

Kırmızı göz ayırıcı tanısı - oküler yüzey nedenleri

Differential diagnosis of red eye - ocular surface causes

Melis Palamar 

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Öz

Bu makalede kırmızı gözün oküler yüzey ilişkili sık görülen nedenleri tartışılacaktır.

Anahtar Sözcükler: Göz, hiperemi, kırmızı göz, konjonktiva, kornea, oküler yüzey.

Abstract

In this article the most common causes of red eye related to ocular surface will be discussed.

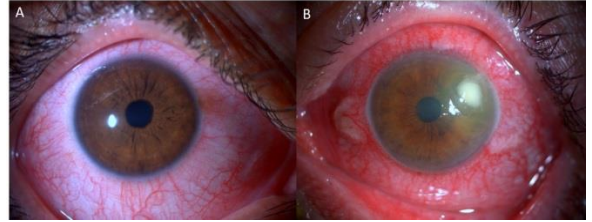
Keywords: Eye, hyperemia, red eye, conjunctiva, cornea, ocular surface.

Kırmızı göz oldukça sık rastlanan ve pek çok farklı nedenle karşımıza çıkabilen bir durumdur. Kırmızı gözlü bir hasta ile karşılaşıldığında önemli olan kırmızı göz yapan nedenlerden özellikle acil olarak müdahalede bulunulması gerekenleri ayırt edebilmek ve gerekli müdahalede bulunabilmektir.

Kırmızı gözün ayırıcı tanısında damarların genişlemesi sonucu ortaya çıkan kanlanmanın doğası önem arz etmektedir. "Yüzeyel hiperemi" adı verilen ve görece daha basit durumlarda (konjonktivit vb.) karşımıza çıkan hiperemi, fornikslere doğru artarken limbus çevresine doğru azalır hatta kaybolur (1, 2) (Şekil-1A). Daha ciddi durumlarda (keratit, üveit, endoftalmi, vb) görülen "derin hiperemi" ise limbus çevresinde daha yoğun olup fornikslere doğru azalma eğilimindedir (1-3) (Şekil-1B). Yüzeyel hiperemide alt göz kapağının yukarı doğru hareket ettirilmesi ile damarlar hareket ettirilebilirken derin hiperemide damarlar hareket etmez. Fenilefrin damlatıldığında yüzeyel hiperemi solarken derin hiperemi solmaz.

Bu derlemede kırmızı göze neden olan oküler yüzey hastalıklarının en sık karşılaşılanlarından bahsedilecektir. Oküler yüzeyi oluşturan dokular;

- Göz kapakları
- Konjonktiva
- Kornea
- Gözyaşı sistemidir.



Şekil-1. A) Yüzeyel hiperemiye neden olan basit bakteriyel konjonktivit (hiperemi fornikslere doğru artıyor). **B)** Superotemporal korneadaki keratite bağlı olmuş derin hiperemi (limbusta daha yoğun).

Göz kapakları

Şekil bozuklukları

Entropiyum: Göz kapağının içe doğru dönmesi kirpiklerin oküler yüzeyi tahriş etmesi sonucu kırmızı göze neden olur (Resim-2A). Bu tahriş önceleri yanma-batma şikâyeti ile kendini gösterir ve görme keskinliğinde azalmaya neden olmaz.

Bununla birlikte zamanında düzeltilmezse kirpiklerin korneayı kronik olarak çizmesine bağlı korneada ülser, keratit, perforasyon hatta göz kaybına neden olabilir. Entropiyum sıklıkla seniliteye bağlı gelişir ve en sık alt göz kapağı etkilenir. Senilite dışında skatrisyel nedenlerle ya da konjenital olarak da entropiyum görülebilir. Entropiyumun tedavisi cerrahi ile onarımdır (4).

Sorumlu yazar: Melis Palamar
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı,
İzmir, Türkiye
E-posta: melispalamar@hotmail.com



Şekil-2. A) Alta kapakta yaşa bağlı değişiklikler nedeniyle içe dönme (entropiyum). **B)** Her iki göz alt kapakta yaşa bağlı değişiklikler nedeniyle dışa sarkma (ektropiyum).

