

Hidroklorotiyazidin Tetiklediği Bilateral Akut Açık Kapanması Glokomu

Bilateral Acute Angle Closure Glaucoma Induced by Hydrochlorothiazide

Çağatay ÇAĞLAR¹, Yıldız AYDIN²

ÖZ

Hipertansiyon için sulfonamid deriveli hidroklorotiyazid kullanan 45 yaşındaki bayan hastada gelişen bilateral (AAKG) bildirdik. Akut glokom bulguları hidroklorotiyazidin derhal kesilmesi ve antiglokomatöz tedavi ile geriledi. Hidroklorotiyazid reçetelendiği zaman bu ciddi yan etki hakkında hastaların eğitimi ve klinisyen tarafından hastalığa tanı koyulması önemlidir.

Anahtar kelimeler: Akut açı kapanması glokomu, hidroklorotiyazid, sulfonamid.

ABSTRACT

We report a case of a 45-year-old woman presenting with bilateral acute angle closure glaucoma with hydrochlorothiazide derived by sulphonamide for hypertension. The acute glaucoma resolved with the immediate cessation of hydrochlorothiazide and antiglaucomatous treatment. It is important for clinicians to diagnose this disease and educate patients about this serious adverse effects when prescribing hydrochlorothiazide.

Key words: Acute angle closure glaucoma, hydrochlorothiazide, sulphonamide.

GİRİŞ

Bazı ilaçların kullanımı farklı mekanizmalar ile sekonder akut açı kapanması glokomuna (AAKG) neden olabilmektedir.¹⁻² Bu duruma sebep olan ilaçlar adrenerjikler, antikoagulanlar, antidepresanlar, histamin reseptör antagonistleri, antikoagulanlar ve sulfa bazlı ilaçlardır.²⁻⁴

Topiramid, asetazolamid, sulfametoksazol, sulfasalazin, indapamid ve hidroklorotiyazid benzeri sulfa deriveli ilaçlar siliyer cisimde ödem oluşturup, iris-lens diyaframının öne rotasyonu ile beraber eksen miyopisine ve pupiller bloğa neden olmadan her iki gözde AAKG oluşturabilmektedirler. Bu morfolojik ve fizyopatolojik durumlara sıklıkla koroid dekolmanı ve suprasiliyer efüzyon eşlik etmektedir.⁵⁻⁶ Sulfa

bazlı ilaçlar başlandıktan saatler ya da günler sonra değişen bir süreçte lensin ve irisin öne doğru yer değiştirmesi ile beraber orantılı biçimde sığlaşmış ön kamara, mikrokistik kornea ödemi, yüksek göz içi basıncı (GİB) (40-70 mmHg), kapalı ön kamara açısı ile birlikte AAKG tablosu meydana getirir.⁶

Biz bu çalışmamızda sulfa bazlı ilaçlardan hipertansiyon tedavisinde diüretik etkisinden yararlanan hidroklorotiyazid kullanımı sonucunda gelişen AAKG'li olguyu sunduk.

OLGU SUNUMU

Kırk sekiz yaşında kadın hasta acil servise şiddetli göz ve baş ağrısı, görme bulanıklığı ile başvurdu. Şikayetleri bir

1- Yrd. Doç. Dr., Çorum Hitit Üniversitesi, Göz Hastalıkları, Çorum - TÜRKİYE

2- Uz. Dr., Özel Medicana Hastanesi, Göz Kliniği, İstanbul - TÜRKİYE

Geliş Tarihi - Received: 27.10.2016

Kabul Tarihi - Accepted: 16.11.2016

Glo-Kat 2017; 12: 226-228

Yazışma Adresi / Correspondence Address:

