

# Üveitik Hastalarda Fakoemülsifikasyonu Takiben Ön Kamara ve Göz İçi Basıncı Değişiklikleri\*

## Anterior Chamber and Intraocular Pressure Changes Following Phacoemulsification in Uveitic Patients

Ahmet ÖZER<sup>1</sup>, Afsun ŞAHİN<sup>2</sup>, Nazmiye EROL<sup>1</sup>, Nilgün YILDIRIM<sup>3</sup>, Hikmet BAŞMAK<sup>4</sup>

Klinik Çalışma

Original Article

### ÖZ

**Amaç:** Üveitik olgularda arka kamara göz içi lensle birlikte uygulanan fakoemülsifikasyon sonrası ön kamara derinliği (ÖKD), ön kamara açısı (ÖKA) ve göz içi basıncı (GİB) değişikliklerini değerlendirmek

**Gereç ve Yöntem:** Üveite bağlı kataraktı olan 39 hastanın 47 gözüne katlanabilir hidrofobik akrilik göz içi lens (GİL) implantasyonlu fakoemülsifikasyon uygulandı. Bütün olguların ameliyat öncesi GİB değerleri 21 mmHg'nin altındaydı. Olguların ön kamara oluşumları normaldi. Ameliyat sonrası bulgular ilk hafta her gün, ilk ay her hafta ve 6. aya kadar ayda bir olmak üzere değerlendirildi. ÖKD ve ÖKA değerleri Orbscan II ile tesbit edildi.

**Bulgular:** Olguların yaş ortalaması 47.9±19.5 yıldır. ÖKD ameliyat öncesi 2.95±0.36 mm iken, ameliyat sonrası 1. gün 3.42±0.41 mm, 1. hafta 3.46±0.37 mm, 1. ay 3.51±0.44 mm, 3. ay 3.46±0.35 mm ve 6. ay 3.49±0.33 mm idi. (p<0.01). ÖKA derecesi ameliyat öncesi 35.56±3.89° iken, ameliyat sonrası 1. gün 43.91±4.28°, 1. hafta 44.33±4.17°, 1. ay 44.32±4.11°, 3. ay 44.13±3.84° ve 6. ay 43.89±4.49° mm idi. (p<0.001). Ortalama GİB ameliyat öncesi 18.6±3.5 mmHg olup ameliyat sonrası istatistiksel değişiklik göstermedi. (1. gün 19.3±2.4 mmHg, 1. hafta 19.4±2.9 mmHg, 1. ay 18.7±3.1 mmHg, 3. ay 18.5±2.6 mmHg ve 6. ay 18.3±2.7 mmHg idi, p>0.05).

**Tartışma:** Sonuçlarımız üveitik kataraktlı hastalarda fakoemülsifikasyonla GİL'li katarakt ekstraksiyonundan sonra ÖKD ve ÖKA'nın arttığını fakat GİB'da anlamlı değişikliğin olmadığını gösterdi. Komplikasyonsuz fakoemülsifikasyon sonrası GİB'da anlamlı düşüş olmasına rağmen bizim serimizde GİB'da herhangi bir değişiklik görülmedi. Bu durum trabeküler ağda inflamasyonun varlığına ve inflamatuvar artıklara bağlı olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Üveit, katarakt, fakoemülsifikasyon, inflamasyon.

### ABSTRACT

**Purpose:** To evaluate anterior chamber depth (ACD), anterior chamber angle (ACA), and intraocular pressure (IOP) changes following phacoemulsification with posterior chamber intraocular lens (IOL) implantation in uveitic cases.

**Materials and Methods:** Forty-seven eyes of 39 patients with cataracts due to uveitis underwent phacoemulsification with foldable hydrophobic acrylic intraocular lens (IOL) implantation. IOP values of all cases were below 21 mmHg prior to surgery. In all patients, anterior chamber configurations were normal. Postoperative findings were evaluated every day during the first week, every week during the first month, and then every month until the sixth month after surgery. ACD and ACA values were determined using Orbscan II.