Ektropiyum: Göz kapağının dışa doğru dönmesi olup sıklıkla alt göz kapağında görülmektedir (Şekil-2B). Ektropiyum konjenital ya da edinsel olabilir. Edinsel ektropiyum senil, skatrisyel ve parolitik nedenlerle ortaya çıkabilir. Göz kapağının dışa dönmesi sonucu oküler yüzey açıkta kalacağından erken evrede kuruluk hissi, yanma, batma şikâyetleri ortaya çıkar. Kuruluk ve açıkta kalma durumu arttığında kornea da etkilendiğinden görme keskinliğinde de azalma görülebilir. İleri dönemlerde korneada ülserasyon, keratit ve perforasyon görülebilir. Ektropiyumun tedavisi cerrahi onarımdır (4).

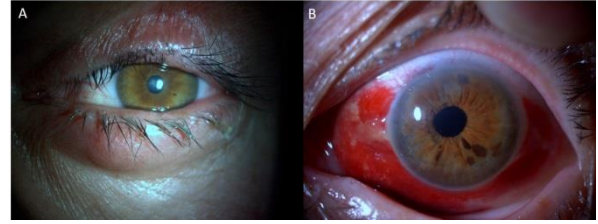
Enfeksiyonlar

Blefarit: Göz kapaklarının sıkça görülen kronik enflamasyonu olup kapak kenarlarında kaşınma, yanma-batma hissi ve kepeklenme ile seyredir. Stafilokoksik ve seboreik olmak üzere iki tipi mevcuttur (4). Stafilokoksik tip daha erken yaşlardan itibaren görülmekte iken seboreik tip erişkin yaş grubunda karşımıza çıkar (4). Stafilokoksik tipte kepeklenme kuru, seboreik tipte ise yağlı doğadadır. Erişkin çağda sıklıkla her iki tip birlikte görülür ve iki tipin de tedavisi

aynıdır. Burada asıl olan göz kapağı kenarlarının hijyenini sağlamaktır. Bu amaçla kirpik dibi şampuanları ile kirpik dibi temizliği ve ılık pansuman uygulamaları ön plana çıkar. Bunun yanı sıra topikal antibiyotik ve düşük potentli kortikosteroidler de kısa süreli olarak verilmektedir (5).

Hordeolum (Arpacık): İç (Meibom bezi tutulumu) ya da dış (kıl folikülü diplerindeki Zeis bezlerinin tutulumu) hordeolum şeklinde karşımıza çıkabilir. Kapakta kızarıklık, ödem ve ağrı mevcuttur. Tedavide kirpik dibi temizliği, ılık pansuman ve topikal antibiyotikler uygulanır (4).

Şalazyon (Meibom kisti): Tarsal doku içinde yer alan Meibom bezlerinin ağızlarının tıkanması sonucu gelişen, bezin kronik iltihabi granülomudur. Kapak dokusu içinde ağrısız, sert bir nodül şeklinde izlenir (Şekil-3A). En etkin tedavi yöntemi konjonktiva yüzeyinden cerrahi olarak boşaltılmasıdır (4).



Şekil-3. A) Sol göz alt kapakta şalazyona ait görünüm. **B)** Hipertansif atağa bağlı gelişmiş subkonjonktival hemoraji.

Konjonktiva

Konjonktivitler

Konjonktivanın inflamasyonu ve damarların dilatasyonu ile seyredir (2). Gözde hiperemi yanı sıra kemozis, sekresyon, membran, folliküler ve papiller oluşumlar izlenebilir. Görme keskinliği çoğu zaman etkilenmemiştir. Etiyolojisine göre enfeksiyöz ve allerjik konjonktivitler olarak ikiye ayrılabilir.

Enfeksiyöz konjonktivitler ise bakteriyel, viral ve paraziter olmak üzere üçe ayrılır.

Bakteriyel konjonktivitler: En sık etken *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* ve *Haemofilus influenza*'dır (6). Sekresyon sarı, yeşil renkte ve pürülan karakterdedir. İmmun supresyonu olmayan hastalarda herhangi bir tedavi verilmeksizin kendi kendini sınırlayarak yaklaşık 7-10 gün içinde geriler. Bununla birlikte tespit edildiğinde topikal antibiyotikli damlalar reçete edilir (6). Özellikle

immün suprese hastalarda tedavi ihmal edilirse yaygın enfeksiyon oluşturabilir.

