

UVEITIS ANTERIOR DENGAN KATARAK KOMPLIKATA

Risnasari¹, Santy Kusumawaty², Ary Anggara³

¹Medical Profession Program, Faculty of Medicine, Universitas Tadulako, Palu, Indonesia, 94118

²Departement of Ophthalmology, Anutaloko Hospital, Parigi Moutong, Indonesia, 94371

³Departement of Tropical Diseases and Traumatology, Faculty of Medicine, Tadulako University, Palu, Indonesia, 94118

Email: sari.risna95@gmail.com

ABSTRACT

Uveitis is one of the causes of blindness in the world including Indonesia. Anterior uveitis is inflammatory in the iris and the ciliary body. Inflammation in the iris alone is called iritis whereas when the inflammation includes slices and the ciliary body then called Irisiklitis. Male patients come with blurred vision complaints on the right eye that is experienced since approximately 3 months ago. Initially patients complained of red eyes, swelling of the eyes, watery and itching, and pain. In addition, the patient also complained about missing head pain. The same is felt on the left eye approximately 1 year ago, until the left eye cannot see anymore. On the physical examination obtained sharp right eye vision 1/2/60. Cornea seemed murky. The anterior chamber appears inside, there are cells and flares. Iris-Looking brown with a crypt is unclear, the pupil appears rounded with an irregular edge, accompanied by a posterior synechiae. At the slit lamp examination is obtained by cells and flare and on B-scan ultrasonography (USG) examination obtained an uveitis infection with an anterior boundary. Treatment is conducted based on the therapy of the eye specialist, namely administered drug cendo p-pred, atropine sulfa and methylprednisolone.

Keyword: Uveitis, anterior uveitis, complicated cataract

ABSTRAK

Uveitis merupakan salah satu penyebab kebutaan di dunia termasuk Indonesia. Uveitis anterior adalah inflamasi di iris dan badan siliar. Inflamasi di iris saja disebut iritis sedangkan bila inflamasi meliputi iris dan badan siliar maka disebut irisiklitis. Pasien laki-laki datang dengan keluhan penglihatan kabur pada mata kanan yang dialami sejak kurang lebih 3 bulan yang lalu. Awalnya pasien mengeluhkan mata merah, bengkak pada mata, berair dan gatal, dan nyeri. Selain itu, pasien juga mengeluhkan nyeri kepala yang hilang timbul. Hal yang sama dirasakan pada mata kiri kurang lebih 1 tahun yang lalu, sampai mata kiri tidak dapat melihat lagi. Pada pemeriksaan fisik didapatkan tajam penglihatan mata kanan 1/2/60. Kornea tampak keruh. Bilik mata depan (BMD) tampak dalam, terdapat sel dan flare. Iris tampak cokelat dengan kripta tidak jelas, pupil tampak bulat dengan tepi irregular disertai adanya sinekia posterior. Pada pemeriksaan slit lamp didapatkan sel dan flare dan pada pemeriksaan ultrasonografi (USG) B-scan didapatkan infeksi uveitis berbatas pada anterior. Penatalaksanaan dilakukan berdasarkan terapi dari spesialis mata, yaitu diberikan obat cendo p-pred, atropin sulfa dan methylprednisolone.

Kata Kunci: Uveitis, uveitis anterior, katarak komplikata

PENDAHULUAN

Uveitis merupakan salah satu penyebab kebutaan di dunia termasuk Indonesia, uveitis adalah inflamasi di uvea yaitu pada iris, badan siliar dan koroid. Uveitis anterior adalah inflamasi di iris dan badan siliar. Secara anatomi, uveitis dibagi menjadi uveitis anterior, intermediet, posterior, dan panuveitis. Uveitis dapat disebabkan oleh kelainan dimata saja atau merupakan bagian dari kelainan sistemik, trauma, iatrogenik dan infeksi, namun sebanyak 20-30% kasus uveitis disebabkan oleh faktor idiopatik.^(1,2)

Uveitis anterior adalah peradangan mengenai iris dan jaringan badan siliar (iridosiklitis) biasanya unilateral dengan onset akut. Menurut Harthan (2010), uveitis

anterior dapat disebabkan berbagai etiologi, termasuk penyakit infeksi dan non infeksi, infeksi yang sering menyebabkan uveitis anterior adalah virus herpes simpleks (VHS), virus varisela zoster (VVZ), tuberculosis dan sifilis, dapat juga disebabkan oleh kelainan sistemik seperti spondil-oartropati, arthritis idiopatik juvenile, sindrom uveitis fuchs, colitis ulseratif dan penyakit whipple. Gejala umumnya bisa ringan sampai sedang dan dapat sembuh sendiri. Gejala klinisnya dapat berupa mata merah, nyeri fotofobia dan penurunan tajam penglihatan.⁽²⁻⁴⁾

