

Sklerit Tablosu ile Birlikte Gelişen Rekürren Endoftalmi

Recurrent Endophthalmitis with Scleritis

Yusuf OFLU,¹ U. Emrah ALTIPARMAK,² Fadime NUHOĞLU,³
Remzi KASIM,⁴ Sunay DUMAN⁵

ÖZ

Katarakt cerrahisi sonrası endoftalmi istenmeyen komplikasyonların başında gelir. Ameliyat sonrası geç dönemde S. Pneumonia'ya bağlı akut endoftalmi ve nekrotizan sklerit ile ortaya çıkan ve takiplerinde 2 kez nöks olan olgunun tartışılması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Endoftalmi, pneumonia, nekrotizan sklerit.

ABSTRACT

Endophthalmitis is one of the most devastating complications of the cataract surgery. A case who presented with acute endophthalmitis and necrotising scleritis due to S. Pneumonia in the late post-operative period with 2 recurrences is discussed.

Key Words: Endophthalmitis, pneumonia, necrotising scleritis.

Glo-Kat 2006;1:297-299

GİRİŞ

Ameliyat sonrası endoftalmi, modern katarakt cerrahisi yöntemleri ile oldukça azalmış olmasına karşın, halen göz hekimlerinin en çok çekindiği komplikasyonlardan birisidir. Endoftalminin akut ve kronik formları belirtilmiş olup, cerrahi sonrası ilk 6 haftada ortaya çıkan endoftalmiler akut endoftalmi olarak kabul edilir. Akut endoftalimde sıklıkla gram pozitif bakteriler (S. aureus, S. epidermidis) ve S. pyogenes, S. pnömonia ve S. mitis gibi virülan streptokok türleri sorumludur. Kronik endoftalmiler ise ameliyattan en az 6 hafta sonra, hatta aylar ya da yıllar sonra görülmektedir. Kronik endoftalmilerin etyolojisinde sıklıkla Corynebacterium, P. acnes, S. Epidermidis veya Candida türleri gibi daha az virülan bakteriler veya mantarlar yer almaktadır.¹

Çalışmamızda, katarakt ameliyatı sonrası rekürren endoftalmi nedeni ile kliniğimizde takip edilen bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Geliş Tarihi : 26/11/2006

Kabul Tarihi : 30/11/2006

Received : November 26, 2006

Accepted: November 30, 2006

- 1- S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Göz Kliniği, Ankara, Asist. Dr.
- 2- S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Göz Kliniği Başasistan, Ankara, Uzm. Dr.
- 3- S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Göz Kliniği, Ankara, Uzm. Dr.
- 4- S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Göz Kliniği Şef Yrd., Ankara, Uzm. Dr.
- 5- S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Göz Kliniği Şefi, Ankara, Uzm. Dr.

- 1- M.D., Ministry of Health Ankara Training and Researc Hospital 1st Eye Clinic Ankara/TURKEY
OFLU Y., yusufoflu2005@yahoo.com
- 2- M.D., Ministry of Health Ankara Training and Researc Hospital 1st Eye Clinic Ankara/TURKEY
ALTIPARMAK U.E., ealtiparmak@hotmail.com
- 3- M.D., Ministry of Health Ankara Training and Researc Hospital 1st Eye Clinic Ankara/TURKEY
NUHOĞLU F., fadimenuhoglu@hotmail.com
- 4- M.D. Deputy Chief, Ministry of Health Ankara Training and Researc Hospital 1st Eye Clinic Ankara/TURKEY
KASIM R., remzikasim@gmail.com
- 5- M.D. Chief Cilinic, Ministry of Health Ankara Training and Researc Hospital 1st Eye Clinic Ankara/TURKEY
DUMAN S., sunayduman@superonline.com

