

Vernal konjunktivit ve tedavisi

Vernal Conjunctivitis and It's Treatment

Ümit Kaya¹, Kıvanç Güngör¹, İbrahim Erbağcı¹, Necdet Bekir¹

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

Özet

Bu yazıda vernal konjunktivitın patolojisi, etyolojisi, ayırıcı tanısı, tanı ve tedavi prensipleri literatür ışığında gözden geçirildi.

Anahtar Kelimeler: Vernal konjunktivit, oküler allerji, İmpresyon sitolojisi, tedavi.

Abstract

In this article anatomy, pathology, etiology and diagnosis treatment aspects of vernal conjunctivitis have been reviewed through the literature.

Key Words: Vernal conjunctivitis, ocular allergy, impression cytology, treatment

Gaziantep Üniversitesi Tıp Dergisi 2007, 1:8-12

GİRİŞ

Vernal konjunktivit 5-15 yaş grubunda sık görülen ve mevsimsel özellik gösteren bir allerjik konjunktivit olarak tanınmaktadır. Hastaların şikayetleri: kaşıntı, sulanma, fotofobi, yabancı cisim hissi ve kirpiklerde yapışmadır. Üst tarsal konjunktivada görülen papiller hipertrofi (kaldırım taşı manzarası) vernal konjunktivitın en belirgin oküler bulgusu olmakla birlikte; bunun yanında konjunktival hiperemi, limbal infiltrasyon ve punktat keratopatiye de rastlanılır (1, 2).

Vernal konjunktivitlerin tedavisinde standart bir protokol yoktur ve uygulanan farklı tedavi metodlarıyla semptomlar yok edilmeye yada azaltmaya çalışılır. Kronik ve remisyonlarla seyreden bir hastalık olmasından dolayı tedavisi yeterli dozlarda ve sürelerde yapılmazsa şikayetler çoğu zaman yeniden ortaya çıkmaktadır.

✉ Yazışma Adresi:

Yrd.Doç.Dr. İbrahim Erbağcı, MD

Ali Nadı Ünler C. No:45/8 27060 Gaziantep/Türkiye

Tel:+90 342 322 0500

Fax:+90 342 360 3928

E-mail:erbagciibrahim@hotmail.com

VERNAL KONJUNKTİVİT

Vernal konjunktivit daha çok bahar aylarında mevsimsel nöksler gösteren, konjunktiva ve korneanın inflamatuvar bir hastalığıdır. İpliksi müsinöz tipte sekresyon, üst tarsal konjunktivada kaldırım taşına benzeyen dev papiller oluşumlar ve limbal konjunktivanın jelatinöz hipertrofisi ile karakterizedir (3).

Etyolojiye yönelik bir kesinlik olmamasına rağmen polenler, ev tozları ve hayvan tüyleri gibi bazı sık rastlanan allerjenler sorumlu tutulmuşlardır. Genellikle nisan ve ağustos ayları arasında alevlenme göstermelerine rağmen, bütün bir yıl boyunca devam eden şekilleri de vardır. Hastalık 4-10 yıl sürer, daha sonraki yıllarda hafifleyerek seyrederek veya tamamen kaybolur. Ancak 30-40 yaşlarında bile şiddetini azaltmayan vakalarda bildirilmiştir.

Vernal konjunktivite tüm dünyada yaygın olarak bulunur. Kuru ve sıcak iklimlerde, soğuk ve nemli iklimlere nazaran daha fazla görülür. Bir puberte çağı hastalığı olan vernal konjunktivite 3 yaşın altında ve 20 yaşın üzerinde nadiren rastlanılır. Afrika ve Hint kökenlilerde limbal bulgular hakim iken, beyaz ırkta tarsal tutulumun daha fazla olduğu bildirilmiştir. Keratokonüste ve atopik kişilerde vernal konjunktivit görülme insidansı normal popülasyona oranla daha fazladır (5).

