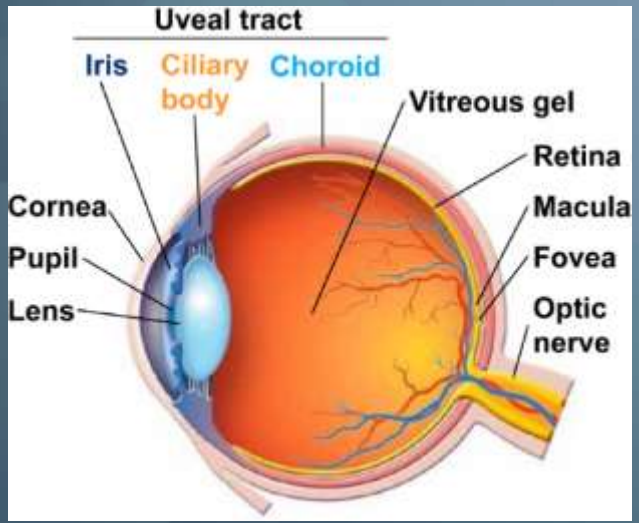
ÜVEİT

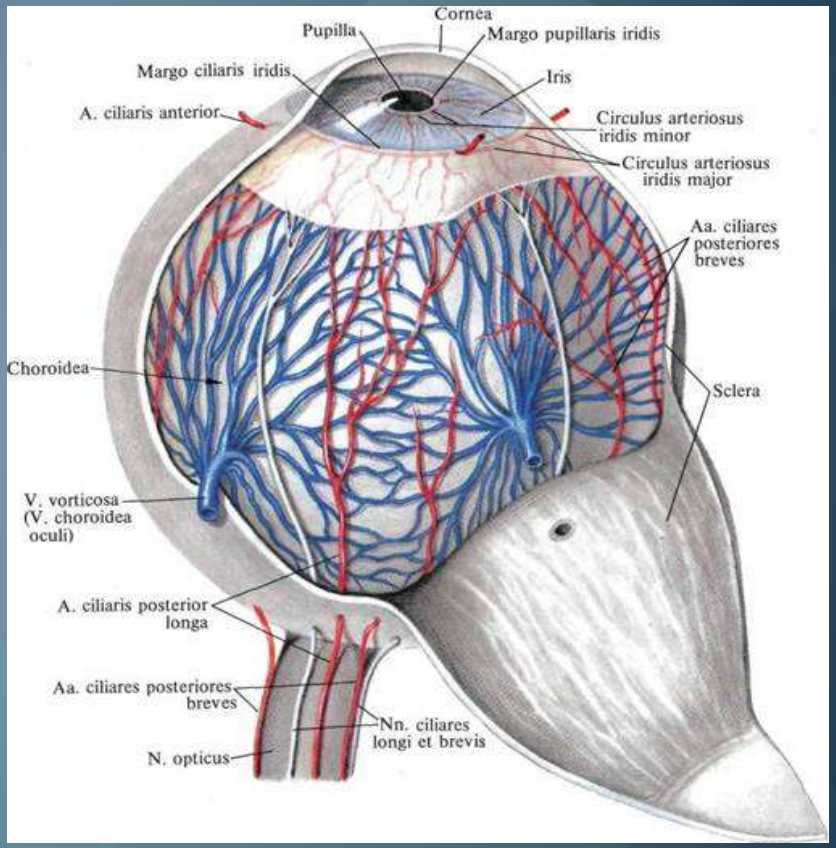
Prof. Dr. Burak TURGUT

SON GÜNCELLEME 01.01.2019

Tanım

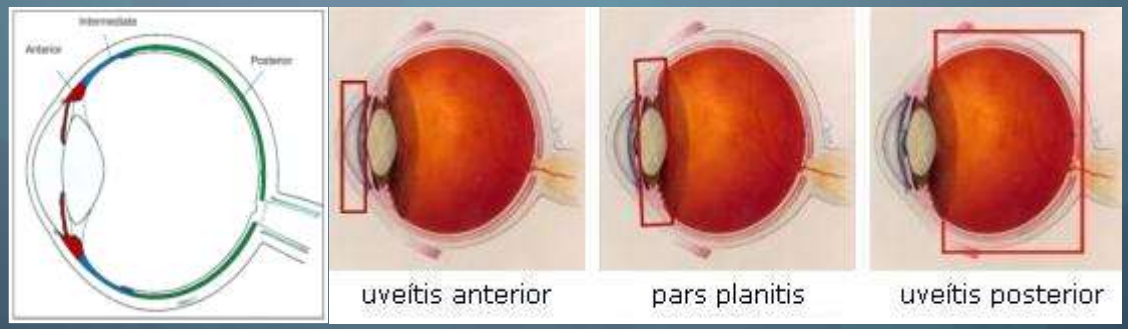
- Uvea:İris+Siliyer Cisim+Koroid
- Her 3 kısmı da pigmentli ve vasküler
- Uveit uveanın enflamasyonu
- Ancak sadece uveanın değil aynı zamanda retina ve damarlarını tutan birçok göz içi enflamatuar durumun tanımlanmasında kullanılan bir terim





Anatomik Sınıflama

1. Anterior (ön) üveit: Öncelikle irisi tutan (İritis) veya hem iris hem de siliyer cismin pars plikata kısmını tutan (İridosiklit) enflamasyon
2. Intermediate (ara, orta) üveit baskın olarak pars plana ve periferik retina vitreusu tutan enflamasyon.
3. Posterior (arka)üveit: Vitreus tabanından fundusa kadar tutulum gösteren enflamasyon primer odağa göre Retinit, Koroidit,Vaskülit
4. Panüveit enflamasyon baskın olarak belirli bir uvea bölgesini değil tüm uveayı tutmuştur.
5. Endoftalmi enflamasyon sklera dışında tüm intraoküler yapıları tutar ve kompartmanları tutar ve çoğukez pürülandır.
6. Panoftalmi: Enflamasyon tüm globu ve tabakaları ve çoğu kez orbital yapıları da tutmuştur.



Etyolojik Sınıflama

1. **İdiyopatik:** Uveitin nedeninin araştırmalar sonucu bulunamaz.

Etyolojisi bulunmayan grup: nonspesifik ön üveitin görüldüğü: diş dolgusu, gribal enfeksiyon veya üriner enfeksiyon sonrası?

2. **Enfeksiyöz kökenli:** Sistemik hastalıklar ile ilişkili veya göze özgü olabilir.

- Endojen: Vücudun kendi florası
- Ekzojen: Dışarıdan giren patojen ajan (Bakteri, virüs, parazit, mantar…)

3. **Non- enfeksiyöz kökenli:** İmmunolojik kökenlidir.

Enflamatuvar yanıta göre **Sınıflama**

1. Granulomatöz Üveit: Sinsi başlangıçlı, kronik seyirli, ağrı ve fotofobinin non-granulomatöze göre çok daha hafif olduğu, iri koyun yağı presipitatlar ve Koeppe nodülleri, lokal heterojen tutulum ile karakterize kötü prognozlu üveit.
   - Sifiliz
   - Kedi Tırmığı Hast.
   - Tüberküloz
   - Sarkoidoz
   - Lepra
   - Brusella
   - Sempatik oftalmi
2. Non-granulomatöz Üveit: Daha çok ön segmenti tutan, akut başlangıçlı, hızlı ve alevli seyreden, ağrı, fotofobi ve kızarıklığın belirgin-ağır olduğu, kornea endotelinde ince beyaz presipitatlar, ön kamarada hücreler ve fibröz eksudasyon gelişmesi, diffüz ve homojen tutulum ile karakterize ve prognozun daha iyi olduğu üveitlerdir.
   - Enflamatuar: Romatoid artrit,
   - Enfektif: Gonokok, streptokok, difteri, S.aureus

Klinik gidişe göre Sınıflama

Hastalığın başlangıç şiddeti ve ataklarının olup olmadığına göre sınıflandırma

- Hiperakut
- Akut (3 aydan daha kısa süreli)
- Kronik (tedavinin kesilmesinden sonra 3 aydan daha kısa süre içinde relaps olması
- Tekrarlayıcı (Rekürren) en az 3 ay sürmüş tedavisiz inaktif peryodlarla ayrılmış tekrarlayan üveid epizodları ile karakterizedir
- Resistan (Dirençli) Maksimal doz steroidlerle 2 haftalık tedaviye, immünsüpressiflerle 3 aylık tedaviye rağmen klinik iyileşme olmaması
- Remisyon tedavinin kesilmesinden sonra enaz 3 ay süreyle hastalığın inaktif olması

