

KLİMİK DERNEĞİ

2004-2005 DÖNEMİ 5. ANKARA BİLİMSEL TOPLANTISI

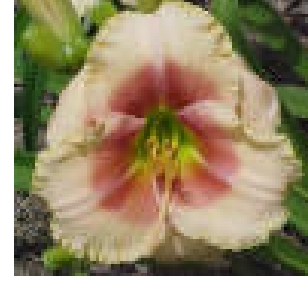


**Cerrahi Dallarda
Enfeksiyon
Konsültasyonları**

Yöneten

Prof. Dr. Fatma Ulutan

- **Göz Hastalıkları ve Enfeksiyon
Konsültasyonu**
Prof.Dr. Fatma Ulutan
- **KBB ve Enfeksiyon
Konsültasyonu**
Öğ. Gör. Dr. Murat Dizbay
- **Plastik ve Rekostrüktif Cerrahi
ve Enfeksiyon Konsültasyonu**
Prof. Dr. Dilek Arman
- **Kardiyovasküler Cerrahi
ve Enfeksiyon konsültasyonu**
Prof. Dr. Firdevs Aktaş



GÖZ VE ENFEKSİYON KONSÜLTASYONLARI

Prof. Dr. Fatma Ulutan

- **GÖZ ENFEKSİYONLARINDA ANTİBİYOTİK KULLANIMI**
- **GÖZ VE ENFEKSİYON ACİLLERİ**
- **OFTALMİK CERRAHİ: ENFEKSİYONLAR VE TEDAVİLERİ**
- **SİSTEMİK ENFEKSİYONLAR VE GÖZ**

GÖZ ENFEKSİYONLARINDA ANTİBİYOTİK KULLANIMI

GÖZ ENFEKSİYONLARINDA ANTİBİYOTİK KULLANIM YOLLARI

- **Topikal**

- **Damla**

- **Merhem:Daha etkili ancak bulanık görme yapar**

- **Perioküler enjeksiyon**

- **Subkonjonktival**

- **Retrobulber**

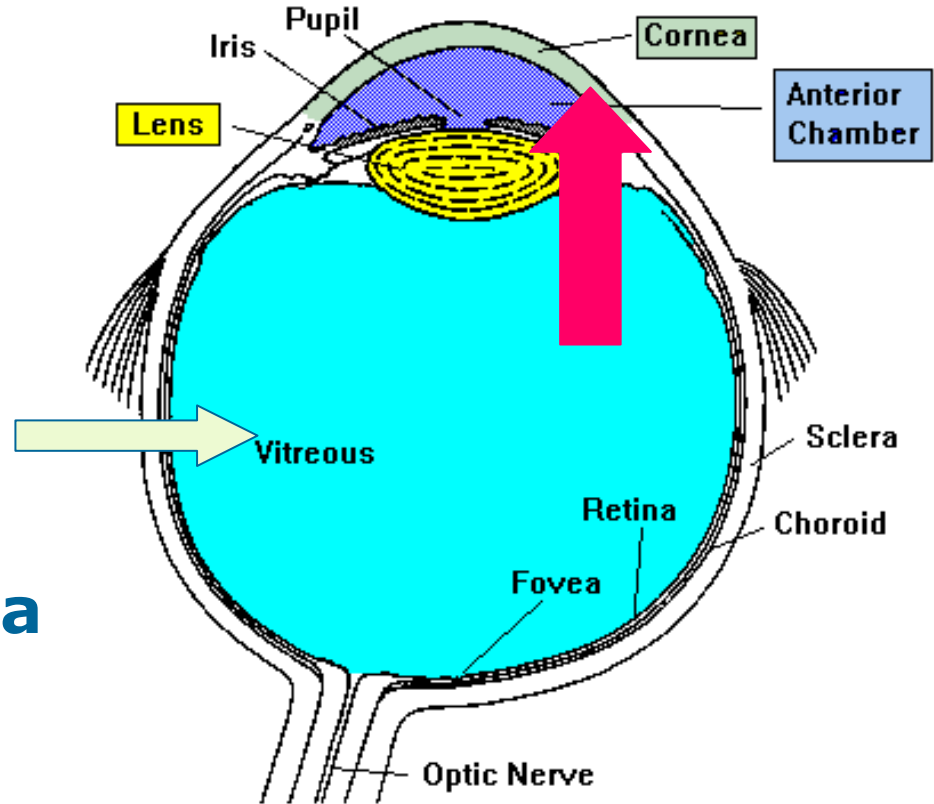
- **İntravitreal**

- **Sistemik**

Enfeksiyonun durumuna göre bu yollar tek başına veya birlikte uygulanır

ANTİBİYOTİKLERİN KULLANIMINDA DİKKATE ALINMASI GEREKEN NOKTALAR

- **Göz bariyerlerini geçme durumu**
 - Kornea epiteli
 - Retinal epitel
 - Retinal kapillerler



- **Antibiyotiğin vitrea yarı ömrü**
- **Lokal kullanımda dokuya hasar verme özelliği**

ANTİBİYOTİKLER VE GÖZ İLE İLGİLİ YAN ETKİLERİ

PENİSİLİNLER:

- Göz kapağı ve konjunktivada **ödem** olabilir
- Amoksilin ile **Stevens-Johnson sendromu** bildirilmiş
- Yüksek dozda kullanımda görülen **nörotoksisite**
 - Gözde optik nörit olarak çıkar.
 - İlaça bağlı myopi ve strabismus gelişebilir (okulomotor, troklear ve abduzens paralizisi)

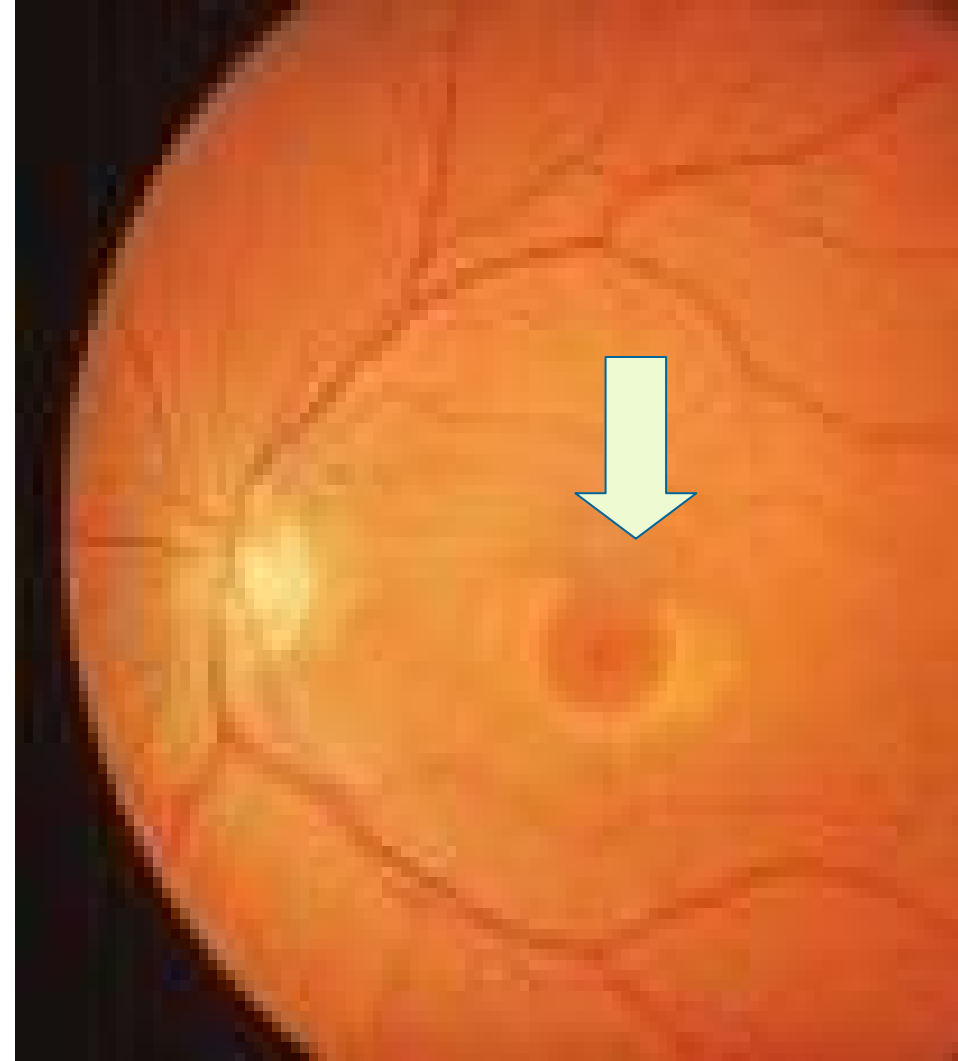
- **SEFOKSİTİN:** Eksfoliyatif dermatit yapar.
- **TETRASİKLİN:** Gözde pigmentasyon yapar.
- **ETAMBUTOL:**Optik nörit yapar.

Doz 15mg/kg/gün ise 2-4 haftada göz muayenesi yapılmalıdır.

- **RİFAMPİSİN:**Kontakt lensi boyayabilir.
- **VORİKONAZOL:**Renkli görmede bozukluk, bulanık görme yapabilir.
- **LİNEZOLİD:**Optik nörit bildirilmiştir.
- **MOKSİFLOKSASİN:** Üveit bildirilmiştir.

