

## Romatizmal Hastalıklarda Göz Komplikasyonları

Yavuz ÖZÜGÜL<sup>x</sup>, Ö.Faruk EKİNCİLER<sup>xx</sup>, H.Yıldız KARDAŞ<sup>xxx</sup>, G.Ertugrul MİRZA<sup>xxxx</sup>

**Özet:** Romatizmal hastalıklardan etkilenen organlar içinde gözün özel bir yeri vardır. Zira gözün ve dış yapılarının incelenmesi sistemik tanıda yardımcı olabilir. Kişiyi kör bırakabilecek göz komplikasyonları izlenmeli ve önlenmelidir. Bu hastalıkların gözü tutma şekilleri birbirleriyle olan ilişkiyi anlamamızda da yardımcı olur ve sıklıkla doğru tanı için değerli ipuçları verir.

**Anahtar Kelimeler:** Romatizmal hastalıklar, göz komplikasyonları

### The Ocular Complications of Rheumatic Diseases

**Summary:** Rheumatic diseases affect almost all organs " especially eyes". The symptoms in the eye may facilitate the diagnosis. Because of these symptoms blindness may occur. The evaluation of eyes is helpfull for understanding of the rheumatic diseases.

**Key words:** Rheumatic diseases, ocular complications

Romatizmal hastalıklardan herhangi bir şekilde etkilenmeyecek organ yoktur. Bu hastalıkların oküler komplikasyonları her zaman bulunmamakla beraber eğer oluşursa sıklıkla tanıda değerli ipuçları verir. Önemli olan hastayı takip altına alıp bu komplikasyonların oluşmasını önlemektir. Zira bu komplikasyonlardan bazıları irreversibl olup kişiyi kör bırakabilir (2).

Bu makalede çeşitli romatizmal hastalıkların göz komplikasyonları ve bu hastalıklarda kullanılan ilaçlardan göze yan etkileri en fazla olanlar ele alınmıştır.

Romatoid Artrit (RA): Romatoid nodüllerin benzerleri olan çeşitli tipte skleritler, subkütan nodülleri olan RA'lilerde daha sıktır. Bu nodüller episkleral dokularda gelişip nodüler episklerit oluşturur. Bunlar lokalize , hafifce kabarıklık, genellikle ağrılı ve hassas, üzerinde konjonktival hiperemi olan lezyonlardır. Benzer olay sonunda ölü dokuya dönüşen

<sup>x</sup> Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Doçenti

<sup>xx</sup> Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı Profesörü

<sup>xxx</sup> Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Uzmanı

<sup>xxxx</sup> Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı Yardımcı Doçenti

sarımsı nekrotik nodüllerin gelişmesiyle sklerada da oluşabilir. Enflamasyon çok fazla ise tutulan göz kırmızı ve ağrılı olup bu duruma nekrotizan nodüler sklerit denir ve bazen skleral defektten alttaki üveal dokunun dışarı prolapsisi ile sonlanabilir. Skleromalasia perforans da çok benzer bir hastalıktır fakat enflamatuvar semptomlar ya minimaldir veya yoktur, bilateralidir. Her iki durum da skleranın üst kısmında daha sıklıkla oluşur. Eğer sklera proliferatif ve daha belirli olarak diffüz şekilde tutulmuşsa bu durum kahverengi sklerit veya skleranın masif granülomu olarak bilinir, orbital enflamasyonla birlikte olup orbital neoplazm ile karışabilecek klinik tablo oluşturabilir (2).

Romatoid skleritler sistemik bulguları olan RA'lilerde daha sıktır. Oküler hastalıktaki alevlenme sistemik hastalığına paraleldir. Bunlar sınırlı kalabildiği gibi olayı katarakt, korioretinit, glokom, retina dekolmanı veya gözün perforasyonuna kadar götürebilir. Koroid ile silier cismin tutulması ve sekonder üveit sıktır. Bazen RA'de non-nodüler nekrotizan keratit veya sklerokeratit de görülebilir (2,3,4,6).