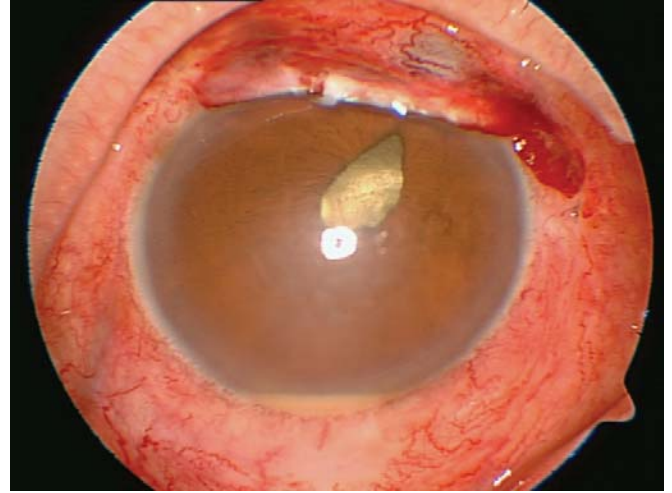
Correspondence: M.D. Yusuf OFLU
Ministry of Health Ankara Training and Researc Hospital 1st Eye Clinic Ankara/TURKEY

OLGU SUNUMU

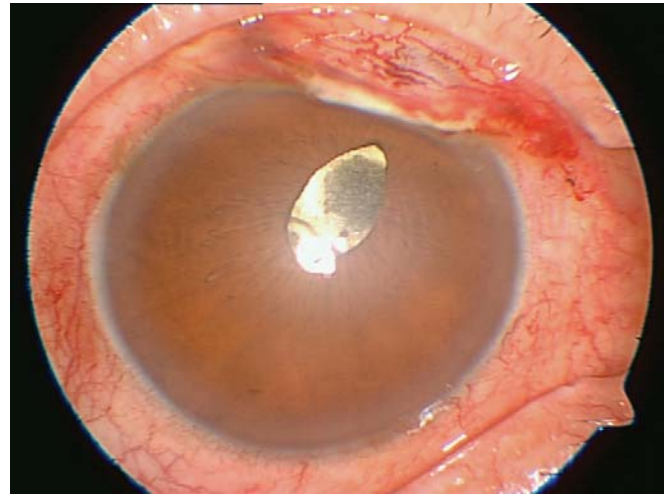
Elli yaşında erkek hasta sağ gözde ağrı ve görme azlığı şikâyetleri ile başvurdu. Sekiz yıl önce sağ gözüne 7 yıl önce de sol gözüne komplikasyonsuz fakoemülsifikasyon yöntemiyle katlanır göz içi mercek (GİM) yerleştirilmişti. Sağ gözde en iyi düzeltilmiş görme keskinliği (EDGK) persepsiyon pozitif projeksiyon pozitif (p+p+) düzeyinde iken sol gözde 20/20 idi. Sağ gözün muayenesinde: korneada ödem, pupil alanında yoğun fibrin membran, ön kamarada (ÖK) 4+ hücre, her kadranda subkonjonktival hemoraji ve saat 1 kadranda limbusta cerrahi kesiye uyan alanda nekrotizan sklerit gözlemlendi. Seidel negatif idi. B-scan ultrasonografi (USG)'de minimal vitreus opasiteleri saptandı. Sol göz psödo-fakik, muayene bulguları normaldi. Her iki gözde göz içi basınçları (GİB) normaldi (12 mmHg). Sağ göze endoftalmi tanısı konuldu; vitreustan kültür için örnek alındı ve intravitreal olarak Vankomisin 0.1 cc (10 mg/ml), Amikasin 0.1 cc (4mg/ml), Dekametazon 0.1 cc (4 mg/ml) enjekte edildi. Topikal olarak fortifiye Sefazolin ve Gentamisin damla başlandı. Vitreus kültüründe *S. pneumonia* izole edildi. Tedavinin dördüncü günü kornea saydam idi ve fibrin reaksiyon tamamen gerilemişti. Skleral erimenin iyileşmemesi üzerine bu alana duramater örtmesi yapıldı. Bulgularda iyileşme olması üzerine hasta 8/20 görme keskinliği ile taburcu edildi.