Ön Üveit

Ön üveitin ilişkili olduğu non-enfeksiyöz (non-spesifik) seronegatif hastalıklar

1. HLA-B27 (+) hastalıklar

- Ankilozan Spondilit
- Reiter Sendromu
- Psöriatik Artrit
- Juvenil Romatoid Artrit
- Enflamatuar Bağırsak Hastalıkları

2. Behçet Hastalığı

Nonenfeksiyöz HLA-B27 (+) hastalıkların ortak özellikleri

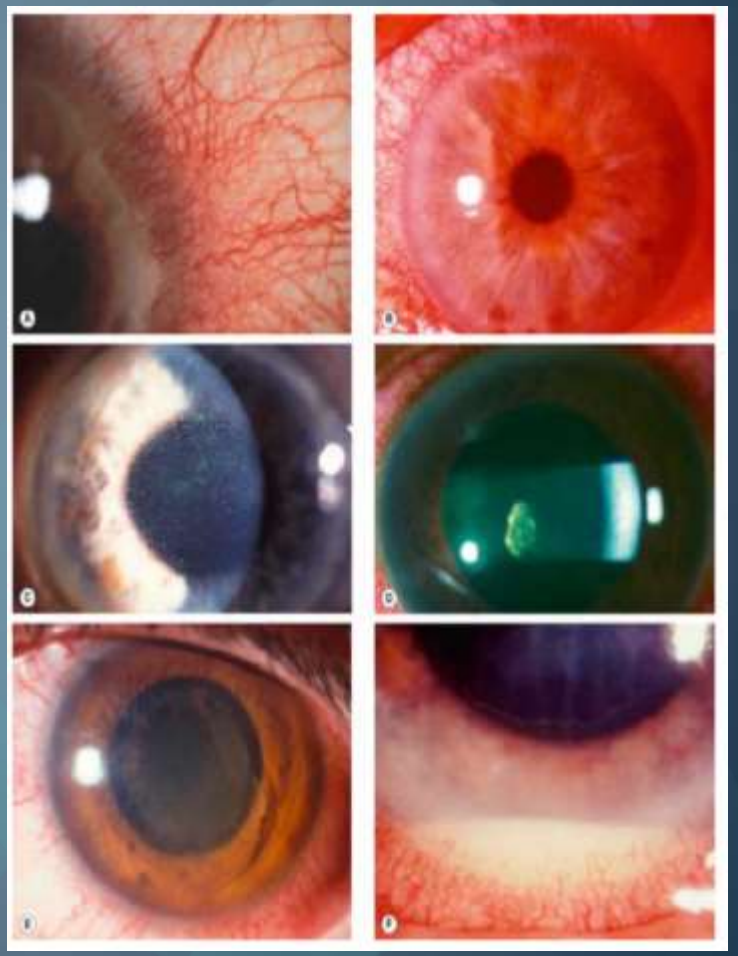
- Pür ön üveit
- Non-eroziv artrit: eklem tutulumu ile üveitin şiddeti korele değil
- Romatoid faktör (-)

Akut Ön Üveit

- Üveitin en sık görülen formu Ön üveit, ön üveitin en sık görülen formu Akut ön üveittir

Semptomlar

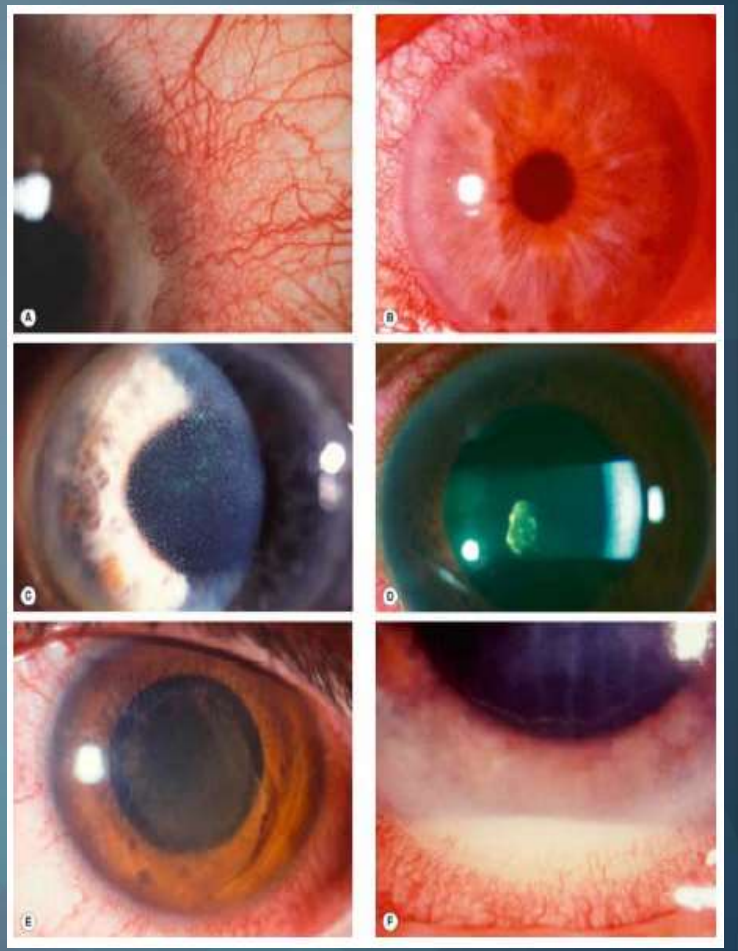
- Prezentasyon tipik olarak ani başlangıçlı tek taraflı göz ağrısı, fotofobi, kırmızı göz (siliyer kısma komşu konjonktivada kızarıklık), bazen lakrimasyon, nadiren klinik bulgular başlamadan gözde hissedilen rahatsızlık hissi ile olur.
- Görme keskinliği şiddetli hipopiyonu olan gözler haricinde ilk gelişte genellikle iyidir.



Akut Ön Üveit

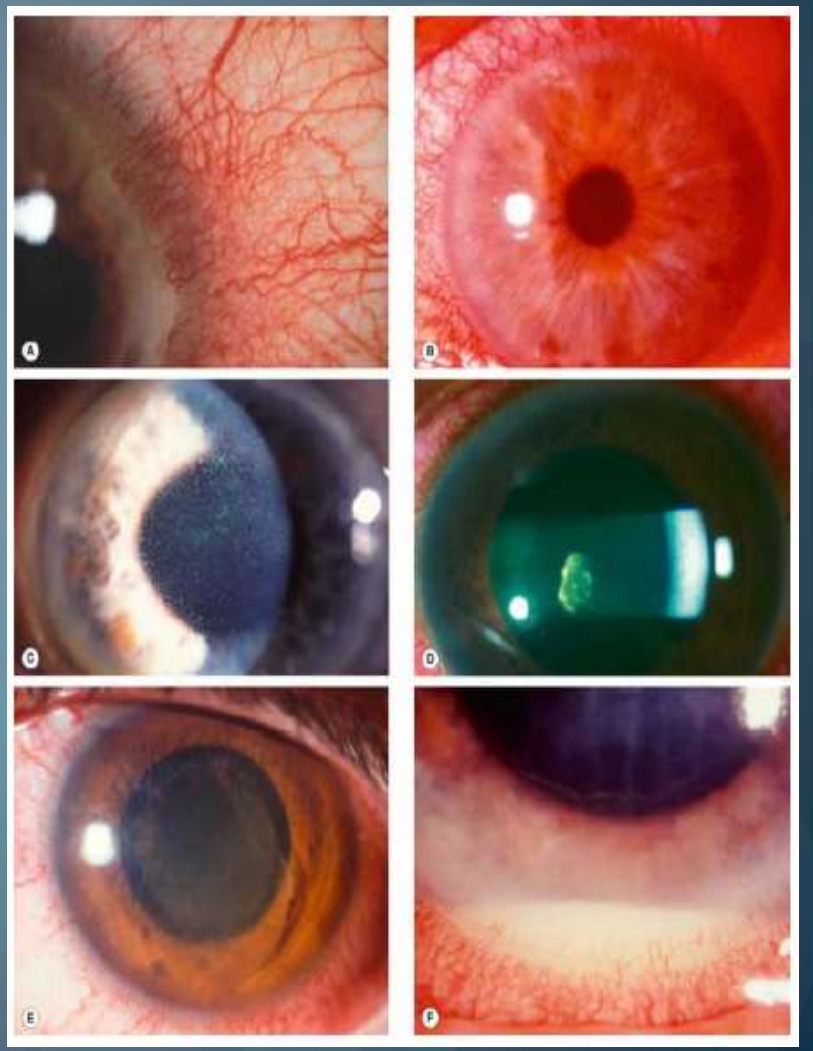
Bulgular

- Morumsu renkte limbal-siliyer enjeksiyon (flush).
- İris sfinkter spazmına bağlı miyozis
- Kan-aköz bariyerinde yıkılma: normalde siliyer cismin pigmentsiz epitelinde bulunan sıkı bağlantılarca oluşturulan KAB sayesinde hümör aköz hücre içermez. Ancak KAB yıkılınca aköze hücre geçişi olur. Aköz hücreler (Tindal bulgusu) hastalığın aktivite ve şiddetini yansıtır.
- Endotelyal tozlanma (çok sayıda enflamatuar hücre tarafından oluşturulur).
- Aköz flare (bulanıklık) kan-aköz bariyerinin kırılıp aköz içine protein sızıntısı olduğunu gösterir.
- Aköz fibrinöz eksuda genellikle HLA-B27 ilişkili akut ön üveitlerde ortaya çıkar.