KLOROKİN VE GÖZ DİBİ BULGUSU

- Bull makulopatisi
- Korneada depolanma
- Görme bulanıklığı





GÖZ VE ENFEKSİYON ACİLLERİ

GÖZ VE ENFEKSİYON ACİLLERİ

- ***N.gonorrhoeae* konjonktiviti**
 - Hızla ilerler kornea komplikasyonları gelişir
 - **Sistemik antibiyotik tedavisi gerekir**
- **Kornea yaralanması ve enfeksiyon**
- **Orbita sellülit**
 - Beyin absesine yol açabilir
 - **Sistemik antibiyotik tedavisi**
- **Endoftalmi**



Tedavi: Topikal+ sistemik

Sistemik antibiyotik kullanımı:

Seftriakson sadece konjunktivit varsa tek doz i.m.

Keratit eklenmişse i.v. ve 3 gün kullanılır.

Chlamidia konjonktiviti



TOPIKAL TEDAVİYE EK OLARAK SİSTEMİK ANTİBİYOTİK TEDAVİSİ GEREKEN DİĞER KOJUNKTİVİTLER

- **Trahom**

Tetrasiklin veya eritromisin **topikal** olarak 6 ay (ilk 5 gün 2X1 6 ay ayda bir); **sistemik** olarak 4 hafta

- **Erişkin inkluzyon konjunktiviti**

Tetrasiklin ve eritromisin 3 hafta

- **Lenfogranuloma venereum**

Tetrasiklin ve eritromisin 3 hafta

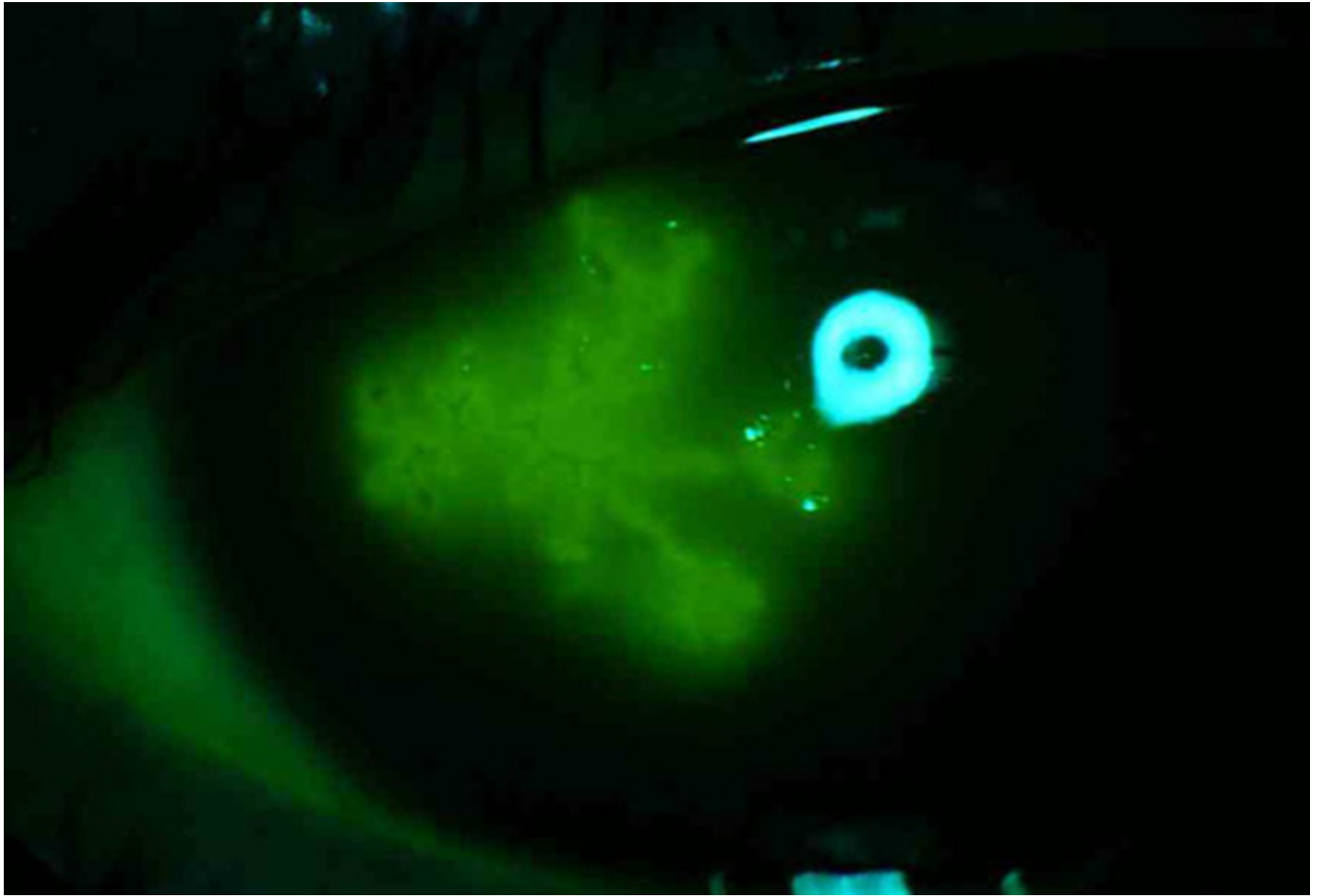
HSV KERATİTİ

- İmmün yetm. varsa topikal tedaviye ek olarak sistemik tedavi gerekir.

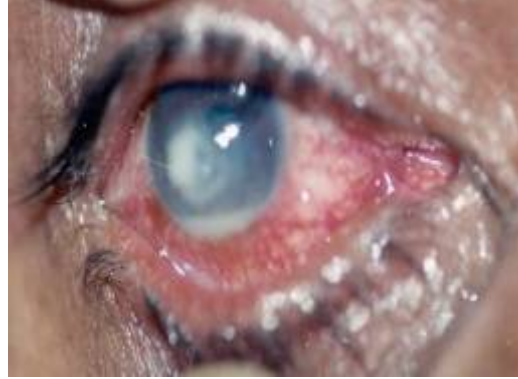
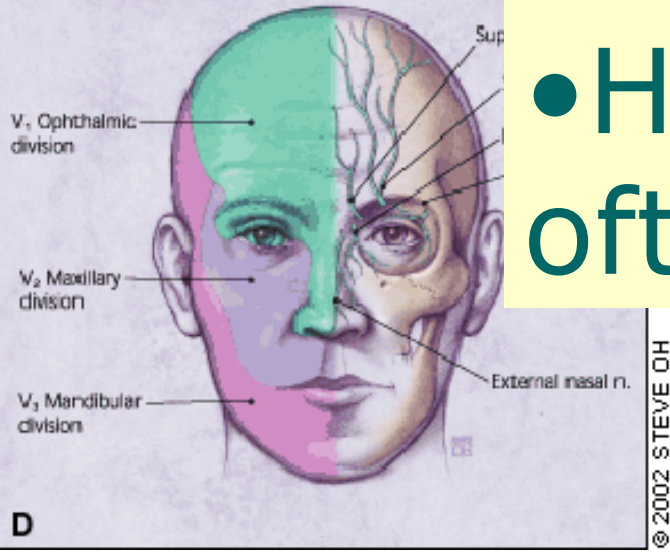


- Asiklovir 400 mg PO günde 3 kez 14-21 gün
- Famsiklovir 500 mg PO günde 2 kez 14-21 gün
- Valasiklovir 1 g PO günde 2 kez 14-21 gün

Yüksek steroid tedavisi halinde yukardaki dozlar yarı doz olarak 12-18 ay süreyle kullanılır



•Herpez Zoster oftalmikus

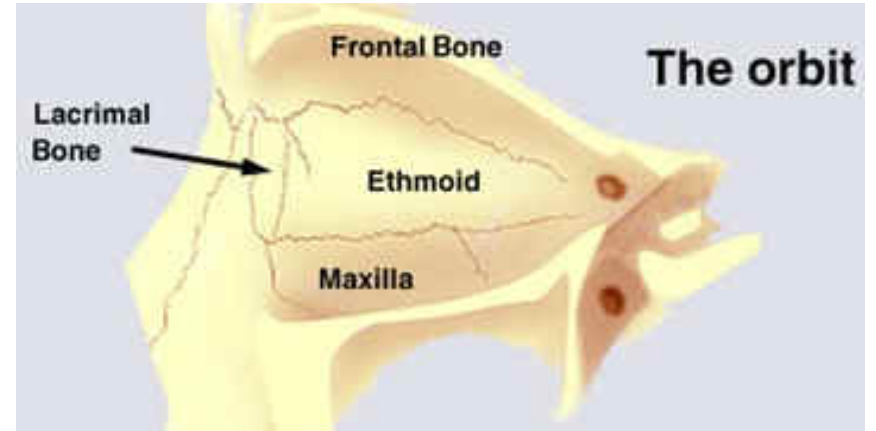


TEDAVİ:

- **Famsiklovir 1g po günde 3 kez** (İmmün yetmezliğin varlığı ve yokluğu durumunda da aynı tedavi)
- **Valasiklovir 1g po günde 3 kez** (immün yetm. varsa tercih edilmez)
- **Asiklovir** :Normal kişilerde 5X800 mg oral (10 gün) **İmmün yetmezlikte 3X 10mg/kg i.v**

ORBİTAL (POSTSEPTAL) SELÜLİT VE PRESEPTAL SELÜLİT

- **Preseptal selülit** daha **hafif**, septum önü ile sınırlı, **göz hareketleri var**, daha sık görülür
- **Orbital (Postseptal) selülit** daha **ağır**, septum arkası tutulmuş, göz kasları fonksiyon göremiyor, **diplopi** var