Menurut Sitompul R (2016), insidens uveitis anterior dinegara maju lebih tinggi dibandingkan negara berkembang karena ekspresi *human leukocyte antigen* (HLA-B27). Walau-pun kasus uveitis jarang

ditemukan, namun uveitis menduduki urutan ke-3 dari penyebab kebutaan yang dapat dicegah di dunia. Sekitar 2 juta penduduk dunia mengalami uveitis, dengan prevalensi 38-730 per 100.000. Uveitis dapat terkena pada orang-orang dari segala usia, namun sebagian besar penelitian menemukan prevalensi tertinggi pada orang dewasa di usia kerja, kebanyakan penderita berusia 20-50 tahun dan menurun insidennya pada usia diatas 70 tahun. Di Amerika diperkirakan terdapat 14-17 kasus per 100.000 penduduk, dimana kasus barunya ditemukan 38.000 pertahun. Berdasarkan penelitian epidemiologi uveitis di Amerika yang dilakukan oleh Gonzalez *et al* (2018) didapatkan prevalensi sebesar 5,4 per 1.000 peserta.^(1,4-7)

Katarak merupakan komplikasi umum pada pasien dengan uveitis yang merupakan penyebab utama kebutaan pada pasien ini. Katarak dapat terjadi 50% hingga 70% pada pasien uveitis. Katarak komplikata terjadi akibat kapsul lensa yang menebal akibat sinekia posterior atau permeabilitas membran yang berubah.^(8,9)

LAPORAN KASUS

Pasien laki-laki datang berobat ke poliklinik mata Rumah Sakit A dengan keluhan penglihatan kabur pada mata kanan yang dialami sejak kurang lebih 3 bulan yang lalu. Awalnya pasien mengeluhkan mata merah, bengkak pada mata, berair dan gatal, dan nyeri. Selain itu, pasien juga mengeluhkan nyeri kepala yang hilang timbul. Hal yang sama dirasakan pada mata kiri kurang lebih 1 tahun yang lalu, sampai mata kiri tidak dapat melihat lagi.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan tajam penglihatan mata kanan 1/2/60 dan mata kiri 1/□. Pada mata kanan didapatkan tekanan bola mata 10,0 mmHg. Kornea tampak keruh. Bilik mata depan (BMD) tampak dalam, terdapat sel dan flare. Iris tampak cokelat dengan krypte tidak jelas,

pupil tampak bulat dengan tepi irregular disertai adanya sinekia posterior. Pada pemeriksaan slit lamp didapatkan sel dan flare dan pada pemeriksaan ultrasonografi (USG) B-scan didapatkan infeksi uveitis terbatas pada anterior.

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang maka pada pasien ini di diagnosis dengan Uveitis anterior dengan katarak komplikata. Pada kasus ini penatalaksanaan dilakukan berdasarkan terapi dari spesialis mata, yaitu diberikan obat cendo p-pred, atropin sulfat dan methylprednisolone.



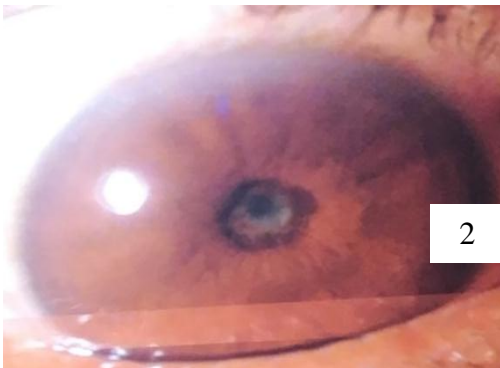
Gambar 1. Mata kanan pasien yang menderita Uveitis anterior dan katarak komplikata

DISKUSI

Uveitis adalah peradangan pada lapisan mata, terdiri dari iris, badan siliar, dan koroid. Uveitis anterior adalah inflamasi di iris dan badan siliar. Inflamasi di iris saja disebut iritis sedangkan bila inflamasi meliputi iris dan badan siliar maka disebut iridoklitis. Infeksi yang sering menyebabkan uveitis anterior adalah virus herpes simpleks (VHS), virus varisela zoster(VVZ), tuberculosis dan sifilis.⁽¹⁰⁻¹²⁾