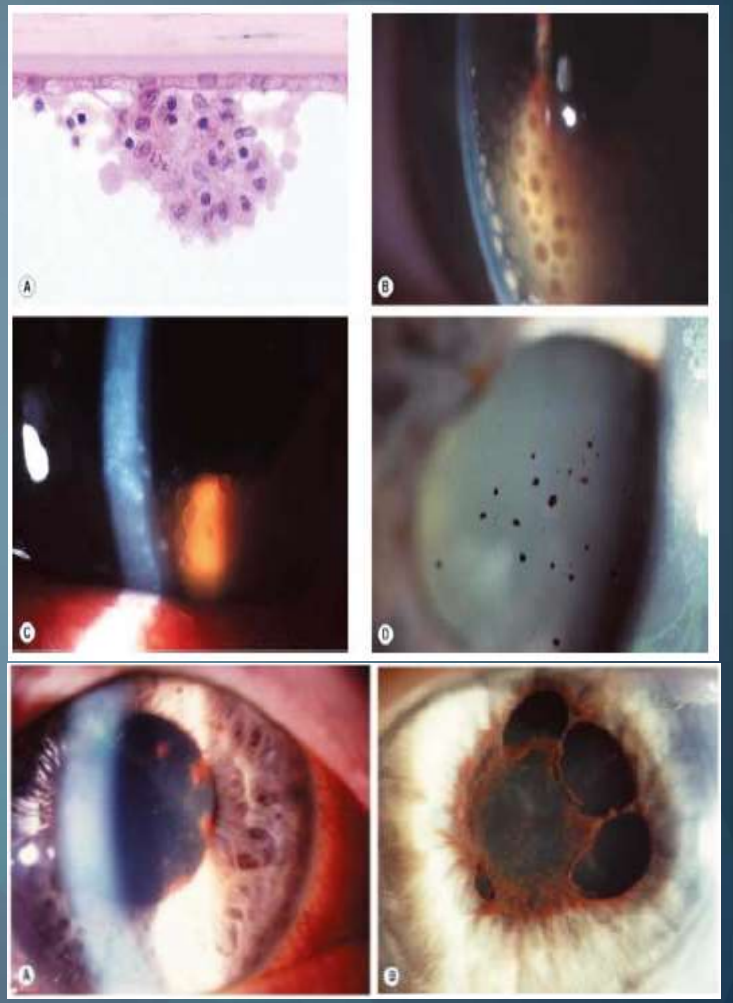
Akut Ön Üveit

- Hipopiyon ön kamarada hücrelerin genellikle alt yarıda yatay seviye vermeleri ile beliren pü (lökosit) birikimidir.
- Hareketsiz, yoğun, geç kaybolan ve yüksek fibrin içerikli hipopiyon tipik olarak HLA-B27 ilişkili akut ön üveitlerde ortaya çıkar.
- Behçet sendromundaki hipopiyondaki fibrin minimaldir bunedenle baş pozisyonu ile hızlıca kaybolabilir
- Kanla karışık hipopiyon oküler herpetik enfeksiyon veya rubeosis iridisten kanamaya bağlı olabilir.



Akut Ön Üveit

- Keratik presipitatlar (KP) kornea endotelinde kümelenmiş epiteloid hücre, lenfosit ve PMNL depozitleridir.
- Genellikle non granülomatözdür ve birkaç gün sonra ortaya çıkar.
- Ön vitreusta hücre varlığı iridosikliti işaret eder.
- Posterior sineşi (Oklüzyo/seklüzyo pupilla)
- Genellikle düşük GİB veya nadiren yüksek GİB
- Fundus genellikle normal
- Klinik gidiş: Uygun tedavi ile enflamasyon 5-6 hafta içinde tamamen baskılanır.
- Prognoz iyidir. Prognozun kötü olması ve komplikasyonlara, gecikmiş ya da uygun olmayan tedaviye veya steroid glokomuna bağlıdır

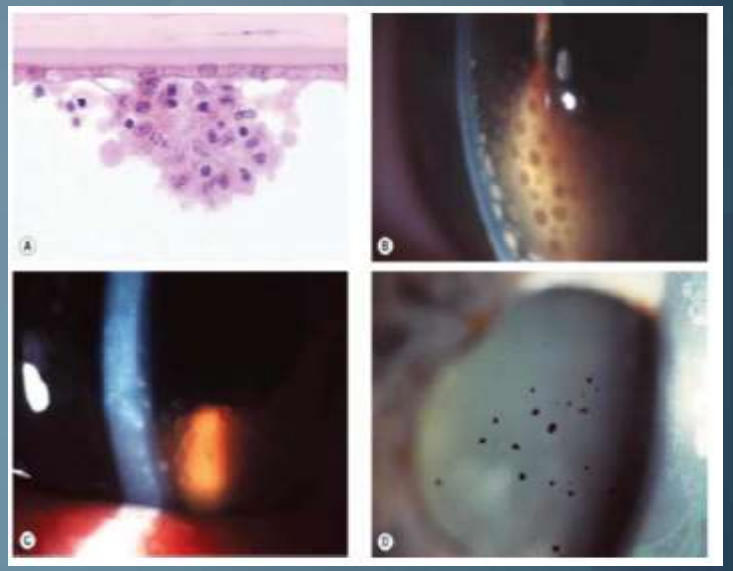


Kronik Ön Üveit

- Enflamasyon granulomatöz veya non granülomatöz olabilir
- Bilateral tutulum akut tiptekinden daha fazladır.
- Presentasyon çoğukez sinsi ve komplikasyonlar gelişmedikçe asemptomatiktir. Bu nedenle özellikle Juvenile İdiyopatik Artrit olgularında rutin dikkatli tarama yapılmalıdır
- Muayenede genellikle gözler beyazdır, nadiren alevlenme dönemlerinde pembe olabilir
- Aköz hücrelerin sayısı hastalığın aktivitesine göre değişir ancak çok hücre bulunan hastalar bile asemptomatik olabilir
- Aköz flare akut olgulardakinden daha anlamlıdır kronik olgularda hastalığın aktivitesinin indikatörüdür.

Kronik Ön Üveit

- Büyük KP granülomatöz hastalıkta yağsı bir görünümdedir (mutton-fat) ve genellikle alta yerleşimli ve çok sayıdadırlar
- Çözülmüş-gerilemiş mutton-fat KP'lar (hayalet KP) önceki geçirilmiş granülomatöz enflamasyon kanıtıdır
- Uzun süren nongranülomatöz KP pigmente olabilir ve santralde daha yoğun olabilir
- Genişlemiş iris damarları (psödorubeozis) uzun süren vakalarda görülebilir ve tedavi ile çözülürler.
- Membranöz pupilla
- Remisyon ve alevlenmeler sıktır
- Prognosis göreceli (katarakt, glokom ve hipotoni nedeniyle)



Kronik Ön Üveit

Granülomatöz enflamasyon varlığında iriste

- Koeppe nodülleri: Küçük ve pupiller kenarda lokalize
- Busacca nodülleri: İris stromasında kollarette
- Büyük pembe renkli nodüller: Sarkoidoz üveitinde

İris atrofisi:

- Herpes simpleks-zoster üveitinde sektörel
- Fuchs üveitinde genel









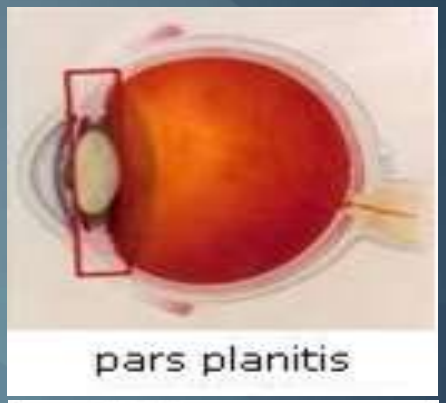
Ön Üveit

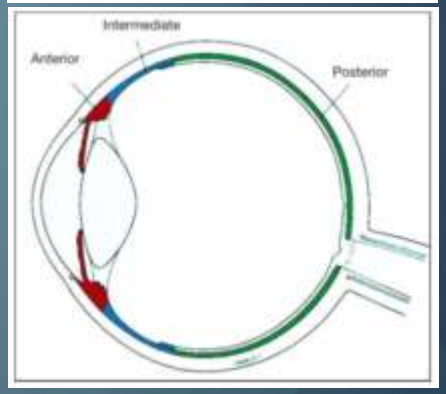
Komplikasyonlar:

