

Fuchs Heterokromik İridosikliti ve Travmatik Kataraktı Bulunan Bir Olgu

A Case with Fuchs Heterochromic Iridocyclitis and Traumatic Cataract

Ayşe Gül KOÇAK ALTINTAŞ¹, İnci KOÇAK MİDİLLİOĞLU², Çağatay TÜRKER³,
Yasin TOKLU⁴, Şaban ŞİMŞEK⁵

ÖZ

Fuchs heterokromik iridosikliti ve travmaya sekonder açı resesyonu bulunan bir olguya fakoemülsifikasyon ile travmatik kataraktı ekstrete edilip göz içi lensi implantasyonu uygulandı. Cerrahi sonrası göz içi basıncının medikasyonla kontrol altına alınması üzerine trabekülektomi ve mitomycine C (0.2 mg/ml) uygulanması ve sonuçları tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Fuchs heterokromik iridosikliti, Açı resesyonu.

ABSTRACT

A case with Fuchs heterochromic iridocyclitis and angle recession secondary to the trauma underwent phacoemulsification and intraocular lens implantation. Postoperatively, intraocular pressure could not be controlled even antiglaucomatous medication and he underwent trabeculectomy and intraoperative mitomycine C (0.2 mg/ml) application. In this report, the case and results are discussed.

Key Words: Fuchs heterochromic iridocyclitis, angle recession.

Glo-Kat 2006;1:57-59

GİRİŞ

Fuchs heterokromik iridosiklitli (FHI) olgularda kronik ve düşük dereceli bir inflamasyona rastlanır. Olgular sekonder komplikasyonlar gelişinceye kadar veya rutin bir incelemede tanı konuluncaya kadar hastalıklarının farkında olmayabilirler. FHI tanısı için 1 majör ve 2 minör bulgu olması yeterlidir. Majör bulgular kronik üveit, stellat keratik presipitat, keratit presipitatlarla orantısız ön kamara reaksiyonu, kızarıklık ve arka yapışıklık olmamasıdır. Minör bulgular ise heterokromi, tek taraflılık, diffüz keratit presipitatlar, lens opasiteleri, vitritis ve Ams-

ler bulgusudur (ön kamaraya girişim sırasında hemoraji oluşumu)¹. Asemptomatik olgularda en sık rastlanılan iki semptom, katarakt ve/veya vitreous floatersına bağlı görme azlığıdır. Katarakt insidansı %15 ile 75 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir ve genellikle arka subkapsüler tiptedir^{2,3}. Katarakt ameliyatlarından sonra gelişen en önemli komplikasyon %3 ile %35 arasında görülen glokom gelişimidir³. Ancak opere edilmemiş gözlerde de glokom gelişimi %15-25 oranında bildirilmiş olması glokomun katarakt ameliyatına sekonder bir komplikasyondan çok FHI'in normal seyrinin bir sonucu olması ihtimalini arttırmaktadır.