KLİNİK BULGULAR

Kaşıntı en önemli ve ilk ortaya çıkan semptomdur, henüz konjonktival bulgular oluşmadan hasta kaşıntıdan şikayet edebilir. Hijyeni iyi olmayan ailelerin çocuklarında kaşıntı sonrası sekonder bakteriyel enfeksiyonlar görülebilmektedir. Fotofobi oldukça rahatsız edici bir semptom olup, hastalar güneşli havalarda başlarını öne eğerek yürürler ve karanlık ortamlarda daha rahat ettiklerini ifade ederler. Bunların dışındaki diğer semptomlar; sulanma, yabancı cisim hissi, yanma ve kirpiklerde yapışmadır.

OKÜLER BULGULAR

Vernal konjonktivitinin oküler bulguları, tarsal, limbal ve mikst vernal konjonktivit olmak üzere üç klinik form şeklinde görülür.

Tipik kaldırım taşı manzarasının (papiller hipertrofi) olduğu tarsal tipteki vernal konjonktivit diğerlerine oranla daha fazla görülür. Konjonktiva epitelinde burada altındaki dokulara fibröz septalarla sıkıca bağlanmıştır. Başlangıçta genel bir hiperemi gözlenir, bazen ufak peteşi tarzında hemorojilere de rastlanılır. Allerjen maddelerin etkisiyle damar permeabilitesindeki artış ve iltihabi hücre infiltrasyonu, fibröz septaların olduğu bu bölgelerde stromal kitlede artışa ve papiller oluşuma neden olur. Erken dönemlerde küçük, az sayıda olan papillaların merkezinde fibrovasküler bir yapı vardır ve sızıntı buradaki damarlardan olur. Fibröz septalar papillanın büyüklüğünün 1 mm'den daha fazla olmasını engeller. Eğer bu septaların bütünlüğü bozulursa, dev papiller oluşumlar görülür. Dev papillalar üst kapak tarsal konjonktivasında, mekanik etkilerinden dolayı ptozis ve komeada travmaya sebep olabilirler. Alt kapak tarsal konjonktivasında hafif papiller hipertrofi nadir de olsa görülebilir. Limbal tutulumda başlangıçta basit hiperemi ve doku proliferasyonundan sonra yarı saydam nodüler jelatinöz lezyonlar görülür.

Limbusun herhangi bir kadranını tutabilmelerine rağmen en sık üst limbusta lokalize olurlar. Papiller oluşumlarda olduğu gibi bunlarında merkezlerinde damarlar mevcuttur. Periferik komeaya uzanan limbal lezyonlar gerilediklerinde komeada; mikropannüs, epitelyal kist ve marjinal pitlere neden olabilirler. Ayrıca limbusta dejenerasyon olmuş epitel hücrelerinden ve eozinofillerden oluşmuş küçük, hafif kabarık, Taranta's lekeleri de denilen tebeşir renginde oluşumlarda görülebilir (6).

Mikst tipteki vernal konjonktivit palpebral ve limbal tiplerin ortak özelliklerini taşır. Hastalarda üst tarsal konjonktivada kaldırım taşı görünümü ve limbusta jelatinöz hipertrofi vardır (7).

Şiddetli vernal konjonktivitte kornea tutulumu eozinofillerden salınan toksik mediatörler nedeniyle oluşur. Punktat epitelyopati ve mikropannus daha çok korneanın üst kısmında görülür. Bu intraepitelyal opasiteler floreseine ve rosebengal ile boyanabilirler. Karakteristik kornea ülserleri (Shield ülseri) hastaların %3-4'ünde görülür. Horizontal, oval olan bu ülserler, korneanın 1/2 üst kadranında ortaya çıkan lokalize epitel defektleridir. Alt kadranında da nadir olarak Shield ülseri görülebilir. Özellikle küçük yaşlardaki çocuklarda görülen ve vaskülitizasyona uğramayan bu ülserler; konjonktival

lezyonların anormal irritasyonuna veya inflamatuvar mediatörlerin toksisitesine bağlı olarak ortaya çıkarlar. İyileştiklerinde superfisial stromada oval yada yuvarlak bir opasite bırakırlar. Bazen periferik stromada arkus senilis ile uyumlu bölgede, vernal pseudogerontokson denilen anüler opasitelere de rastlanabilir.