- Bant keratopati: Korneada subepitelyal bölgede kalsiyum birikimi ile olur (özellikle JRA)
- Endotel dekompensasyonu
- Glokom
- Katarakt: Normalde aköz hümörden beslenen lens üveitte aköz yapısının bozulması nedeniyle beslenemeyeceğinden arka subkapsüler katarakt gelişimi sıktır.
- KMÖ

Orta Üveit (Siklitis, periferik üveitis, kronik siklitis, vitritis, pars planitis ve intermedyer üveitis)

- İrisin gerisi ile pars plana bölgesinin enflamasyonu.
- Tüm üveitlerin %15'i-pediyatrik üveitlerin %20'si (Genellikle çocuklarda ve gençlerde görülür).
- Kronik, sinsi, tekrarlayan ve enflamatuvar bulguların ana yerinin vitreus olduğu üveit tipi.


pars planitis



- İdiyopatik veya sistemik hastalıkla ilişkili olabilir. Pars planitis (PP) hastalığın idiyopatik olan olgularına verilen adıdır. Bu durumda hastalık genellikle 'snowbanking' ve/veya 'snowball' oluşumu ile kendini belli eder.
- En sık nedenler
- Multipl skleroz,
- Behçet hastalığı,
- Juvenil Kronik artrit,
- Tüberküloz, Lepra, Kedi Tırmığı Hastalığı, Sifiliz, Lyme
- Enflamatuvar bağırsak hastalığı (Crohn, Ülseratif Kolit)

Orta Üveit

Semptomlar:

- Hastalar gözlerinin önünde yüzen cisimcikler veya santral görme bulanıklığı ile başvururlar.
- Nadiren ağrı olur.
- Başlangıçta semptomlar tek taraflı olsa da tipik olarak sonuçta iki gözü asimetrik etkiler.

Bulgular:

- Ön üveit: Pars planitte birkaç hücre ve küçük dağınık KP'lar (genellikle alt korneaya lineer dağılım gösteren) bulunabilir. Sarkoidoz/Lyme gibi diğer orta üveit olgularında ön üveit şiddetli olabilir.
- Mid-periferal retinada vaskülit
- Periferal periflebit özellikle MS olgularında sıktır.



Orta Üveit

Bulgular:

- Pars planada presipitasyonlar ve siklitik membran oluşumu (kayak izleri görünümü).
- Genellikle ön vitreusta baskın olan vitreus hücreleri tipiktir.
- Şiddetli olgularda vitreus kondansasyonu ve bulanıklığı görülebilir
- Vitreusta "kar topu opasiteler" (snowballs) görülebilir, bunlar genellikle alt periferal vitreusta çok sayıdadır.
- Snowbanking tüm kadranlarda ama özellikle alt kadranlarda ortaya çıkan gri-beyaz fibrovasküler plaktır. Bu plak üzerinde veya optik disk üzerinde neovaskülarizasyon olabilir
- Özellikle genç olgularda hafif optik disk ödemi görülebilir.
- Kistoid maküler ödem.



Orta Üveit

Görme keskinliğindeki azalma sebepleri

1. Kistoid makula ödemi (%30) ana sebeptir.

2. Makular epiretinal membran oluşumu sıktır.

Uzamış enflamasyon veya kullanılan steroidler nedeniyle

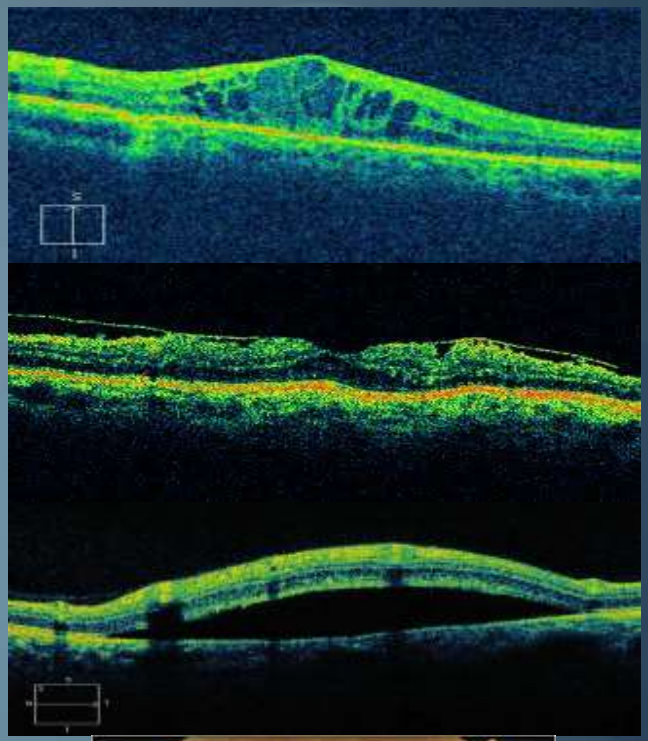
3. Katarakt

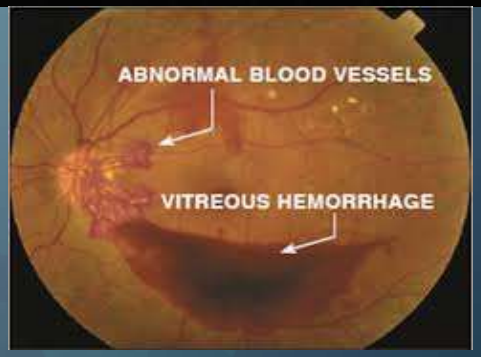
4. Steroid glokomu

5. Retina dekolmanı

6. Vitreus kanaması nadir (NV'dan)

- Orta Üveitte hastaların azınlığında gidişat iyidir, tedavi gerekmez, birkaç yılda spontan gerileme olur. Ancak hastaların geri kalan büyük çoğunluğunda hastalık çok şiddetlidir ve giderek daha kötüleşen alevlenme dönemleri görülür





Arka Üveit

- Vitreus, retina, koroid ve optik sinirin enflamasyonlarına verilen genel addır.
- Hastanın şikâyetleri çok değişkendir.
- Ön üveitteki görülen ön segment bulgularına pek rastlanılmaz.
- En sık arka üveit yapan hastalıklar Behçet, Sarkoidoz ve Toksoplazmoz

Semptomlar

- Presentasyon enflamatuar odağa ve vitritis varlığına göre değişir:

✓ Periferik lezyon varsa veya vitreus tutulumunda yüzen cisimcikler (sinek uçuşması),

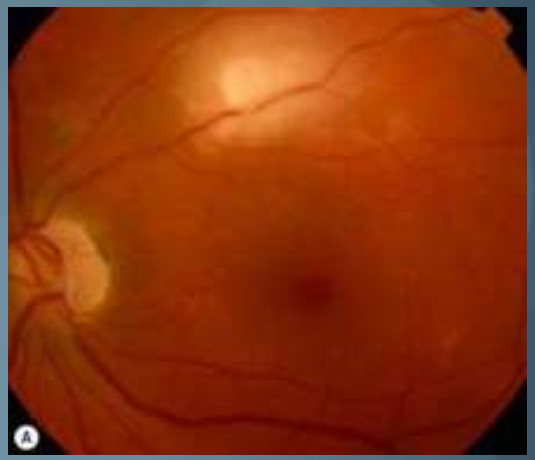
✓ Makulayı etkileyen lezyon varsa santral görmede azalma ana semptomlardır.

✓ Vitreusun tutulduğu durumlarda bulanık görme gibi şikayetler olabilir.

- Görme keskinliği lezyonun makulaya olan uzaklığına göre değişir.

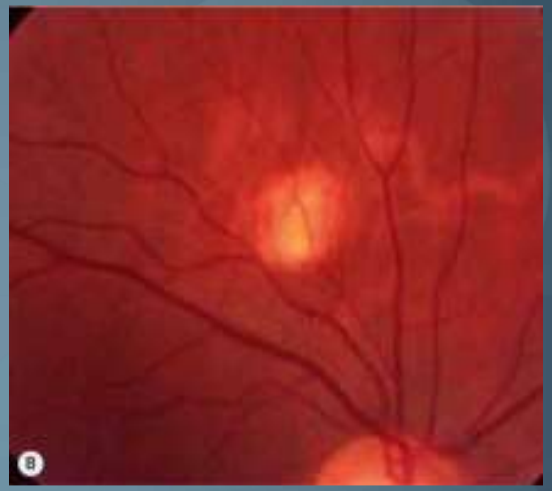
Arka Üveit

- Retinit fokal (soliter)/multifokal, coğrafik/diffüz olabilir.
- Aktif lezyonlar çevre ödemine bağlı sınırları belirsiz beyazımsı retinal opasiteler olarak görülürler.
- Lezyon çözünür çözünmez sınırları iyi tanımlanır.
- Retinit odaklarının üzeri bulanık beyaz, sarı rektedir.
- Kabarıktır.
- Komşu vitre aktif lezyonlarda enflamedir.