Geliş Tarihi : 13/02/2006

Kabul Tarihi : 20/02/2006

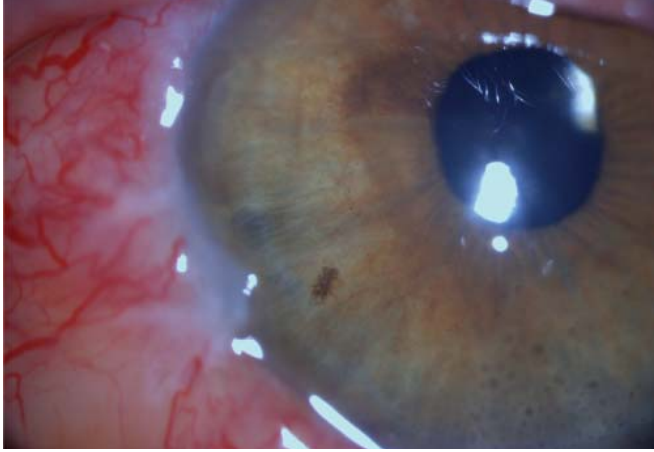
Received : February 13, 2006

Accepted: February 20, 2006

- 1- S.B. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Göz Kliniği, Ankara, Şef Yard., Doç.Dr.
- 2- S.B. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Göz Kliniği, Ankara, Başasistanı, Doç.Dr.
- 3- S.B. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Göz Kliniği, Ankara, Asist.
- 4- S.B. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Göz Kliniği, Ankara, Uzm.
- 5- S.B. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Göz Kliniği, Ankara, Şefi, Doç.Dr.

- 1- M.D. Associate Professor, S.B. Atatürk Research and Training Hospital 1 st Eye Clinic Ankara/TURKEY ALTINTAŞ A.G.,
- 2- M.D. Associate Professor, S.B. Atatürk Research and Training Hospital 1 st Eye Clinic Ankara/TURKEY MİDİLLİOĞLU İ.
- 3- M.D., S.B. Atatürk Research and Training Hospital 1 st Eye Clinic Ankara/TURKEY TÜRKER Ç.
- 4- M.D., S.B. Atatürk Research and Training Hospital 1 st Eye Clinic Ankara/TURKEY TOKLU Y.
- 5- M.D. Associate Professor, S.B. Atatürk Research and Training Hospital 1 st Eye Clinic Ankara/TURKEY ŞİMŞEK Ş.

Correspondence: M.D. Associate Professor Ayşe Gül KOÇAK ALTINTAŞ
S.B. Atatürk Research and Training Hospital 1 st Eye Clinic Ankara/TURKEY



Resim 1: Olgunun irisindeki anormal damarlanması.



Resim 2: Olgunun açısındaki resesyon.

Künt göz travması sonrasında ön segmentte; iridokorneal açı resesyonu, iris, lens, zonül hasarı, erken dönemde hifema geç dönemde açı resesyonu glokomu, arka segmentte, vitreoretinal hemoraji, arterial tıkanıklık, kommosio retina, retina pigment epitelinde ödem, travmatik retinal delik oluşumu, retina dekolmanı veya dializi, Bruch zarı ve koroid çatlakları gelişebilir. Açı resesyonu glokomunun tanısı travma öyküsü ve klinik bulgularla konulur. Ön kamara derinleşir, açıda diğer göze göre asimetric gerileme ve genişleme vardır. İris sfinkter yırtıkları, iridodonesis, heterokromik iris, travmatik midriasis, katarakt ve fakodönesis eşlik edebilir^{4,5}.

Çalışmada Fuchs heterokromik iridosiklitli, açı resesyonu ve kataraktı bulunan bir olgunun tartışılması amaçlanmıştır.

OLGU

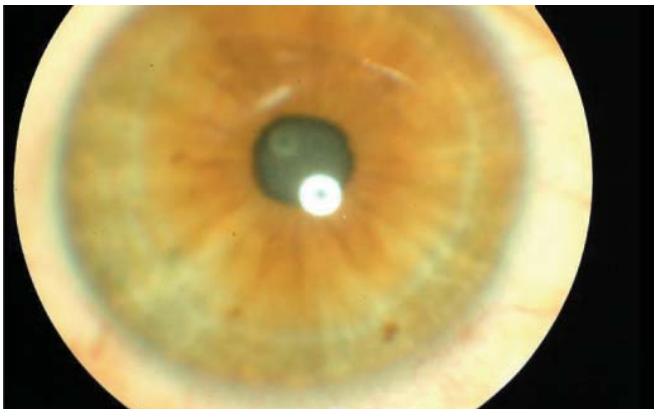
29 yaşındaki erkek olgu 7 yıl önce attan düştükten sonra sol gözünde kanama ve zamanla artan bulanık görme şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Olgunun sorgulamasında gözlerinde kızarıklık şikayeti yoktu. Yapılan muayenesinde görmeleri sağ gözde: -0.25 -0.25 α100° ile tam, sol gözde: +2.00 +4.00 α163° ile 0.16. Göziçi basınçları (GİB) sağ gözde: 12 mmHg, sol gözde: 16 mmHg ölçüldü. Biyomikroskopik incelemede sağ göz:

