

Lignöz Konjunktivitli Olguda Katarakt Gelişimi ve Ameliyat Sonrası Pupiller Fibrinoid Membran Oluşumu

Yusuf KOÇLUK*, Züleyha YALNIZ AKKAYA*, Ayşe BURCU*, Firdevs ÖRNEK*

ÖZET

İki yaşında lignöz konjunktivit tanısı alan kız olguda, 4.5 yaşında beyaz katarakt gelişti. Katarakt gelişiminin kortikosteroid kullanımına bağlı olabileceği düşünüldü. Komplikasyonsuz fakoemülsifikasyon ve intraoküler lens implantasyonu sonrası yoğun pupiller membran izlendi. Katarakt cerrahisi sonrası bozulan kan aköz bariyerinden ön kamaraya geçen fibrinin, plazminojen eksikliği nedeniyle yeterince temizlenemesinden dolayı, yoğun pupiller membran geliştiği düşünüldü.

Anahtar Kelimeler:

Lignöz konjunktivit, Katarakt, Plazminojen eksikliği, Plazmin

Cataract Development and Fibrinoid Pupillary Membrane Formation after Surgery in the Patient with Ligneous Conjunctivitis

SUMMARY

A 4.5-year old girl, who was diagnosed with ligneous conjunctivitis at 2-year-age developed a white cataract. Cataract development was thought to occur by the corticosteroid use. Dense pupillary membrane was observed after uncomplicated phacoemulsification and intraocular lens implantation surgery. The development of dense pupillary membrane was thought to occur due to insufficient cleaning of fibrin, which get into anterior chamber through impaired blood-aqueous barrier, due to low plasminogen levels.

Key Words:

Ligneous conjunctivitis, Cataract, Plasminogen insufficiency, Plamin

Giriş

Lignöz konjunktivit (LK), sistemik plazminojen eksikliği ile ilişkili tekrarlayıcı membranöz konjunktival lezyonlarla karakterize nadir görülen bir hastalıktır. Bu hastalık tipik olarak çocuklarda görülür. Oküler lezyonlara ağız, kulak, nazofarinks, solunum yollarında, sindirim sisteminde ve bayanlarda genital yollarda müköz membranlar, nadir olarakda konjenital oklüzif hidrosefali eşlik edebilir.¹

Hastalığın başlama yaşı 3 günlükten 85 yaşa kadar değişebilmekle beraber, genellikle 5 yaş civarında sıklığı artmaktadır.¹

Hastalarda tipik olarak kronik konjunktivit görülür. Erken dönemlerde akıntı ve membranlar görülmez. İnflamasyonun devamı ile beyaz, neovasküler membranın üzerinde kalınlaşmış damarsız bir kitle olarak görünür. Bu lezyon daha çok alt ve üst kapak konjunktivasında görülmek-

le birlikte bulbar konjunktiva ve limbusta da olabilir.¹ Uygun tedaviye rağmen zamanla, enflamasyon devam eder ve lezyon kalınlaşır ve sertleşir. Bu geç, kırmızı ve sert lezyon ilk olarak Borel tarafından odunsu anlamına gelen lignöz olarak isimlendirilmiştir.

Tedavide, cerrahi eksizyon sonrası tekrarlar sıktır. Medikal tedavi olarak artırılmış plazminojen, taze donmuş plazma, heparin, kortikosteroidler, topikal siklosporinler veya azotipürin uygulamaları bildirilmiştir.²

