

# Tek Taraflı İridoskizisli Hastada Katarakt Cerrahisi

A Case of Cataract Surgery with İridoschisis

İbrahim Çağrı TÜRKER<sup>1</sup>, Nihal BALCIOĞLU<sup>1</sup>, Dilek GÜVEN<sup>2</sup>

Olgu Sunumu

Case Report

## ÖZ

Bu olgu sunumunda iridoskizis ve kataraktı olan, komplikasyonsuz katarakt cerrahisi geçiren hastanın klinik özelliklerini tanı, tedavisini tartışmaktayız. İridoskizis ön iris stromasının atrofisi ve liflere ayrışması ile giden tek yada çift taraflı nadir rastlanan bir durumdur. Sıklıkla yaşa bağlı katarakt, travma, açı kapanması glokomu ile görülse de nadiren intertisyel keratitin eşlik ettiği konjenital sfiliz ile de görülebilir. İridoskizis klinisyeni ortaya çıkabilecek glokom yönünden uyarmalı ve optik sinir hasarını önlemek için iyi bir glokom takibi yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** İridoskizis, katarakt cerrahisi.

## ABSTRACT

In this case report we discuss clinical appearance, diagnostic evaluation and treatment approach in a case who underwent cataract surgery successfully with iridoschisis. İridoschisis is a rare degenerative condition of the iris stroma with the anterior atrophic portion disintegrating into fibrils that can be seen unilaterally or bilaterally. it is frequently associated with age-related cataract, trauma, angle closure glaucoma and rarely congenital syphilis with or without the presence of interstitial keratitis. iridoschisis must warn the clinician to assess the patient for pre-existing glaucoma .treatments to prevent possible damage of the optic nerve and a good control of the glaucoma must be achieved.

**Key Words:** İridoschisis, cataract surgery.

*Glo-Kat 2011;6:66-68*

## GİRİŞ

Bu olgu sunumunda iridoskizis ve kataraktı olan, komplikasyonsuz katarakt cerrahisi geçiren hastanın klinik özelliklerini tanı, tedavisini tartışmaktayız. İridoskizis ön iris stromasının atrofisi ve liflere ayrışması ile giden tek ya da çift taraflı nadir rastlanan bir durumdur. Sıklıkla yaşa bağlı katarakt, travma, açı kapanması glokomu ile görülse de nadiren intertisyel keratitin eşlik ettiği konjenital sifiliz ile de görülebilir. İridoskizis klinisyeni ortaya çıkabilecek glokom yönünden uyarmalı ve optik sinir hasarını önlemek için iyi bir glokom takibi yapılmalıdır.

**Geliş Tarihi :** 14/08/2010

**Kabul Tarihi :** 13/10/2010

**Received :** August 14, 2010

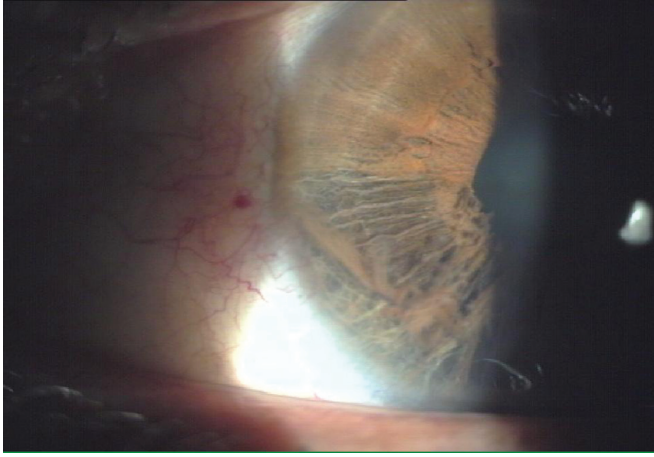
**Accepted :** October 10, 2010

- 1- Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Göz Kliniği, İstanbul, Uzm. Dr.
- 2- Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Göz Kliniği, İstanbul, Doç. Dr.