**Results:** The mean age of the patients was 47.9±19.5 years. The mean preoperative ACD was 2.95±0.36 mm, while postoperatively mean ACD was 3.42±0.41 mm after 1 day, 3.46±0.37 mm after 1 week, 3.51±0.44 mm after 1 month, 3.46±0.35 mm after 3 months, and 3.49±0.33 mm after 6 months (all p<0.01). The mean preoperative ACA degree was 35.56±3.89°, while postoperatively mean ACA was 43.91±4.28° after 1 day, 44.33±4.17° after 1 week, 44.32±4.11° after 1 month, 44.13±3.84° after 3 months, and 43.89±4.49° after 6 months (p<0.001). The mean preoperative IOP of 18.6±3.5 mmHg did not change significantly postoperatively (19.3±2.4 mmHg after 1 day, 19.4±2.9 mmHg after 1 week, 18.7±3.1 mmHg after 1 month, 18.5±2.6 mmHg after 3 months, and 18.3±2.7 mmHg after 6 months, p>0.05).

**Conclusions:** Our results show that after cataract extraction by phacoemulsification with IOL implantation ACD and ACA increased, but no significant changes in IOP occurred in patients with uveitic cataract. Although IOP values significantly decreased following uneventful phacoemulsification, we did not see any change in IOP values in our series. This may be due to the existence of inflammation in the trabecular meshwork and inflammatory debris.

**Key Words:** Uveitis, cataract, phacoemulsification, inflammation.

*Glo-Kat 2008;3:97-100*

**Geliş Tarihi :** 12/03/2008

**Kabul Tarihi :** 11/04/2008

**Received :** March 12, 2008

**Accepted :** April 11, 2008

\* Bu çalışmanın bir bölümü 9-12 Haziran 2007 tarihinde "Joint Congress of SOE/AAO (American Academy of Ophthalmology) 2007" toplantısında poster olarak sunulmuştur.

1- Eskişehir Osmangazi Üni. Tıp Fak. Göz Hastalıkları, A.D., Eskişehir, Doç. Dr.  
2- Eskişehir Osmangazi Üni. Tıp Fak. Göz Hastalıkları, A.D., Eskişehir, Yrd. Doç. Dr.  
3- Eskişehir Osmangazi Üni. Tıp Fak. Göz Hastalıkları, A.D., Eskişehir, Prof. Dr.  
4- Eskişehir Osmangazi Üni. Tıp Fak. Göz Hastanesi, A.D. Başkanı, Eskişehir, Prof. Dr.

1- M.D. Associate Professor, Osmangazi University School of Medicine, Department of Ophthalmology Eskişehir / TURKEY  
ÖZER A., aozer@ogu.edu.tr  
EROL N., nazmiyeerol@hotmail.com  
2- M.D. Assistant Professor, Osmangazi University School of Medicine, Department of Ophthalmology Eskişehir / TURKEY  
ŞAHİN A., afsunsahin@hotmail.com  
3- M.D. Professor, Osmangazi University School of Medicine, Department of Ophthalmology Eskişehir / TURKEY  
YILDIRIM N., nyildirim@yahoo.com  
4- M.D. Professor, Osmangazi University School of Medicine, Department of Ophthalmology Eskişehir / TURKEY  
BAŞMAK H.,

**Correspondence:** M.D. Associate Professor Ahmet ÖZER  
Osmangazi University School of Medicine, Department of Ophthalmology  
Eskişehir / TURKEY

## GİRİŞ

Üveit olgularında, gerek hastalığın kendi seyrine gerekse kullanılan kortikosteroidlere bağlı olarak gelişen katarakt, üveite bağlı oluşan görme azalmasının önemli nedenlerden biridir. Katarakt, üveitin tipine, yerleşim yerine ve uygulanan tedaviye göre değişik özelliklerde kendisini gösterebilmektedir.<sup>1,2</sup> Tedavi yaklaşımı diğer katarakt tiplerinde de olduğu gibi cerrahidir. Katarakt cerrahisinden sonra gözün özellikle ön segmentinde bir takım değişikliklerin olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda katarakt ameliyatı sonrası ön kamara derinliğinde (ÖKD) artış ve ön kamara açısında (ÖKA) genişleme gösterilmiştir.<sup>3-7</sup> Ameliyat sonrası dönemde göz içi basıncında (GİB) meydana gelen değişim ise erken ve geç dönemde farklılık göstermektedir. GİB değişimi erken dönemde yükseliş, geç dönemde düşüş şeklinde görülmektedir.<sup>8-10</sup> Katarakt ameliyatı sonrası GİB değişimleri özellikle glokom hastalarının ameliyat sonrası tedavilerinin planlanması açısından önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalarda fakoemülsifikasyon sonrası uzun dönemde GİB'da anlamlı düşüş yanında daha önce kullanılan glokom ilaçlarının sayısında da azalma saptanmıştır.<sup>11-12</sup> Bizim daha önce yaptığımız çalışmamızda; fakoemülsifikasyonla katarakt cerrahisi ve göz içi lens (GİL) uygulanan ve katarakt dışında başka bir göz rahatsızlığı bulunmayan olgularda ÖKD artış ve ÖKA'da genişleme yanı sıra ÖKD ve ÖKA'dan bağımsız olarak GİB'nda düşme görüldü.<sup>13</sup> Katarakt ameliyatı ile GİB'nda görülen bu olumlu değişim, glokom olgularının tedavilerinin düzenlenmesinde katarakt ekstraksiyonunun da dikkate alınması yönünden önem taşımaktadır.