normal, sol gözde: toz keratit presipitatlar mevcuttu ancak ön kamara flare-hücre saptanmadı. Midperiferde iris atrofisi, açıya doğru anormal iris damarlanması ve arka subkapsüler katarakt mevcuttu. Arka sineşi yoktu. Olgunun goniyskopik incelemesinde sağ göz: tüm kadrantlar 4° açık anormal bulgu yokken, sol gözde: 360° açı resesyonu, anormal damarlanma mevcuttur (Resim 1-3).

Olgunun sol gözüne komplikasyonsuz fakoemülsifikasyon ve akrilik göziçi lensi (GİL) uygulandı. Cerrahi sırasında Amsler bulgusu pozitifliği. Ameliyat öncesi 1. gün başlanılan Ketarolak 4x1 damla operasyon günü ve akabinde devam edildi. Operasyon bitiminde subkonjoktival Gentamisin + Deksametazon enjeksiyonu uygulandı ve aynı gün Prednizolon acetat %1 4x1, Ketarolak 4x1, Norfloksasin 4x1 damla tedavisi başlandı.

Ameliyat sonrası 1. gün görme el hareketi, GİB: 12 mmHg, ön kamarada ++ flare, vitre bulanıklığı izlendi. Tedavide topikal Prednizolon acetat %1 8x1'e çıkarıldı ve subkonjoktival Deksametazon enjeksiyonu yapıldı.

Ameliyat sonrası 2. gün görme 50 cm'den parmak sayma, GİB: 13 mmHg, ve ön kamarada ++ flare, vitre bulanıklığı mevcuttu. Tedavide topikal Prednizolon acetat %1 8x1, subkonjoktival Deksametazon enjeksiyonu yapıldı ile Sikloplejin 2x1 uygulandı.



Resim 3: Olgunun her iki gözü (sağda katarakt ekstraksiyonu ve trabekülektomi uygulanmış olan Fuchs heterokromik iridosiklitli gözü, solda sağlıklı sağ gözü).

Aynı tedavinin uygulandığı ameliyat sonrası 3. gün görme: 2 m'den parmak sayma (mps), GİB: 18 mmHg, ön kamarada ++ flare, vitre bulanıklığı devam etmekteydi.

Ameliyat sonrası 4. gün görme yine 2 mps ancak GİB: 29 mmHg, korneada ödemli olduğu için tedaviye Timolol maleat %0.5 + Dorzolamid 2x1fiks kombinasyonu eklendi aynı gün görme: 5 mps, GİB:17 mmHg saptandı.

Ameliyat sonrası 5. gün görme 5 mps, GİB: 45 mmHg, ve yoğun korneada ödem nedeniyle antiglokomatous tedaviye Brimonidin² 2x1 damla, Asetozolamid 4x1 tablet, - IV Mannitol eklendi.

Takip eden günlerde görme 1 mps'ye düşerken, GİB:48-50 mmHg düzeyinde seyretmesi nedeni ile ameliyat sonrası 6.gün limbus tabanlı trabekülektomi ve intraoperatif Mitomycin (0.2 mg/ml) uygulandı. Trabekülektomi sonrası topikal Prednizolon acetat %1 4x1, Kertarolak 4x1, Sikloplejin 2x1 uygulandı. Birinci hafta ve 1. ayda görmede 0.3, GİB: 13 mmHg idi. Ameliyat sonrası 9. aydaki son kontrolünde düzeltilmiş görme keskinliği 0.8 ve GİB 16 mmHg idi. Fundus bulguları doğaldı. Arka kapsül kesafeti gelişmedi.

