

Intravitreal Triamsinolon Enjeksiyonu Sonrası Gelişen Herpes Simpleks Keratiti

Herpetic Keratitis After Intravitreal Triamcinolone Injection

Erkut KÜÇÜK¹, Mahmut Sinan ABİT², Dilek GÜVEN³

ÖZ

İntravitreal Triamsinolon Asetonit (IVTA) pek çok intraoküler inflamatuvar, neovasküler ve ödematöz hastalıkta uygulanmaktadır.¹ Göz içi basıncı artışı, katarakt oluşumu veya ilerlemesi, retinal yırtık, retina dekolmanı, intraoküler kanama, enfeksiyöz ve enfeksiyöz olmayan endoftalmi bildirilen komplikasyonları arasındadır.^{1,2} Bu çalışmada diyabete bağlı makula ödemi nedeniyle uygulanan intravitreal triamsinolon asetonit (İVTA) enjeksiyonu sonrası herpes simpleks keratiti gelişen bir olgunun tedavi süreci sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Herpetik keratit, intravitreal enjeksiyon.

SUMMARY

Intravitreal triamcinolone acetate is used for a broad spectrum of inflammatory, neovascular and edematous retinal diseases.¹ Increase in intraocular pressure, cataract formation, retinal break, retinal detachment, intraocular hemorrhage, infectious or non-infectious endophthalmitis are the reported complications so far.^{1,2} We report a case of herpetic keratitis that developed after intravitreal triamcinolone acetate injection.

Key Words: Herpetic keratitis, intravitreal injection.

GİRİŞ

Diyabetik makula ödeminde kullanılan yöntemlerden biri de intravitreal triamsinolon asetonit enjeksiyonudur. İmmünespresif özelliğinden faydalanılan bu yöntemin makula ödemi tedavisi üzerindeki etkisi olumlu olurken herpetik keratit gelişimi açısından bir risk faktörü olarak karşımıza çıkabilmektedir. Enjektörde edildikten uzun süre sonra bile ön kamarada tespit edilebilen triamsinolon partikülleri tedaviye dirençli vakalarda kalıntıların cerrahi yöntemlerle temizlenmesini gerektirebilecektir.

1. M.D. Nigde State Hospital, Eye Clinic, Nigde/TURKEY

2. M.D. Bingol State Hospital, Eye Clinic, Bingol/TURKEY

3. M.D. Associate Professor, Sisli Training and Research Hospital, Eye Clinic, Istanbul/TURKEY
GUVEN D., dkguven@hotmail.com

Geliş Tarihi - Received: 10.05.2014
Kabul Tarihi - Accepted: 11.07.2014
Ret-Vit Özel Sayı:23:78-80

Yazışma Adresi / Correspondence Adress:
M.D. Mahmut Sinan ABİT
Bingol State Hospital, Eye Clinic, Bingol/TURKEY