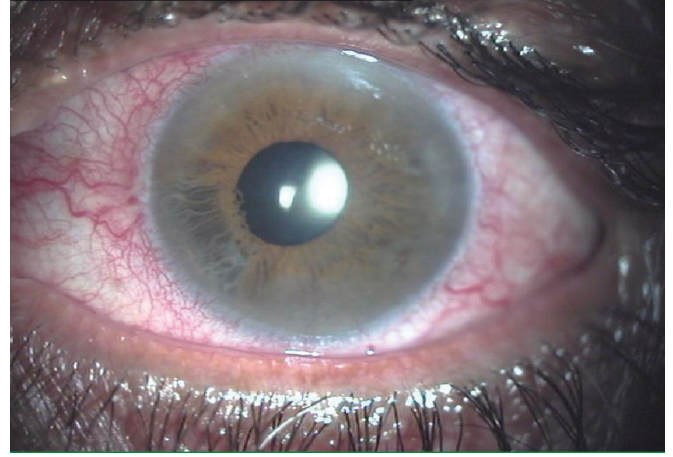
- 1- M.D. Şişli Etfal Training and Research Hospital 1 st Eye Clinic İstanbul/TURKEY  
TÜRKER İ.Ç., drcagriturker@hotmail.com
- 2- M.D. Associate Professor, Şişli Etfal Training and Research Hospital 1 st Eye Clinic  
İstanbul/TURKEY  
GÜVEN D., dkguven@hotmail.com

**Correspondence:** M.D. İbrahim Çağrı TÜRKER

Şişli Etfal Training and Research Hospital 1 st Eye Clinic İstanbul/TURKEY



**Resim 1:** Sol gözde saat 7-8 hizasında iris stromasında ayrışma saptandı.



**Resim 2:** Sol gözde saat 7-8 hizasında iridoskizis ameliyat sonrası görüntüsü.

### OLGU SUNUMU

Polikliniğimize her iki gözde az görme ile başvuran 60 yaşında erkek hastanın anamnezinde sistemik bir hastalığı saptanmadı. Yapılan okuler muayenesinde en iyi düzeltilmiş görme keskinliği her iki gözde tashihle Snellen eşeli ile 2/10 seviyesindeydi. Biyomikroskopik ön segment muayenesinde her iki gözde kortikonukleer katarakt saptanan hastanın sol gözde saat 7-8 hizasında iris stromasında ayrışma saptandı (Resim 1). Fundus muayenesinde her iki gözde 5/10 çukurluk/disk (c/d) oranı mevcuttu. Aplanasyon tonometrisi ile göz içi basınçları (GİB) sağda 15 mmHg solda 17 mmHg ölçüldü. Pakimetric kornea kalınlığı her iki gözde 550 mikron idi. Gonioskopik muayenesinde iridoskizis alanına uyan bölgelerde periferik anterior sineşiler mevcuttu. Travma hikayesi bulunmamaktaydı. Hastanın serolojik ve sfiliz testleri negatifti [treponemal (RPR-) ve non-treponemal (TPHA-)]. Hastada bilateral katarakt ve düşük görme keskinliği nedenli bilateral katarakt cerrahisi planlandı.

Retrobülber ve topikal lokal anestezi ile saat 12 den saydam korneal kesi ile ön kamaraya girildi. %1.8 lik viskoelastik madde ile ön kamara oluşturuldu. Kapsülörek sis, hidrodisseksiyon, hidrodeleniasyon ardından fako ile nukleus, irrigasyon aspirasyon ile korteks temizliği yapıldı. İrrigasyon aspirasyon aşamasında iris stromasından ayrılan lifler aspire edildi. Foldable bag içi lens implante edilip portlar hidrate edilerek ameliyata son verildi. Ameliyat sırasında iris travması, dilatasyon kaybı, hifema, arka kapsül açılması gibi komplikasyonlar gelişmedi.