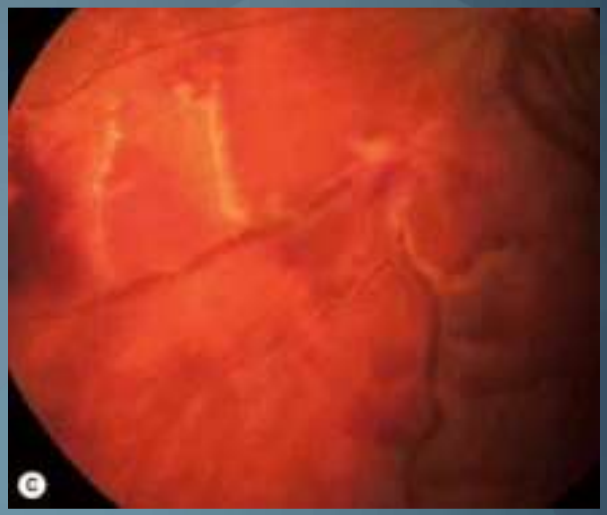
Arka Üveit

- Koroidit fokal/multifokal, coğrafik/diffüz olabilir.
- Genellikle eşzamanlı retina tutulumu yoksa vitrite neden olmaz.
- Aktif Koroidit lezyonu yuvarlak, sarı veya grimsi yama/nodül ile karakterizedir.
- Aktif lezyonların üzerinde bir eksudasyon olabilir ve komşu vitreusde hücre bulunur.
- İnaktifler ise korioretinal atrofi alanları şeklinde beyaz bir görüntüdedir.



Arka Üveit

- Vaskülit primer olarak veya bitişik retinit odağına sekonder olarak gelişebilir.
- Hem arterleri (periarterit) hem venleri (periphlebit) etkileyebilse de ven tutulumu daha yaygındır.
- Aktif lezyon sarımsı veya gri-beyaz renkli yamalı, perivasküler kılıflanma ile karakterizedir. Kanama bazen görülebilir.
- Sessiz vaskülit ise perivaskular skarlaşmaya neden olur.



Yönetim

Üveitlerde sistemik hastalık birlikteliği araştırma endikasyonları

- Granülomatöz enflamasyon bulguları.
- Rekürren uveit.
- İki taraflı hastalık.
- Spesifik tanı konulamayan sistemik bulgular.

Genel tedavi prensipleri

İmmun-aracılı üveit anti-enflamatuar ve immunosupressif ajanlarla tedavi edilir. Enfeksiyöz hastalık etyolojisi varsa düşünülebilir.

Midriatik damlalar: Atropin/sikloplejin gibi kuvvetli midriatikler, arka sineşileri önler, silier spazmı çözer ve hastaya rahatlık verir.

Antienflamatuar damlalar: Steroidlere destek olarak günde 3-4 kez indometazin gibi göz damlaları etkilidir.

Lokal Tedavi

Steroidler: Damla/pomat/subtenon veya intravitreal enjeksiyon şeklinde uygulanabilir.

- Damlalar sadece ön üveitlerde fayfalıdır. Ağır ön üveitlerde güçlü steroid saat başı başlanıp tablo hafifledikçe azaltılır.
- Perioküler (subkonjonktival, subtenon bazen retrobulber) steroid enjeksiyonları tek taraflı veya asimetrik orta veya arka üveitlerde enflamasyonun baskılanması ve makula ödeminin tedavisi için ilk basamak olarak kullanılırlar.
- Perioküler steroidler 2 taraflı arka üveitte sistemik tedavinin desteklenmesi veya sistemik steroidlerin kontrendike olması durumunda veya topikal/sistemik ilaçlara uyum kötü ise veya üveitli gözün cerrahisinde kullanılırlar.
- Perioküler steroidler arka segmente de etkilidir, depo etkililerin etkisi daha uzundur. Hipopiyonlu ağır üveitlerde uygulanmalıdır.
- Intermediate üveitte subtenon enjeksiyon etkilidir.

Sistemik tedavi

Sistemik steroid

- Yüksek doz ile başlanır, klinik tablonun hafiflemesi ile doz azaltılır. Prednizolon için başlangıç dozu 1 -1.5 mg/kg' dır.
- Peptik ülser veya gastriti olan hastalarda ağızdan verilmez, parenteral yol tercih edilmelidir.

İmmunosupressif/immünomodülatör :

- Behçet hastalığında ve sempatik oftalmide kullanılır
- Steroidler kadar etkin değiller, steroid kullanımını azaltmak amacıyla veya görmeyi tehdit eden üveit (özellikle de iki taraflı, non-enfeksiyöz, reversibl ve doğru uygulanmış steroid tedavisinin başarısız olduğu) olgularda tercih edilirler.
- Siklosporin, Takrolimus, Metotreksat, Azatiopurin, Mikofenolat mofetil, Siklofosfamid ve Klorambusil
- Uzun süre kullanıldıkları için her 6-8 haftada kanda lökosit, trombosit sayımları ve KC ve Böbrek fonksiyonları için testleri yapılmalıdır.

Biyolojik blokörler: Interlökin reseptor antagonistleri (daclizumab, anakinra) veya TNF-alfa antagonistleri (infliximab, adalimumab).

İnterferon beta: MS ile ilişkili orta üveitte.

Cerrahi Tedavi

Vitrektomi enflamasyonu gidermek kadar steroide dirençli KMÖ için de yararlı olabilir. Traksiyonel RD, şiddetli vitreus opasifikasyonu, çözülmeyen vitreus hemorajisi ve epiretinal membran için gerekli olabilir

Kriyoterapi periferik eksudatif RD dekolmanı ve telenjiektazik damarlar ve vazoproliferatif tümörler için kullanılabilir

Laser fotokoagulasyon: perifer retinaya vitreus tabanındaki NV için yararlı olabilir.

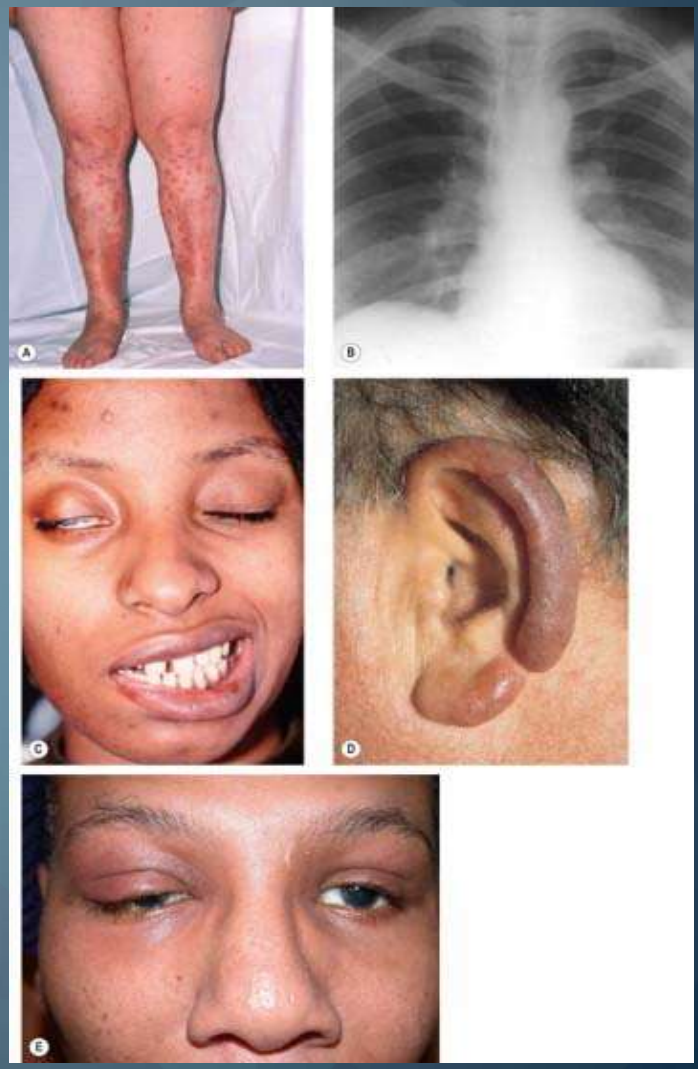
Sarkoidoz

- T-lenfosit aracılı bilinmeyen nedenli kazeifikasyon nekrozu görülmeyen granülomatöz enflamatuar hastalık
- Soğuk iklimlerde en sık ama siyah ırkı etkiler.
- Klinik olarak hafif organ tutulumundan potensiyel ölümcül multisistem hastalığına kadar değişken
- En sık tutulan dokular mediastinal ve yüzeyel lenf nodları, Akciğerler, KC, dalak, deri, parotisler, falangial kemikler ve gözdür.
- Göz dışı tutulum: Lupus pernio
- Lenfatik sistemi tutar. AKC grafisinde hiler dolgunluk
- **Tetkikler:** Göğüs radyogramı (%90 olguda anormaldir), Biyopsi (akc.de %90, konjonktivada %70, lakrimal bezde %25-75, yüzeyel len nodları, deri lezyonu), hiperkalsiüri, kanda hiperkalsemi, ACE ve lizozim artışı, bronkoalveolar lavajda artmış aktive T-helper lenfosit yüzdesi, balgamda armış CD4/CD8 oranı, solunum fonksiyonu testi, Mantoux testi