Viral konjonktivitler: Etken sıklıkla adenovirüs alt tipleri olup salgınlar yapabilirler. Adenoviral konjonktivitler çok bulaşıcı olup preauriküler lenfadenopatiye yol açmaları tipiktir (6). Seröz bir sekresyona neden olan viral konjonktivitlerde yanma-batma şikayetleri ön plandadır (6). Tedavide tek seferlik betadin damla ve sonrasında semptomatik düzeltme amaçlı nonsteroid antiinflamatuvar damlalar ve suni gözyaşı preparatları yanı sıra soğuk pansuman da önerilir (7, 8).

Allerjik konjonktivitler: Tipik olarak kaşıntı ön plandadır (6, 7). Sekresyon sümüksü, şeffaf yapıdadır (6, 7, 9). Öncelikle allerjenden uzak durulmalı ve şapka, güneş gözlüğü gibi koruyucu önlemler alınmalıdır. Bu önlemler sonrasında antihistaminik ve mast hücre stabilizatörü damlalar kullanılabilir (9). Seçili olgularda kısa süreli topikal kortikosteroid reçete edilebilir (9). Dirençli ve şiddetli olgularda inflamasyonu baskılamak için siklosporin damlalarından fayda sağlanabilir (9).

Subkonjonktival hemoraji

Rüptüre bir kan damarı nedeniyle konjonktiva altında kan birikmesidir (Şekil-3B). Kozmetik olarak kötü görünmesine karşın çoğu zaman herhangi bir şikâyete yol açmaz. Mekanik travma yanı sıra karın içi basıncı artışına yol açan durumlar (öksürme, aksırma, kabızlık vb.), konjonktivit (özellikle viral), kronik hastalıklar (diyabet ve hipertansiyon) ve koagülopatiler nedeniyle de görülebilir (10). Özellikle künt travma söz konusu ise eşlik eden glob rüptürü olmadığından emin olunmalıdır (10). Subkonjonktival kanamalar herhangi bir tedavi verilmeksizin 2-3 hafta içinde geri emilirler. Antitrombotik ve kanamaya eğilimi arttıran ilaç kullanım öyküsü olan olgularda bu süre uzayabilir. Yanma-batma eşlik eden durumlarda suni gözyaşı damlalarından fayda sağlanabilir.

Kornea

Yabancı cisim ve abrazyonlar

Korneal yabancı cisimler ve kornea epitelinde abrazyona neden olan durumlar gözde hiperemi yanı sıra yanma, batma, fotofobi ve ağrıya neden olabilirler. Sıklıkla yüzeysel hiperemi izlenmekle birlikte üveitik reaksiyonların eşlik ettiği olgularda derin hiperemi de tabloya eşlik edebilir (11). Kornea santraline yakın yaralanmalarda görme keskinliği azalabilir. Travma ve kontakt lens

kullanımı korneal abrazyon gelişmesi için en önemli risk faktörleridir.

Keratitler

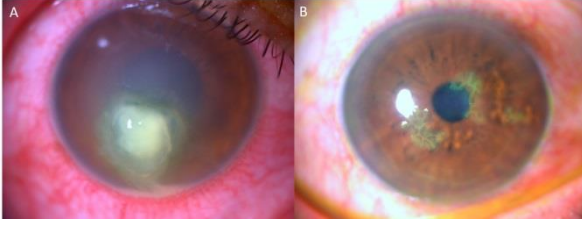
Korneanın inflamasyonu olup enfeksiyöz ya da immünolojik nedenlerle ortaya çıkabilir. Bu olgularda derin hiperemi, ağrı, fotofobi, yanma-batma ve lakrimasyon mevcuttur. Çoğu olguda görme keskinliğinde de etkilenme söz konusudur. Bu olgular zamanında ve etkin tedavi edilmezse progresif doku nekrozu, perforasyon ve göz kaybına ilerleyebilir (12-15). Bazı olgularda medikal tedaviye yanıtızsızlık nedeniyle kornea nakli uygulanması gerekebilir (16).