Phone: +90 506 603 57 30
E-Mail: sinanabit@gmail.com

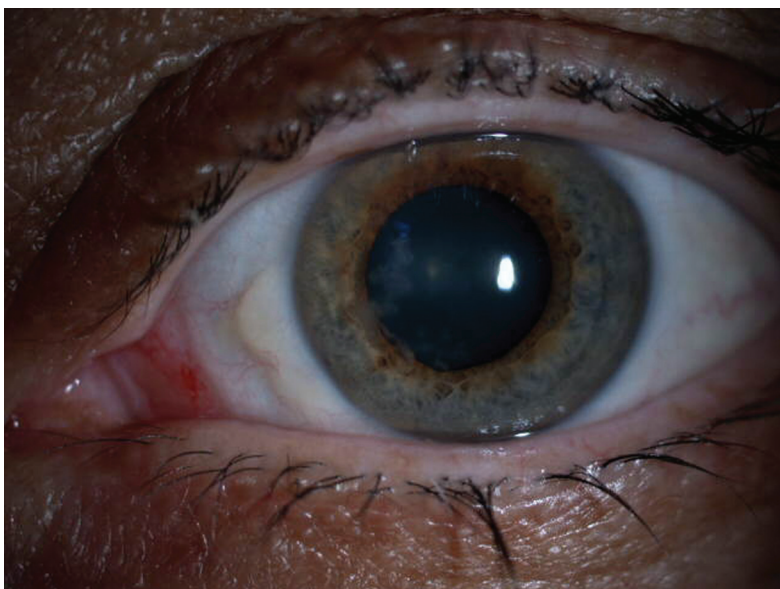
OLGU SUNUMU

Onbeş yıldır diyabetes mellitus ve hipertansiyonu olan 55 yaşında bayan hasta her iki gözde görme azalması şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Glisemik kontrolü için oral antidiyabetik ilaç kullanan hastanın sistemik hipertansiyonu medikal tedavi ile kontrol altındaydı. Yapılan muayenesinde görme keskinliği sağ gözde 4/10 sol gözde 2/10 (Snellen Eşeli) olarak alındı. Göz içi basınçları sağda 15 mmHg solda 12 mmHg idi. Ön segment muayenesinde bir patolojiye rastlanmadı. Arka segment muayenesinde ise her iki gözde proliferatif diyabetik retinopati, ve klinik olarak önemli maküla ödemi (CSME) tespit edildi. Sağ göze CSME için fokal lazer uygulandı. Sol gözde ise ileri derecede diffüz maküla ödemi olması nedeni ile lazerden fayda görmeyeceği düşünülerek IVTA enjeksiyonu önerildi. Her iki gözde panretinal fotokoagulasyona başlandı. Hastanın herpes simpleks keratiti öyküsü bulunmuyordu. Enjeksiyondan 18 gün sonra hasta, birkaç gündür sol gözde yanma, batma, yabancı cisim hissi şikâyetleri ile başvurdu. Yapılan muayenede sol gözde üst nazalde floresein ile boyanma gösteren dendritik ülser ve stromal ödem tespit edildi (Resim 1). Fundus muayenesinde maküla ödemi gerilemişti. Herpes simpleks keratiti tanısıyla

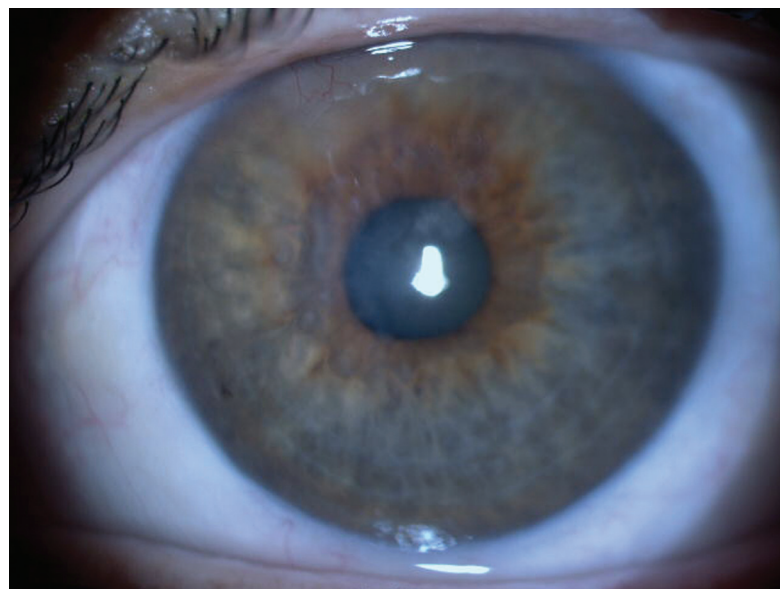
topikal asiklovir %3 pomat günde 5 kez olarak başlandı. Tedavinin 10. gününde tedaviye cevap alınmaması ve keratitin jeografik hale gelmesi üzerine farklı zamanlarda 2 kez korneal debridman uygulandı. Asiklovir tablet 400 mg günde 5 kez tedavisine geçildi. İyileşme görülmemesi üzerine keratitin ilk tespit edilışinden 49 gün sonra pars plana yoluyla vitrektomi yapılarak vitreustaki triamsinolon asetonit partikülleri temizlendi, debridman yinelenildi. Postoperatif oral ve topikal asiklovir tedavisine devam edildi. Postoperatif 7. günde kontrolünde keratit alanının stromal vaskülarizasyonla iyileşmeye başladığı görüldü. Postoperatif 10. günde epitelyal lezyonun tamamen iyileştiği, lezyonun altındaki bölgede stromal kesafet oluştuğu tesbit edildi (Resim 2). Hasta halen prezervan madde içermeyen topikal suni gözyaşı takviyesi almaktadır, 19 ay boyunca yapılan takibinde herhangi keratit nüksü görülmemiştir.