Çağatay ÇAĞLAR
Çorum Hitit Üniversitesi, Göz Hastalıkları, Çorum - TÜRKİYE

Phone: +90 535 284 0345

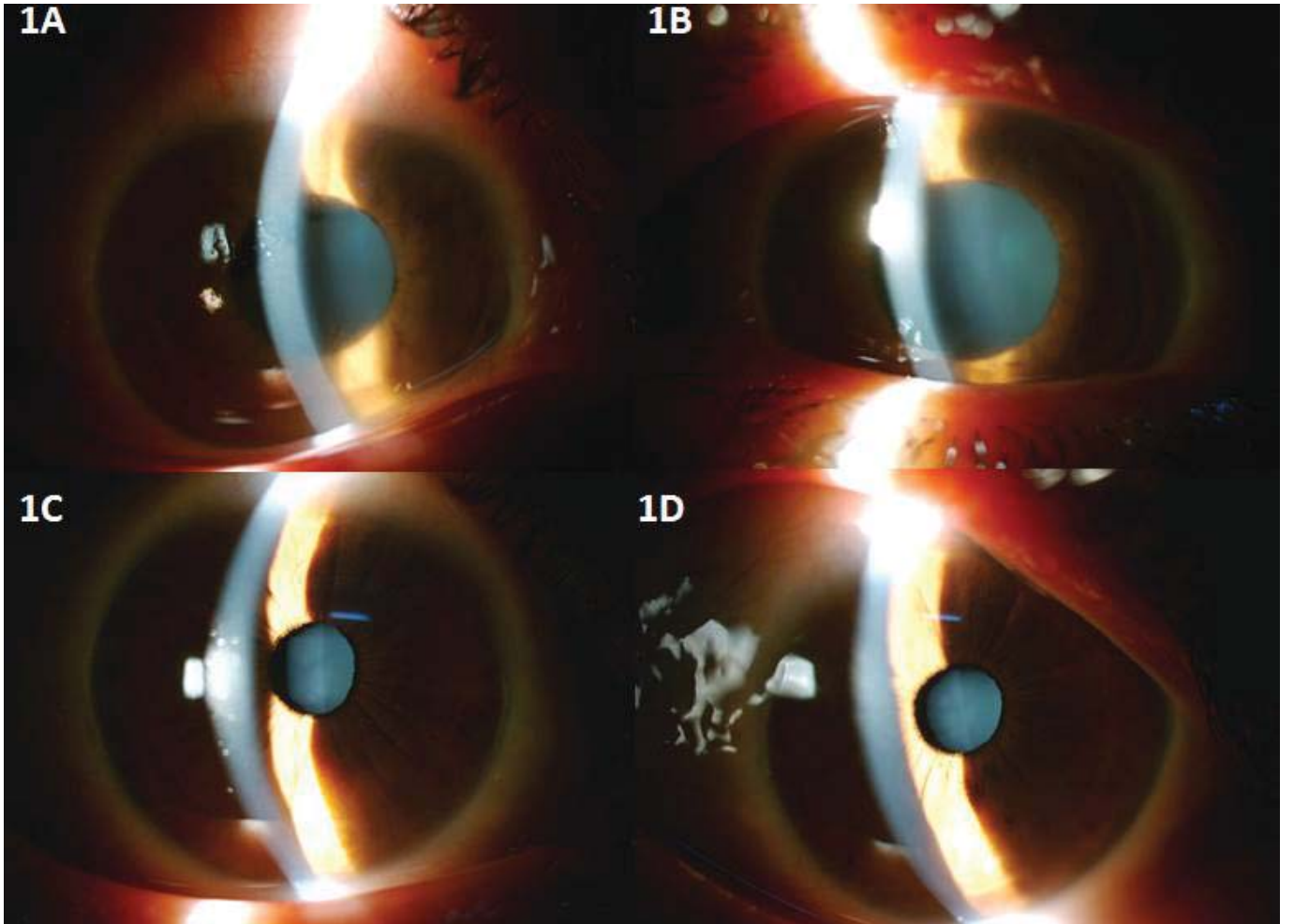
E-mail: doktorcagatay@gmail.com

günden beri devam ediyordu. Hastanın yapılan muayenesinde görme keskinliği her iki gözde 3 metreden parmak sayma idi. Otofektometrede her iki gözde 5 diyoptri miyopisi mevcuttu. Kornea ödemli, ön kamara sıg ve bulanık, pupil middilate idi (Resim 1A-B). GİB sağ gözde 60, sol gözde 54 mmHg idi. Fundus ve çukurluk/disk oranları her iki gözde tabii idi. Gonyoskopide hiçbir açı elemanı görülemeyecek şekilde açı her kadranda tamamen kapalı idi. İndentasyon yapıldığından açı grade 2 olarak izlendi. Hastanın detaylı anamnezi alındığında bir hafta önce aile hekimi tarafından hipertansiyon nedeniyle anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü ramipril ve diüretik hidroklorotiyazid kombinasyonunu içeren sistemik antihipertansif ilaç (Delix 5 mg plus® tablet) başlandığı öğrenildi. Hastanın açı kapanmasına yol açabilecek diğer ilaçları kullanmadığı ve daha önce glokom öyküsü olmadığı öğrenildi. Hasta göz servisine yatırılarak derhal antihipertansif ilacı kesildi. Mannitol 3 mg/kg intravenöz olarak başlandı. Ayrıca topikal brinzolamid+timolol maleat kombinasyonu ile brimonidin tartarat %0.15 içeren antiglokomatöz tedavi başlandı. İki gün sonra yapılan muayenede GİB 14 mmHg'ye düşmüştü. Ön kamara sıglığı ve kornea ödemi azalmıştı. Gonyoskopi ile açı grade 2 olarak

izlendi ve arka sineşi izlenmedi. Topikal beta-bloker hariç tüm ilaçlar kesildi. İkinci hafta yapılan muayenesinde miyopi (her iki gözde +0.25 diyoptri hipermetropi mevcuttu) ve ön segment bulguları tamamen kaybolmuştu (Resim 1C,1D). GİB 14 mmHg idi. Topikal beta-bloker kesildi ve hipertansiyon için tek başına ramipril (Delix® tablet) tedavisine geçildi.