Enfeksiyöz keratitler bakteriyel, fungal, viral ve paraziter olmak üzere dörde ayrılır. Enfeksiyöz keratit gelişimi için en önemli risk faktörü kontakt lens kullanımındır (14, 15). Kontakt lens kullanımı yanı sıra travma, kuru göz, kronik antibiyotik ve steroid kullanımı, immün supresyon, diyabet ve dermatolojik hastalıklar da riski arttıran durumlardır (12, 13). Risk faktörü bulunmaksızın keratit gelişme ihtimali oldukça düşüktür.

Bakteriyel keratitler: En sık izole edilen mikroorganizmalar *Staphylococcus aureus* ve *Pseudomonas aeruginosa*'dır (13, 17). Biyomikroskopik bakı ile etken mikroorganizma hakkında bir ön bilgi edinilebilse de kesin tanı ancak mikrobiyolojik inceleme ile mümkün olabilmektedir. Mikrobiyolojik inceleme için örnek alındıktan hemen sonra ampirik tedavi başlanmakta, gereğinde antibiyogram uyarınca tedavi değişikliğine gidilmektedir.

Fungal keratitler: Parmak, tırnak, bitki, hayvan ile olan organik travmalardan sonra ortaya çıkmaktadır (Şekil-4A). Öyküsünde organik bir yaralanma söz konusu olan olgularda tedaviye mutlaka antifungal bir ajan da eklenmelidir. Fungal keratitler bakteriyel keratitlere göre daha yavaş ilerleyen bir tablo ile seyrederek. Bununla birlikte çoğunda tanıda gecikme söz konusu olduğundan görsel prognoz çok iyi değildir (16).

Viral keratitler: En sık olarak *Herpes simplex virüs* enfeksiyonu nedeni ile ortaya çıkar. HSV yanı sıra *varisella zoster* (VZV) ve adenovirüsler de viral keratite neden olabilir. Sıklıkla dendrit şeklinde tek taraflı tutulum söz konusudur (Şekil-4B). Ancak immün suprese kişilerde bir gözde birden fazla odak ya da her iki gözde eş zamanlı tutulumla rastlanabilir (18). Periorbital bölgede VZV tutulumu olan olgularda oküler yüzeysel tutulumu ve keratit gelişim riski açısından yakın izlem ve seçili olgularda profilaktik topikal antiviral tedavi verilmesi uygun olabilir.



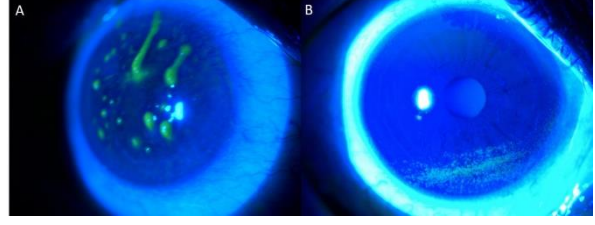
Şekil-4. A) Dal çarpması sonucu oluşan fungal keratit, 1 mm hipopiyon eşlik ediyor.
B) Dendritik herpes keratiti.

Paraziter keratitler: Özellikle kontakt lens takma ya da kuyu suyu kullanımı öyküsü olan kişilerde *Acanthamoeba spp.* ile oluşur (14). *Acanthamoeba* keratitinde klinik ile uyuşmayan şiddetli ağrı tipiktir. Bu olgularda tanı konulması geciktiğinde göz kaybı kaçınılmazdır.

Marjinal keratit: Kapak serbest kenarlarında yerleşen stafilokok ekzotoksinlerine karşı gelişen bir reaktif inflamasyondur. Tedavisinde kapak kenar temizliği, zayıf etkili topikal steroidler ve suni gözyaşı preparatları kullanılmaktadır (19).