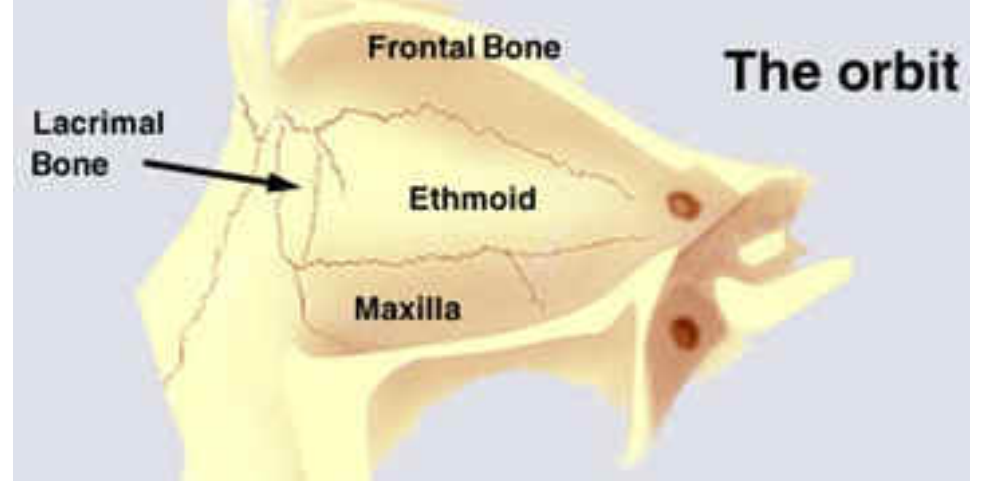






ORBİTAL SELÜLİT KOMPLİKASYONLARI

- **Göze,kraniyal kaviteye yayılım**
- **Subperiostal abse gelişimi**
- **Kavernöz sinus trombozu**
- **Santral Sinir Sistemi yayılımı**



- **Preseptal selülite sıklık sırasıyla**
 - Sinüzit (etmoidal),
 - Konjonktivit ve
 - Dakriosistit eşlik eder
- **Orbital (postseptal)selülite ise sıklık sırasıyla**
 - Travma,
 - Panoftalmi ve
 - Sinüzit yol açmaktadır.



ETKENLER

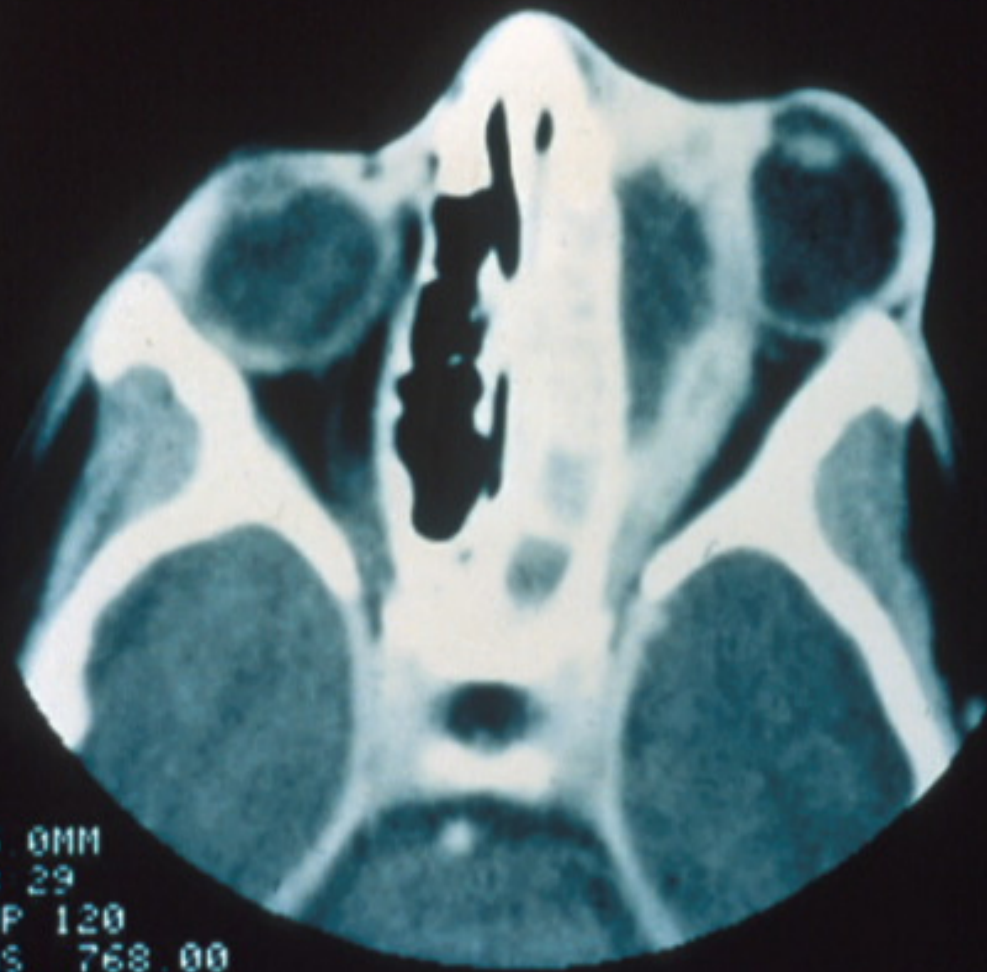
- **Sinüzit sonrası gelişmiş ise**
 - Beta hem. Streptokok (A, C ve G)
 - *S.aureus*
 - *Haemophilus influenzae*
 - Anaerob bakteriler (Kronik sinüzitte)
- **Posttravmatik**
 - *Clostridium* türleri
 - Polimikrobiyal
- **Hayvan ısırması varsa**
 - *Pasteurella* türleri

TANI

- **Tam kan sayımı**
- **Kültür**
- **BT**
 - **Subperiostal ve orbital abse tanısı için önemli.**
 - **Antibiyotik tedavisine rağmen ilerleme halinde gerekir**
- **MR, venografi ve HRCT**

Tek taraflı görme kaybı, oftalmopleji varsa baş ağrısı, bilinç kaybı, konvülsiyon varsa **kavernöz sinüs trombozu için**

0025
RIGHT



5.0MM
18.29
-100 FUP 120
MMS 768.00

0 40

Mukormikoz



TEDAVİ

- **Preseptal selülit**
- **Seftriakson+ Vankomisin veya Amoksilin klavulonat (oral kullanılabilir)**
- **Orbital (postseptal) selülit**

Tedavi intravenöz

- **Seftriakson + Vankomisin + metronidazol**
- **Cerrahi drenaj**
(eksternal insizyon ile veya nazal yolla endoskopik)



**OFTALMİK CERRAHİDE
ENFEKSİYONLAR VE TEDAVİLERİ**

KATARAKT CERRAHİSİ VE ENFEKSİYON

- **Katarakt ameliyatı sonrası endoftalmi gelişme olasılığı**
% 0,1-% 0,5
 - **Fako yöntemiyle daha az irrigasyon sıvısı kullanılıyor**
 - **Enjekte edilen tür lens kullanımı**

GÖZ TRAVMASI VE YABANCI CİSİM VARLIĞINDA PROFİLAKSİ

- Endoftalmi gelişme riski %8
- Enfeksiyon etkenleri
Clostridium ve *Bacillus* türleri ve gram (-) basiller
- **Profilaktik antibiyotik kullanımı**
 - **İntravitreal** Vankomisin + Genta.(amikasin)
 - **Topikal** Genta.(amikasin) + klindamisin
 - **Sistemik Ciddi durumlarda ek olarak Vankomisin + Genta.(amikasin) olarak 3 gün süreyle kullanılır.**

POSTOPERATİF GELİŞEBİLECEK ENFEKSİYONLAR

- **Perioküler enfeksiyonlar**
 - Orbital (postseptal) selülit
 - Preseptal selülit
 - Nekrotizan fasiit
- **Konjonktiva enfeksiyonları**
 - Dikiş enfeksiyonu
 - Glokom drenaj blebi enfeksiyonu
- **Keratit**
- **Endoftalmi**

NEKROTİZAN FASİİT

- **Etken:** Beta hem. Strep.
S.aureus % 25 olguda eşlik eder
- Travma veya cerrahi işlem sonrası gelişebilir.
- **Tedavi:** Yüksek doz Benzil penisilin ve antistafilokokal

24 saat içinde yayılma durmazsa cerrahi debridman gerekir



POSTOPERATİF KONJONKTİVAL ENFEKSİYON

- Dikiş enfeksiyonu olarak gelişebilir. Dikiş alınır ve kültür için laboratuvara gönderilir, **Topikal 3 günlük tedavi yeterlidir.**
- Glokom drenaj blebi enfeksiyonunda ise intra oküler kontaminasyonu önlemek için **intravenöz tedavi gerekir.**

POSTOPERATİF ENDOFTALMİ

- **Cerrahi sonrası gelişebilir.**
- **Travma sonrası gelişebilir**
- **Endojen yolla gelişebilir**
- **Enfeksiyon vitreus,retina ve uveayı kapsar**
- **Konjonktival drenaj blebi olan 1 ay-8 yıl sonra bir bakteriyal konjonktiviti izleyerek gelişebilir**

TRAVMA SONRASI GELİŞEN ENDOFTALMİ ETKENLERİ

- *Bacillus* türleri : Özellikle *B.cereus* (% 50)
- *S. aureus*
- Streptokoklar
- Koliform basiller
- *Clostridium* türleri
- Küf mantarları



Bacterial endophthalmitis. Retinopathy induced
by *Enterococcus faecalis* endotoxin



ENDOFTALMİ TANISI

- **Vitreus kültürü**
- **Endojen endoftalmi için kan ve kaynak olarak olası bir odak varsa ilgili kültürler**
- **Vitreus örneğinden Gram boyaması**
- **B-scan("brightness scan"):**
Katarakt veya yoğun vitreus inflamasyonu durumunda retinayı değerlendirebilmek açısından yararlı

BAKTERİYEL ENDOFTALMİ TEDAVİSİ

Tedavi acildir.