Sarkoidoz

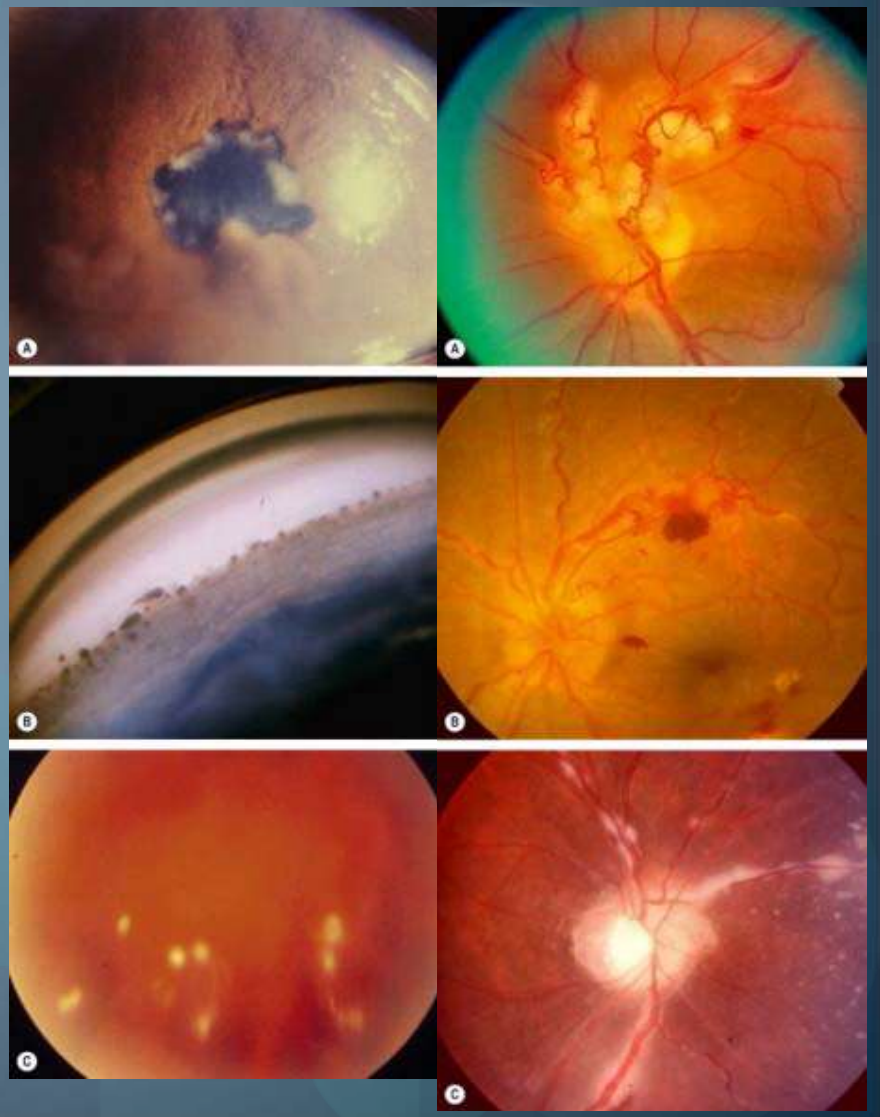
- **Deri lezyonları** (%25) eritema nodosum, granulomatöz dağınık papuller, plaklar veya nodüller, Lupus pernio (endüre, menekşe renkli lezyonlar: burun, çene, parmaklar ve kulaklar), uzun süren skarlarda veya dövmelerde granulomatöz depositler
- **Nörolojik bulgular** (%5–10): fasiyal paralizi (en sık olanı), felç, menenjit, perfireal nöropati ve psikiyatrik semptomlar
- **Artrit** (kronik sarkoidozda) küçük ve büyük eklemleri tutabilen simetrik. Çocuklarda prezentasyon akciğer hastalığından ziyade artritle olur
- **Kemik kistleri**, parmakları etkiler ve şişlikle birliktedir.
- **Böbrek hastalığı:** nefrokalsinozis, hiperkalsiuri ve kalküli.
- **LAP, granülomatöz karaciğer hastalığı, splenomegali ve aritmi.**



Sarkoidoz

Oküler bulgular

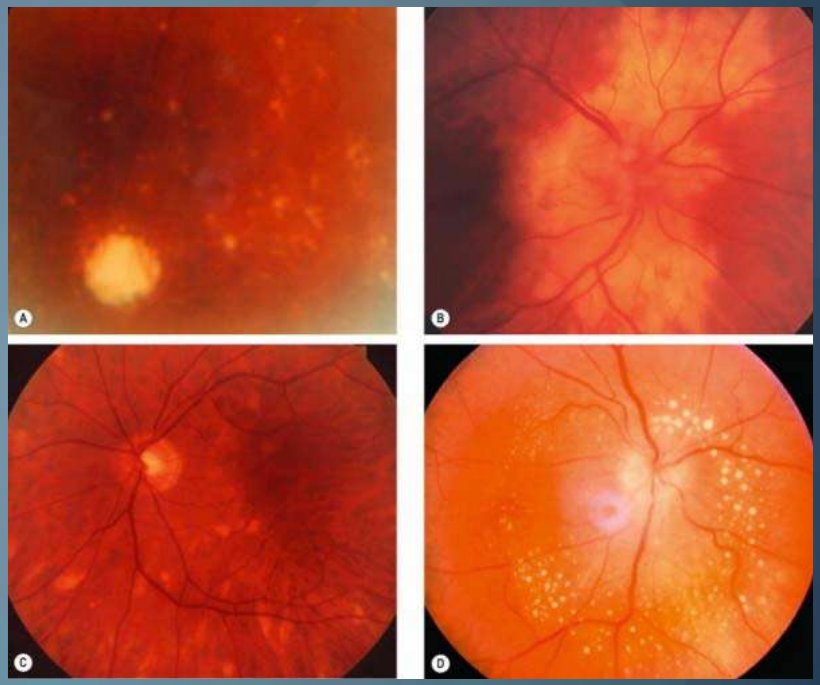
- **Kapak ve konjonktiva tutulumu ve göz kuruluğu**
- **Konjonktival nodüller**
- **Üveit,** en sık göz bulgusu, Granülomatöz Ön, arka üveit veya panüveit
- AAU öz. Akut başlangıçlı olgularda görülür
- KAU, granulomatözdür ve KOAH'lı yaşlı olguları etkiler
- Iriste veya trabeküler ağda nodüller.
- **Orta uveit** , sistemik hastalığa öncülük edebilir
- **Periflebit,** sarımsı/gri-beyaz perivenöz kılıflanma (candlewax drippings) şeklindedir, oklüzif periflebit sık değildir