HİSTOPATOLOJİ

Vernal konjonktivitinin başlangıç döneminde konjonktiva epitelinde hiperplazi, stromada lenfosit, bazofil, eozinofil, PMNL ve mast hücresi infiltrasyonu görülür. Normalde konjonktiva epitelinde mast ve eozinofil hücreleri görülmez iken, impresyon tekniği ile alınan sitolojik örneklerde konjonktiva epitelinde bu hücrelere rastlanılır (8-10). Hastalığın ileriki dönemlerinde lenfositler ve makrofajlar tabloya eşlik ederler ve lamina propriada konnektif doku artışı vardır. Daha sonraki dönemlerde yeni damar oluşumları ve hyalin dejenerasyon başlar ve bu alanlarda tarsal papillaların fibröz çekirdekleri oluşur. Çok ilerlemiş vernal konjonktivitli olgularda epitel atrofiye uğrayarak, keratinizasyona neden olur.

PATOGENEZ

Vernal konjonktivit çok bilinen bir hastalık olmasına rağmen spesifik patogenezi hakkında tam bir fikir birliği yoktur. Hastalığın patogenezinin anlaşılabilmesi için; oküler inflamasyonda rolü bulunan mast hücresi ve bazı kimyasal mediatörlerden söz etmek gerekir.

Mast hücreleri: İnsan gözünde oküler ve adneksal dokularda, her biri çok sayıda vezikül taşıyan elli milyon civarında mast hücresi bulunmaktadır. Normalde submukozal konjonktivada bulunan mast hücreleri vernal konjonktivitte epitelde de görülebilirler. Oval yada polihedral yapıda olup küçük yuvarlak şekilli nükleusları vardır. Bir mast hücre membranında yaklaşık beşyüzbin kadar IgE reseptörü bulunmaktadır, fakat normal koşullarda bu reseptörlerin %10'u bağlı formdadır. Allerjene bağlanan IgE molekülünün Fc kısmında bazı değişiklikler oluşur, bunun ardından içlerinde histamin, serotonin, triptaz, eozinofil kemotaktik faktör, nörofil kemotaktik faktör ve trombosit aktive edici faktör bulunan yüzlerce granül ortama verilir. Bu hücrelerden salınan mediatörler ise kronik allerjik konjonktivitte meydana gelen doku hasarından sorumludurlar. Mast hücresinden salınan mediatörlerden histamin hücre membranındaki reseptörlere bağlanır, eozinofilik majör bazik protein ve kompleman ise direkt olarak dokulara etki ederler. Hücre membranında bulunan araşidonik asitin metabolize olmasıyla sensitize olmuş dokularda eozinofil ve nötrofil göçü oluşur. Hemostazı sağlamak için bazı negatif feed-back mekanizmaları devreye girer. 3'-5' siklik guanozin monofosfat (cGMP) mediatör salınımını stimüle ederken, 3'-5' siklik adenosin monofosfat (cAMP) ise inhibe eder. Vernal konjonktivit tedavisinde kullanılan mast hücre stabilizatörleri cAMP düzeyini artırarak toksik mediatörlerin degranülasyonuna engel olurlar (10).

Histamin: insanda birçok dokuda salgılanan histamin mast hücrelerinde ve bazofillerde depolanır ve fibroblastları stimüle eder (11). Vernal konjonktivitli hastalarda göz yaşında histamin seviyesinin oldukça yüksek oranlarda olduğu tespit edilmiştir. Abelson (12) vernal konjonktivitli hastaların göz

AYIRICI TANI

yaşındaki histamin seviyesini 38 ng/ml, normal kişilerin göz yaşındaki histamin seviyesini ise 10 ng/ml olarak bildirmektedir. Dokularda arteriolar vazodilatasyon, vasküler permabilitede artış ve plazma eksüdasyonu sonucu ödem gelişir. H1 ve H2 reseptörlerinin bulunmasından sonra allerjik kökenli hastalıklarda histaminin rolü daha iyi anlaşılmıştır. Kaşıntıdan H1 reseptörünün sorumlu olduğunu, kanlanmanın ise H2 reseptörlerinin uyarılması ile ortaya çıktığı görülmüştür.