Vitrektomi+ antibiyotik+ deksametazon

- **İntravenöz +İntravitreal antibiyotik:**

Vankomisin +Seftazidim

Vankomisin +Amikasin (*aminglikozidlerin retina infarktı yaptığı bildirildiğinden tercih edilmez*).

- Son yıllarda sadece intravitreal kullanımın yeterli olduğunu gösteren çalışmalar var.
- Yine son yıllarda **moksifloksasin** ve **gatifloksasinin** sistemik kullanımı ile yeterli vitreus terapötik düzeyine ulaştığını gösteren çalışmalar var.

FUNGAL ENDOFTALMİLER

- Küf mantarları ile postoperatif endoftalmi gelişmesi daha çok tropikal ülkelerde görülür.
- Özellikle travma sonrası girişimlerden sonra görülür.
- Tedavi Amfoterisin B nin topikal, subkojunktival, intravitreal ve intravenöz yolla kullanımınıdır.



SİSTEMİK ENFEKSİYONLAR VE GÖZ

OLGU 1

72 yaşında erkek hasta 2 ay önce mesane tümörü operasyonu geçirmiş

- **Akut böbrek yetmezliği**
- **Metabolik asidozu var**
- **Başvuru yakınması ateş**

Sistem Sorgusunda Saptanan Olumlu Bulgular

- **Baş ağrısı**
- **Halsizlik**
- **Kilo kaybı**
- **İştahsızlık**
- **Öksürük, balgam, nefes alırken göğüs ağrısı**
- **Eforla nefes darlığı ve çarpıntı**
- **Bulanti, kusma**

FİZİK MUAYENE BULGULARI

- Ateş:38,7° C, Nabız:110/dak,
- T.A.:130/60 mmHg
- Sağ subklavyen vende hemodiyaliz amacı ile takılmış kateter
- Baş-boyun muayenesi :N
- Sol akciğer bazalinde ince raller
- KVAH: +
- İdrar sondası var
- Ekstremiteler :N

POZİTİF LABORATUVAR BULGULARI

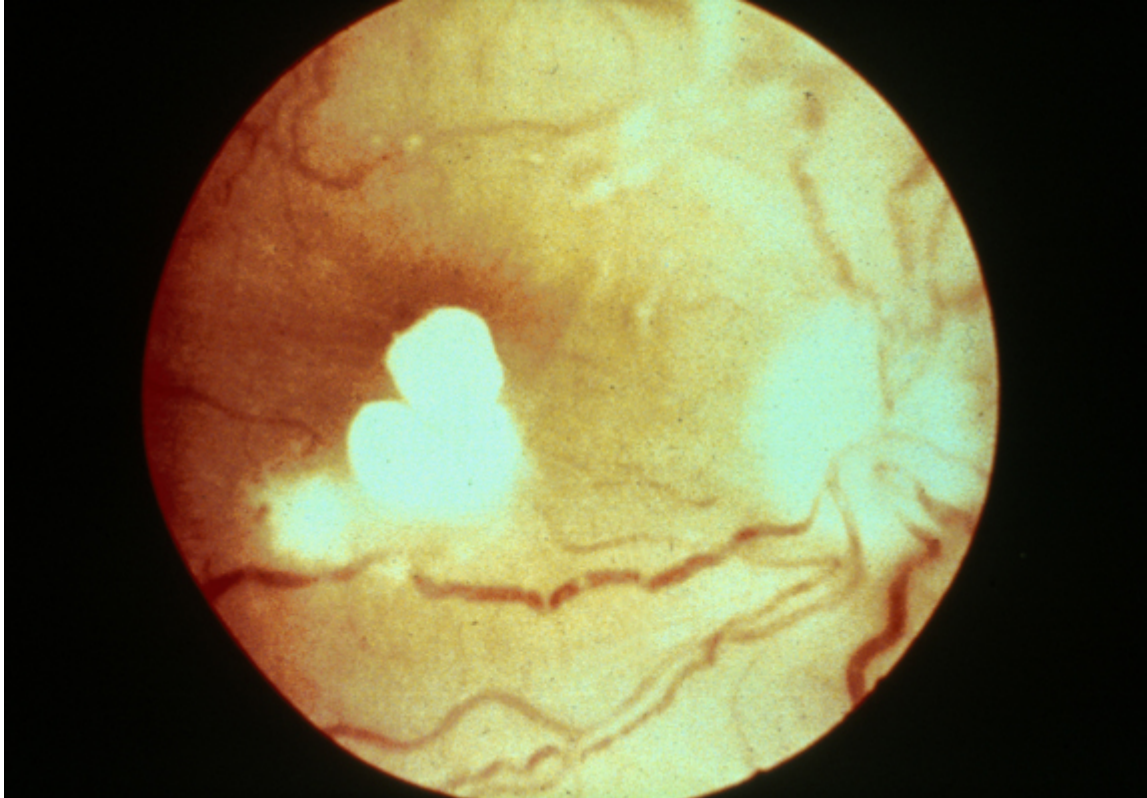
- **İdrar:** Protein+, Mik: 2-3 erit, 10-15 lök.
- **Hb:** 10.9 g/dL
- **BK:** 19.200/mm³
(PY: %12 Band, %76 parçalı)
- **ESR:** 58 mm/saat
- **BUN:** 84 mg/dL
- **Kreatinin:** 8,9 mg/dL
- **Na :** 123 mEq/L , **K:** 6,2 mg/dL
- **ALT** 117 Ü , **AST:** 46 Ü

KLİNİK İZLEM

- 15.12.1999:Yattığı klinikte ampirik olarak **İYE ön tanısı ile sefoperazon-sulbaktam** başlanılmış.Kan,kateter ve diğer kültürler alındı.
- 18.12.1999:**Pnömoni için Seftriakson (2X1 g) ve klaritromisin (2X500 mg)** başlandı
- 21.12.1999:BACTEC **kan kültüründe *Candida albicans* üredi.** Flukonazol başlandı

- 26,12,1999:
 - EKG: Normal
 - **Sağ gözde yanma, batma, görme azlığı ve fotofobi** yakınmaları nedeniyle Göz Hastalıkları konsültasyonu istendi,

Candida endoftalmisi



- **2812.1999: Endoftalmi tanısı ile**
 - **İntravitreal Amf. B verildi.**
 - **Sistemik flukonazol başlandı.**
- **Göz bulguları gerileyen hasta flukonazolü 5 haftaya tamamlamak üzere taburcu edildi.**

ENDOJEN FUNGAL ENDOFTALMİLER

- En sık etken *Candida* dır.
- Olgularının 2/3 ünde kandida endoftalmisi gelişmektedir.
- *Candida* koriyoretinitinden ayırdedilmesi zor ama önemlidir.
- Koriyoretinitte vitreus temizdir ve sistemik antifungal tedavi yeterlidir.
- Kaynak çoğu kez kateterdir.

ENDOJEN BAKTERİYEL ENDOFTALMİLER

- **Bakteriyel Endojen Endoftalmiler için kaynaklar:**
 - **Enfektif Endokardit**
 - **İntraabdominal Abse**
 - **Karaciğer absesi**
 - **Üriner Sistem Enfeksiyonu**
 - **Menenjit**
 - **Kateterler olabilir**
 - **İ.V. İlaç bağımlılığı bir diğer hazırlayıcı faktör**
- **Etken kaynağa göre farklılıklar gösterir**

ENDOJEN KÜF MANTARI ENDOFTALMİLERİ

Organ nakil hastalarında invaziv pulmoner aspergilloza ikincil olarak aspergilloz endoftalmisi gelişebilir.

- **Amfoterisin B intravitreal** olarak kullanılır çünkü vitreusa geçişi iyi değildir.
- Sistemik enfeksiyonun tedavisi için İ.V. Amfoterisin B kullanılır.
- İtrakonazolün vitreusa geçişi iyi değil
- **Vorikonazol ve posakonazolün geçişi göze geçişi iyi** kaspofunginle birlikte kullanımı iyi sonuçlar vermiş.

Kabakulak

- Hemorajik konjonktivit,
- Dakriyoadenit,
- Episklerit, sklerit,
- Keratit
- Optik nörit