Çalışmamızda üveitik katarakt olgularında fakoemülsifikasyonla katarakt cerrahisi ve GİL uygulaması sonrası ön segment değişimleri gözlemlendi. Bu amaçla ön kamara derinliği, ön kamara açısı ve GİB değişiklikleri değerlendirildi.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada kliniğimizde 2002-2007 yılları arasında fakoemülsifikasyonla katarakt ameliyatı yapıp katlanabilir lens konulan üveitik kataraktlı 39 olgunun 47 gözü değerlendirildi. Ameliyat öncesi üveitik kataraktlı olguların en az 3 aylık bir dönemde inflamasyon bulguları göstermemiş olmasına dikkat edildi. Ameliyat öncesi için özel bir antiinflamatuvar tedavi yaklaşımı uygulanmadı.

Ayrıca GİB yüksekliği gösteren olgular değerlendirmeye alınmadı. Hastalar çalışma hakkında bilgilendirildi ve onayları alındı. Ameliyatta fako uç girişi için üst temporal kadrandan şeffaf korneal insizyon, yan girişler için ana girişin 60°'şar derece sağ ve sol yanları kullanıldı. Gereken olgularda irisin arka yapışıklıkları spatül yardımı ile açıldı, kapsülöze için yeterli pupil açıklığı olmayan olgularda dört adet çengelli iris ekartörü kullanılarak pupil genişletildi. Matür kataraktı olan olgularda ön kapsül tripan mavisi ile boyandı. Kapsülöze takiben nükleusta "+" şeklinde oluk oluşturuldu. Daha sonra nükleus bölünerek nükleus parçacıkları kapsül içinde fakoemülsifikasyonla temizlendi. Bimanuel irrigasyon aspirasyon yöntemi ile korteks temizliğinden sonra kapsül içi viskoelastik madde ile doldurularak kapsül içine tek parça, hidrofobik, akrilik katlanabilir lens (Acrysoft®, Alcon) kondu. Aspirasyon irrigasyon ile viskoelastik madde temizliğini takiben kornea ödemlendirilerek yara yeri sızdırmazlığı sağlandı. Subkonjonktival antibiyotik (seftriakson) ve kortikosteroid (deksametazon) yapılarak ameliyat sonlandırıldı. Ameliyat sonrası %0.1'lik deksametazon (Onadron®, İ.E.Ulagay) ve %0.3'lük Ofloksasin damlaları (Exocin®, Abdi İbrahim) ilk hafta günde 6 kez olmak üzere başlandı. Damlalar ikinci hafta günde 4 kez, üçüncü hafta günde iki kez, dördüncü hafta günde bir kez olmak üzere toplam dört hafta süreyle kullanıldı. Gereken olgularda tedaviye midriyatik sikloplejik damlalar eklendi. Ameliyat sonrası bulgular 1. gün, 1. hafta, 1. ay, 3. ay ve 6. ay olmak üzere değerlendirildi. ÖKD ve ÖKA değerleri Orbscan II ile GİB'ları Goldmann applanasyon tonometresi ile ölçülerek kaydedildi. Ölçüm değerleri için ardışık üç ölçümün ortalaması alındı. ÖKA ölçümünde korneal ana giriş kesisinin altındaki açı değerlendirildi. Sonuçlar SPSS ver. 10.0 paket programı ile değerlendirildi. Veriler eşleştirilmiş "t testi" ile karşılaştırıldı. p<0.05 olması anlamlı kabul edildi.

## BULGULAR

Çalışmaya alınan olguların 17'si kadın 22'si erkekti. Yaşları 12 ila 78 arasında değişmekte olup ortalama 47.9±19.5 yıldı.