Sarkoidoz

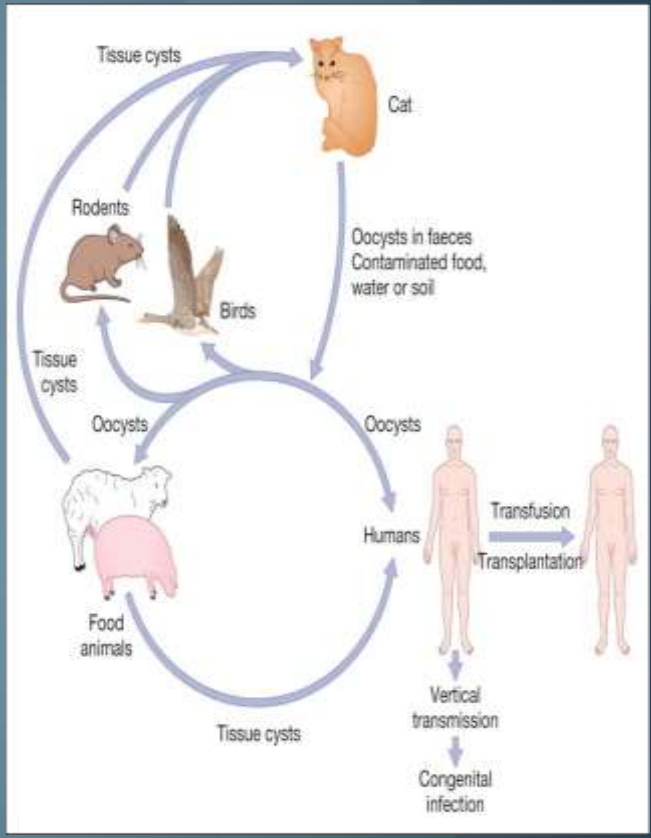
Oküler bulgular

- **Koroidal infiltrarlar**,
- **Soliter koroidal granülomlar** (enaz görüleni)
- **Multifocal koroidit**
- **Retinal granulomlar**
- **Periferal retinal neovaskülarizasyon**
- **Optik disk tutulumu** (fokal granülom, papillödem ve kalıcı disk ödemi)



Toksoplazma

- Orta ve arka üveit yapar
- Etken hücre içi parazit Toksoplasma Gandii
- Ana konak kediler (kedinin GİS'de yaşar)
- Kedi dışkısıyla ortama yayılan **oosit**lerin alınması sonrası bu form mide asidi ile barsaklardan geçiş için gerekli **trofozoid** formuna dönüşür. Bu form vaskülarize ve nöral dokuları sever. Enfeksiyöz form **takizoid**lerdir.
- İlk önce gelişen Ig M(+), 2-3 hafta sonra negatifleşir. 4.haftada IgG pozitifleşir ve ömür boyu kalır
- Başlıca fekooral ve transplesantal, kan tx, organ tp, iyi yıkanmamış sebze-meyvelerin veya bulaş olan ot yiyen hayvanın etinin çiğ olarak yenilmesi ile bulaşır.



Toksoplazma

Tedavi endikasyonları:

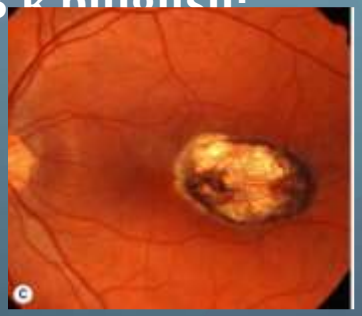
1. Optik sinir, fovea, makula tutulumu varsa, büyük damar komşuluğu/tutulumu varsa,
2. Görme azlığı vitritis ve nöroretinite bağlıysa
3. Immün süpressif, pediatrik-geriatrik-gebe hasta, re-enfeksiyon, kan veya organ tx ile geçiş varsa

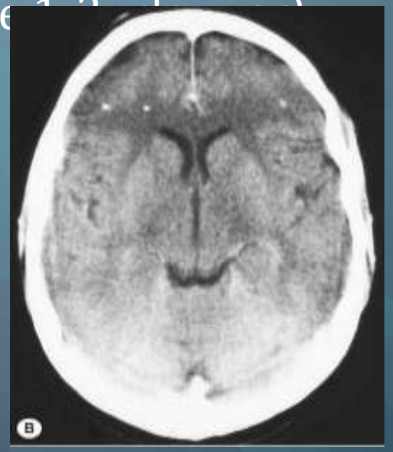
Tedavi: En sık 6 haftalık protokol uygulanır

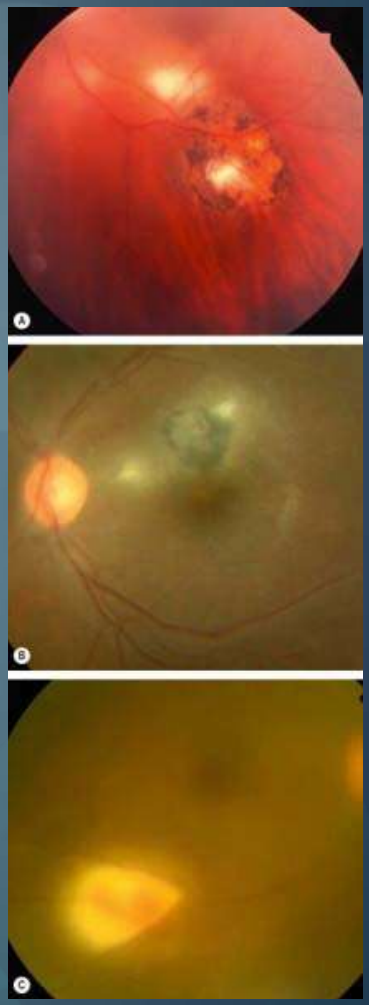
TMP+SMX+Klindamisin (çocuk ve gebe olguda süre

Konjenital Toksoplamozisin 3 k bulgusu:

- Kafaiçi kalsifikasyon,
- Konvulsiyon
- Korioretinit







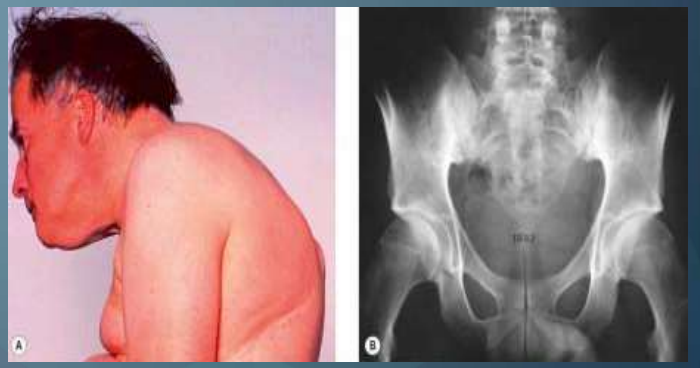
Ankilozan spondilit

- Aksiyal iskelette eklemlerde kemik ankilozu ile sonuçlanan eklem kapsülleri ve ligamanlarının enflamasyonu
- Tipik olarak erkekleri etkiler,
- %90 olguda HLA-B27 (+), bazı hastalarda aynı zamanda enflamatuvar bağırsak hastalığı da mevcut olabilir (enteropatik artrit).



Semptomlar:

- Olgular 3-4. dekadlarda sinsi başlangıçlı bel ve kalçada ağrı ve katılık ile başvururlar



Bulgular

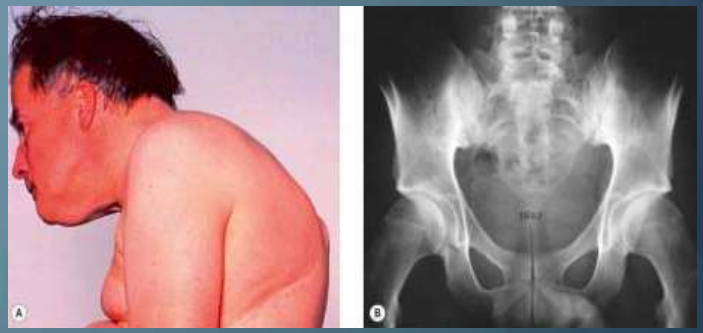
- ***Spondiloartrit*** spinal hareketlerin ilerleyici kısıtlılığına neden olur
- ***Entezopati*** (ligamanların kemiğe bağlantı yerlerinde enflamasyon ve ağrı)
- ***Akut Ön üveit*** (AS olgularının **%**25'inde ortaya çıkarken akut ön üveitli erkeklerin %25'i de AS'li).

Ankilozan spondilit

AS ve HLA-B27 ile ilişkili akut ön üveitin özellikleri

- Akut başlangıçlı iridosiklit
- Tektaraflı
- Şiddetli
- Tekrarlayıcı
- Nongranülomatöz
- Posterior sineşi olasılığı yüksek
- Ön kamarada fibrinöz eksuda ve hipopiyon sık
- Çoğu kez göz ve eklem tutulumunun aktivite ve şiddeti arasında korelasyon yok.





Radyolojide klinik semptomlardan önceki dönemlerde bile sakroiliyak eklemlerde erken evrelerde juksta-artiküler osteoproz, sonraları ise skleroz ve eklemin kemiksi obliterasyonu izlenir. Spinal ligamanların kalsifikasyonu 'bambu spine' görünümüne neden olur.

