

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/272181676>

Penatalaksanaan uveitis pada kehamilan dan pasca persalinan

Article · April 2007

CITATIONS

0

READS

858

1 author:



Gilbert Simanjuntak

Universitas Kristen Indonesia

25 PUBLICATIONS 39 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Macular hole surgery under retrobulbar local anesthesia [View project](#)



Clinical Profile of Dengue Fever in UKI Hospital [View project](#)

PENATALAKSANAAN UVEITIS PADA KEHAMILAN DAN PASCA PERSALINAN

Gilbert WS Simanjuntak, Jannes F Tan, HHB Mailangkay

Bag./SMF Ilmu Penyakit Mata Fakultas Kedokteran UKI / RS PGI Cikini Jakarta

Abstract

Purpose: To report the management of uveitis in pregnancy.

Methods: A case report.

Result: The management of uveitis in pregnancy is still not clear, so far there was no report from Indonesia. Pregnancy itself is a relative immunosuppressive condition where hormonal alteration being changed after delivery. The uveitis can relaps after delivery. Pregnancy restricts the use of medicine, which can be harmful to mother and the baby. We report the second trimester pregnancy with uveitis, treated with low dose systemic steroid, cycloplegic and topical steroid. The patient condition remain stable after delivery, suggesting that low dose systemic steroid and topical cycloplegic and steroid could give good result.

Conclusion : Proper management of uveitis in pregnancy can give satisfied result, without any hazard for the mother and the infant.

Keywords: uveitis, pregnancy, steroid

PENDAHULUAN

Pemberian obat sistemik pada kehamilan, khususnya sebelum trimester ketiga adalah berbahaya untuk pertumbuhan janin. Hubungan obat sistemik atau pun topikal dan gangguan pertumbuhan janin yang dapat terjadi sudah banyak dilaporkan dalam kepustakaan. Akan tetapi, penatalaksanaan uveitis pada kehamilan sepanjang pengetahuan penulis belum pernah dilaporkan di Indonesia.

Uveitis anterior akut banyak dijumpai dengan gejala utama mata merah, sakit dan tajam penglihatan menurun. Penggunaan obat-obatan untuk uveitis telah dilaporkan dalam beberapa penelitian, dan pemberian steroid intrakamera sangat jarang dilaporkan. Pada tulisan ini hendak

dilaporkan penatalaksanaan uveitis pada kehamilan.

Kasus yang dilaporkan ini merupakan studi kasus dengan melihat ulang status penderita.

TATALAKSANA KASUS

Ny. HB, 32 tahun datang berobat dengan keluhan mata kiri merah sejak 6 hari sebelumnya. Rasa sakit dirasakan pada alis dan rongga mata dan juga sakit kepala. Penderita mengeluh saat melihat seperti ada selaput putih. Saat berobat penderita sedang dalam kehamilan trimester kedua. Penderita telah berobat ke Dokter Spesialis Mata sebelumnya dan mendapat pengobatan Steroid + Antibiotik tetes 4dd, Sulfas Atropin 1 % tetes 3dd.

Pada saat pemeriksaan mata kanan didapati tajam penglihatan 6/5, lain-lain tanpa kelainan. Mata

kiri tajam penglihatan 6/8,5, tekanan bola mata 9/7,5. Didapati injeksi silier dan kornea jernih. Pada pemeriksaan dalam bilik mata depan (BMD) terdapat sel 2+, suar 2+ dan fibrin 2+. Pupil midriasis dengan funduskopi direk detail sulit dinilai. USG tidak dilakukan. Penderita kemudian didiagnosis sebagai Uveitis anterior akut mata kiri. Konsultasi melalui telepon dengan dokter obstetri ginekologi yang merawat memperbolehkan pemberian prednison tidak lebih dari 2 tablet per hari. Penderita kemudian diberi terapi steroid dan antibiotik tetes 6dd, prednisolone tetes 6dd, sulfas atropin 1 % tetes 3dd, dan prednison tablet 10 mg dosis selang sehari.