Aynı hasta bir yıl sonra polikliniğimize sağ gözde ağrı ve kızarıklık şikâyeti ile tekrar başvurdu. EDGK bilateral 20/20, GİB sağ gözde 7 mmHg ve sol gözde 12 mmHg idi. Sağ gözde perilimbal enjeksiyon, ÖK'da 4+ hücre, pupil alanı ve iris üzerini kaplayan yoğun fibrin membran ve 2 mm seviye veren hipopiyon mevcuttu. Saat 1 kadranda limbusta ve komşu sklerada (2x2 mm boyutlarında) erime/sklerit tespit edildi, buradan Seidel pozitif idi. Fundus detayları seçilemiyordu. B-scan USG'de vitreus opasiteleri tespit edildi. Vitreus kültürü alındı, intravitreal Vankomisin 0.1 cc (10 mg/ml), Amikasin 0.1 cc (4mg/ml) ve Dekametazon 0.1 cc (4 mg/ml) enjekte edildi. Ayrıca oral olarak Ciprofloksasin tablet 3x1 başlandı. Sklerit alanına amniyon membran örtüldü ve Seidel negatif hale geldi. Topikal olarak fortifiye Sefazol ve Gentamisin damla başlandı. Konjonktiva kültüründe üreme olmadı. Rekürren skleral erime nedeniyle hastada kollajen doku hastalığı yönünden yapılan hematolojik, immünolojik ve serolojik incelemelerde patoloji saptanmadı. Tedavinin üçüncü gününde hipopiyon, yedinci günde ise fibrin reaksiyon kayboldu. Hasta 4/20 görme düzeyi ile taburcu edildi.

İki yıl sonra sağ gözde ağrı ve kızarıklık şikâyeti ile polikliniğimize başvuran hastanın EDGK bilateral 20/20 idi. Sağ gözde kornea saydam, İOL santralize, ÖK doğal idi. Saat 1 kadranda limbusta skleral erimenin tekrarladığı ve Seidelin pozitif olduğu izlendi. Terapötik kontakt lens takıldı ve konjonktiva örtme cerrahisi planlandı. Hastanın saatler içinde korneasında ödem, İOL önünde fibrin reaksiyon, hipopiyon ve pupil alanında yeşil refle oluştuğu saptandı. Endoftalmi tanısı konularak ÖK' dan



Resim 1: Konjonktiva örtme cerrahisinin hemen ardından olgunun görünümü.



Resim 2: Olgunun konjonktiva örtme cerrahisinden 1 ay sonraki görünümü.

ve vitreustan kültür için örnek alındı, aspirasyon sıvısının yeşil renkli olduğu görüldü. İntravitreal Vankomisin 0.1 cc (10 mg/ml), Sefazolin 0.1 cc (10 mg/ml) ve Dekametazon 0.1 cc (4 mg/ml) intravitreal olarak enjekte edildi. Topikal olarak fortifiye Sefazol ve Gentamisin damla başlandı. İris yara yerinden prolabe idi, bu alana konjonktiva örtmesi yapıldı ve iris repozisyonu sağlandı (Resim 1). Tedavinin onuncu gününde hipopiyon ve fibrin reaksiyon gerileyerek kayboldu. Hasta EDGK 4/20 ile taburcu edildi. Kontrol muayenelerinde konjonktiva örtmesi intakt, skleral erime alanı konjonktiva ile örtülü idi (Resim 2).