Bu çalışmada LK'li olgularda katarakt oluşabileceği ve katarakt ameliyatı sonrası pupil alanında fibrinöz membran gelişebileceği tartışılmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Sol üst kapakta şişlik şikayeti ile muayeneye getirilen iki yaşında kız hastanın, bir yaşından beri gözlerinde ça-

paklanma ve farklı polikliniklerde uygulanan konjunktivit tedavi öyküsü vardı. Sol gözde çapaklanma, konjunktiva hiperemisi ve üst kapak konjunktivasında 5x6 mm genişlikte sarımsı beyaz membranöz vaskülarize lezyon mevcuttu. Sağ göz normaldi. Hastada plazminojen seviyesi 34 mg/dl (Normal Değer: 55-145) düzeyinde idi. Öykü, klinik muayene ve plazminojen seviyesinin düşük olması nedeniyle LK tanısıyla takibe alındı. Sol üst göz kapağında ki membranlara membranektomi ve amniotik membran transplantasyonu yapıldı. Topikal deksametazon %0,1 (Maxidex oftalmik süspansiyon, Alcon) 8x1, topikal siklosporin %0,05 (Restasis oftalmik emülsiyon, Allergan Inc) 4x1, heparin 5.000 ünite/ml 5x1 (Nevparin 25.000' iu 1 flakon, Mustafa Nevzat) ve koruyucu madde içermeyen suni göz yaşı (Tears naturale free tek doz, Alcon) 8x1 damla başlandı. Topikal steroid klinik düzelmeye paralel tedrici olarak azaltılıp kesildi. Topikal siklosporin, heparin ve suni gözyaşı tedavisi ile takip edildi. Yaklaşık bir yıllık takipte üst kapaktaki membranöz kitlede küçülme izlendi ve daha sonra takibe gelmedi.

Hastamız 4,5 yaşında iken dış merkezde katarakt tanısı konması üzerine ameliyatının yapılması için tekrar kliniğimize getirildi. Görme keskinliği sağda tam, solda el hareketleri düzeyinde idi. Sağ göz kapakları, ön segment ve fundus yapıları normaldi. Sol üst kapak konjunktivasında lateral bölgede 3x4 mm'lik membranimsi kitle ve beyaz katarakt teşhis edildi (Resim 1, 2). B-scan ultrasonografi de sol gözde retina ve koroid yatışık ve vitreus normal olarak izlendi. Non-kontakt tonometre ile göz içi basınçları sağda 16 mmHg ve solda 18 mmHg ölçüldü. Hastanın kalça eklemindeki lüksasyon tedavisi için dış merkezde geçirdiği mükerrer ameliyatlardan dolayı son 1,5 yıl takibe gelemediği, farklı göz kliniklerinde muayene olduğu ve düzensiz olarak topikal kortikosteroid, siklosporin ve suni gözyaşı damlattığı öğrenildi.



Resim 1: Olgumuzun preoperatif katarakt görünümü



Resim 2: Üst tarsal Lignöz konjunktivit

Sol göze tripan mavisi kullanılarak ön kapsülün boyanması ile standart, komplikasyonsuz fakoemülsifikasyon ve katlanabilir hidrofobik akrilik intraoküler lens implantasyonu (Acrysof MA60AC, Alcon) ameliyatı uygulandı ve kesi yerleri 10-0 monofilaman naylon ile sütüre edildi. Ameliyat sonrasında topikal deksametazon %0,1 (Maxidex oftalmik süspansiyon, Alcon) ve ofloksasin % 0,3 (Exocin % 0.3 oftalmik solusyon, Abdi İbrahim) saat başı, topikal siklosporin %0,05 (Restasis oftalmik emülsiyon, Allergan Inc.) 4x1, heparin 5000 ünite/ml (Nevparin 25.000 iu 1 flakon, Mustafa Nevzat) 5x1 damla başlandı. Ameliyat sonrası birinci gün hafif konjunktival hiperemi, ön kamarada yoğun fibrinoid reaksiyon, göz içi lensi ön yüzeyinde pupiller sahada membran oluşumu tespit edildi (Resim 3). Üst kapaktaki lignöz kitlede enflamasyon artışı ve aktivasyon saptanmadı. Ameliyat sonrası dördüncü günde pupiller membran tamamen gerileyip kayboldu (Resim 4).