Kızamık

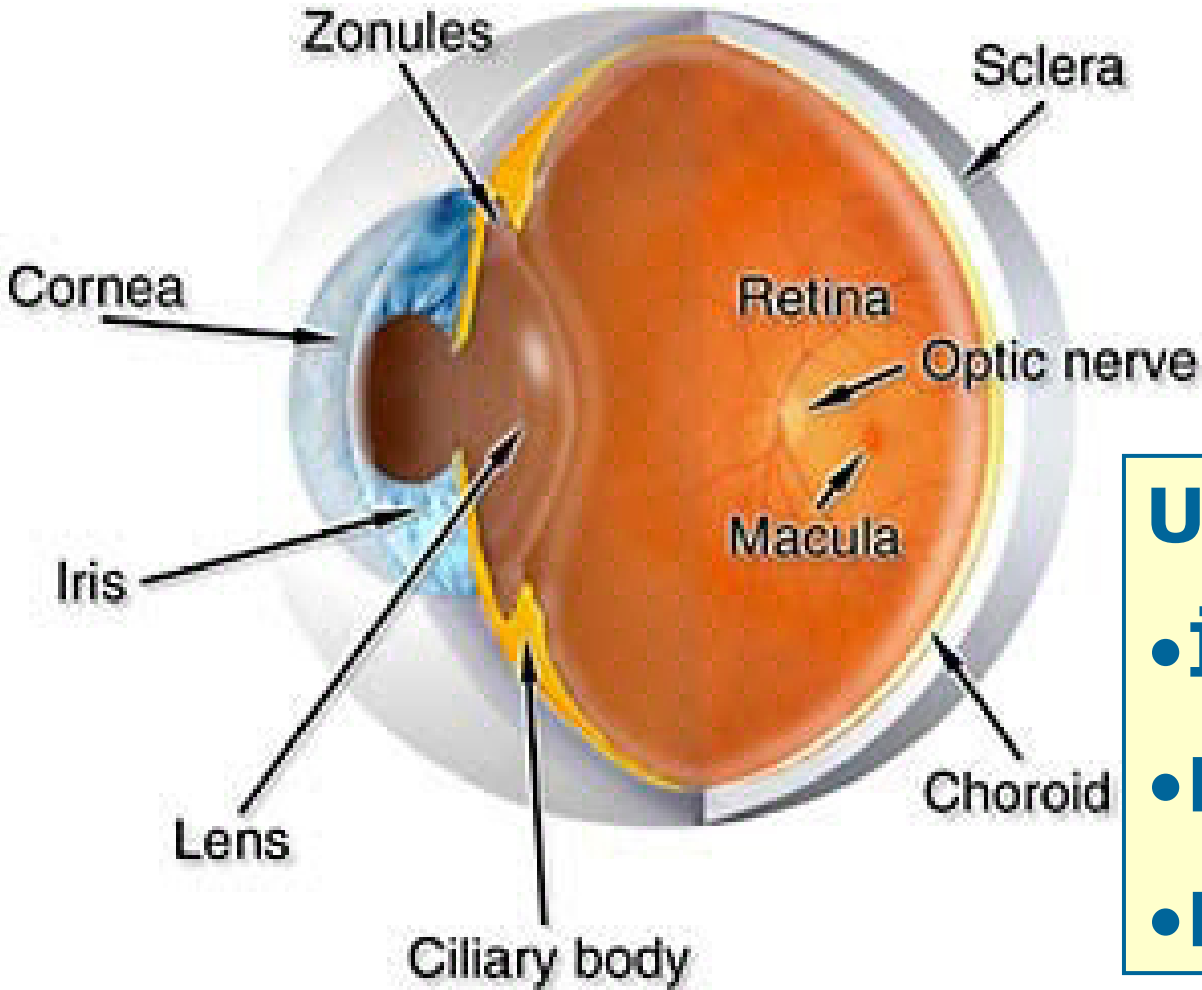
- Konjonktivit,
- Subepiteliyal korneal infiltratlar,
- SSPE de koryoretinit,
- Nistagmus
- Optik atrofi izlenebilir.

▪

ÜVEİT NEDENLERİ

- **Enfeksiyöz nedenler**
(% 20)
- **Otoimmün nedenler**
- **Malign Hastalıklar**

Normal Eye Anatomy



UVEA KISIMLARI:

- **İris**
- **Korpus siliyare**
- **Koroid**

Anteriyör üveit





Posterior Uveitis

Inflammation predominately located in the posterior vitreous, retina, and/or choroid. Posterior means "rear" or "back."

VIRAL

- **Human immunodeficiency virus-I**
- **Herpes simplex**
- **Herpes zoster**
- **Cytomegalovirus**

BAKTERİYEL ÜVEİTLER

- **Bruselloz**
- **Tüberkuloz**
- **Sifiliz**
- **Leptospiroz**
- **Lyme**
- **Whipple hastalığı**
- **Lepra**
- **Kedi tırmağı hastalığı**

PARAZİTİK VE FUNGAL ÜVEİT ETKENLERİ

Toxoplasma
Acanthamoeba
Toxocara
Cysticercos
Onchocercia

Candida
Aspergillus
Sporotrichos
Blastomycos
Cryptococcus
Histoplasma
Coccidioidomycos

OLGU 2

19 yaşında erkek hasta

- **Subklinik ateş,**
- **Halsizlik,**
- **Baş ağrısı,**
- **Bilateral görme bulanıklığı**

- **Bir gözde aniden diğerinde ise 2 haftalık bir süre içinde bulanıklık ortaya çıkmış.**

Oküler muayene:

Orta derecede bir vitröz
alevlenmenin dışında normal

Fundus muayenesi: Bilateral optik disk
ödemi

Diğer fizik muayene bulguları:

- **İşitme ile ilgili bulgu yok**
- **Dermatolojik bir bulgu yok**
- **Orta derecede hepatosplenomegali**
- **Hafif derecede ense sertliği**

- **Beyaz küre:** 4.600/mm³
- **ESR:** 30 mm/saat
- **VDRL/FT:** (-)
- **CRP:** 96 mg/dL
- **HIV:** (-)

- **BT'de hafif jeneralize serebral ödem,**
- **Lomber ponksiyon:**
 - **BOS berraktı**
 - **Basıncı normal.**
 - **Protein oranı yüksek,**
 - **Glukoz 67mg/dl,**
 - **Klor 127 mg/dL**
 - **Mononükleer hücre artışı**
 - **Kültür (-)**

- **Kedi tırnağı hatalığı öyküsü ve kedi teması yok** Üveit (koryoretinit) bir sistemik hastalığın başka bulguları olmadan erken bulgu ortaya çıkabilir.
- **Anti-*Bartonella henselae* antikoru (-) bulundu**
- **Tüberkülin deri testi (-)**
- **Akciğer grafisi: Normal**
- **Kollajen vasküler hastalıkları öyküsü yok**
- **RF-ANA-ANCA-antiDNA antikor: (-)**
- **İshal öyküsü yok**

Dört hafta önce doksisisiklin ve rifampin ile bruselloz tedavisine başlanmış; ancak hasta şikayetlerinin düzeldiğini düşünerek tedaviyi kesmiş.

- **Rose-Bengal test: (+)**
- **Brusella Aglütinasyonu: (1/640)**
- **Kan kültürleri: (-)**

Tedavi:

- Sistemik doksisisiklin (100 mgx2/gün)
- Rifampin (600 mgx1/gün)
- Prednizolon (1 mg/kg/gün)

Sonuç:

- Baş ağrısı ve retinal ayrılma bir hafta içinde kayboldu,
- Subretinal sıvı rezolüsyona uğradı.
- Optik disk ödemi 2 hafta içinde yok oldu.
- Ancak görmede düzelme çok az oldu

Bruselloz ve göz bulguları

- **Direkt bulaşarak konjunktivit, keratit gelişebilir**
- **Giriş kapısı olabilir**
- **Endokardit gelişen olgularda peteşi (konjunktiva veya fundusta) olabilir**
- **Üveit,retinopati**
- **Optik sinir tutulumu (menenjitte eşlik edebilir) olabilir**
- **Bir çalışmada 222 olgunun %11.2 sinde pozitif muayene bulgusu olmaksızın fotofobi ve görme de değişiklikler saptanmış**

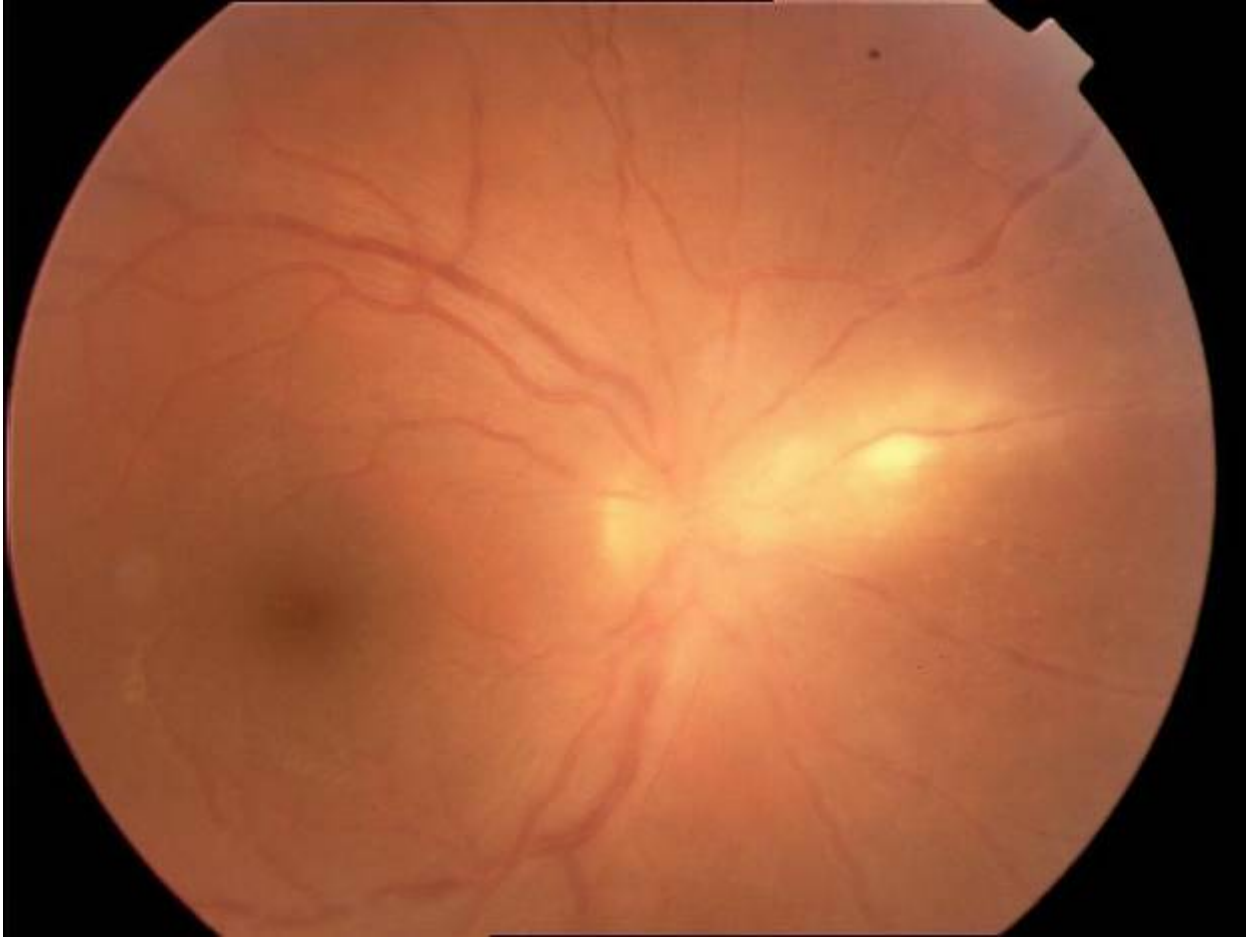
GÖZ TOKSOPLAZMOZU

- **İmmün yetmezlikte post. Üveitin en sık nedenidir.**
- **Konjenital veya 2/3 oranında edinseldir.**
- **Akut veya latent fazda ortaya çıkabilir.**