Ameliyat sonrası birinci gün muayenesinde görme keskinliği 1/10 seviyesindeydi. Korneada minimal ödem mevcuttu, fundus muayenesi normal olarak saptandı ve hasta topikal antibiyotikli, steroidli damla, dilatasyon damlası ve antibiyotikli pomad verilerek taburcu edildi. Yapılan birinci ay muayenesinde görme keskinliği her iki gözde tashihle 5/10 idi, ön segmentte sol gözde saat 7-8 hizasında iridoskizis belirgindi (Resim 2). IOL bag içinde ve fundus muayenesi doğaldı.

### TARTIŞMA

İridoskizis ön iris stromasının atrofisi ve liflere ayrışması ile giden tek yada çift taraflı nadir rastlanan bir patolojidir. İrisin ön stromasından ayrılan lifler ön kamarda serbest olarak dolaşabilmektedir. Carnevalini ve ark., bu bölgede pupilla kenarından başlayan ve etkilenen stromal bölgeye kadar uzanan perfüze damarları göstermişlerdir.<sup>1</sup> Olgumuzda ön segment biyomikroskopik muayenesinde iris lifleri arasında vaskülarizasyon görülse de ön segment anjiyografisi ile görüntülenmemiştir. Cerrahi sırasında ve ameliyat sonrası kontrollerde hifema saptanmamıştır.

Rodrigues ve ark. yaptığı elektron mikroskopik çalışmalarda etkilenen bölgede stromada incelleme, kollajen fibrillerde azalma saptansa da damar ve sinirlerde etkilene görülmemiştir. Kornea endoteli ile temasta olan kısımlarda endotel sayısında azalma saptanmıştır.<sup>2</sup> Olgumuzda endotel teması ve buna bağımlı bir komplikasyon saptanmamıştır.

John Danias ve ark., yaptıkları çalışmada genetik geçiş üzerinde durulmuştur. Yetmiş bir yaşında her iki gözünde iridoskizis saptanan hastanın asemptomatik kızına yapılan yüksek frekanslı (50 MHz) ultrasonografi de iris stromasında değişiklikler saptanmıştır.<sup>3</sup> Vakamızın detaylı yapılan anamnezinde ailede erken dönemde saptanmış okuler patoloji hikayesine rastlanmamıştır.

İridoskizis açığı kapanması glokomuna neden olabilecek bir patoloji olsa da, bunun mekanizması tam olarak açıklanamamıştır. İaccarina ve ark.'nın 70 yaşında açığı kapanması glokomu ve iridoskizis saptadıkları olgu sunumlarında yaptıkları A ve B scan USG de hastada her iki gözde sıg ön kamara öne doğru yer değiştirmiş lens ve vitreus içi yüzen cisimler saptamıştır. Hastada biyomikroskopik muayenede her iki gözde yüksek c/d oranı saptanmıştır. Hasta topikal antiglokomatöz damlalar ve lazer iridotomi ile tedavi edilmiştir.<sup>4</sup> Olgumuzda yaptığımız fundus muayenesinde her iki gözde 5/10 c/d oranı saptanmış olup, hastanın aplanasyon tonometrisi ile

yapılan ölçümlerinde GİB'ları normal sınırlar içinde saptanmıştır. Pakimetric kornea kalınlığı 550 mikron olan hastada sinir lifi kalınlığı normal bulunmuş ve glokom düşünülmemiştir.

Lee EJ ve ark., 64 yaşında bilateral iridoskizis ve katarakt olan hastada cerrahi sırasında pupil dilatasyonu için iris kancaları kullanmadan dilatasyon sağlamışlardır. Ön kamara yoğun viskoelastik madde ile oluşturulmuş ve bu sayede iris lifleri aspire edilmemiştir. Olgumuzda pupilla dilatasyonu sorunu yaşanmasa da irigasyon aspirasyon aşamasında ön kamarada dolaşan iris lifleri aspire edilmiştir.