Pada kasus ini pasien datang berobat ke poliklinik mata Rumah Sakit A dengan keluhan penglihatan kabur pada mata kanan yang dialami sejak kurang lebih 3 bulan yang lalu. Awalnya pasien mengeluhkan mata merah, bengkak pada mata, berair dan gatal,

dan nyeri. Gejala uveitis anterior umumnya ringan-sedang dan dapat sembuh sendiri, namun pada uveitis berat, tajam penglihatan dapat menurun. Gejala klinis dapat berupa mata merah, nyeri, fotofobia dan penurunan tajam penglihatan. Uveitis anterior menyebabkan spasme otot siliar dan sfingter pupil yang menimbulkan nyeri tumpul atau berdenyut serta fotofobia. ^(9,13)



2

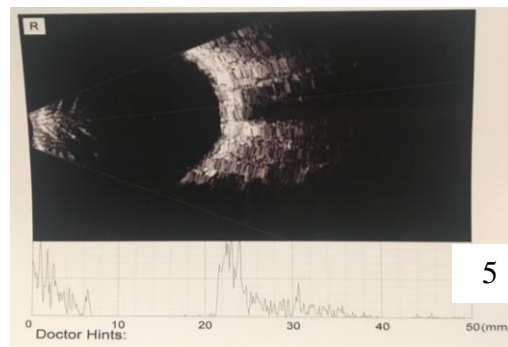


3



4

Gambar 2.3.4 Pemeriksaan Slit lamp yang didapatkan sel dan flare



5

Gambar 5. Pemeriksaan USG B-scan yang menunjukkan uveitis anterior

Pasien mengeluhkan hal yang sama 1 tahun yang lalu pada mata kanan. Uveitis anterior akut umumnya terjadi di satu mata namun pada kasus kronik dapat melibatkan kedua mata. Pada kasus ini pasien menderita Uveitis anterior kronik karena melibatkan kedua mata dan onsetnya pada mata kanan 3 bulan yang lalu. Frekuensi uveitis anterior kronik lebih jarang dan umumnya asimtomatik namun dapat menimbulkan komplikasi katarak dan glaukoma. ⁽¹³⁾

Pada pemeriksaan fisik didapatkan Kornea tampak keruh, Bilik mata depan (BMD) tampak dalam, terdapat sel dan flare. Hal ini akibat pada BMD terdapat pelepasan sel radang, pengel-uaran protein (sel dan flare) dan endapan sel radang di endotel kornea (presipitat keratik). Pada pasien didapatkan penurunan ketajaman penglihatan yaitu $\frac{1}{2}/60$. Penurunan tajam penglihatan terutama akibat kekeruhan cairan akuos dan

edema kornea walaupun uveitis tidak selalu menyebabkan edema kornea. ^(9,14)

Pada Iris pasien tampak cokelat dengan kriptid tidak jelas, pupil tampak bulat dengan tepi irregular disertai adanya sinekia posterior. Katarak komplikata terjadi akibat kapsul lensa yang menebal akibat sinekia posterior atau permeabilitas membran yang berubah. ^(8,9)

Pada pemeriksaan slit lamp didapatkan sel dan flare. Menurut Nussenblatt (2010) derajat inflamasi dapat ditentukan dengan menghitung sel di bilik mata depan seluas 1x1 mm lapang pada pemeriksaan slit lamp. Derajat inflamasi dapat bermanfaat untuk menilai keparahan dan efektivitas terapi. Namun pada pasien ini tidak dilakukan perhitungan jumlah sel. ^(11,15)

Prinsip penatalaksanaan uveitis adalah untuk menekan reaksi inflamasi, mencegah dan memperbaiki kerusakan struktur, memperbaiki fungsi penglihatan serta menghilangkan nyeri dan fotofobia. Pengobatan uveitis anterior tidak spesifik, biasanya dapat diberikan terapi kortikosteroid dan cyclopegik yang topical. Kadang juga diberikan steroid oral atau obat antiinflamasi non steroid (NSAID). ^(11,15)

Penatalaksanaan yang diberikan pada pasien yaitu diberikan cido p-pred yang berisi prednisolone asetat 1 % yang merupakan kortikosteroid topical. Kortikosteroid sistemik diberikan untuk mengatasi uveitis berat atau uveitis bilateral. Penggunaan kortikosteroid harus dipantau karena dapat meningkatkan tekanan intraokular, menimbulkan katarak, glaukoma dan meningkatkan infeksi bakteri dan jamur jika digunakan dalam waktu jangka panjang. ⁽¹¹⁾

Berdasarkan studi intervensi menemukan bahwa suntikan kortikosteroid intravitreal dikaitkan dengan adanya peningkatan jangka pendek yang signifikan dalam ketajaman visual. ⁽¹⁶⁾