Trabekülektomi dokusunun patolojik incelemesi; yüzeysel melanin ile yüklü pigment hücreler ile çevrili fibröz bağ dokusunda konjesyone damar yapıları olarak raporlanmıştır.

TARTIŞMA

Heterokromi FHİ olan olguların %75-90'ında görülür, iris ön kenar atrofisi heterokrominin esas nedenidir. Stromal atrofi sonucunda pupil kenarında düzleşme, radial iris damarlarında ve sfinkter kasta belirginleşmeye neden olurken, pigment epiteli atrofisinde transillüminasyona yol açar¹. İriste nodüller (%30), iris damarlarında belirginleşme anormal vaskülarizasyon, rubeozis (%6-22), yuvarlak, beyazımsı, translusent, küçük-orta boy toz keratit presipitatlar (%83-96), ön kamarada (+)-(++) flare, ve arka sineşi olmaması karakteristik bulgulardır¹. Olgumuzda da heterokromi, irisde anormal damar yapısı, keratit presipitatlar mevcuttu (Resim 1-3).

FHI ve arka subkapsüler katarakt birlikteliğine neden olarak lens metabolizmasının bozulması, lens fibrillerine sitotoksinlerin toksik etkisi ve steroid kullanımı gösterilmektedir. Oküler travmalar sonrası kan aköz bariyeri bozulması, lens ön ve arka kapsülüne çarpan şok dalgalarının etkisi ile katarakt gelişebilmektedir. Olgumuzda 7 yıl öncesine ait travma öyküsü ve aynı gözde belirgin açığı resesyonu varlığı 29 yaşında tek taraflı kataraktın nedeni olarak FHI ile beraber travmanında rolünü düşündürmektedir. Ayrıca LaHey ve ark.⁶ 26 FHI'li olgunun ön kamara sıvılarını incelediklerinde rastladıkları kornea epiteline karşı antikorların varlığını travma olasılığı ile ilişkilendirmişlerdir.

Kataraktlı FHİ'li olgularda Budak ve ark.⁷ ekstrakapsüler katarakt ekstraksiyonuna oranla komplikasyonların fakoemülsifikasyon sonrası daha az geliştiğini bildirmişlerdir. Tüm FHI olgularına fakoemülsifikasyon uygulayan Ram ve ark.⁸ akrilik, silikon ve PMMA GİL implantasyon sonuçlarını karşılaştırdıklarında en fazla üveitik reaksiyonu ve arka kapsül opasifikasyonunu silikon GİL implantasyonu olan grupta izlemişler. Benzer çalışmayı 41 FHİ'li gözde yapan Javadi ve ark.⁹ en az komplikasyonun akrilik lens implante edilen olgularda olduğunu rapor etmişlerdir. Olgumuzda da akrilik lens implante edilmişti, intraoperatif hifema izlendi, ameliyat sonrası 9. aydaki son kontrolünde arka kapsül kesafeti gelişmemiştir.

