

Ankilozlu Spondilartritle Birlikte Görülen Bir İridoksilit Olgusu *

Emel BAŞAR**
Orhan ÖZCAN***
Hikmet ÖZÇETİN****

ÖZET

Ankilozan spondilitle birlikte olan bir iridosiklit olgusu takdim edilmiş ve bu tip olguların erken teşhis ve tedavisi tartışılmıştır.

SUMMARY

A Case of Iridocyclitis with Ankylosing Spondylitis

A case of iridocyclitis with ankylosing spondylitis in reported and early diagnosis and treatment of such cases is discussed.

Ankilozlu spondilartrit omurgayı, sakroilyak eklemleri ve komşu yumuşak dokuları etkileyen kronik inflamatuvar artritik bir hastalık olup, erkeklerde daha sık görülmektedir^{1, 2, 3}.

Genellikle 30 yaştan önce beliren bulgular başlangıçta sadece sabah kalkıldığı zaman hissedilen katılık ve sırtın aşağı kısımlarında ağrı şeklinde olup, giderek sırtta tam bir fleksiyon deformitesine dönüşmektedir². Son zamanlardaki araştırmalar doku grubu antijenlerinden HLA-B 27'nin ankilozlu spondilartrit ile birlikte akut anterior üveiti olan hastalarda büyük oranda pozitif olduğunu göstermiştir². Bu da hastalıkta genetik geçişi düşündürmektedir.

* Bursa Oftalmoloji Derneğinin Aralık 1983 toplantısında tebliğ edilmiştir.

** Uzm.Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Göz Hastalıkları Anabilim Dalı.

*** Doç.Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

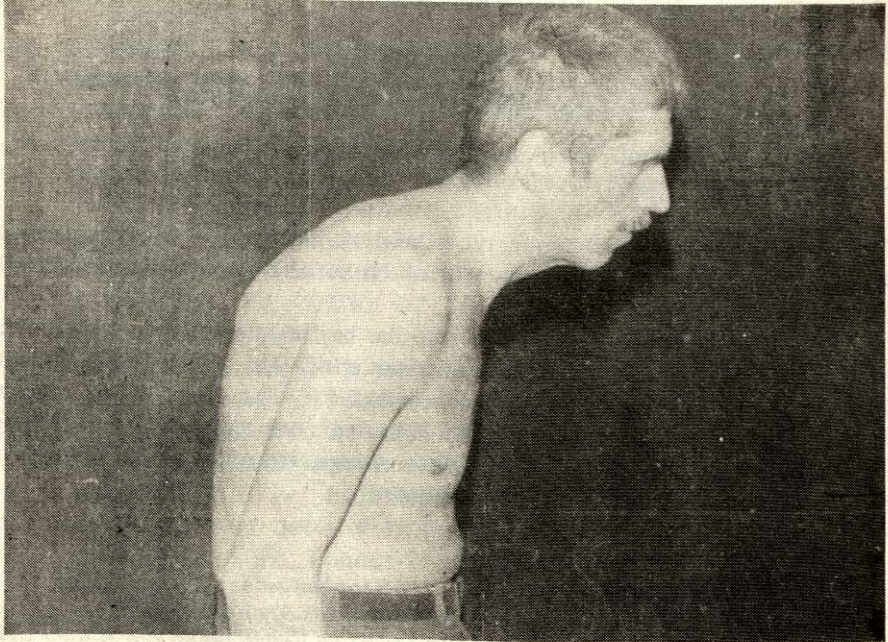
**** Doç.Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Göz Hastalıkları Anabilim Dalı Öğr. Üyesi.

Gözde iridosiklit genellikle akut eksudatif tipte bir üveit şeklinde olmakta, hiperemi, fotofobi, ağrı, ön kamarada eksidasyon ve ince keratik presipitelerle seyrebilmektedir. Tedavide gecikilirse ön ve arka pupil yapışıklıkları ve görme kaybı ile karşılaşmaktadır.

Ankilozlu spondilartiritteki anterior üveit % 10-60 arasında insidans göstermektedir^{4,5}. Fakat bunun tersi durumunda da yani anterior üveitli hastalarda da ankilozlu spondilartirite de sık rastlanmaktadır ve literatüre göre bu oran da % 12-27 arasındadır⁴.

OLGU

Hastamız İ.B., Protokol No. 33894/B, 53 yaşında, erkek hasta olup, gözlerinde ağrı kızamıklık, bulantı, kusma şikayetleri ile kliniğimize başvurmuştur. Bir yıldır birçok göz hekimi tarafından glokom tanısı ile tedavi edilmekte olup yaklaşık 30 yıldır da sırtını dik tutamadığını belirten hastanın (Resim 1) okuler muayenesinde; görmeler sağda 7/10, solda ışık hissi ve projeksiyonu idi. Ön segment bulguları olarak sağda konjonktiva hiperemik, kornea ödemli, ön kamara bulanık olarak tespit edildi. Pupile ait arka yapışıklıklar vardı. Sol göz ön segmentinde de konjonktiva hiperemikti. Ön kamarada bulanıklıkla birlikte pupil alanında plastik membran vardı. Lenste katarakt başlangıcı görüldü. Funduskopi yapılamadı. Göz içi basınçları sağda 50.6 mmHg, solda 43.4 mmHg. Schiötz olarak saptandı ve bilateral hipertansif üveit tanısı ile yatırılan hastadan dahili ve fizik tedavi konsültasyonları istendi.