Tedavi: Episkleritte topikal steroidler kullanılabilir. İmmünoşüpresifler bazı vakalarda başarılı olmuştur (2).

Jüvenil Romatoid Artrit (JRA): Erişkin RA'i ve JRA'in göze etkileri kesinlikle farklıdır. JRA'de % 5-25 primer anterior üveit görülür ve sklerit oluşmazken, erişkin RA'i ise sklerit veya sklerokeratit ile belgindir. JRA'deki iritis sıklıkla asemptomatiktir, farkedilmeden önce gözde harabiyet yapabileceğinden yakın takip gerektirir. JRA iritisinin en sık görülen komplikasyonu, kornea epitelinin altında kalsiyum birikmesiyle oluşan band keratopatisidir. İritisin başka bir sonucu katarakt, anterior ve posterior sineşi (irisin kornea ile anterior veya lens ile posterior yapışıklığı) ve sekonder glokomdur. Band keratopatisi, iritis ve katarakta JRA'in triadı denir. Topik steroidler ve sikloplejiler (atropin, hemotropin vb.) yararlı terapötik tedavi usülleridir (2,4,5,6).

Sjögren Sendromu: Bu sendromun oküler komponenti, lakrimal bezlerin sekresyon azlığına bağlı keratokonjonktivitis sikka'dır. Ağız kuruluğu ve bir romatizmal hastalık (özellikle RA) tabloya eklenirse Sjögren sendromu oluşur. Lakrimal sekresyon eksikliğinin nedeni glandüler asinüslerde tokal dejenerasyonla beraber mononükleer hücre infiltrasyonudur. Sellüler infiltrasyon ile glandüler atrofi ve dejenerasyon, kanaldaki epitelial hücrelerde myoepitelial adalar oluşturuncaya kadar giderek artar. Hastalık ilerledikçe lakrimal bezin yerini konnektif doku alır (2).

Sjögren sendromlular gözde kaşıntı, yanma, fotofobi ve yabancı cisim hissinden yakınabilirler. Flamanlı keratit sık görülen bulgudur. Küçük gri opasiteler korneal epitel içinde görülebilir ve korneanın ön yüzü buruşuk olabilir. Nadir durumlarda bütün kornea ülsere, opak veya vaskülarize olabilir, bazen perforasyona gidebilir. % 1 lik Bengal solüsyonu interpalpebral aralık bölgesinde tipik boyanma oluşturur. Tanıyı pekiştirmek için Schirmer testi uygulanır (2,4,5).

Tedavi: İlimli vakalarda suni gözyaşı preparatları verilir. Gözyaşı boşaltım kanalı ağızlarının diatermi ile kapatılması, gözyaşının buruna akmayıp gözde kalmasıyla gözün kurumasını geciktirebilir (2,3).

Ankilozan Spondilit: Hastaların % 10-60'ını tutabilen anterior üveit gözlenir . Akut başlangıçlı ve tekrarlayıcıdır.

Eklemler semptomlarından sonra ortaya çıkabildiği gibi başlangıç semptomu da olabilir. Semptomlar minimal olabildiği gibi hiperemi, fotofobi ve oküler ağrı ile şiddetli iritis de görülebilir. Sekel bırakmadan geçebildiği gibi anterior ve posterior sineşilere, sekonder glokoma ve katarakta yol açabilir. Üveit, topikal steroid, midriatik, sikloplejler gibi klasik tedaviye cevap verir (2).

Reiter Hastalığı: Artrit, üretrit ve konjonktivit triadından oluşur. Fakat oküler tutulum konjonktivitle sınırlı değildir. Bu hastalıkla birlikte iritis, keratit, posterior üveit ve optik neuritis vakaları bildirilmiştir. Hastaların 1/3'ünden fazlasında görülen konjonktivit genelde hafiftir ve konjonktivanın tarsal bölgesinde, bilateraldir. Daha seyrek olarak kemosis ile birlikte ve pürülan tiptedir. Bu bulgular reiter hastalığının başlangıç işareti olabilir. Kronik vakalarda % 30-40 oranında anterior üveit görüldüğü bildirilmektedir (2). % 3-8 vakada ise süperfisiel keratit gözlenmiştir. Posterior üveit enderdir, genellikle anterior üveitle beraber veya sekonder olarak oluşur (2).