ÖKD ameliyat öncesi 2.95±0.36 mm iken, ameliyat sonrası 1. gün 3.42±0.41 mm, 1. hafta 3.46±0.37 mm, 1. ay 3.51±0.44 mm, 3. ay 3.46±0.35 mm ve 6. ay

**Tablo:** Olguların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası ön kamara derinliği (ÖKD), ön kamara açısı (ÖKA) ve göz içi basıncı (GİB) değerlerinin aritmetik ortalama ve standart sapmaları.

n:39	ÖKD (mm)	ÖKA (°)	GİB (mmHg)
Ameliyat Öncesi	2.95±0.36	35.56±3.89	18.6±3.5
1. Gün	3.42±0.41	43.91±4.28	19.3±2.4
1. Hafta	3.46±0.37	44.33±4.17	19.4±2.9
1. Ay	3.51±0.44	44.32±4.11	18.7±3.1
3. Ay	3.46±0.35	44.13±3.84	18.5±2.6
Ameliyat Sonrası	3.49±0.33	43.89±4.49	18.3±2.7

3.49±0.33 mm olarak bulundu. Ameliyat sonrası bütün ÖKD değerlerinin ameliyat öncesi değerinden anlamlı olarak fazla olduğu görüldü ( $p<0.01$ ).

ÖKA derecesi ameliyat öncesi 35.56±3.89° iken, ameliyat sonrası 1. gün 43.91±4.28°, 1. hafta 44.33±4.17°, 1. ay 44.32±4.11°, 3. ay 44.13±3.84° ve 6. ay 43.89±4.49° idi. Ameliyat sonrası bütün ÖKA değerlerinin ameliyat öncesi değerinden anlamlı olarak geniş olduğu görüldü ( $p<0.001$ ).

Ortalama GİB'i ameliyat öncesi 18.6±3.5 mmHg olup ameliyat sonrası 1. gün 19.3±2.4 mmHg, 1. hafta 19.4±2.9 mmHg, 1. ay 18.7±3.1 mmHg, 3. ay 18.5±2.6 mmHg ve 6. ay 18.3±2.7 mmHg idi. GİB değerleri istatistiksel değişiklik göstermedi.

Olguların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası ÖKD, ÖKA ve GİB değerleri tabloda verilmiştir.

## TARTIŞMA

Katarakt ameliyatının gözün ön segment oluşumları ve GİB üzerine olan etkileriyle ilgili çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda gerek ekstrakapsüler katarakt ekstraksiyonu gerekse fakoemülsifikasyon yöntemi sonrası ÖKD'nde artış, ÖKA'nda genişleme gösterilmiştir.<sup>3-7</sup> Bu değişimler ön segment oluşumlarında daha az travmatik etki oluşturması nedeniyle fakoemülsifikasyon yönteminde daha belirgin olarak tesbit edilmiştir. Ameliyat sonrası GİB değişimleri ise erken dönemde yükselme geç dönemde düşme şeklindedir.<sup>8-10</sup> Erken dönemdeki GİB artışı ön kamara açısı elemanlarında meydana gelen hasarlı değişimler, inflamasyon, kanama, iris kaynaklı pigmentler, ön kamarada kalan viskoelastik maddeler ve lens materyallerine bağlı olabilmektedir.<sup>8</sup> Geç dönemdeki GİB azalmasının mekanizması ise tam olarak bilinmemektedir. Bununla birlikte GİB'ndeki düşüşün ameliyat öncesi GİB değeri, glokom varlığı, ÖKD ve ÖKA'daki artış ile bağlantılı olabileceği düşünülmüştür.<sup>3,4</sup>

Çalışmamızda ameliyat sonrası ilk hafta içerisinde 13 gözde hafif 3 gözde ağır fibrinoidli üveit bulguları gelişti. İris ekartörlerinin kullanıldığı, arka sineşilerin açıldığı, spatülle pupillanın genişletilmesine yönelik işlemlerin uygulandığı olgularda ön kamara reaksiyonları daha belirgindi. Yapılan çalışmalarda da belirtildiği üzere iris üzerine yapılan girişimlerde kan aköz bariyerinin bozulmasından dolayı daha yoğun inflamasyon bulguları oluşmaktadır.<sup>14-17</sup> Ağır fibrinoid reaksiyon gelişen olgular dışında olguların inflamasyon bulguları saat başı steroidli damla ile geriledi, fibrinoidleri kayboldu. Ameliyat sonrası inflamasyon bulguları topikal steroid dozunun artırılması, gerektiğinde sistemik steroidlerin ve immunosupresiflerin tedaviye eklenmesi ile kontrol altına alınabilmektedir. Ancak dirençli durumlarda aminokaproik asit, doku plazminojen aktivatörü (tPA) gibi maddeler olumlu sonuçlar ortaya koymaktadır.<sup>18,19</sup> Çalışmamızdaki ağır fibrinoid reaksiyon gösteren olguların bulguları da intrakamaral tPA ile düzeldi. Çalışmamızda olgularımızın hiçbirinde arka sineşi ve iris yakalanması gibi komplikasyonlara rastlanmadı.