Eozinofil Kemotaktik Faktör ve Eozinofil Granül Major Basic Protein: Allerjik konjonktivitlerde mast hücrelerinin degranülasyonu sonucu eozinofil kemotaktik faktör salgınır, bu şekilde eozinofillerin sensitize olmuş dokularda kümelenmesine neden olurlar. Eozinofillerden salınan eozinofil granül major basic protein epitel için toksik bir ajan olup, vernal konjonktivitte gözlenen keratitten ve kornea ülserinden (Shield ülseri) sorumlu tutulmaktadır. Ülser tabanında alınan örneklerden immünofloresans yöntemiyle yapılan bir çalışmada eozinofil granül major basic proteinin varlığı gösterilmiştir (13). Ayrıca yapılan başka bir çalışmada eozinofil major basic protein ve Charcot-Leyden kristallerinin vernal konjonktivitli hastaların göz yaşlarında arttığı saptanmıştır (14).

Trombosit (Platet) Aktive Edici Faktör (PAF): Eozinofil kemotaksisinde rol oynayan platelet aktive edici faktör fosfolipaz A2'ye duyarlı olup vasküler permabiliteyi düzenleyen bir mediatördür. Allerjik olaylarda mast hücreleri yanısıra eozinofil ve bazofillerce de salınırlar. PAF allerjik konjonktivitlerde görülen hiperemi ve kemozisten sorumludur.

VERNAL KONJONKTİVİTTE ALLERJİK REAKSİYON

Vernal konjonktivit etyopatogenezinde en fazla üzerinde durulan tip I anaflaktik tip aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Antijenler IgE molekülünün Fab kısmına bağlanırlar. Antijene özgül IgE'ler Fc kısımlarıyla mast hücresi yüzeyinde bulunan kendisine ait reseptörlere tutunarak, vernal konjonktivitte bir dizi doku reaksiyonu oluşturan toksik mediatörlerin salınımına neden olurlar. Bu arada fosfolipaz A2 aktivasyonu ile membran fosfolipitlerinden araşidonik asit sentezlenir. Oluşan araşidonik asitten, siklooksijenaz ve lipooksijenaz yollarıyla ortama prostoglandinler (PG), lökotrienler (LT) ve tromboksanlar verilir.

Vernal konjonktivitli hastaların göz yaşlarında PGF 2a ve LTB4 arttığı tespit edilmiştir. Vernal konjonktivit patogenezinde etkili olduğu sanılan bir başka mekanizmada tip IV aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Genellikle cilt yoluyla vücuda giren antijen makrofajlar aracılığıyla T lenfositlerine sunulur. Duyarlı hale gelmiş T lenfositleri makrofajların, nötrofillerin ve mast hücrelerinin migrasyonunu sağlayan birtakım immünomodilatörleri salgılayarak doku hasarına yol açarlar. Bunlardan immünolojik olarak sitümlü olmuş lenfositlerden salgılanan interlökin III'ün kemik iliğinde mast hücrelerini aktive ettiği sanılmaktadır. Allerjik hastalıklarda T helper/ T supresör hücreleri arasındaki oranın bozulmasından dolayı Interlökin üretimini artığı bildirilmiştir (2).

a-Atopik keratokonjonktivit: Vernal konjonktivit en sık atopik keratokonjonktivit ile karışır. Atopik kişilerde immünolojik bir düzensizlik olmakla birlikte, supresör T hücrelerindeki bozukluk IgE üretiminin regülasyonunda belirgin olarak karşımıza çıkar. Hastaların oküler semptomları; kaşıntı, yanma, yabancı cisim hissi, çok miktarda göz yaşarması ve bol mukoid akıntıdır. Atopik keratokonjonktivitteki papillalar hem daha küçüktürler hem de alt tarsal konjonktivada da görülebilirler ve sikatrizasyona yol açabilirler. Orta yaşlı insanları sık tutarlar ve konjonktival impresyon sitolojilerinde skuamöz metaplazi gözlenir.