Enteropatik (Kolitik) Artropati: Ülseratif kolitli ve eklem hastalığı olanlarda daha yüksek iritis insidansı ve iritisi olanların eklem hastalığı geliştirmeye daha yatkın olduğu bildirilmektedir. Bu hastalarda eklem ve oküler tutulum arasındaki özel ilişkiye çok az dikkat çekilmiştir (2,5).

Sistemik Lupus Eritematosus: Fundusta tipik olarak retinal kanamalar, ödem ve atılmış pamuk şeklinde eksudalar gözlenir. Ayrıca fokal retinal iskemi görülüp en iç retinal tabakaları ilgilendirir. Sıklıkla gözün arka kutbunda ve genellikle optik disk çapının yarı büyüklüğünden az, beyaz, kabarık, çizgili kenarları olan süperfisiel lezyonlar görülür. Retinal venöz genişleme, disk ödemi ve santral ven trombozu da tarif edilmiştir. Lupus retinopatisi aktif sistemik tutulumu olan kişilerde daha çok görülür. Aslında gözler için en büyük tehlike tedavi için kullanılan ilaçlardır. Bu ilaçların oküler toksisitesi ayrıca tartışılacaktır (2,5,6).

Kranial Arterit ve Polimiyaljiya Romatika: Polimiyaljiya romatika sıklıkla kranial arteritin (temporal veya dev hücreli) bulgusudur. Kranial arteritin en sık görülen göz bulgusu iskemik optik neuritistir. Optik siniri besleyen oftalmik arterin dallarının tıkanması sonucu gelişip ani ve yaygın vizyon kaybı, hatta tam körlük yapar. Eğer tedavi edilmesse hastaların % 50 kadarı tutulmamış olan diğer gözünü de kısa sürede kaybeder. Bazen iskemik neuritis oluşmasından önce hastalarda amorozis fugax (geçici kısmi veya total vizyon kaybı) epizotları olabilir. Diğer oftalmik problemler diplopi, oküler veya periorbital ağrı, fotofobi, pitoz, konjonktivit, episklerit, arter dal oklüzyonu ve sekonder hemorajik glokomdur.

Tedavi: yüksek doz kortikosteroidler (günde 60-120 mg prednison veya eşdeğeri) eritrosit sedimantasyon hızı normale dönünceye kadar verilir ve sonra sedimantasyonu düşük tutmaya yeterli doza indirilir. Tedavinin amacı oküleri hasarı geri döndürmek değil onu önlemektir. Zira bir kere vizyon kaybolursa hemen daima kalıcıdır (2,6).

Skleroderma: En sık görülen oküler problemler altta yatan keratokonjonktivitis sikkaya bağlıdır. gözyaşı hiposekresyonu vardır. Göz kapaklarının sertleşmesi, kapaklarda telenjektaziler ve nodüler episklerit gözlenebilir. Daha ender olarak atılmış pamuk manzaralı, hemorajili, eksudalı ve ödemli retinopati görülür (2,4).

Poliarteritis Nodosa (PAN): İnternal ve eksternal oküler hastalıklarla beraberdir. Eksternal olarak konjonktival tutulum ve ödem, subkonjonktival hemoraji veya nodüler episklerit oluşturabilir. Bazen nekrotizan sklerokeratit olabilir. Bu durumda şiddetli ağrı ve perforasyona kadar giden değişiklikler olabilir. Anterior üveit nadir olarak görülebilir.