Glokom FHİ'li olguların %26-%59'ında bildirilmiştir. Rubeozis, periferik ön yapışlıklar, tekrarlayan spontan hifema veya steroid kullanımına bağlıdır. Nguyen ve ark.¹⁰ 19 FHİ 'li olguya fakoemülsifikasyon sonrası sistemik steroid uygulamasının cerrahi sonrası Kan-Aköz- Barrierinin harabiyetini azaltmadığını belirtmişlerdir. Bu nedenle FHİ'li gözlerde yoğun steroid kullanımı keratit presipitatların daha hızlı kaybolmasını sağlarken glokomu agra ve edebilir¹¹ Kataraktın varlığında glokomu presipite edebilir. Çoğu olguda glokom medikasyonla kontrol edilebilirken, filtran cerrahilerin başarısı için antimetabolit kullanılması önerilmektedir¹². Aynı şekilde tek taraflı glokom nedenlerinden biri olan açığı resesyonu glokomunda tedavi olarak öncelikle medikal yaklaşım (α -blokerler, karbonik anhidraz inhibitörleri veya $\alpha 2$ agonistleri), yetersizlikleri halinde lazer tedavisi yerine filtran cerrahi ve seton uygulaması önerilmektedir^{4,5,13}. Olgumuzda katarakt ameliyatı öncesi GİB değerleri arasında 4 mmHg fark olması optik sinir başında değişiklik gelişmeden önce gerek FHI gerekse açığı resesyona bağlı gelişebilecek bir glokomun ön belirtisi olarak kabul edilebilir. Katarakt ameliyatını takiben antiglokomatoz tedaviye dirençli yüksek GİB nedeni ile uygulanan antimetabolitli trabekülektomi sonrası üveitik ve glokomatoz bir cevap alınmadı. Ayrıca trabekülektomi dokusunun patolojik incelemesinde melanin ile yüklü pigment hücreler ile çevrili fibröz bağ dokusunda konjesyone damar yapıları FHİ ve açığı resesyonu glokomunda trabeküler değişikliklerle uyumludur^{1,5}.

KAYNAKLAR

1. Soylu M.: Fuchs heterokromik iridosikliti. In Hasanreisiođlu B, Can İ, Atilla H, Akata F, Özal H, Akbatur H, Karel F, Mutluay AH, Hasiripi H: Üvea Hastalıkları ve Tedavisi. Şen Matbaa Ankara 2003:72-77.
2. O'Neill D, Murray PI, Patel BC, et al.: Extracapsular cataract surgery with and without intraocular lens implantation in Fuchs heterochromic iridocyclitis. *Ophthalmology* 1995;102:1362-1368.
3. Mills KB, Rosen ES: Intraocular lens implantation following cataract extraction in Fuchs' heterochromic uveitis. *Ophthalmic Surg* 1982;13:467-469.
4. Midillioğlu Koçak İ, Karalezli A, Yalvaç IS, ve ark.: Açı resesyonu glokomunda tıbbi ve cerrahi tedavi. *T Oft Gaz* 2002; 32:849-855.
5. Tumbocon JA, Latina MA: Angle recession glaucoma. *Int Ophthalmol clin* 2002;42:69-78.
6. LaHey, Baarsma GS, Rothova A, Broersma L, et al.: High incidence of corneal epithelium antibodies in Fuchs' heterochromic cyclitis. *Br J Ophthalmol* 1988;72:921-925.
7. Budak K, Akova YA, Yalvac IS, et al.: Cataract surgery in patients with Fuchs' heterochromic cyclitis. *Jpn J Ophthalmol* 1999;43:308-311.
8. Ram J, Kaushik S, Brar Gs, et al.: Phacoemulsification in patients with Fuchs' heterochromic uveitis. *J Cataract Refract Surg* 2002;28:1372-1378.
8. Javadi MA, Jafarinasab MR, Araghi AA, et al.: Outcomes of phacoemulsification and in-the-bag intraocular lens implantation in Fuchs' heterochromic iridocyclitis. *J Cataract Refract Surg* 2005;31:997-1001.
10. Nguyen NX, Kochle M, Nauman GO: Quantification of blood-aqueous barrier breakdown after phacoemulsification in Fuchs' heterochromic uveitis. *Ophthalmologica* 2005;219:21-25.
11. Agrawal S, Agrawal J, Agrawal TP, et al.: Concern about long-term results of IOL implantation in Fuchs' heterochromic uveitis. *J Cataract Refract Surg* 2003;29:1469-1470.
12. LaHey E, deVries J, Langerhorst CT, et al.: Treatment and prognosis of secondary glaucoma in Fuchs' heterochromic iridocyclitis. *Am J Ophthalmol* 1993;116:238-240.
13. Manners T, Salmon JF, Baron A, et al.: Trabeculectomy with mitomycin C in the treatment of post-traumatic angle recession glaucoma. *Br J Ophthalmol* 2001;85:159-163.