Pada pasien ini juga diberikan atropin sulfat. Atropin sulfat diberikan sebagai antiinflamasi dan midriatik yang bertahan selama dua minggu. Menurut Guly (2010) tidak ada bukti yang mendukung penggunaan midriatik pada uveitis, tetapi melebarkan pupil pada fase akut dengan agen midriatik seperti cyclopentolate atau atropine tetes mata berfungsi untuk menghancurkan sinekia posterior yang telah terbentuk, mengurangi pembentukan sinekia posterior dan meringankan ketidaknyamanan pada mata. ^(2,6)

Pasien ini juga mendapatkan obat oral yaitu metilprednisolone. Prednisone oral dapat digunakan pada kasus uveitis anterior yang berulang, dimana steroid topikal menghasilkan respon yang kurang. ⁽¹⁷⁾

Pada kasus ini, pasien dianjurkan untuk melakukan terapi farmakologi selama ± 3 bulan agar infeksi pada mata pasien tenang dan akan dievaluasi untuk dilakukan tindakan operasi. Terapi bedah diindikasikan untuk memperbaiki penglihatan. Operasi dilakukan pada kasus uveitis yang telah tenang (teratasi) tetapi mengalami perubahan permanen akibat komplikasi seperti katarak, glaukoma sekunder dan ablasio retina. ⁽¹⁸⁾

KESIMPULAN

Uveitis adalah penyakit yang jarang namun urutan ke-3 yang dapat menyebabkan kebutaan. Penegakkan diagnosis yang tepat dan penatalaksanaan dini dapat mencegah terjadinya kebutaan pada pasien yang menderita uveitis.

REFERENSI

1. Indraswati E, Anie M, Suhendro G. Trans limbal lensectomy of untreatable uveitis in juvenile rheumatoid arthritis patient. *Jurnal oftalmologi indonesia*. 2017;5(1):77–81.
2. Sitompul R. Diagnosis dan Penatalaksanaan Uveitis dalam Upaya Mencegah Kebutuhan. *eJKI*. 2016 Jun 23;4(1):60–70.
3. Ilyas S, Yulianti SR. Ilmu penyakit mata. 5th ed. Jakarta: FKUI; 2012.

4. Harthan J, Fromstein S, Morettin C, Opitz D. Diagnosis and treatment of anterior uveitis: optometric management. *OPTO*. 2016 Mar;23.
5. Artini W. Uveitis dan glaucoma : How to diagnose properly. *JEC*. 2016;8(1):1–9.
6. Guly CM, Forrester JV. Investigation and management of uveitis. *BMJ*. 2010 Oct 13;341(oct13 3):c4976–c4976.
7. González MM, Solano MM, Porco TC, Oldenburg CE, Acharya NR, Lin SC, et al. Epidemiology of uveitis in a US population-based study. *J Ophthalm Inflamm Infect*. 2018 Dec;8(1):6.
8. Zhang Y, Zhu X, He W, Jiang Y, Lu Y. Efficacy of cataract surgery in patients with uveitis: A STROBE-compliant article. *Medicine*. 2017 Jul;96(30):e7353.
9. Agrawal R, Murthy S, Sangwan V, Biswas J. Current approach in diagnosis and management of anterior uveitis. *Indian J Ophthalmol*. 2010;58(1):11.
10. Abdulaal MR, Abiad BH, Hamam RN. Uveitis in the Aging Eye: Incidence, Patterns, and Differential Diagnosis. *Journal of Ophthalmology*. 2015;2015:1–8.
11. Islam N, Pavesio C. Clinical evidence : Uveitis (acute anterior). *BMJ publishing*. 2010;04(1):705.
12. Acharya NR, Tham VM, Esterberg E, Borkar DS, Parker JV, Vinoya AC, et al. Incidence and Prevalence of Uveitis: Results From the Pacific Ocular Inflammation Study. *JAMA Ophthalmol*. 2013 Nov 1;131(11):1405.
13. Suttorp-Schulten MS, Rothova A. The possible impact of uveitis in blindness: a literature survey. *British Journal of Ophthalmology*. 1996 Sep 1;80(9):844–8.
14. Kanski J, Bowling B. *Clinical ophthalmology: a systematic approach*. 8th ed. Australia: Elseiver; 2015.
15. Nussenblat RB, Whitcup SM. *Uveitis: fundamentals & clinical practice*. 4th ed. California: Elseiver; 2010.
16. Durrani OM. Degree, duration, and causes of visual loss in uveitis. *British Journal of Ophthalmology*. 2004 Sep 1;88(9):1159–62.
17. Lindbergh B, Louis st. *Optometricclinical practice guideline: care of the patient with anterior uveitis*. In USA: american optometric association; 2004.
18. Cantor LB, Rapuano CJ, Cioffi G. *Intraocular inflamatic and uveitis*. In: 9th ed. United states of america: American academy of ophthalmology; 2017.