Kuru göz

Kuru göz hastalığı oldukça yaygın görülen kronik inflamatuvar bir hastalıktır (20). Kuru göz hastalığı için pek çok risk faktörü tanımlanmış olup yaşlanma, kadın cinsiyet, kontakt lens kullanımı, bilgisayar kullanımı ve çevresel etmenler bunlardan en sık anılanlarıdır. Bunların yanı sıra bağ doku hastalıkları, Sjögren sendromu, diyabet, rozasea gibi pek çok hastalığın da kuru göze neden olduğu belirtilmektedir (20-22). Kuru gözün tedavisi şiddetine ve ön planda olan patolojiye yönelik olarak planlanmaktadır (Şekil-5A ve 5B). Gözyaşının aköz yetmezliğinin yanı sıra pek çok olguda Meibom bezi disfonksiyonunun da sorumlu olduğu bildirilmektedir (19). Tedavide aköz yetmezlik ile baş edilmesi için suni gözyaşı ajanlar, viskozite artırıcı, osmotik ve antioksidan ajanlar kullanılmaktadır (23). Meibom bezi disfonksiyonu tedavisi için kapak kenar temizliği, ılık pansuman, zayıf etkili steroid ve antibiyotikler, oral tetrasiklin ya da azitromisinden faydalanılmaktadır (23). Antiinflamatuvar tedavi için kısa süreli topikal kortikosteroid kullanımı yanı sıra topikal siklosporin de ön plana çıkmaktadır (23). Geniş ve iyileştirilemeyen epitel defekti olan seçili olgularda sınırlı süre için biyolojik gözyaşı desteklerinden (otolog serum, umbilikal kord serumu, trombosit preparatları vb.) yararlanılabilmektedir (23).



Şekil-5. A) Kuru göze bağlı gelişmiş filamanlar
B) Kuru göze bağlı inferior korneada gelişmiş punktat epitelyopati.

Lakrimal sistem

Nazolakrimal kanal enfeksiyonları

Kanalikülit ve dakriyosistitler hiperemiye neden olabilen lakrimal sistem enfeksiyonlarıdır.

Kanalikülit: Bakteriyel, viral veya mikotik mikroorganizmalara sekonder gelişebilirse de en sık etken *Actinomyces israeli*'dir (24). Hastada konjonktivit benzeri bir tablo oluşturabilir. Punktum tipik olarak dilate ve eritemlidir. Tedavisinde kanalikülotomi, küretaj ve uygun antibiyoterapi gereklidir (24, 25).



Şekil-6. Akut dakriyosistit. Kесе bölgesinde şişlik, hiperemi ve periorbital sellülit tablosu.

Dakriyosistit: Erişkinde akut ya da kronik dakriyosistit olarak izlenir. Kronik form akut formdan daha fazla karşımıza çıkar. Akut ya da kronik dakriyosistitte nazolakrimal kanalda bir obstrüksiyon geliştiği için epifora ve sekresyon tipiktir. Akut dakriyosistitte buna ek olarak kесе bölgesinde hassasiyet, ağrı ve hiperemi de mevcuttur (Şekil-6). Sistemik antibiyoterapi ile uygun şekilde tedavi edilmezse apse ya da periorbital sellülitte ilerleyebilir. Tekrarlayan enfeksiyonlar gelişirse dakriyosistorinostomi

cerrahisi planlanmalıdır (26). Kronik dakriosistit ise sıklıkla nazolakrimal kanalın alt ucunda yani burun boşluğunda gelişen bir obstrüksiyonun yol açtığı, kese bölgesine basmakla pürülan

sekresyonun punktumdan regürjite olduğu, görece uzun süreli bir tablodur. Tedavide dakriosistorinostomi cerrahisi endikedir (26).

