki bulgular 6 aylık tedavi sonrası geriledi. 1 hastada (%9.5) steroid kullanımına bağlı posterior subkapsüler katarakt gelişti.

Tablo-1. Klinik bulgular.

Bulgular	Sayı	%
Keratik Presipitat	11	52.4
Korneal Skar	9	42.9
Posterior Sineşi	9	42.9
Göz İçi Basınç Artışı	8	38.1
İris Atrofisi	7	33.3
Epitelial Keratit	6	28.6
Korneal Duyarlılık	2	9.5
Endotelit	2	9.5
Cilt Lezyonu	2	9.5
Okulomotor Sinir Tutulumu	1	4.7

## Tartışma

Herpetik ön üveitlerde tanı genellikle klinik bulgularla konulmaktadır. Veziküler cilt lezyonları, stromal veya epitelial keratit, korneal skar olması, keratik presipitatlar, tek taraflı ön üveit, iris atrofi, göz içi basınç artışı tanı konulmasında belirleyici faktörlerdir (3). Herpetik ön üveit patogenezi net olarak ortaya konulmamıştır. Ön kamara aktif viral replikasyon ve oluşan immün yanıtın patogeneizde temel rolü oynadığı düşünülmektedir (4). Birçok bulgu bu süreçte ortaya çıkmaktadır. Çeşitli çalışmalarda PCR yöntemi ile ön kamaradaki bu viral replikasyon gösterilmiştir (5-6). İris atrofi stromal iskemi sonucu gelişen nekroza bağlı olarak ortaya çıkar (7). Bizim çalışmamızda 7 hastada (%33.3) segmental iris atrofi saptanmıştır. Göz içi basınç artışı ise trabeküler ağın inflamatuvar hücrelerce tıkanmasına bağlı gelişir. Aktif inflamasyon kontrol altına alındığında genellikle düzelir. Kronik trabekülitte ise skar dokusu ortaya çıkabilir. Bu skar dokusu persistan glokoma neden olabilir (8). Ülkemizden yapılan bir çalışmada herpetik kerato üveit

veya herpetik üveite ikincil glokomu olan 31 olgunun 27'sinde göz içi basıncı medikal tedavi ile kontrol altına alınırken; 4 olguda filtran cerrahi gerekmiştir (9). Ülkemizde yapılan 45 hastalık bir başka çalışmada %53 hastada glokom gelişmiş ve 2 hastada medikal tedaviden yanıt alınmadığı için trabekülektomi yapılmıştır (3). Yine ülkemizden bir başka çalışmada %10 oranında glokom saptanırken tüm hastalar medikal tedaviye yanıt vermiştir (10). Ülkemizden yapılan 111 hastalık bir başka çalışmada 56 hastada (%51) glokom saptanmış olup tüm hastalar medikal tedaviden yarar görmüştür. İki hastada sekonder glokom gelişmiştir (11). Bizim hastalarımızın % 38,12'inde glokom gelişti ve tümü medikal tedavi ile kontrol altına alındı. Hiçbir hastada sekonder glokom gelişmedi. Herpetik ön üveitlerde tekrarlama riski yüksektir. Tekrar eden enfeksiyonlar genellikle latent virüsün reaktivasyonu ile meydana gelmektedir (12).

64 herpetik üveit hastasının 46 ay boyunca takip edildiği bir çalışmada, hastaların %71'inde rekürrens görülmüştür (13). 122 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada 30 yıllık takip sonrası herpetik keratit rekürrens oranı %63 olarak bulunmuştur (14). Ülkemizden yapılan 2 çalışmada sırasıyla %44 ve %50 oranında rekürrens oranı bildirilmiştir (3,10). Ülkemizden yapılan 111 hastalık bir başka çalışmada 10 yıllık takipte 43 (%39) hastada toplam 74 rekürrens gelişmiştir (11). Bizim hasta grubumuzda ise bu oran %38,1 olarak bulunmuştur. Tümü oral tedavi kesildikten sonra ortaya çıkmıştır. Tekrar tedavi başlanması ile kontrol altına alınmıştır. Bizim grubumuzda daha düşük oranda rekürrens saptandı. Bununun takibi süremizin daha kısa olması ile ilişkili olduğunu düşünüyoruz. Herpetik üveit tedavisinde tam bir görüş birliği olmasa da topikal steroid