b-Trahom: Ayırıcı tanıda önemli bir diğer hastalık ise trahomdur. Trahomda tarsal foliküller bulunur, vernal konjonktivitte ise gerçek folikül çok nadirdir bunun yerine damarsal kökenli papiller oluşumlar ön plandadır. Ayrıca trahomda, vernal konjonktivitden farklı olarak; pannus, Herbert's pitleri ve konjonktival skatrizasyonlar (Arlı çizgileri) gözlenir (15).

c-Dev papiller konjonktivit: Vernal konjonktivitte ayırıcı tanısının yapılması gerekir. Genellikle hastalarda kontakt lens kullanma öyküsü bulunur. Daha önce kontakt lens kullanabilen hastada, giderek lense karşı intölerans gelişmesi, mukus sekresyonunda artış olması, dev papiller konjonktivit tanısı koymamıza yardımcı olur. Ayrıca %2'lik flurosein boya göze damlatılıp üst göz kapağına kobalt mavisi ile baktığımızda, dağlar arasındaki vadileri andıran bir görüntü ortaya çıkar. Bu görüntüye kontakt lens üzerine yapışan bazı antijenlerin yol açtığı sanılmaktadır.

d-Mevsimsel allerjik konjonktivit: Semptomlar ani başlar ve sonra yok olur. Hastalarda gözde kaşıntı ve sulanmanın yanında allerjik rinitin tipik semptomları olan nazal konjesyon ve hapşırma da mevcuttur. Sıklıkla hastaların ailelerinde atopi öyküsü vardır.

TEDAVİ

Vernal konjonktivitinin birinci basamak tedavisi hastanın allerjen maddeden uzaklaştırılması ve yaşadığı çevreyi değiştirmesidir. Bu yöntem etkilidir fakat pratikte çoğu zaman uygulanamaz. Soğuk kompres vazokonstrüksiyon yaptığandan dolayı faydalı olabilir. Çok ciddi vakalarda hastalara, allerjinin gözle temasını önlemek için yandan korumalı gözlükler veya gözün birkaç gün kapatılması önerilebilir. Vernal konjonktivitinin tıbbi tedavisinde aşağıdaki ilaçlar kullanılır.

1-Mast Hücre Stabilizatörleri: Sodyum kromolin ilk kullanılan mast hücre stabilizatörlerinden olup, yapısında bir karbonzinciri ile birbirine bağlanmış iki kromon halkası içerir. İlaç mast hücre membranına etkileyerek membrandaki kalsiyum transportunu bozar. Böylece membran stabilizasyonu oluşturarak mast hücrelerinde bulunan toksik mediatörlerin degranülasyonunu önler. Bazı çalışmalarda sodyum kromolinin nötrofli, monosit ve eozinofil aktivasyonu üzerinde inhibitör etkiye sahip olduğu belirtilmiştir (16).

İlaç oküler, nazal, bronşial mukozalarda etkilidir ve vazokonstriktör, antihistaminik, antiinflamatuvar etkisi yoktur. Gözde batma ve yanma şikayetlerine yol açabilirler, fakat uzun süreli kullanımlarda kortikosteroidlerde ortaya çıkan katarakt veya glokom gibi yan etkileri görülmez. Lodoksamid trometamin de sodyum kromolin gibi mast hücrelerinde siklik AMP düzeyini yükselterek kalsiyumun içeri girişini engeller. Antijen antikor birleşmesi üzerine etkileri yoktur, fakat bunun sonucunda oluşacak olan histamin deşarjına engel olurlar. Sıçanlarda pasif anafilaksi oluşturularak yapılan bir çalışmada lodoksamidin etkinliği sodyum kromoline göre 2500 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (17).