Resim 3: Ameliyat sonrası 1. gün fibrinoid reaksiyon



Resim 4: Ameliyat sonrası 4. günde fibrinoid reaksiyonun görülmüş görünümü

Ameliyat sonrası 7. günde sol gözdeki görme keskinliği Snellen eşeli ile 0,2 seviyesindeydi. Heparin damlanın düzenli olarak kullanılmaya başlanması nedeniyle lignöz kitlede küçülme oldu. Antibiyotikli damla onuncu günde, kortikosteroid damla azaltılarak bir ayda kesildi. Topikal heparin 4x1, topikal siklosporin 2x1 ve suni göz yaşı 6x1 tedavisine devam edildi.

Tartışma

Oküler yüzeydeki plazminojen aktivatörleri normalde korneada üretilir ve bu aktivatörler plazminojeni plazmine çevirirler. Bunlar da fibrinolizis yoluyla korneadaki fibrin depozitleri temizlerler. Plazminojen eksikliği ile mukus ipkikçikleri birikir ve bunlarda enflamatuvar hücreler ve fibroblastları uyarır. Plazminojen desteği ile bu bulgular tersine dönebilir.³ Bizim olgumuzda da plazminojen seviyesi, normal plazminojen değerinin alt sınırının yarısı değerlerde olup, oldukça düşük bulundu.

Plazminojen eksikliği bulunan bu hastalarda fiziksel, cerrahi müdahale ya da enfeksiyon gibi travmaların enflamasyonu uyarması ile LK gelişimi tetiklenebilmektedir. Özellikle cerrahi travma, LK nedeni olarak düşünülür. Literatürde de 24 yaşındaki bayan hastada, sol alt kapak konjunktivasından üst kapağa otograft yapıldığı ve konjunktiva cerrahisi sonrası alt ve üst kapak palpebral konjunktivada tedaviye dirençli lignöz oluşum geliştiği bildirilmiştir.⁴ Bizim olgumuzda 1,5 yıl önce üst palpebral konjunktivaya yönelik membran eksizyonu ve amniotik membran transplantasyonu cerrahisi uygulanmış olmasına rağmen bulgularda tam bir sağaltım elde edilememiştir.

Yapılan bir çalışmada topikal siklosporinin, plazminojen dışındaki topikal ajanlardan daha etkili olduğu tespit

edilmiş.⁴ Bir çalışmada üç sene boyunca takip edilen, tedaviye dirençli lignöz konjunktivitli olan üç yaşındaki kız hastada, topikal ve intravenöz taze donmuş plazma ile kronik konjunktivit tablosunda düzelme sağlandığı bildirilmiştir.⁵ Ülkemizde yapılmış başka bir çalışmada topikal ve sistemik olarak uygulanan taze donmuş plazma tedavisi ile lignöz konjunktivitte konjunktival membranın hızla rezolüsyonunun sağlanabileceği ve rekürasin engellenebileceği bildirilmiştir.⁶ Olgumuza önceki cerrahi müdahalesinde topikal siklosporin başlanmasına rağmen tedavinin düzenli yapılamadığı öğrenildi. Plazminojenin temin edilmesinin ve muhafaza edilemesinin zor olması, kontamine olma olasılığı ve ailenin sosyoekonomik seviyesinin düşük olması nedeniyle olgumuzun tedavisine plazminojen ekleyemedik. Fakat katarakt cerrahisi sonrası siklosporin ve heparin damlanın düzenli olarak damlatılmaya başlanması-nın ardından üst kapaktaki kitlenin küçüldüğü görüldü.

Literatürde LK'e eşlik eden katarakt gelişimi mekanizmasını açıklayacak yeterli bilgi bulunmamakla birlikte birkaç olgu sunumu mevcuttur. Tok ve ark. 5 yaşında kız hastanın sağ gözünde LK ile birlikte korneal lökom ve katarakt geliştiğini ve kataraktın kortikosteroid kullanımına ikincil olarak geliştiğini düşündüklerini bildirmişlerdir.⁷ Kortikosteroid kullanımına ikincil kataraktlar genellikle arka subkapsüler şeklinde gelişmektedir.⁸ Bizim olgumuzda ise beyaz katarakt şeklinde izlenmiştir.