TARTIŞMA

Her iki gözde oluşan AAKG'ye çeşitli ilaçlar, genel anestezi, yıkan sokması, Vogt-Koyanagi-Harada sendromu ve mikrosferofaki sebep olabilir.⁷ Bu ciddi yan etkinin moleküler mekanizması açık olmasa da, ilaca bağlı idyosenkratik (kişiyi özgü, bünyesel) reaksiyon en kabul görmüş teoridir.⁸ Koroiddeki efüzyonun enflamatuar reaksiyon sonucu geliştiği düşünülmektedir. Oral sulfa derivelerinin kullanımı sonucunda suprasiliyer koroid efüzyonu sonucu siliyer cismin ve lens iris diyaframının öne doğru yer değiştirmesiyle AAKG oluşur.⁹ Bunun sonucu oluşan tablodaki klinik bulgular arasında ön kamaranın sıglaşması, iridokorneal açının kapanması sonucu GİB yükselmesi, korneal ödem ve eksen miyopisine bağlı görmenin azalması yer almaktadır. Has-



Resim 1: 1A,1B. Sağ ve sol gözün ilk başvuru muayenesi. 1C,1D. Sağ ve sol gözün ilacın kesildikten ve antiglokomatöz tedaviden iki hafta sonraki muayenesi.

talarda görülen kliniğin ayırıcı tanısında posterior sklerit, primer açık kapanması glokomu ve akomodatif spazm başta gelir.¹⁰ Bu bulguların hastamızda olduğu gibi sulfa deriveli bir ilaç olan hidroklorotiyazid kullanımı sonrası birkaç hafta içinde iki taraflı olması AAKG'yi düşündürmüştür. Literatürdeki olgularda ilacın bir aydır kullanıldığı gösterilmiştir. İlacın kesilmesi ve antiglokomatöz tedaviyle GİB'in üç ile beş. günde normale döndüğü bildirilmiştir.^{4,7} Tanıda kilit nokta ilaç kullanım öyküsü ve tablonun bilateral olmasıdır. Daha önce bir başka sulfa deriveli bir ilaç olan topiramate kullanıma bağlı benzer bir durumla karşılaştığımızdan tanı hızlı konulup tedavi hemen başlanmıştır.¹¹