Penderita kontrol 2 hari kemudian dengan mata kiri yang lebih tenang, kornea jernih, sel 1+, suar 1+ dan bekuan fibrin telah menghilang. Prednison oral dihentikan, sikloplegik diturunkan menjadi 1dd dan obat lainnya diteruskan. Kontrol terakhir 3 minggu kemudian didapati tajam penglihatan 6/5, sel dan suar tidak terlihat, tetes mata steroid diturunkan jumlah pemakaiannya dan sikloplegik dihentikan. Setelah itu penderita tidak kontrol lagi.

Komunikasi melalui telepon dengan penderita satu bulan kemudian diketahui bahwa penderita tidak merasakan adanya keluhan pada mata kiri dan dianjurkan kontrol setelah melahirkan. Dari dokter obstetri ginekologi yang merawat diketahui hingga kontrol terakhir kondisi penderita dan kandungannya ada dalam keadaan baik.

PEMBAHASAN

Laporan/tulisan mengenai uveitis pada kehamilan, dalam kepustakaan relatif jarang ditemukan. Etiologi yang dilaporkan beragam dari yang ringan - uveitis anterior idiopatik, hingga yang berat - Behcet¹, VKH^{1,2,3}, JRA⁴ dan lain-lain.

Diagnosis uveitis ditegakkan secara klinis dengan mengumpulkan dan menganalisis gejala, tanda dan gambaran klinis.⁵ Secara klinis uveitis dibedakan antara granulomatosa dan non-granulomatosa.⁶ Pembagian ini penting untuk terapi, karena dapat digunakan untuk melihat etiologi, infeksi dan non-infeksi. Walau demikian uveitis anterior umumnya disebabkan oleh reaksi imunologis⁷ akibat perubahan sistem imun dan primer mengenai mata atau dapat disertai penyakit sistemik. Riwayat penyakit (akut atau kronik), onset

(lama atau baru), penyakit sistemik, riwayat keluarga, geografi dan riwayat sosial merupakan hal-hal yang membantu diagnosis dan dapat diketahui secara anamnesis. Pemeriksaan tambahan untuk uveitis dilakukan sesuai kebutuhan (taylor made).^{7,8,9,10}

Kehamilan, penuaan dan faktor emosi membawa perubahan dalam pengaturan respon imunologis. Reaksi autoimun dalam beberapa bentuk dipengaruhi oleh faktor hormonal, terutama estrogen.¹¹ Pada pasien VKH dilaporkan terdapat perbaikan pada saat kehamilan dan kambuh kembali setelah melahirkan. Diduga perubahan imunitas dan kandungan hormonal selama kehamilan memberi perbaikan.¹ Pada kasus lain dengan penyakit Behcet yang disertai kehamilan, terdapat perbaikan walau hanya dengan steroid topikal. Diduga meningkatnya hormon intrinsik, khususnya kortikosteroid dan faktor lain selama kehamilan memberi pengaruh supresif pada kasus uveitis.² Hal ini dibuktikan pada tikus percobaan. Pada tikus yang diimunisasi dengan interphotoreceptor binding protein (IRBP), experimental autoimmune uveitis (EAU) yang timbul lebih ringan pada tikus yang hamil dibandingkan dengan tikus yang tidak hamil.¹²

Uveitis anterior umumnya adalah penyakit *self-limiting* dan dapat sembuh 2-6 minggu, walau tanpa pengobatan.⁷ Prinsip terapi untuk uveitis adalah memberikan sikloplegik untuk menurunkan spasme badan silier dan mencegah sinekia. Obat kerja singkat yang paling sering digunakan dan disukai adalah mydracyl 1 %. Steroid topikal diberikan untuk mengurangi reaksi inflamasi dan dapat digunakan hingga tiap setengah jam dan dikurangi sesuai keperluan. Penghambat beta dapat diberikan pada keadaan tekanan bola mata meninggi (> 22 mmHg) dan miotikum sebaiknya dihindari karena dapat meningkatkan reaksi seluler. Steroid periokuler pada kasus uveitis non-infeksi biasanya dicadangkan untuk pengobatan edema makula sistoid sekunder dimana tajam penglihatan kurang dari 6/12.^{7,8} Steroid oral pada kasus tertentu juga diberikan.⁷ Kebanyakan ahli merubah regimen pengobatan pada kasus dengan kehamilan, bayi baru lahir dan penderita sindrom immunosupresi.¹³