Shields MB, iridoskizis ayırıcı tanısında ICE sendromlarının (esansiyel iris atrofisi, iris nevus (Cogan-Reese sendrom) ve Chandler's sendromunun (periferal anterior sineşi ve korneal ödem) mutlaka göz önünde bulundurulması gerektiğini bildirmiştir. Esansiyel iris atrofisinde heterokromi, belirgin korektopi, ektropion üvea ve psödopolikori görülmektedir. Chandler sendromunda iris atrofisi, kornea ve açığı bulguları mevcuttur.

İris nevüs sendromu genellikle tek taraflıdır, kornea genellikle ödemlidir ve iriste sınırları belirgin yüzeyden kabarıklık lezyon mevcuttur. İridokorneal endotelial sendromda korneada periferik ön sineşilerin etrafında normal ve anormal endotel hücreleri arasında belirgin bir sınır mevcuttur. Bizim olgumuzda bir gözde iris stromasında ayrışma olsa da korneal patoloji saptanmamış ve bu ön tanılardan uzaklaşmıştır.

Waring GO ve ark. nörokristopatinin ayırıcı tanıda dikkate alınması gerektiğini vurgulamışlardır. Nörokristopatide iris ve korneada hipoplazi ve iris stromal liflerinin periferik korneaya adhezyonu görülmektedir. Bu sendromun varyantları olarak Axenfeld-Rieger ve Peter's anomalileri bilinmektedir.<sup>7</sup>

Loewenstein, Foster ve Sledge iridoskizisin travma sonucu meydana geldiğini öne sürmektedir. Ani yükselen GİB ile irisin stromal liflerinin ayrıldığını ön ve arka stromanın bu şekilde uzun dönemde yavaş yavaş ayrıldığını söylemektedir.<sup>8</sup> Hastamızda travma öyküsü mevcut değildir. Travmaya eşlik eden kornea yada lens bulgularına rastlanmamıştır.

Tüm bu olgu sunumlarında iridoskizisin yaşa bağlı katarakt, travma, açığı kapanması glokomu, konjenital sifiliz ile görülebileceği bildirilmiştir. Olgumuzda iridoskizise eşlik eden senil katarakt mevcuttu. Hastamızda takipler sırasında GİB yüksek olarak saptanmasada fundus muayenesinde cerrahi öncesi saptanan 5/10 c/d oranı nedenli hasta glokom açısından takibe alınmıştır.

#### KAYNAKLAR/REFERENCES

1. Carnevalini A, Menchini U, Bandello F et al.: Aspects fluororidographiques de L'Iridoschisis. J Fr Ophthalmol. 1988;11:329-332.
2. Rodrigues MC, Spaeth GL, Krachmer JH, et al.: Iridoschisis associated with glaucoma and bullous keratopathy. Am J Ophthalmol. 1983;95:73-81
3. Danias J, Aslanides I.M., Eichenbaum J.W. et al.: Iridoschisis: high frequency ultrasound imaging. Evidence for a genetic defect. British Journal of Ophthalmology. 1996;80:1063-1067
4. Iaccarino G, Forte R, Cennamo G. J.: Fr Ophtalmol. 2006;29:26.
5. Lee EJ, Lee JH, Hyon JY, et al.: Korean J Ophthalmol. 2008;22:58-62.
6. Shields MB.: Progressive essential iris atrophy, Chandler's syndrome and iris nevus (Cogan-Reese) syndrome. A spectrum of disease. Surv Ophthalmol. 1979;24:3-20.
7. Waring GO, Rodrigues MM, Laibson PR.: Anterior chamber cleavage syndrome. A step ladder classification. Surv Ophthalmol. 1975;20:3-27.
8. Loewenstein A, Foster J, Sledge S.: A further case of Iridoschisis. Br J Ophthalmol. 1948;32:129-134