2-Kortikosteroidler: Vernal konjunktivit tedavisinde topikal olarak kullanılan kortikosteroidler, diğer tedavi şekilleriyle karşılaştırıldığında belirti ve bulguları baskılamak açısından en büyük rahatlığı sağlayan ilaçlardır. Kortikosteroidler fosfolipaz A₂'yi inhibe ederek araşidonik asite bağlı oluşan inflamatuvar mediyatörlerin ortama salınımını engelleyerek semptomatik iyileşmeye neden olurlar. Bununla birlikte bu ajanların uzun süre kullanımlarına bağlı olarak, intraoküler basıncın artması, katarakt oluşumu, yara iyileşmesinin inhibisyonu ve steroidlerin artırdığı sekonder enfeksiyonlar gibi ciddi potansiyel yan etkileri görülmektedir. İyileşmeyen vakalarda topikal steroidler 7 gün boyunca günde 4 kez uygulanacak şekilde kullanılabilirler (18).

3-Antihistaminikler: Antihistaminikler etkilerini; konjunktivada bulunan histamin reseptörlerini reversibl ve kompetitif olarak bloke ederek gösterirler. Bu ilaçlar alındıktan 1 saat sonra etki gösterirler fakat tüm histamin reseptörlerinin saturasyonu 3 saati alır. Deneysel çalışmalarda histaminin konjunktiva epitelinde proinflamatuvar sitokinlerin (IL 6, IL 8) salınımına neden olduğu gösterilmiştir. Levokobastin gibi antihistaminik ilaçların bu mediyatörlerin salınımına dolaylı olarak engel olabileceği saptanmıştır (19). H₁ ve H₂ reseptör blokörleri, endojen olarak salgılanan histamin üzerine etkili değildirler. Birinci jenerasyon antihistaminikler santral sinir sistemini etkilerler ve antikolinerjik etkileri vardır, ikinci jenerasyon antihistaminiklerde bu etkiler genellikle görülmez.

4-Non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİ): NSAİ'lar etkilerini araşidonik asit metabolizmasında görevli enzimlerden birisi olan siklooksijenaz enzimini inhibe ederek gösterirler. Aspirin, indometazin ve piroksikam, %0.25 ve %0.50'lik araşidonik asit ile oluşturulan kapak ödemi ve kemozisi düzelttiği belirtilmiştir. Oldukça güçlü bir analjezik olan ve prostoglandin sentetaz enzimini inhibe ederek etki gösteren ketorolac trometamin, allerjik konjunktivitlerde klinik bulguları ve kaşıntıyı gidemede etkili bulunmuştur. Topikal olarak göze uygulandığında (%0.5 oftalmik solüsyon) kortikosteroidlere bağlı olarak görülen yan etkiler olmaksızın antiinflamatuvar etkilerinin olduğu kanıtlanmıştır (20). Ayrıca göz kapaklarında ödem olan hastalara da verilebilirler.

5-Vazokonstriktif ajanlar: Allerjik reaksiyon sonucu toksik mediyatörlerin neden olduğu konjesyon ve vazodilatasyon üzerine erken dönemde etki gösteren ilaçlardır. En sık tetrahidrozolin hidroklorid, nafazolin hidroklorid, nafazolin nitrat, fenilefrin hidroklorid, xylometazolin

hidroklorididir. İmidazol türevleri alfa 2 reseptörlerini uyararak sinir uçlarından nöradrenalin salınımını azaltırlar. Dekonjestif dozlarda pupil çapı ve göz içi basıncı üzerine etkileri olmayıp sık kullanılması durumunda reaktif hiperemiye yol açabilirler. Fenilefrin hidroklorid düşük dozlarda bile midriyazise neden olduğundan dolayı dar açılı glokom gibi olgularda dikkatli olunmalıdır (21).