TARTIŞMA

Ameliyat sonrası endoftalmi değişen oranlarda belirtilmesine karşın, gerçek insidansın %0.1 civarında olduğu tahmin edilmektedir.² Kronik endoftalmi gerek tanı, gerekse tedavi olarak zorluklar içermektedir. Az virülen mikroorganizmalara bağlı geliştiği için yavaş ilerleyen bir tablo ile başlar ve sıkça üveit ile karışır.¹ Buna karşın olgumuzda endoftalmi oldukça fulminan bir şekilde

ortaya çıkmıştır. Bu nedenle ve etken patojen olarak *S. pneumoniae* tespit edildiği için de olgumuzda tanı olarak kronik endoftalmi değil akut endoftalmi düşünülmüştür.

Keratit ve sklerit tipik olarak mantar endoftalmilerinde görülmesine karşın, olgumuzun kültürlerinde mantar üretilmemiştir. *S. pyogenes* ve *B. cereus* gibi bazı bakterilerin oluşturdukları toksinler nedeniyle doku nekrozuna sebep olduğu ve kısa sürede fulminan endoftalmi tablosu oluşturabildiği bilinmektedir.¹ Streptokoklar, filtran cerrahi sonrası görülen geç endoftalmilerin en sık nedenleri olarak bildirilmiştir.^{1,4} *S. pneumoniae* bakterisine bağlı sklerit tablosu ise nadiren görülmektedir. Altman ve ark. tarafından bildirilen 4 olgulu bir seride, *S. pneumoniae*'ya bağlı nekrotizan sklerit tablosu gösterilmiş ancak 2 olgunun özgeçmişinde pterijyum eksizyonu ve beta-radyasyon tedavisi, bir olguda da romatoid artrit bulunmakta ve bunların predispozan olabileceği belirtilmiştir.³ Olgumuzda sklerada incelmeye neden olabilecek sistemik, özellikle de romatolojik hastalık araştırılmış ancak herhangi bir sonuca ulaşılamamıştır. Bu da sklerit tablosunun nedeni olarak enfeksiyöz etyolojiyi daha aklı yakın kılmaktadır.

Nüks endoftalmi ataklarında alınan örneklerden laboratuvar ortamında etken patojen tespit edilememiş olup, PCR ile vitreus kültürlerinin çalışılması da mümkün olmamıştır. Bu nedenle, tekrarlayan endoftalmi ataklarında aynı mikrobiyal ajanın mı yoksa başka bir mikroorga-

nizmanın mı sorumlu olduğu tartışmaya açıktır. Sklerada erime meydana gelmesinin ardından burası dura mater ile örtülmüş, ancak ikinci ve üçüncü nökslerde duranın kaybolduğu gözlenmiştir. Bu ataklardan önce sklerada erimenin devam etmesi ve gözde Seidelin pozitifleşmiş olması, başka bir ajanın göze girmesini kolaylaştırmış olabilir. Diğer taraftan, ilk endoftalmi ile nökslerdeki klinik tablonun benzer oluşu ve tedaviye aynı şekilde yanıt vermesi aynı mikroorganizmanın da sorumlu olabileceğini düşündürmektedir.

Sonuç olarak, katarakt cerrahisi sonrasında sklerit tablosuna neden olan *S. pneumoniae* endoftalmisi nadir bir klinik tablodur. Sklerit ve buna bağlı skleral erimenin etkin tedavisi yapılamadığı takdirde, tekrarlayan endoftalmilerle karşılaşılabilir.

KAYNAKLAR/REFERENCES

1. Peyman GA, Lee PJ, Seal DV.: Exogenous Endophthalmitis in Endophthalmitis Diagnosis and Management. Taylor and Francis, Boca Raton, FL, USA. 2004;101-136.
2. Taban M, Behrens A, Newcomb RL, et al.: Acute endophthalmitis following cataract surgery; a systemic review of the literature. Arch Ophthalmol. 2005;123:613-620.
3. Altman AJ, Cohen EJ, Berger ST, et al.: Scleritis and Streptococcus pneumoniae. Cornea. 1991;10: 341-345.
4. Mandelbaum S, Forster RK: Endophthalmitis associated with filtering blebs. Int Ophthalmol Clin. 1987;27:107-111.