Kaynaklar

1. Kanski JK, Bowling B. Clinical Ophthalmology: a systematic Approach. Eds: Gabbedy R, Cook L. Episclera and sclera. Elsevier, 7th edition, 2011: 252-67.
2. Gilani CJ, Yang A, Yonkers M, Boysen-Osborn M. Differentiating Urgent and Emergent Causes of Acute Red Eye for the Emergency Physician. West J Emerg Med 2017; 18 (3) 509-517.
3. Sızmaç S. Kırmızı Göz Nedenleri - Üveitler. Turk J Ophthalmol 2012; 42 (1): 57-62.
4. Ünal M, Konuk O. Temel Göz Hastalıkları, Eds: Aydın O'Dwyer A ve Aydın Akova Y. Göz kapakları ve hastalıkları. 3. Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, 158-82.
5. Eberhardt M, Rammohan G. Blepharitis. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 Jan-.
6. Azari AA, Barney NP. Conjunctivitis: A systematic review of diagnosis and treatment. JAMA. 2013; 310 (16): 1721-9.
7. Preferred Practice Pattern Guidelines. Conjunctivitis - limited revision. American Academy of Ophthalmology Cornea/External Disease Panel; 2018.
8. Shorter E, Whiteside M, Harthan J, Margolis MS, et al. Safety and tolerability of a one-time, in-office administration of 5% povidone-iodine in the treatment of adenoviral conjunctivitis: The Reducing Adenoviral Patient Infected Days (RAPID) study. The Ocular Surface, <https://doi.org/10.1016/j.jtos.2019.08.005>.
9. Alfonso SA, Fawley JD, Alexa Lu X. Conjunctivitis. Prim Care. 2015; 42 (3): 325-45.
10. Mimura T, Usui T, Yamagami S, et al. Recent causes of subconjunctival hemorrhage. Ophthalmologica 2010; 224 (3): 133-7.
11. Kongau Y, Henkind P. Pain elicited by consensual pupillary reflex: A diagnostic test for acute iritis. Lancet 1981; 2 (8258): 1254-5.
12. Thomas PA, Geraldine P. Infectious keratitis. Curr Opin Infect Dis 2007; 20 (2): 129-41.
13. Bourcier T, Thomas F, Borderie V, et al. Bacterial keratitis: predisposing factors, clinical and microbiological review of 300 cases. Br J Ophthalmol 2003; 87 (7): 834-8.
14. Karaca I, Barut Selver O, Palamar M, Egrilmez S, Aydemir S, Yagci A. Contact Lens-Associated Microbial Keratitis in a Tertiary Eye Care Center in Turkey. Eye Contact Lens 2019 Apr 30. doi: 10.1097/ICL.0000000000000617.
15. Palamar M, Masaroğulları M, Egrilmez S, Aydemir Ş, Yağcı A. Mikrobik kontakt lens keratitlerinde mikrobiyolojik inceleme sonuçlarımız. Turk J Ophthalmol 2010; 40: 349-53.
16. Barut Selver O, Egrilmez S, Palamar M, Arici M, Hilmioglu Polat S, Yagci A. Therapeutic Corneal Transplant for Fungal Keratitis Refractory to Medical Therapy. Exp Clin Transplant 2015; 13 (4): 355-9.
17. Gudmundsson OG, Ormerod LD, Kenyon KR, et al. Factors influencing predilection and outcome in bacterial keratitis. Cornea 1989; 8 (2): 115-21.
18. Adam RS, Vale N, Bona MD, et al. Triaging herpes zoster ophthalmicus patients in the emergency department: do all patients require referral? Acad Emerg Med 2010; 17 (11): 1183-8.
19. Yagci A, Gurdal C. The role and treatment of inflammation in dry eye disease. Int Ophthalmol. 2014; 34 (6): 1291-301.
20. Wolffsohn JS, Arita R, Chalmers R, et al. TFOS DEWS II Diagnostic Methodology report. Ocul Surf 2017; 15 (3): 539-74.
21. Gümüç K. Kuru göz hastalığının epidemiyolojisi ve patofizyolojisi. MN Oftalmoloji 2018; 25(Suppl 1): 5-11.
22. Palamar M, Degirmenci C, Ertam I, Yagci A. Evaluation of dry eye and meibomian gland dysfunction with meibography in patients with rosacea. Cornea. 2015; 34 (5): 497-9.
23. Bayraktutar BN, Sahin A. Tedavi ve tedavi yönetim raporu. MN Oftalmoloji 2018; 25 (Suppl 1):12-22.
24. Freedman JR, Markert MS, Cohen AJ. Primary and secondary lacrimal canaliculitis: a review of literature. Surv Ophthalmol 2011; 56 (4): 336-47.
25. Balıkoğlu Yılmaz M, Şen E, Evren E, Elgin U, Yılmazbaş P. Kanalikülit Farkındalığı. Turk J Ophthalmol 2016; 46: 25-9.
26. Chen X, Liu Y. Efficacy of nasal endoscopic dacryocystorhinostomy for chronic dacryocystitis: A systematic review protocol of randomized controlled trial. Medicine (Baltimore) 2019; 98 (12):e14889.