6-Siklosporin A: Son yıllarda özellikle transplantasyon hastalarında kullanılan ve selektif olarak T-helper lenfositlerini inhibe eden güçlü immünosupresif bir ilaçtır. T-lenfositlerin baskılması sonucu bu hücrelerden salgılanan, hücrel ve humoral immün. Reaksiyonlarda rolü bulunan lenfokinler salınmazlar. Oftalmolojide Behçet hastalığı, pars planitis, sempatik oftalmi ve sarkoidoza bağlı oluşan üveitlerin tedavisinde de kullanılırlar (22).

7-Mitomisin-C: DNA'la çapraz bağlanarak DNA sentezini bozan bir antibiyotiktir. İnflamatuvar ve fibroblastik hücre proliferasyonundaki inhibitör etkilerinden dolayı oftalmolojide ilk olarak oftalmolojide pterijum cerrahisinde denemiş daha sonra filtrasyon cerrahisinde kullanılmaya başlanmıştır. Vernal konjunktivitte papiller hipertrofi ve jelatinöz limbal hipertrofi, inflamatuvar ve fibroblastik hücrelerin proliferasyonu ve ara madde yapımını azaltıcı etkisinden dolayı etkili olabileceği düşünülmüştür. Topikal kullanımda ağrı, fotofobi, sekonder glokom, skleral ülserasyon, iritis, kornea ödemi veya perforasyonu gibi yan etkileri görülür (23).

8-Subkonjunktival kortizon: Vernal konjunktivitte topikal steroid uygulaması damla yada pomad şeklinde olabileceği gibi subkonjunktival olarak ta yapılabilir (24). Sosyoekonomik düzeyleri düşük hastalarda ucuz ve istenilen lokal konsantrasyonun sağlanması nedeniyle önerilebilen bir tedavi alternatifidir. Lokal anestezi damla ile yüzeysel anestezi sağlandıktan sonra subkonjunktival kortizon alt forniksle saat 6 hizasında uygulanır. Bu amaçla 1 cc'lik Depo-Medrol, 1 cc serum fizyolojik ile sulandırıldıktan sonra oluşan solüsyon 0.5 cc'lik dozda insülin enjektörü kullanılarak alt forniksten yapılır.

9-Cerrahi tedavi: Vernal konjunktivit tedavisinde topikal tedaviler semptomları baskılamakta çoğunlukla yeterli olmaktadır. Fakat aile ve hekim arasındaki ilişkinin iyi olmadığı, hastalığın tedavisinde yeterli gayretin gösterilmediği olgularda hastalık ciddi seyretmektedir. Vernal konjunktivite bağlı oluşan dev papillalar Shield ülserlerine, ptozise ve fazla miktarlarda mukoid sekresyona neden olur. Bu grup hastalarda cerrahi tedavi krioterapi, papillektomi, tarsektomi yapılabilir (2).

Ardı ardına bir çok mevsimsel atakları takiben, vernal konjunktivit spontan olarak kaybolmaktadır. On mevsimden fazla sürmesi enderdir, fakat literatürde çok dirençli uzun süreli vakalar bildirilmiştir. Vernal konjunktivite prognoz iyidir, hekim ve aile arasındaki uyum iyi olması hastaların genellikle tam olarak iyileşmesi ile sonuçlanır.