Literatürde LK'li hastaların katarakt cerrahisi ve sonrası ile ilgili herhangi bir bildirim yapılmamıştır. Olgumuzdaki postoperatif yoğun pupiller membran oluşumunun plazminojen eksikliği ile birlikte LK'de cerrahi sırasında bozulan kan aköz bariyerinden ön kamaraya geçen fibrinin plazminojen eksikliği nedeniyle yeterince temizlenemediğinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Bunun yanında infantlarda, ön vitreus yüzeyi daha reaktiftir ve katarakt operasyonu sonrası enflamatuvar yanıt daha şiddetlidir.⁹ Küçükşümer ve ark.'nın çalışmasında postoperatif fibrinoid reaksiyon oranı %13 olarak bildirilmiştir.¹⁰ Olgumuzda görüldüğü gibi, pediatrik katarakt cerrahisinde zaten artmış olan fibrinoid reaksiyon riskine, lignöz konjunktivit ve plazminojen eksikliği de eklenince pupiller membran gelişiminin büyük oranda oluşabileceği düşünüldü.

Sonuç olarak, LK'li olgumuzda, lignöz konjunktivitte kortikosteroidle bağlı katarakt gelişebileceği, yapılan katarakt cerrahisi sonrası gelişen fibrinoid reaksiyonun pediatrik katarakt cerrahisindeki artmış riskin yanı sıra, plazminojen eksikliğine bağlı da oluşabileceği düşünüldü. Fakat kesin sonuca ulaşmak için daha fazla olgu ve çalışmaların bildirilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Krachmer JH, Mannis MJ, Holland EJ. Cornea. Fundamentals, diagnosis and management. Volume one. 2nd Edition. St. Louis: Mosby Year Book 2005;p:719-24.
2. Heidemann DG, Williams GA, Hartzer M, Ohanian A Citron ME. Treatment of ligneous conjunctivitis with topical plasmin and plasminogen. Cornea 2003;22:760-2
3. Watts P et al. Effective treatment of ligneous conjunctivitis with topical plasminogen. Am J Ophthalmol 2002;133;451-5.
4. Schwartz GS, Holland EJ. Induction of ligneous conjunctivitis by conjunctival surgery. Am J Ophthalmol 1995;120:253-4.
5. Şekeroğlu HT, Yağmur M, Erdem E, Doğan NÇ, Kılınç Y, Şimşek F. Dirençli Bir Lignöz Konjonktivit Olgusunda İntravenöz ve Topikal Taze Donmuş Plazma Tedavisi: Lignöz Konjonktivitlere Genel Bakış. T Klin J Ophthalmol 2012;21 (1):58-60.
6. Akçetin TA, Sarıcı K, Eltutar K, Paşaoğlu E, Bozkurt ER, Celkan TT. Lignöz Konjonktivit: Klinik ve Histopatolojik Özellikleri ve Tedaviye Yanıt. T Klin J Ophthalmol 2013;22 (1):45-9
7. Tok OY, Kocaoglu FA, Tok L, Burcu A, Ornek F. Treatment of ligneous conjunctivitis with amniotic membrane transplanta-
tion and topical cyclosporine. Indian Journal of Ophthalmology 2012;60(6):563-6.
8. Fel A, Aslangul E, Le Jeune C. Eye and corticosteroid's use. Presse Med 2012;41(4):414-21.
9. Vasavada A, Trivedi RH. Role of optic capture in congenital cataract and intraocular lens surgery in children. J Cataract Refract Surg 2000;26:824-31.
10. Küçüksümer Y, Utine CA, Perente i, Kevser MA, Yılmaz ÖF. Pediatrik katarakt olgularına cerrahi yaklaşımlarımız. T Oft Gaz 2006;36:118-124.

Kimlik

Geliş Tarihi: 15.03.2013

Kabul Tarihi: 16.04.2013

* Dr., Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Yazışma Adresi: Yusuf Koçluk, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Bankası Şükriye Mah. Ulucanlar Cad. No:89 Altındağ, Ankara

e-posta: kocluk99@gmail.com