Reiter Sendromu (Reaktif artrit)

Triad:

1. **Non-spesifik (non-gonokokal) üretrit**,

2. **Konjonktivit** çok sıktır ve genellikle üretritten sonraki iki hafta içinde görülür ve artrite öncülük eder, hafif, ikitaraflı ve foliküler/papiller reaksiyonla birlikte mukopürülan akıntılıdır. Spontan düzelme günde olur tedavi gerekmez. Bazı olgular da periferal korneal infiltrarlar gelişebilir

3. **Periferik artrit** *akut, asimetrik ve gezicidir (dağınık eklem tutulumu) 2-4 eklemi tutumaya eğilimli ve en sıklıkla dizler, ayak bileği ve ayak parmakları tutulur.*

- Hastaların yaklaşık %85'inde HLA-B27 (+).
- *Shigella*, *Salmonella* and *Campylobacter*,*Yersinia* enterik enfeksiyonları. Post-venereal RS erkeklerde sıktır.

Reiter Sendromu (Reaktif artrit)

Diğer Bulgular:

- ***Spondiloartrit*** *kroni*k şiddetli RS'lilerin %30'unu etkiler ve HLA-B27 pozitifliğinin varlığıyla ilişkilidir.
- ***Entezopati*** plantar fasciit, Achille tenosinoviti, bursit ve kalkaneal periostite neden olur; reaktif kemik oluşumu sonraları kalkaneal çıkıntıya neden olabilir
- ***Mukokutanöz*** lezyonlar ağrıısız ağız ülserasyonu, sirsinat balanitis, taban ve ayalarda keratoderma blenorrajika ve tırnak distrofisi.
- ***Genitoüriner tutulum*** sistit, servisit, prostatit, epididimit ve orşite neden olur
- ***Akut ön üveit*** hastaların %12'sinde ortaya çıkar ancak HLA-B27 taşıyıcılı olgularda daha yüksek sıklıktadır.



Psöriatik Artrit

- Psöriazislilerin yaklaşık %7'sinde görülür,
- 3-4. dekadlardaki her iki cinsi eşit etkiler ve artmış HLA-B27 ve B17 prevalansı var

Bulgular

- **Plak psoriasis** (en sık) kalın gümüş renkli plaklarla kaplanmış iyi sınırlı salmon pembesi lezyonlar ile karakterizedir. Fleksural psoriasis ise kasık ve perinede ortaya çıkan soyulmayan pembe lezyonlardır.
- **Tırnak distrofisi pitting, transvers depresyon ve onikolizis**
- **Artrit** *genellikle asimetrik ve* distal interfalanjial eklemleri tutar, bazı hastalarda AS gelişebilir.
- **Akut ön üveit** artritli olguların %7'sinde gelişir.
- **Diğer oküler bulgular konjonktivit, marjinal korneal infiltratlar ve sekonder Sjögren sendromu.**



Jüvenil İdiyopatik Artrit

- Enfeksiyon, metabolik hastalık ve neoplazm gibi diğer nedenler safdışı edildikten sonra 16 yaşından önce ortaya çıkan ve en az 6 hafta süren enflamatuar artrit olarak tanımlanır.
- Kızlar , özellikle de 2 yaş civarında daha fazla etkilenir. JIA çocukluk çağı ön üveiti ile ilişkili en yaygın hastalıktır. JIA'de romatoid faktör negatif iken Jüvenil Romatoid artritte romatoid faktör pozitiftir
- **Artrit** *pausiartiküler (4 ve daha az eklemi tutan) veya poliartiküler (5 ve daha fazla eklemi tutan)* olabilir. En çok dizleri tutar ancak el ve ayak bileği de tutulabilir. Antinuclear antibody (ANA) pozitifliği *Pausiartiküler olgularda %75, poliartiküler olgularda %40 oranındadır.*
- **Üveit** *heriki eklem tutulum formunda görülebilse de pausiartiküler tipte %20 civarında ortaya çıkar*
- **Üveit için risk faktörleri** erken başlangıç, kız cinsiyet, ANA pozitifliği.
- Sistemik tutulum (Still Hastalığı): Sistemik bulgular yüksek remittan ateş, geçici makülopapüler döküntü, jeneralize LAP, hepatosplenomegali ve serözittir. Bu gruptaki olguların büyük çoğunluğunda ANA negatiftir, üveit görülmez.

Jüvenil İdiyopatik Artrit

- Enflamasyon kronik, nongranülomatöz ve genellikle iki taraflı ve asimetrik.
- Şiddetli üveit varlığına rağmen gözler genellikle **beyaz.**
- **Ön üveit** asemptomatik şekilde seyrettiğinden üveit veya bant keratopati , glokom, fitizis, katarakt gibi komplikasyonlar rutin muayene sırasında saptanabilir.
- Alevlenme dönemlerinde 4+ aköz hücre olsa bile şikayet nadirdir. Hastaların çoğunluğunda oküler tutulum eklem tutulumundan bir kaç yıl önce görülebilir.
- Akut alevlenmeler sırasında tüm endotelde yoğun tozlanma görülse de hipopiyon yoktur. Posterior sineşi uzun süren saptanmamış olgularda sıktır.
- Olguların %75 inde şiddetli üveit mevcut.
- Farklı olarak ön üveit daha alevli, tedaviye dirençli ve inatçı, sık tekrarlayan karakterdedir.

Jüvenil İdiyopatik Artrit

Tedavi:

- Topikal steroidler genellikle etkilidir. Akut alevlenmelerde çok sık damla uygulaması gerekir.
- Topikal damlaya cevap vermeyenlerde perioküler enjeksiyonlar uygulanabilir.
- Steroide direnç varsa düşük doz metotreksat faydalıdır. Sistemik steroid/bazen immünsüpressif/antiTNF uygulanır.
- Alevli dönemde steroidle baskılama, ara dönemlerde NSAİİ uygulaması. Ayrıca farklı olarak profilaktik tedavi verilir.

Behçet Sendromu

- Tekrarlayıcı orogenital ülserler ve her çaptaki arter ve venleri tutan vaskülit ile karakterize idiyopatik vazooklüziv, otoimmün multisistem hastalığı
- Orta Akdeniz /Japonya en sık görüldüğü bölgeler
- HLAB51 sıklıkla pozitif, erkekte sık ama kadında kötü seyirli
- Başlangıç için pik yaşı 3. dekad

Tanı kriterleri Tekrarlayıcı oral ülserasyon ile birlikte diğer kriterlerden ikisinin birlikteliği tanı için gerekli

1. Tekrarlayıcı oral ülserasyon (ağrılı minör veya major aftöz veya herpetiform ülseratif lezyonlar senede enazından 3 kez tekrar eden). Olguları %97'sinde görülür.
2. Tekrarlayıcı genital ülserasyon
3. Oküler enflamasyon
4. Deri lezyonları (eritema nodosum, follikulit, akneiform noduller veya papülopüstüler lezyonlar.
5. Positif paterji testi, (steril iğne ucu ile çizik uygulana bölgede 24-48 saat sonra püstül oluşumu).



Behçet Sendromu

Diğer bulgular

1. Major vasküler komplikasyonlar

- Pulmoner ve/veya sistemik aterlerde anevrizmalar
- Koroner atere hastalığı, kardiyomiyopati, kalp kapak hastalığı.
- Venöz tromboz (derin/yüzeyel, vena cava, portohepatik ven and serebral sinüsler).

2. Artrit hastaların %50'sinde ortaya çıkar, hafiftir ve birkaç büyük eklemi (özelliklede diz) tutar

3. Cilt hipersensitivitesi cildin çizilmesini takiben eritemli hatlar oluşması (dermatographia).

4. Gastrointestinal ülserasyon (özafagus, mide veya bağırsaklarda)

5. Nörolojik bulg. (%5), meningoensefalit, spinalkord hast

6. Diğer nadir bulgular glomerülonefrit ve epididimit.



Behçet Sendromu

- Oküler bulgular (Erkeklerde %95, Kadınlarda %70), tipik olarak oral ülserasyon ortaya çıkışının 2 yılı içinde görülse de vakaların %10'unda hastalığın ilk bulgu olabilir.
- Oküler hastalık sıklıkla iki taraflı, 3-4.dekadlarda ortaya çıkar.
- **Akut Ön Üveit**, sıklıkla geçici mobil hipopiyon ile birlikte beyaz göz **(Soğuk hipopiyon).** Topikal steroidlere iyi cevap verir.
- **Retinit**, geçici beyaz, yüzeyel infiltratlar (sistemik hastalığın akut evresinde görülebilen skarsız iyileşen) veya diffuz retinit
- **Retinal vaskülit** hem arter hem veni tutup oklüzyona sebebiyet verir (Vascular kaçak, diffuz retinal ödemi, KMÖ ve disk ödemi)
- **Vitritis**, hastalık aktivitesi için temel bulgudur.
- **Son dönem hastalık: optik atrofi, vasküler oklüzyon olabilir**, vitreus anlamlı düzeyde temiz.
- **Diğer nadir bulgular** konjonktivit, konjonktival ülser, episklerit, sklerit ve oftalmopleji.