KAYNAKLAR

1. Medhat M, El Hennawi. Vernal Keratoconjunctivitis. In: Fraunfelder FT, Roy FH (eds). Current Ocular Therapy 2nd ed. London, WB Saunders Company, 1995: 476-477.
2. McGill Ji, Holgate ST, Church MK, Anderson DF, Bacon A. Allergic Eye Disease Mechanisms. Br J Ophthalmol 1998; 82:1203-1214.
3. Abelson MB, Chambers WA, Smith LA. Conjunctival Allergen Challenge. A Clinical Approach to Studying Allergic Conjunctivitis. Arch Ophthalmol 1990;108:84-88.
4. Arft RC. in Grayson's Diseases of The Cornea Philadelphia, Mosby Year Book, 1991 :439-499.
5. Khan ND, Kundu N, Saeed N, Gulab A, Nazeer AF. Incidence of keratoconus in spring catarrh. Br J Ophthalmol 1988;72:41.
6. Daniel MA, Frederick M. Principles and Practice of Ophthalmology (ed). Philadelphia, WB Saunders Company, 1994;190-199.
7. Allansmith MR, Ross RN. Ocular Allergy. Clin Allergy 1988;18:1-13.
8. Kaya Ü. Vernal Konjonktivit Tedavisinde Kullanılan Farklı İlaçların Oküler Semptomlara ve Konjonktival Hücre Gruplarına Olan Etkilerinin İmpresyon Sitolojisi ile Değerlendirilmesi. Tez danışmanı: Bekir NA Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları ABD. Gaziantep 2000.
9. Aragona P, Romeo GF, Puzzolo D, Micali A, Ferreri G. Impression Cytology of The Conjunctival Epithelium in Patients with Vernal Conjunctivitis. Eye 1996;10:82-85.
10. Smoli G, O'Connor GR. Ocular Immunology (2nd Ed). Boston, Little Brown Company, 1986:157-171.
11. Leonardi A, Radice M, Fregona IA. Histamine Effects on Conjunctiva From Patients with Vernal Conjunctivitis. Exp Eye Res 1999; 68:739-746.
12. Abelson MB. Histamine in Human Tears. Am J Ophthalmol 1977; 85:417.
13. Trocme SIJ, Kephart GM, Allansmith MR. Conjunctival Deposition of Eosinophil Granule Major Basic Protein in Vernal keratoconjunctivitis and Contact Lens Associated Giant Papillary Conjunctivitis. Am J Ophthalmol 1989;108:57-63.
14. Udeli IJ, Glejch GJ, Allansmith MR, Ackerman SJ, Abelson MB. Eosinophil Granule Major Basic Protein and Charcot-Leyden Crystal Protein in Human Tears. Am J Ophthalmol 1981; 92: 824-828.
15. Bekir NA, Güngör K, Karaaslan C, Bülbül M. Trahomlu olguların karşılaştırmalı Mac Callan ve WHO Sınıflandırmasına Göre Dağılım ve Komplikasyon Türkiye Klinikleri Oftalmoloji 1994; 3:1-4.
16. Kayaalp OS. Mast Hücre stabilizatörleri. Bronkodilatörler ve Diğer Antiastmatik İlaçlar (8.baskı). Ankara, Hacettepe Taş. Kitapçılık Ltd Şt. Birinci Cilt Beşinci Bölüm. 1998:718-720.
17. Leonardi A, Borghesan E, Avarello A. Effect of Lodoxamide and Disodium Cromoglycate on Tear Eosinophile Cationic Protein in Vernal Keratoconjunctivitis. Br J Ophthalmology 1997; 81: 23-26.
18. Abelson MB, Schaefer K. Conjunctivitis of Allergic Origin Immunologic Mechanisms and Current Approaches to Therapy. Surv Ophthalmol 1993; 38:115-132.
19. John MY, Lori K, Najam A. Inhibition of Histamine-induced Human Conjunctival Epithelial Cell Responses by Ocular Allergy Drugs. Arch Ophthalmol 1999;1 17:643-647.
20. Rooks WH. Pharmacologic Activity of Ketorolac Tramethamine. Pharmacotherapy 1990;10:308-311.
21. Jaanus SD, Pagano VT, Bartlett JD. Drugs Affecting the Autonomic Nervous System. In Clinical Ocular Pharmacology. Eds Bartlett JD Jaanus SD. Boston, Butterworths. 1986. 65-67.
22. Abu El Asrar AM, Tabbara KF, Geboes K. An Immunohistochemical Study of Topical Cyclosporine in Vernal Keratoconjunctivitis. Am J Ophthalmol 1996; 121:156-161.
23. Akova Y, Jabbur NS, Newman R, Foster CS. Atypical ocular atrophy. Ophthalmology 1993; 100:1367-1371.
24. Holsciaw DS, Whitcher JP, Wong G. Suprarsal Injection of Corticosteroid in the Treatment of Refractory Vernal Keratoconjunctivitis. Am J Ophthalmol 1996;121:243-249.