Cogan sendromu (non luetik intertisiyel keratit ile birlikte vestibuloaditor hastalık): PAN ve diğer sistemik vasülitlerle beraber tariflenmiştir. İntertisiyel keratitte ağrı, fotofobi ve oküler infiltrasyon oluşu, korneada periferik vaskülarizasyon ve stroma derinlerinde yama şeklinde infiltrasyong örülür. Bazen korneal lezyonlar iz bırakmadan kaybolur. Vertigo ve VIII. sinir sağlığı Cogan sendromunun klinik görünümünü tamamlar (2).

PAN'da koroid ve retina sıklıkla tutulur. Bazen koroidal iskemiyi gösteren beyaz subretinal yamalar bulunabilir. Retinal değişiklikler hemorajili, ödem , eksuda ve atılmış pamuk noktalarıdır. Subhyaloid kanamalar (retina ve vitreus arasına), retinal arter çaplarında belirgin düzensizlik, papil ödemi, arteriel ve venöz tromboz bu hastalıkta tarif edilmiştir. PAN merkezi sinir sistemine etkisiyle oküler bulgular oluşturabilir. Diplopi III. ve/veya VI. sinir felçlerine bağlıdır. Homonim hemianopsi, Horner sendromu, horizontal nistagmus, V. ve VI. sinir felçleri ve gözlerin fikse konjuge deviasyonu PAN'ın diğer nörooftalmolojik bulguları olarak bildirilmiştir. Oküler bulguların tedavisi semptomatiktir ve altta yatan hastalığın perodik kontrolü zorunludur (52).

Wegener Granülomatosis ve Letal Midline Granülomu: Göz kapağı ödemi, proptozis ve nazolakrimal kanal tıkanması olabilir. Orbital tutulum, pitoz, kemozis, gözün açık kalmasına bağlı keratit, oküler hareketlerde sınırlanma, görme kaybı, papil ödemi ve retinal venöz konjesyon şeklinde olabilir. Bu hastalarda en sık görülen oküler bulgular, nonspesifik episklerit veya sklerit, nekrotizan sklerit ve sklerokeratitten oluşan skleral veya kornea-skleral enflamatuar olaylardır. Tedavi semptomatiktir. Antimetabolitlerin bir değeri olabilir (2,4).

Dermatomyositis ve Polimiyositis: Göz kapaklarındaki mor-eflatunumsu eritamatöz döküntü bazen periorbital bölgeyi de kaplar. Anterior üveit, atılmış pamuk noktaları, yüzeysel ve derin retinal hemorajili, retinal ödem ve eksuda, venöz dolgunluk ve retinal damar çaplarında değişiklikler bu hastalarda bildirilmiştir. Optik atrofi ve görme kaybı ile olan optik sinir tutulumu nadirdir (2,4).

Tekrarlayan Polikondrit: Nadir bir kolajen doku hastalığı olmasına rağmen gözü sıklıkla tutar (% 60). Sık görülen komplikasyonları konjonktivit, episklerit ve iritistir. Korneal enflamasyon, katarakt, optik neurit, okülomotor felci, exoftalmus, korioretinit ve retina dekolmanı diğer bildirilen göz bulgularıdır (2,4).

Gut: Tutulan gözde şiddetli ağrı ve kızarıklıkla beraber akut gut iritisine ve skleritine neden olabilir. Ataklar sırasında intraoküler basınç artıp dar-açılı glokomu taklit eder. Konjonktivit, band keratopatisi ve posterior üveit gutlu hastalarda bildirilmiştir. Steroidler ve sikloplejikle semptomatik tedavi faydalıdır (2,4).

Behçet Hastalığı: Klasik göz lezyonu hipopionlu iridoslittir. Ayrıca episklerit, konjonktivit, keratit, retinal tromboflebit, papil ödemi ve optik atrofi de sıklıkla gözlenir. Hastalığın generalize ve otoimmün bir vaskülit olduğu görüşü hakimdir (5).