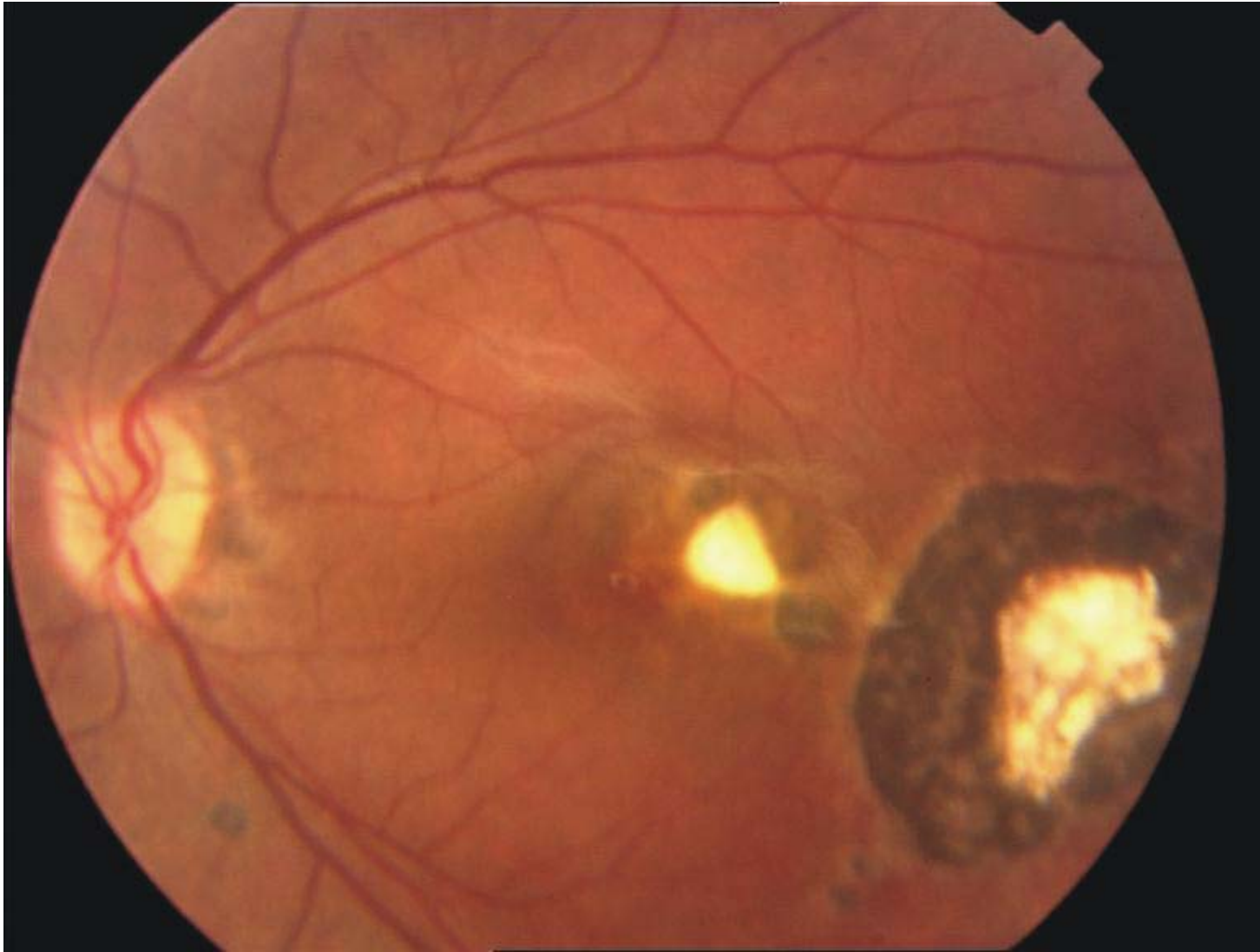
Toksoplazmada makuler koryoretinit



Toksoplazmada peripapiller koryoretinit



Toksoplazmada koryoretinit (eski ve yeni lezyon)



- **Goldmann-Desmouts katsayısı (lokal antikor yapımı) ile aktif retinitin toksoplazma olduğu gösterilebilir.**
- **Humor aközden PCR tanıyı koymakta yüksek oranda sensitif ve spesifiktir.**
- **Göz içi sıvıların doku kültürü ile inceleme teknikleri de tanıya yardımcı olabilir.**

GÖZ TOKSOPLAZMOZU VE TEDAVİ

- **İmmün yetmezlik yoksa kendini sınırlar.**
- **Tedavi kriterleri**
 - **Temporal bölgede lezyon**
 - **Optik sinirin etkilenmesi**
 - **Vitreusta inflamasyon bulguları**

Tedavi gereken diğer durumlar

- **Aktif inflamasyonla birlikte lezyonlar 1 aydan uzun sürerse**
- **Çok sayıda aktif lezyon varsa**
- **Takipte yeni lezyonlar gelişirse**