Bu çalışmamızdaki olgularımızın ÖKD ve ÖKA değerleri gözden geçirildiğinde ameliyat sonrası değerlerde ameliyat öncesine göre anlamlı düzeyde artış görüldü. Bu durumun şişkin lensin temizlenmesi sonucu olduğu düşünüldü. ÖKD ve ÖKA değerlerindeki artış üveitik olgularda periferik ön sineşilerin oluşmaması açısından önem taşımaktadır. Çünkü dar iridokorneal açılarda sineşi gelişimi daha kolay olmaktadır. Kurimoto ve ark.<sup>7</sup> yaptıkları çalışmada katarakt ameliyatı sonrası ön segment derinliğinde artış olduğunu, ön kamarası sığ olan hastalarda bu artışın daha belirgin olduğunu saptamışlardır. Bizim normal katarakt olgularında yaptığımız önceki çalışmamızda da benzer bulgularla karşılaşıldı.<sup>13</sup> Çalışmamızda katarakt hastalarında lensin irisi öne doğru itmesinin ve olası rölatif pupiller bloğun ön kamara sığlaşmasına neden olduğu, ameliyat sonrası bu faktörlerin ortadan kalkması ile ÖKD ve ÖKA'da artış meydana geldiği sonucuna varıldı.<sup>13</sup>

Katarakt cerrahisi sonrası ön kamara değişiklikleri yanında GİB değişikliklerinin de meydana geldiği bilinmektedir. Kim ve ark.<sup>11</sup> glokomlu olgularda fakoemülsifikasyonla katarakt cerrahisi sonrası GİB'da anlamlı düşüş ve hastaların kullandıkları glokom ilacı sayısında azalma saptamışlardır. Benzer şekilde Shingleton ve ark.<sup>12</sup> da glokomu olan ve olmayan olgularda katarakt ameliyatı sonrası anlamlı GİB düşüşü saptamışlardır. GİB azalmasının mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte ameliyat öncesi GİB değeri, glokom varlığı, ÖKD ve ÖKA'daki artış ile bağlantılı olabileceği düşünülmüştür.<sup>3-4</sup> Ancak önceki çalışmamızda fakoemülsifikasyon sonrası GİB'da anlamlı düşüş olmasına rağmen GİB ile ÖKD ve ÖKA değişimleri arasında bir korelasyon bulunmamıştı.<sup>13</sup> Bu durum dar açılı, dar ön kamaralı ve glokomu olan olguların çalışma dışı bırakılması ile açıklanabilir. Bu çalışmamızda ise üveitik kataraktlı hastalarda fakoemülsifikasyonla GİB'li katarakt ekstraksiyonundan sonra ÖKD ve ÖKA'nın arttığı fakat GİB'da anlamlı değişikliğin olmadığı görüldü. Bu durum trabeküler ağda inflamasyon varlığına, açının inflamatuvar materyalle tıkanmış olmasına, periferik ön sineşilere veya uzun süreli steroid kullanımından kaynaklanmış trabeküler ağ değişikliklerine bağlı olabilir. Olgularımızda gonioskopik sineşi varlığının olmaması diğer nedenlerin ön plana çıkmasına neden olmaktadır. Doğal olarak trabeküler ağda var olan bir patoloji durumunda iridokorneal açıda meydana gelen değişikliklerin GİB düşüşü üzerine bir etkisi olmayacaktır.

Sonuç olarak, üveite bağlı katarakt olgularında normal katarakt olgularının ameliyatlarından sonra saptanan GİB düşüşü görülmemektedir. Bu durum özellikle glokomla birliktelik gösteren üveitik katarakt olgularının ameliyat sonrası glokom tedavilerinin düzenlenmesinde önem taşımaktadır. Fakoemülsifikasyon sonrası ön segment ve GİB değişimlerinin uzun sürelerde nasıl değişim gösterdiği daha uzun süreli çalışmalarla gösterilebilecektir.