Sarkoidozis: % 25 göz tutulumu vardır. En sık üveit görülür, bilateral ve granülatöz tabiattadır. Anterior üveyayı daha şiddetle tutar. Anterior ve posterior sineşiler olabilir. Retinal perivaskülit olan hastalarda optik neurit ve merkezi sinir sistemi sarkoidozuna daha sık rastlanır. Keratokonjonktivitis sikka görülebilirse de lakrimal bez ve konjonktiva tutulum asemptomatiktir. Kveim-Siltzbach testi yeterli ve non invaziv bir tanı aracıdır. Gözyaşı ve serum angiotensin converting enzyime (ACE) seviyeleri %90 hastada yüksek bulunur (3).

#### Oküler Hastalık Oluşturabilen Antiromatizmal İlaçlar

Kortikosteroidler: Lokal ve sistemik kortikosteroid tedavisinin iki ana göz komplikasyonu vardır, katarakt oluşumu ve glokom. Sistemik olarak günlük 10-15 mg prednizon bir yıl veya daha fazla kullanılırsa katarakt görülebilir. Bir kere oluştuktan sonra katarakt hemen daima kalıcıdır. Eğer vizyon yeterince bozulmuşsa tek tedavi cerrahidir.

Steroidler uzun süreli kullanımda göziçi basıncını yükseltirler. Bu olay topikal kullanımda daha sık gözlenir. Genellikle 6 hafta ile iki ay arasında ortaya çıkan bu durum ilacın kesilmesi ile normale dönebildiği gibi kalıcı da olabilir (1,2).

Sentetik Antimalaryal İlaçlar (Klorokin, hidroksiklorokin): En ciddi toksisiteyi fundusta oluşturur. Önceleri bu ilaçların selektif olarak pigment epitelini yıkıma uğrattığı düşünülmüştür. Fakat şimdi daha iç retinal tabakayı da etkiledikleri açıktır. Bu toksisitenin subjektif semptomları gece körlüğü, skotom ve vizüel kayıptır. Objektif olarak maküler bölgede pigment benekleri seçilir ki, bu klasik boğa gözü formasyonuna ilerler ve en erken oftalmoskopik bulgudur. Klorokin retinopatisi gözlenen hastaların çoğu, total 400 gr veya daha fazla miktarda ilaç almışlardır. Erken retinopati ve anormal retinal fonksiyon testleri eğer ilaç kesilirse normale döner fakat daha ilerlemiş değişiklikler irreversibeldir. Bu nedenle antimalaryal ilaçlar verilirken periyodik oftalmolojik muayenelerin yapılması zorunludur (1,2).

*Romatizmal Hastalıklarda Göz Komplikasyonları: ÖZÜGÜL, Yavuz ve ark.*

İndometasin: İndometazin kullanılmasına bağlı birçok muhtemel oküler toksisite vakası vardır. Vizyon azalması, anormal ertinal fonksiyon testleri, görme alanında daralma, optik disk solukluğu, gece körlüğü ve fundusta pigmentli değişiklikler görülebilir. İlacın kesilmesiyle bu anormalliklerin çoğu kaybolur (1,2).

Altın Preparatları: Sistemik altın verilmesiyle korneada altın birikebilir (chrysiasis). Konjonktivit, keratit ve korneal ülserler seyrek olarak tariflenmiştir (2).

#### *Kaynaklar*

1. Grant S, Greenfield DZ, Leopold IH: *Toxic Retinopathies*. In Duane TD(ed): *Clinical Ophthalmology*. vol 3, Harper and Row, Philadelphia 1986, pp 1-9.
2. Katz WA: *Rheumatic Diseases Diagnosis and Management*. J B Lippincott Comp, Philadelphia 1977, pp 242-251.
3. Kelley WN: *Textbook of Rheumatology*. WB Saunders, Philadelphia 1985, pp 511-432.
4. Mc Carty DJ: *Arthritis and Allied Conditions*. Lea and Febiger, Philadelphia 1985, pp 622-623.
5. Moskowitz RW: *Clinical Rheumatology*. Lea and Febiger, Philadelphia 1982, pp 238-246.
6. Scheie HG, Albert DM: *Textbook of Ophthalmology*. WB Saunders, Philadelphia 1977, pp 154-156, 401-406.