Tedavide kullanılan ilaçlar

- **Primetamin**
- **Sulfadiazin**
- **Klindamisin**
- **Prednizon**

Tedavide alternatif ilaçlar

- **Atovaquon**
- **Spiramisin**
- **Azitromisin**
- **Minosiklin**

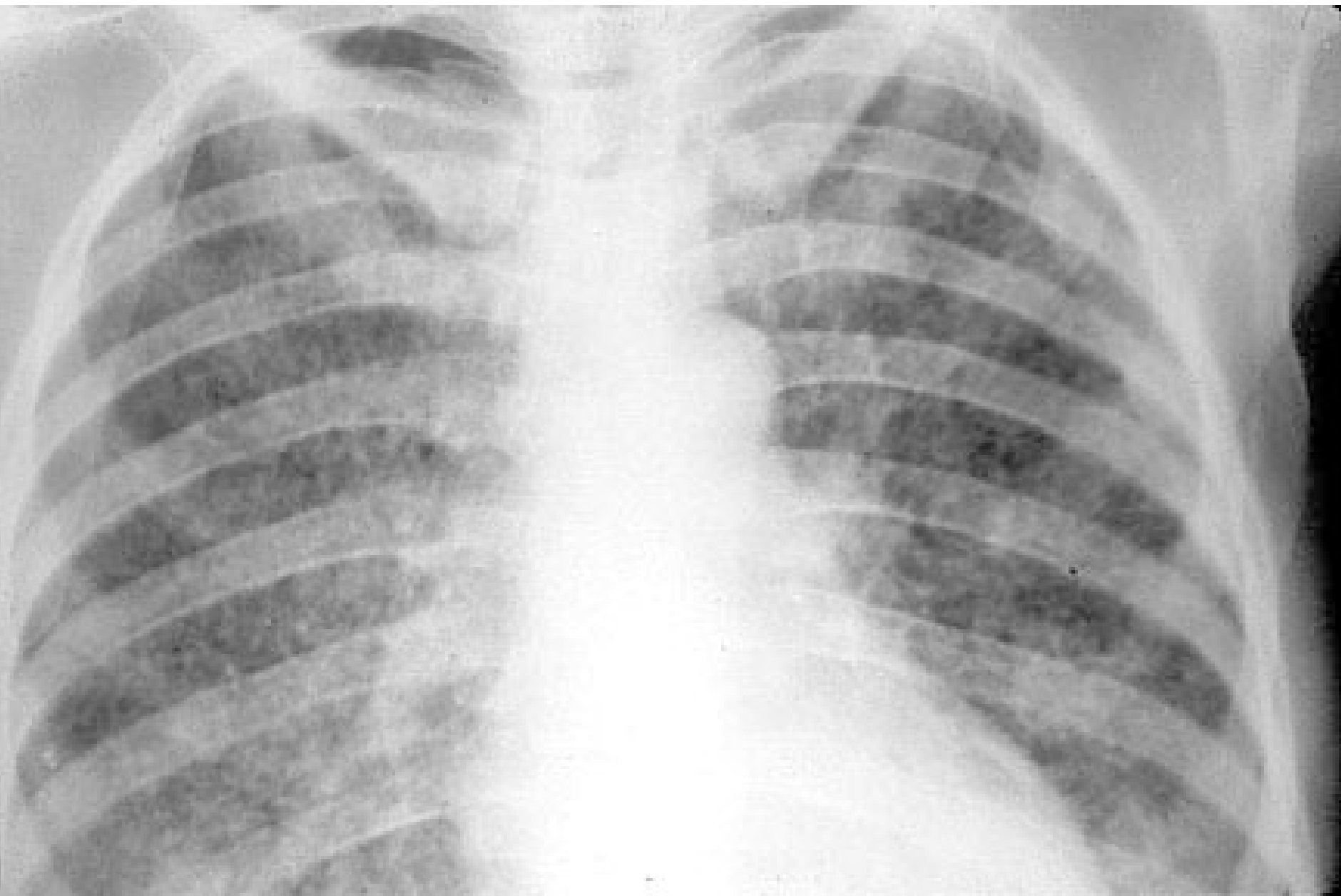
OLGU 3

22 yaşında erkek hasta

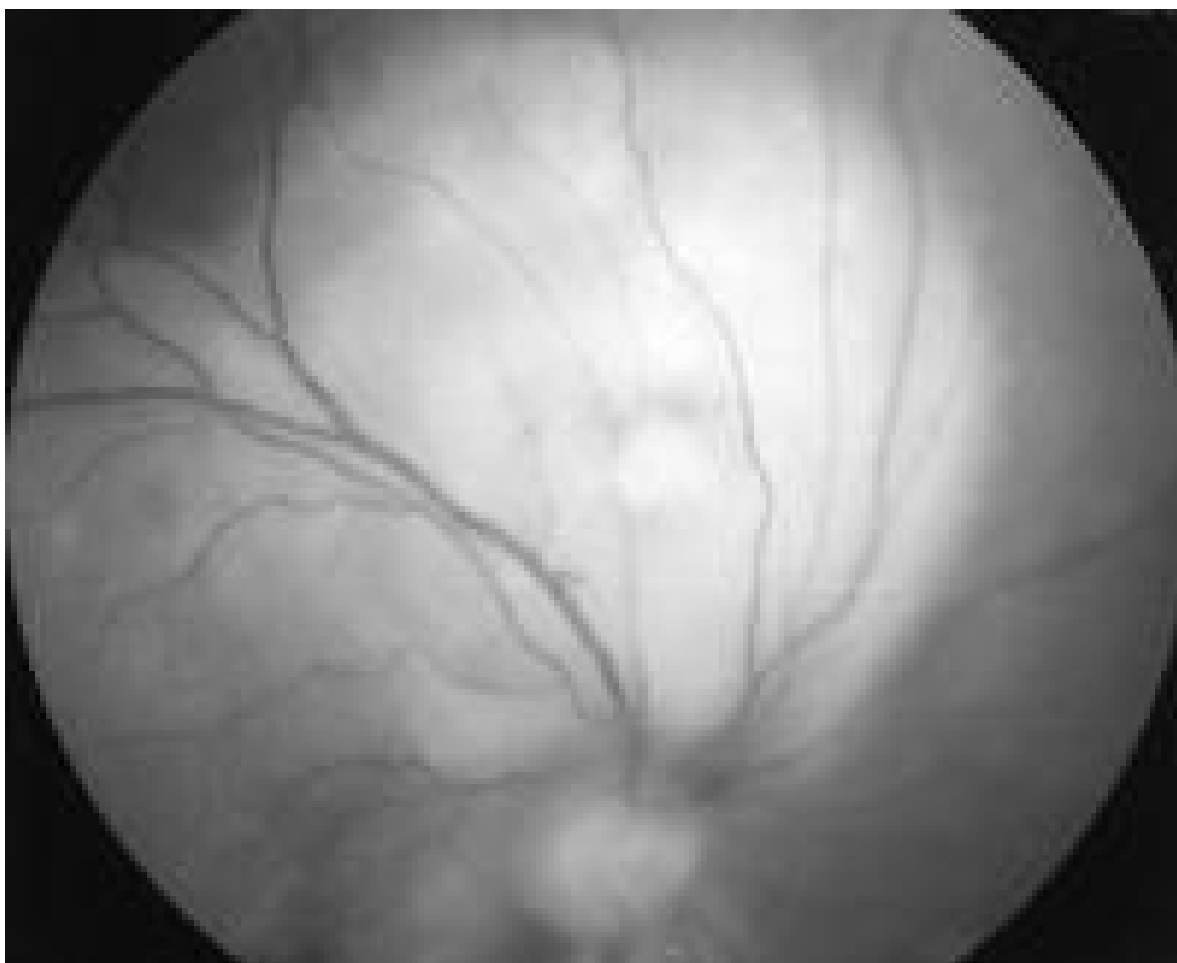
Başvuru yakınması: Görme kaybı

- **Ateş**
- **3 ayda 7 kilo kaybetmiş**

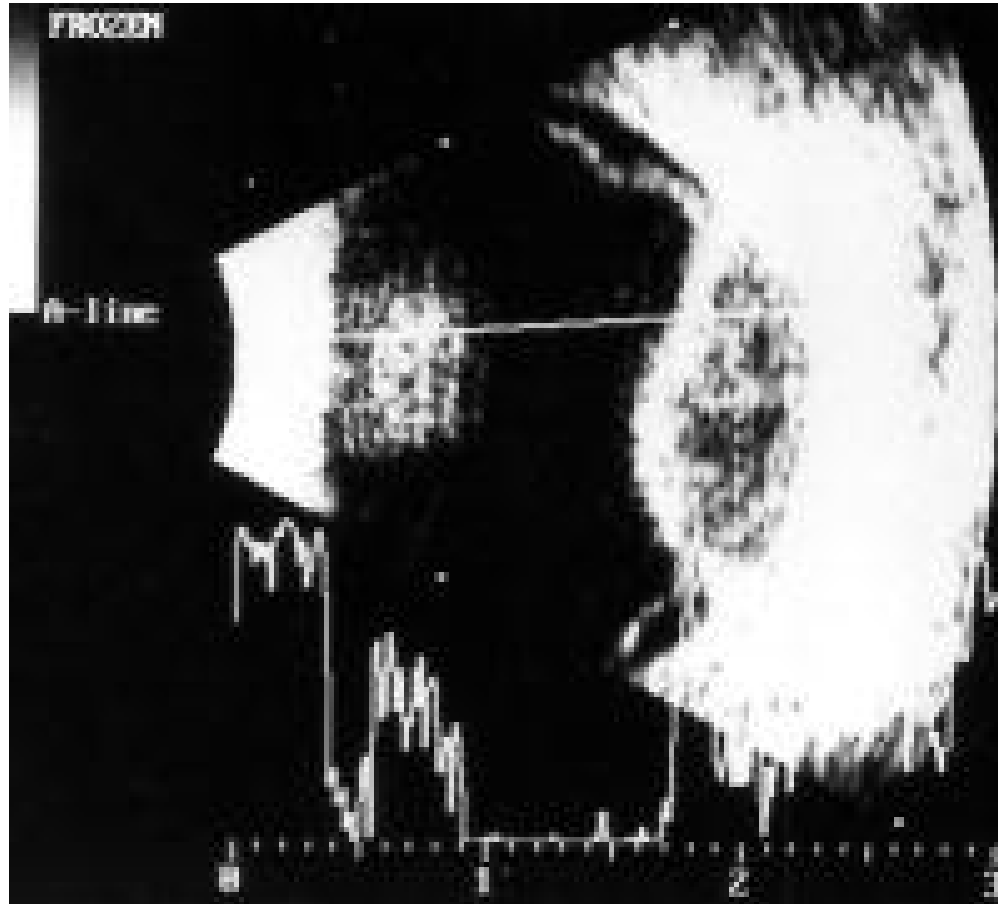
- **Hastanın solgun olması dışında fizik muayene bulgusu yok**
- **Hb;10 g/dl**
- **ESR:60mm/ 1 saat**
- **HIV: (-)**
- **VDRL, FTA-ABS (-)**



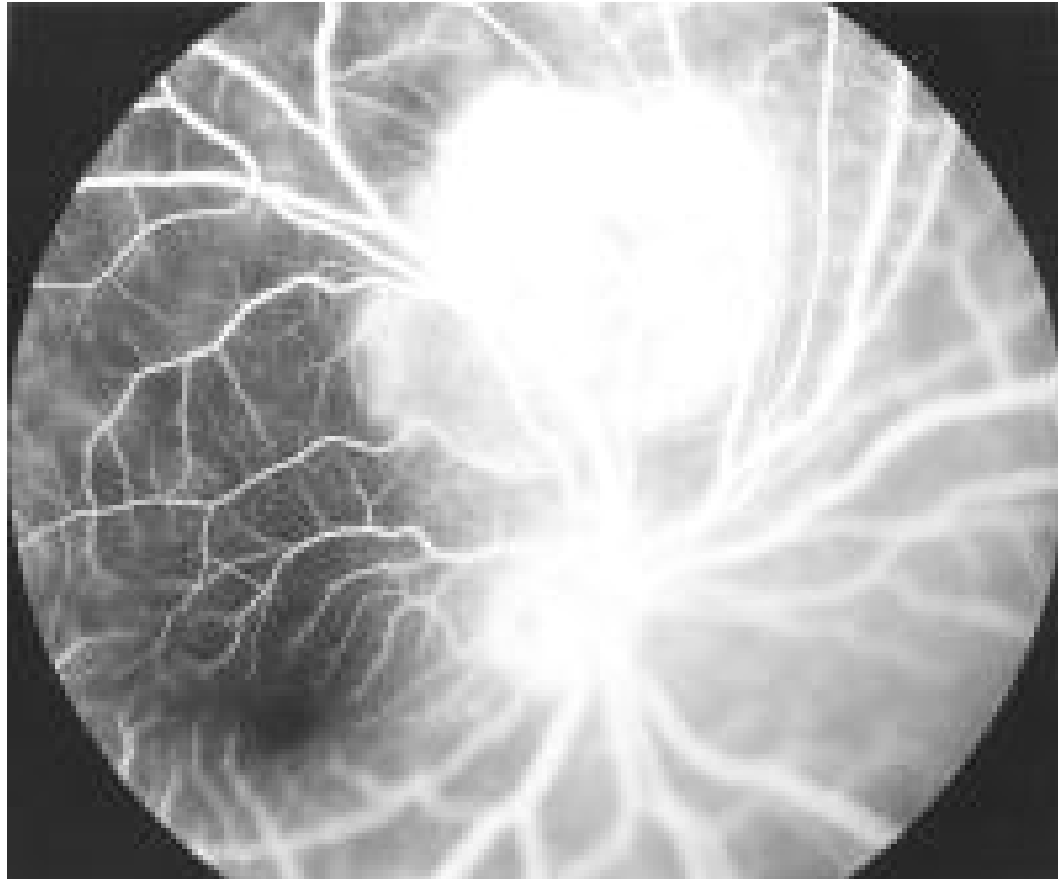
- Balgamda ARB (+) bulundu.
- Beyin BT de 3 ayrı bölgede tuberkülom saptandı.