TARTIŞMA

İntavitreal steroidler çeşitli nedenlere bağlı maküla ödeminde kullanılmaktadır.¹ Diyabetik maküla ödeminde, ödemi azalttığı, görme keskinliğinde artış sağladığını bildiren yayınlar mevcuttur.^{1,2} Bununla birlikte bu enjeksiyonun göz içi basıncı



Resim 1: Hastanın keratit ile başvurduğu sırada korneanın görünümü.



Resim 2: Epitelyal keratit iyileştikten sonra periferik vaskülarizasyon ve stromal kesafet gelişmiş kornea.

artışı, katarakt oluşumu veya ilerlemesi, retinal yırtık, retina dekolmanı, intraoküler kanama, enfeksiyöz ve enfeksiyöz olmayan endoftalmi gibi ciddi komplikasyonları görülebilmektedir. Literatürde yakın zamanlı iki çalışmada IVTA enjeksiyonu sonrası herpes keratiti gelişen 2 olgu bildirilmiştir.^{3,4} Olgulardan birinde topikal diğerinde ise oral asiklovir tedavisi ile tam iyileşme elde edilmiştir. Bu vakalardan birinde IVTA öncesine ait herpes keratiti öyküsü bilinmekteydi.³ Bu çalışmada biz IVTA enjeksiyonu sonrası gelişen medikal tedaviye ve debridman uygulamasına cevap vermeyen bir herpes keratiti olgusu sunmayı amaçladık. Hastanın daha öncesine ait herpes keratiti öyküsü yoktu. Olgumuzda keratit tablosu ancak vitrektomi ile intravitreal triamsinolon asetonit partikülleri temizlendikten sonra kontrol altına alınabildi, iyileşme stromal vaskülarizasyon ve sonucunda stromal kesafet ile elde edilebildi.

Özellikle glisemik kontrolü iyi olamayan diyabetik hastalarda oküler yüzey herpes hastalığının daha sık görüldüğü bildirilmiştir.⁵ İmmünsupresif etkisi olan steroidlerin herpetik keratiti aktive edebileceği veya atağı şiddetlendirebileceği bilinmektedir. Vitrektomisiz gözlerde IVTA sonrası yaklaşık 3 ay ile 1.5 yıl boyunca aközde ölçülebilir düzeyde triamsinolon tesbit edilebildiği bildirilmektedir.^{6,7} Bu yüzden medikal tedaviye cevap alamadığımız bu olguda vitrektomi ile vitreustaki triamsinolonu ortadan kaldırmayı ve iyileşme sağlamayı amaçladık. Postoperatif 2. haftada başlayan iyileşme 3. haftada stromal kesafet ile tamamlandı.

SONUÇ

IVTA enjeksiyonu özellikle diyabetik ve oküler herpes enfeksiyonu hikayesi olan hastalara dikkatle uygulanmalıdır. Bu hastalarda medikal tedaviye dirençli oküler herpes reaktivasyonu gelişebilmektedir. Bu durumda vitrektomi ve vitreustaki steroid partiküllerinin temizlenmesi düşünülmelidir.

KAYNAKLAR/REFERENCES

1. Cunningham MA. Intravitreal steroids for macular edema: The past , the present, and the future. *Surv Ophthalmol* 53:139-49.
2. Fraser-Bell S, Kaines A, Hykin PG. Update on treatments for diabetic macular edema. *Current opinion in Ophthalmology* 2008;19:185-9.
3. Shtein RM, Stahl RM, Saxe SJ, et al. Herpes simplex keratitis after intravitreal triamcinolone acetate. *Cornea* 2007;26:641-2.
4. Gulkilik G, Demirci G, Ozdamar AM, et al. A Case of herpetic keratitis after intravitreal triamcinolone injection. *Cornea* 2007;26:1000-1.
5. Kaiserman I, Kaiserman N, Nakar S, et al. Herpetic eye disease in diabetic patients. *Ophthalmology* 2005;112:2184-8.
6. Beer PM, Bakri SJ, Singh RJ, et al. Intraocular concentration and pharmacokinetics of triamcinolone acetate after a single intravitreal injection. *Ophthalmology* 2003;110:681-6.
7. Jonas BJ. Intraocular Availability of triamcinolone acetate after intravitreal injection. *Am J Ophthalmol* 2004;137:560-2.