Pemberian steroid topikal pada kehamilan pada umumnya tidak bermasalah. Secara umum

pemberian steroid sistemik dengan dosis besar tunggal, untuk beberapa hari tanpa kontra indikasi yang spesifik, tidaklah berbahaya. Gejala-gejala efek samping akibat steroid biasanya timbul pada pemakaian jangka panjang dengan dosis besar. Pada kasus ini steroid yang diberikan adalah prednison dengan dosis 10 mg selang sehari. Pemberian dosis kecil ini dimaksudkan untuk mengurangi reaksi inflamasi tanpa mengganggu janin. Walau pun dalam kepustakaan sebelumnya disebutkan bahwa uveitis pada kehamilan justru ditekan pada kasus-kasus yang kronis, melihat kasus ini ternyata masih dapat timbul uveitis yang baru. Adanya faktor sistemik sebagai pemberat tidak ditemukan pada kasus ini, sehingga kasus ini didiagnosis lebih ke arah idiopatik sebagaimana uveitis anterior umumnya.

Pemberian sikloplegik dan steroid topikal diharapkan tidak akan mengganggu kehamilan. Walau demikian kasus ini masih harus diikuti hingga setelah persalinan, mengingat uveitis yang timbul dalam kehamilan kemungkinan masih dapat kambuh setelah persalinan karena stres fisik dan emosional. Disamping itu keadaan relatif imun supresif pada saat hamil akan berubah setelah melahirkan. Terapi yang diberikan tampaknya efektif pada kasus dengan kehamilan ini ditandai dengan perbaikan reaksi inflamasi yang terjadi dan penurunan gradasi¹⁰ setelah pengobatan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Steahly LP. Vogt-Koyanagi-Harada syndrome and pregnancy. *Ann Ophthalmol*, 1990,2:59-62.
2. Taguchi C, Ikeda E, Hikita N, Mochizuki M. A report of two cases suggesting positive influence of pregnancy on uveitis activity. *Nippon Ganka Gakkai Zasshi* 1999,1:66-71.
3. Bernard WV. Leptospirosis. *Vet Clin North Am Equine Pract* 1993,2:435-44.
4. Ostensen M. Pregnancy in patients with a history of juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1991,7:881-7.
5. Tabbara KF. Clinical diagnosis of posterior uveitis. *Int Ophthalmol Clin* 1995,3:1-20.
6. O'Connor GR. Uveal tract and sclera *in* General ophthalmology. Vaughan DG, Asbury T, Riordan-Eva P eds. Appleton and Lange 1992:150-68.
7. Godfrey WA. Acute anterior uveitis *in* Duane clinical ophthalmology vol. 4. Schlaegel TF, Tessler HH eds. JP Lippincott Co 1994, Chapt. 40.

8. Willig JL. Uveitis *in* Ophthalmic Desk Reference, Collin JF, Donnerfeld ED, Perry HD, Wittpen JR eds. Raven Press 1991:201-210.
9. Chavis PS, Tabbara KF. Uveitis. Clinical signs in ophthalmology 1996,2:2-11.
10. International Ocular Inflammation Society. Anterior segment intraocular inflammation guidelines. BenEzra D, Ohno S, Secchi AG, Alio JL eds. Martin Dunitz 2000: 29-38.
11. O'Connor GR. Factors related to the initiation and recurrence of uveitis. XL Edward Jackson memorial lecture. *Am J Ophthalmol* 1983,5:577-99.
12. Agarwal RK, Chan CC, Wiggert B, Caspi RR. Pregnancy ameliorates induction and expression of experimental autoimmune uveitis. *J Immunol* 1999,5:2648-54.
13. Engstrom RE Jr, Holland GN, Nussenblatt RB, Jabs DA. Current practices in the management of ocular toxoplasmosis. *Am J Ophthalmol* 1991,5:601-10.