Bu patoloji koroid efüzyonuna bağlı geliştiğinden bunun iyileştirilmesi tedavinin ilk ve en önemli basamağıdır. Bu yüzden ilk basamak ilacın derhal kesilmesidir. Aköz yapımını baskılayan topikal ve sistemik antiglokomatöz tedaviler başlanabilir. Olgumuzda klinik tabloya sebep olan ilaç derhal kesilmiş ve şiddetli göz ve baş ağrısı ile görme azlığına sebep olan klinik tabloyu hızlı çözmek adına sistemik mannitol başlanmıştır. Daha sonra topikal antiglokomatöz ilaçlarla tedaviye devam edilmiştir. Suprakoroidal boşluk-taki enflamasyonu azaltmak için tedavide topikal steroid kullanılmıştır. Ayrıca ve siliyer kası gevşetmek ve lens-iris diyaframının posteriora doğru hareketini sağlayarak açık kapanmasını azaltmak için topikal siklopentolat kullanılmıştır. Sekonder açık kapanması glokomu medikal tedavi ile genellikle 24-48 saat içerisinde düzelerken, miyopi ilacın kesilmesini takiben 1-2 hafta sonra geriler. Olgumuzda GİB 2. gün normal seviyelere düşmüş ve hasta topikal antiglokomatözleriyle taburcu edilmiştir. Taburcu edilirken hastanın görme bulanıklığı bir miktar kalan rezidü miyopisinden dolayı devam etmekteydi. İkinci hafta kontrolünde miyopinin tamamen düzeldiği, GİB'in düştüğü ve ön segment bulgularının iyileştiği izlendi. Bu idyosenkrotik fenomende pupilla bloğu altta yatan sebep olmadığından periferik iridotomi ya da iridektomi endike değildir.¹²

Günümüzde birçok sahada yaygın olarak kullanılan sulfa deriveli ilaçların AAKG yan etkisi başta oftalmologlar olmak

üzere bu ilacı klinikte sıkça kullanan ilgili branş hekimleri tarafından iyi bilinmesi, hastaların bu konuda bilgilendirilmesi ilaca bağlı komplikasyonların hızlı tanı ve tedavisinde önemlidir. Bu hastalık erken teşhis ve tedavi ile sekelsiz olarak düzelmektedir.

KAYNAKLAR / REFERENCES

- 1- Congdon NG, Friedman DS. Angle-closure glaucoma: impact, etiology, diagnosis, and treatment. *Current Opinion in Ophthalmology* 2003; 14: 70-3.
- 2- Lachkar Y, Baussida W. Drug-induced acute angle closure glaucoma. *Current Opinion in Ophthalmology* 2007; 18(2): 129-33.
- 3- Ekinci DY, Cebeci Z, Bayraktar Ş, İzgi B. Essitalopram kullanımına bağlı gelişen bilateral açık kapanması glokomu. *Türk J Ophthalmol* 2014; 44: 396-9.
- 4- Lee GC, Tam CP, Danesh-Meyer HV, Myers JS, Katz LJ. Bilateral angle closure glaucoma induced by sulphonamide-derived medications. *Clin Experiment Ophthalmol* 2007; 35: 55-8.
- 5- Quaglino LB, Barella K, Abrea NJM, Quaglino EM. Topiramate-associated acute bilateral angle-closure glaucoma: case report. *Arg Bras Oftalmol* 2013; 76: 48-9.
- 6- Pastel EA, Assalian A, Epstein DL. Drug-induced transient myopia and angle-closure glaucoma associated with supraciliary choroidal effusion. *Am J Ophthalmol* 1996; 122: 110-2.
- 7- Senthil, S, Garudadri, C, Rao HBL, Maheshwari R. Bilateral simultaneous acute angle closure caused by sulphonamide derivatives: a case series. *Indian J Ophthalmol* 2010; 58: 248-52.
- 8- Craig JE, Ong TJ, Louis DL, Wells JM. Mechanism of topiramate-induced acute onset myopia and angle closure glaucoma. *Am J Ophthalmol* 2004; 137: 193-5.
- 9- Chalam KV, Tillis T, Syed F, Agarwal S, Brar VS. Acute bilateral simultaneous angle closure glaucoma after topiramate administration: a case report. *J Med. Case Rep* 2008; 2: 1.
- 10- Erdöl H, Türk A, Kola M, İmamoğlu Hİ. Topiramate kullanımına bağlı akut açık kapanması gelişen pediatrik bir olgunun klinik özellikleri. *Glo-Kat* 2008; 3: 139-41.
- 11- Caglar C, Yasar T, Ceyhan D. Topiramate induced bilateral angle-closure glaucoma: low dosage in a short time. *J Ocul Pharmacol Ther* 2012; 28: 205-7.
- 12- Lai SMJ, Gangwani AR. Medication-induced acute angle closure attack. *Review article. Hong Kong Med J* 2012; 18: 139-45.