## KAYNAKLAR/REFERENCES

1. Elmas K, Duman S.: Üveitik sendromlarda katarakt cerrahisi. T Oft Gaz. 2002;32:446-454.
2. Kanski JJ.: Uveitis. In: Clinical Ophthalmology. A Systematic Approach. Edinburgh: Butterworth-Heinemann,. 2003;10:270-316.
3. Cekic O, Batman C, Totan C et al.: Changes in anterior chamber depth and intraocular pressure after phacoemulsification and posterior chamber intraocular lens implantation. Ophthalmic Surg Lasers. 1998;29:639-642.
4. Altan C, Bayraktar S, Altan T, et al.: Anterior chamber depth, iridocorneal angle width, and intraocular pressure changes after uneventful phacoemulsification in eyes without glaucoma and with open iridocorneal angles. J Cataract Refract Surg. 2004;30:832-838.
5. Hayashi K, Hayashi H, Nakao F, et al.: Changes in anterior chamber angle width and depth after intraocular lens implantation in eyes with glaucoma. Ophthalmology. 2000;107:698-703.
6. Steuhl KP, Marahrens P, Frohn C, et al.: Intraocular pressure and anterior chamber depth before and after extracapsular cataract extraction with posterior chamber lens implantation. Ophthalmic Surg. 1992;23:233-237.
7. Kurimoto Y, Park M, Sakae H, et al.: Changes in the anterior chamber configuration after small-incision cataract surgery with posterior chamber intraocular lens implantation. Am J Ophthalmol. 1997;124:775-780.
8. Özer PA, Altıparmak UE, Şatana B, ve ark.: Psödoeksfolyasyon Sendromu olan ve olmayan hastalarda fakoemülsifikasyon sonrası erken dönemde göz içi basınç takibi ve önemi. Glo-Kat. 2007;2:267-270.
9. Suzuki R, Kuroki S, Fujiwara N.: Ten-year follow-up of intraocular pressure after phacoemulsification and aspiration with intraocular lens implantation performed by the same surgeon. Ophthalmologica. 1997;211:79-83.
10. Tong JT, Miller KM.: Intraocular pressure change after sutureless phacoemulsification and foldable posterior chamber lens implantation. J Cataract Refract Surg. 1998;24:256-262.
11. Kim DD, Doyle JW, Smith MF.: Intraocular pressure reduction following phacoemulsification cataract extraction with posterior chamber lens implantation in glaucoma patients. Ophthalmic Surg Lasers. 1999;30:37-40.
12. Shingleton BJ, Gamell LS, O'Donoghue MW, et al.: Long-term changes in intraocular pressure after clear corneal phacoemulsification: normal patients versus glaucoma suspect and glaucoma patients. J Cataract Refract Surg. 1999;25:885-890.
13. Yıldırım N, Özer A, Şahin A, ve ark.: Fakoemülsifikasyon ve intraoküler lens implantasyon cerrahisinin ön kamara derinliği, ön kamara açısı ve göziçi basıncı üzerine etkisi. T Oft Gaz. 2006;36:311-315.
14. Berker N, Soykan E, Elgin U, ve ark.: Phacoemulsification cataract extraction and intraocular lens implantation in patients with Behcet's disease. Ophthalmic Surg Lasers Imaging. 2004;35:215-218.
15. Meacock WR, Spalton DJ, Bender L, et al.: Steroid prophylaxis in eyes with uveitis undergoing phacoemulsification. Br J Ophthalmol. 2004;88:1122-1124.
16. Lam LA, Lowder CY, Baerveldt G, et al.: Surgical management of cataracts in children with juvenile rheumatoid arthritis-associated uveitis. Am J Ophthalmol. 2003;135:772-778.
17. Nguyen NX, Kuchle M, Naumann GO.: Quantification of blood-aqueous barrier breakdown after phacoemulsification in Fuchs' heterochromic uveitis. Ophthalmologica. 2005;219:21-25.
18. Jabbur NS.: Excessive fibrin after cataract surgery associated with aminocaproic acid use. J Cataract Refract Surg. 2003;29:1636-1937.
19. Erol N, Ozer A, Topbas S, ve ark.: Treatment of intracameral fibrinous membranes with tissue plasminogen activator. Ophthalmic Surg Lasers Imaging. 2003;34:452-456.