ve oral asiklovir tedavisi genel tedavi seçeneğidir. Asiklovir tedavisi 2-3x800 mg dozunda önerilmektedir (15). Herpetik göz hastalığı çalışma grubunun araştırmasında 12 ay süre ile 800 mg/gün oral asiklovir verilen hastalarda oküler ve orofasial HSV rekürrensini azaldığı gösterilmiştir (16). Bizim çalışmamızda VZV üveiti olan hastalara topikal steroid ve 5x800 mg asiklovir, HSV üveiti olan hastalara ise steroid ve 3x800 mg asiklovir verildi ve bulgular düzeldikten sonra 6 ay 1x800 mg dozunda tedavi devam edildi. Asiklovire bağlı renal hasar, kemik iliği toksisitesi bildirilmiştir (7). Hasta grubumuzda asiklovire bağlı sistemik yan etki ortaya çıkmamıştır. Yine lokal asiklovir kullanımına bağlı yan etkiler bildirilmiş ise de hasta grubumuzda 1 hastada hafif hiperemi dışında lokal yan etki ortaya çıkmamıştır. Bazı hastalarda inflamasyonun kontrolü için çok uzun süre, düşük dozda topikal steroid kullanılması gerekebilir (1). Bizim çalışmamızda 1 hastada uzun dönem steroid kullanımına bağlı posterior subkapsüler katarakt gelişmiştir. Okulomotor sinir tutulumu olan hastada immünsüpresyon düşündürecek belirgin bir etken saptanmadı. Bu hastada ileri yaş ve kötü hijyen olası etkenler olarak düşünüldü. Başlangıç tedavisine iyi yanıt verdiği için ek tedavi düşünülmedi.

## Sonuç

Klinik bulgularla herpetik anterior üveit tanısı konulabilmektedir. Tipik korneal lezyon varlığında tanı kolaylaşmaktadır. Tipik lezyonların bulunmadığı durumlarda ise tek taraflı üveit, iris atrofisi, göz içi basınç artışı gibi bulgular olduğunda ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Tedavide uzun dönem oral asiklovir ve topikal steroid tedavisi etkin bir tedavi şekli olarak görünmektedir.

## Kaynaklar

1. Cunningham ET Jr. Diagnosing and treating herpetic anterior uveitis. *Ophthalmology* 2000;107(12):2129-30.
2. Liesegang TJ, Melton LJ, Daly PJ, Ilstrup DM. Epidemiology of ocular herpes simplex. Incidence in Rochester, Minn, 1950 through 1982. *Arch Ophthalmol* 1989;107(8):1155-9.
3. Aksoy S, Akova A. Herpetik ön üveitlerde klinik tanı ve tedavi. *T Oft Gaz* 2009;39(6):485-90.
4. Gaynor BD, Margolis TP, Cunningham ET Jr. Advances in diagnosis and management of herpetic uveitis. *Int Ophthalmol Clin* 2000;40(2):85-109.
5. Kaufman HE, Kanai A, Ellison ED. Herpetic iritis: Demonstration of virus in the anterior chamber by fluorescent antibody techniques and electron microscopy. *Am J Ophthalmol* 1971;71(2):465-9.
6. Yamamoto S, Pavan-Langston D, Kinoshita S. Detecting herpesvirus DNA in uveitis using the polymerase chain reaction. *Br J Ophthalmol* 1996;80(5):465-8.
7. Çakmakçı Ş, Akova A, Aydın P. Oküler herpeste ön segment bulguları ve tedavisi. *T Klin J Oftalmoloji* 2000;9(1):69-76.
8. Moorthy RS, Mermoud A, Baerveldt G, Minckler DS, Lee PP, Rao NA. Glaucoma associated with uveitis. *Surv Ophthalmol* 1997;41(5): 361-86.
9. Şimşek T, Elgin U, Batman A, Erani S, Polat S, Zilelioğlu O. Herpetik göz hastalığına ikincil glokomlu olguların klinik bulguları ve tedavi sonuçları. *MN Oftalmoloji* 2007;14(1): 28-31.
10. Demir T, Tanyıldızı R. Herpetik Ön Üveitlerde Takip ve Tedavi Sonuçlarımız. *İnönü Üniv Tıp Fak Derg* 2012;17(4):355-8.
11. Tugal-Tutkun I, Otük-Yasar B, Altinkurt E. Clinical features and prognosis of herpetic anterior uveitis: A retrospective study of 111 cases. *Int Ophthalmol*. 2010;30(5):559-65.

12. Green LK, Pavan-Langston D. Herpes simplex ocular inflammatory disease. *Int Ophthalmol Clin* 2006;46(2):27-37.
13. Miserocchi E, Waheed NK, Dios E, et al. Visual outcome in herpes simpleks and varicella zoster virus uveitis. *Ophthalmology*. 2002;109(8):1532-7.
14. Liesegang TJ. Epidemiology of ocular herpes simplex: natural history in Rochester, Minn, 1950 through 1982. *Arch Ophthalmol*1989;107(8):1160-3.
15. Siverio Júnior CD, Imai Y, Cunningham ET Jr. Diagnosis and management of herpetic anterior uveitis. *Int Ophthalmol Clin* 2002;42(1):43-8.
16. The Herpetic Eye Disease Study Group (HEDS). Acyclovir for the prevention of recurrent herpes simplex virus eye disease. *N Engl J Med* 1998;339(5):300-6.