Ultrasonografi



Floresan anjiografi



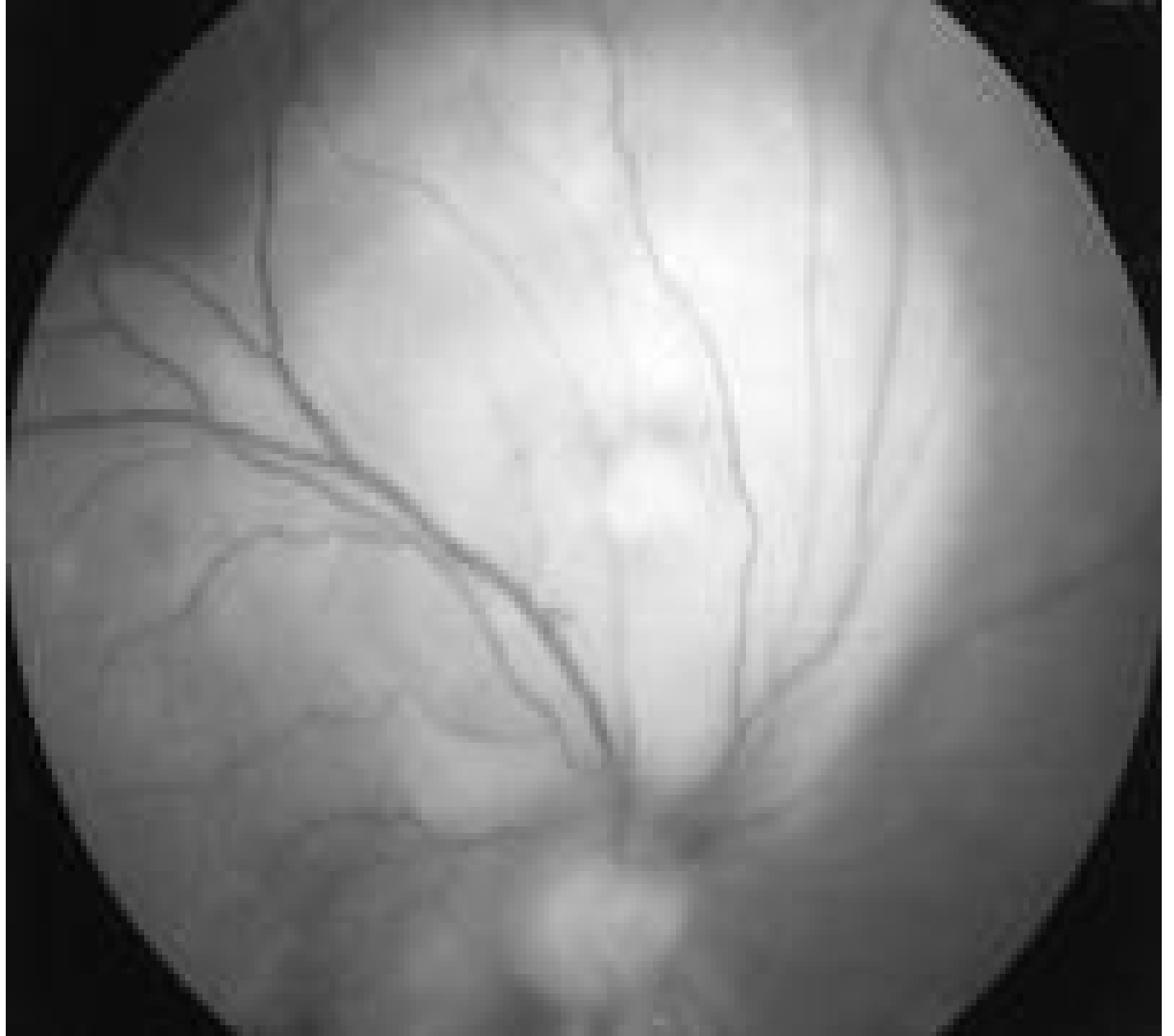
BT



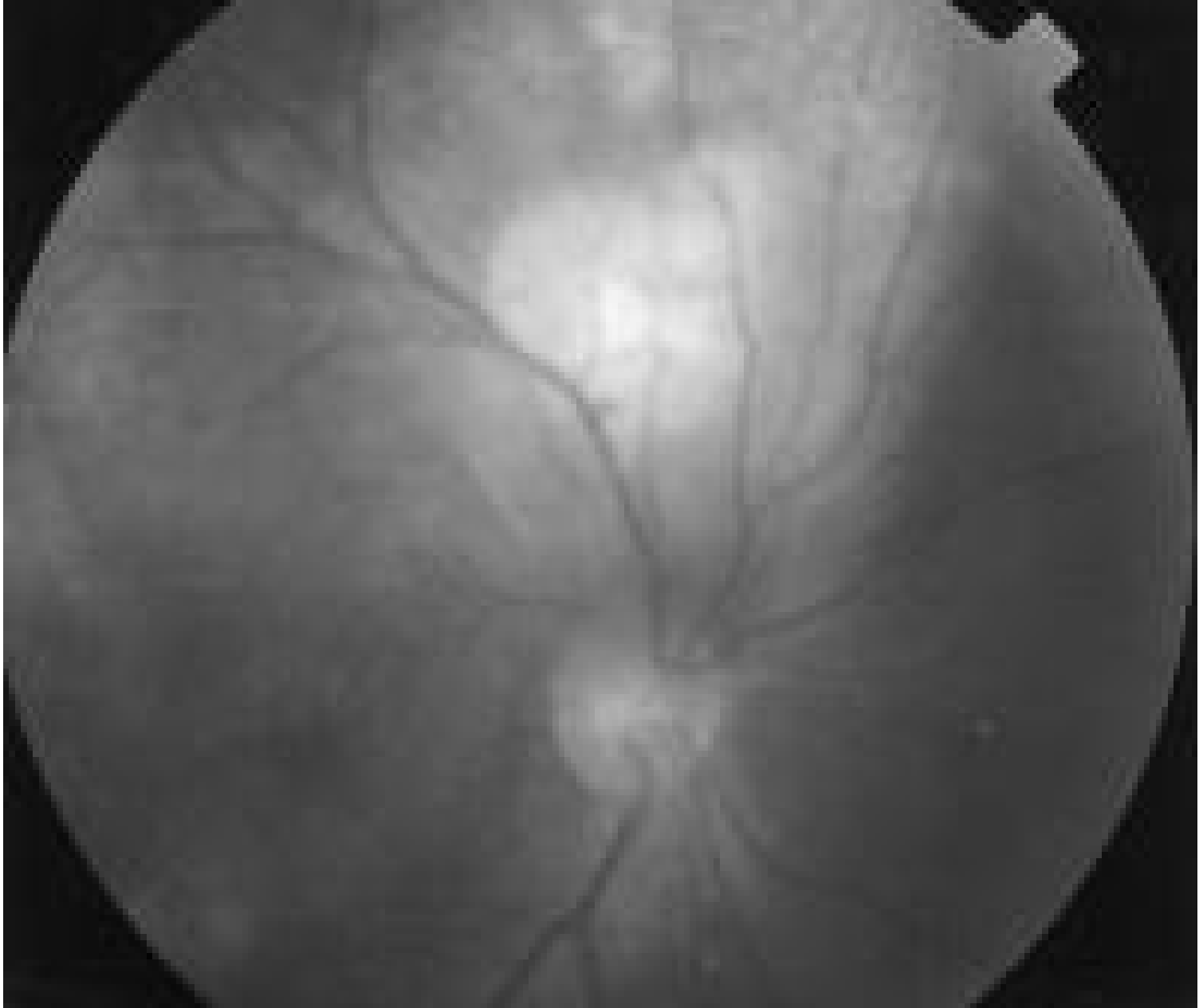
Tedavi 4 lü ilaç kullanımı ile yapıldı

- Rifampisin,**
- İsoniazid,**
- Etambutol,**
- Pirazinamid**

Ek olarak oral steroid kullanıldı.



2 ay sonra



TÜBERKÜLOZ VE GÖZ BULGULARI

- **Üveitis**
- **Sistemik tüberküloz bulguları**
- **Göz kapağında lupus vulgaris (eritemle çevrili nodüller)**
- **Orbital-sellülit, dakriyoadenit, dakriyosistit, osteomiyelit, abse**
- **Keratokonjunktivit**
- **Episiklerit,**
- **Üveit- retinit (tuberkuülom),**
- **Vaskulit, optik sinir ödemi, papil ödemi**

SONUÇ (1)

- **Göz enfeksiyonlarının bir kısmı acil ve sistemik enfeksiyon tedavisini gerektirir.**
 - **Göz enfeksiyonlarında da antibiyotik kullanım kuralları dikkate alınır.**
- (Yan etkiler, vitreusa geçiş.....)**

SONUÇ (2)

- ***Bazı sistemik enfeksiyonlarda göz tutulumu olabilir***
 - ***Görme kaybı gibi ciddi komplikasyonlar gelişebilir***
 - ***Göz yakınmaları önemslenmeli ve incelenmelidir.***

SONUÇ (3)

- ***Göz organizmanın dışa açılan penceresidir ve üveit (koryoretinit) bir sistemik hastalığın başka bulguları olmadan erken bulgu ortaya çıkabilir. Göz muayenesi ihmal edilmemelidir.***



Teşekkür ederim...