Resim: 1
Olgumuzun Yandan Görünüşü

Bunların sonucunda hastanın bariz ankilozlu spondilartiriti olduğu ayrıca kronik obstrüktif akciğer hastalığı bulunduğu saptandı.

Hasta üveiti yönünden lokal olarak midriatikler ve kortikosteroidlerle göziçi basıncı yönünden de oral asetozolamid ve parenteral mannitol ile tedaviye alındı. Ayrıca sistemik aspirin tedavisine başlandı. Sağ gözde üveit bulguları kayboldu, sol gözde de keza plastik membran ve üveit bulguları silindi. Ayrıca bu gözde göziçi basıncı da normale döndü. Sağ göze ise göziçi basıncını normale döndürmek için önce saat 12'den periferik iridektomi yapıldı, ancak bu işlem yeterli olmayınca alt kadrandan trabekülektomi uygulandı ve hasta görmeleri bilateral 8/10 ve göziçi basıncı bilateral normale dönmüş olarak ayaktan kontrollere gelmek üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA

Akut iridosiklik hecmelerinin ankilozlu spondilartirit ile birlikte olmasının sıklıkla görülmesi iritisin hastanın bir komplikasyonundan ziyade klinik bir özelliği olarak düşünülmesine yol açmıştır⁶.

Hastalıkla göz bulguları eklem bulguları çok sessiz iken hatta eklem bulgularından yıllar önce başlayabilir⁴. İridosiklitin şiddeti, artiritin şiddeti ile ilgili değildir ve genellikle akut eksudatif tiptedir⁴. Bizim olgumuzda da spondilartirit çok uzun yıllar önce başlamış ve hastanın zamanını tam saptayamadığı birçok iridosiklit hecmesi ile yapışıklıklar teşekkül etmiştir ve olgunun kliniğimize başvurusunda eksudatif üveitin aktif bir hecmesi söz konusu idi. Hastanın 30 yıl süreli olarak tarif ettiği hastalığı sonucu sırtüstü yatamayacak derecede sırtında fleksiyon deformitesi teşekkül etmişti. Bütün bu bulguları ile hasta literatürde tarif edilen olgulara uyum göstermekte idi¹⁻⁴.

İridosiklitin sık hecmeleri ile yapışıklıklar teşekkül etmiş hastalarda uzun dönemde antiprostoglandin tedavisi bugün tercih edilen tedavi şeklidir³. Aspirin'in günlük 6 grm.lık dozu erken toksisite belirtileri başlayıncaya kadar yavaşça arttırılarak iritis hecmelerinin şiddeti azaltılabilir. Ayrıca ankilozan spondilit'te nisbeten görülebilir. Profilaktik olarak da antiprostoglandinler hecmeler olmadan da verilebilir³. Okuler veya sistemik kortikosteroidlerde tedaviye yardım edebilirler, bizde hastamız çok ilerlemiş bir devrede olmasına rağmen lokal kortikosteroidler ve sistemik antiprostoglandin tedavisi ile akut hecmeyi çözdük.

Ankilozan spondilartirit özellikle erken tanıda çoğunlukla gözden kaçmaktadır. Radyolojik bulgular çok belirgin olmayan aylar ve yıllar geçebilmektedir³. Radyolog mutlaka böyle bir ihtimalden önceden haberdar edilmelidir. Aksi takdirde erken bulgular farkedilmeyebilir. Dolayısı ile göz hekiminin akut anterior iridosiklit ile gelen tüm hastalarda spondilartirit olasılığını da düşünerek radyologu mutlaka ikaz etmek görevi olmalıdır. Böylece, subklinik ankilozan spondilit bulguları ortaya çıkabilecek dolayısıyla kesin tanıya ve tedaviye önemli katkılar olabilecektir.

KAYNAKLAR

1. DUKE-ELDER, S., PERKINS, E.S.: Diseases of the Uveal Tract. In: System

- of Ophthalmology. Vol 9. (ed. Duke-Elder, S.), Henry-Kimpton, London, 1966, p. 542-544.
2. CHUMBLEY, L.C.: Rheumatologic Disorders. In: Ophthalmology in Internal Medicine W.B. Saunders Co., Philadelphia, London, Toronto, 1981, p. 121-124.
 3. TESSLER, H.: Iritis Associated with the Spondarthritides. In: Principles and Practice of Ophthalmology (ed. Peyman, A.G., Sanders, D.R., Goldberg, F.M.) W.B. Saunders Co., Philadelphia, London, Toronto, 1980, p. 1575.
 4. GOLD, D.H.: Ocular Manifestations of Connective Tissue Diseases. In: Clinical Ophthalmology (ed. Duane, D.D.), Harper-Row Publishers, Inc, New York, San Francisco, London, 1976, Vol. 5, Chap. 26, p. 7-9.
 5. YÜCEL, K., BERKER, H., URGANCIOĞLU, M., KARAKAŞ, V.: Ankilozan Spondilitte Göz Lezyonları, T. Oft. Gaz., XI: 94-96, 1981.
 6. WATSON, P.G.: Connective Tissue Disorders and The Eye. In: Recent Advances in Ophthalmology (ed. Trevor-Roper, P.D.), Churchill Livingstone, Edinburgh, London, New York, 1975, p. 244.

Uzm.Dr. Emel BAŞAR
U.Ü. Tıp Fakültesi
Göz Hastalıkları Anabilim Dalı
BURSA