

Granüloamatöz Üveitli Bir Olguda İntraoküler Lens Eksplantasyonu

Şansal GEDİK*, Cem KÜÇÜKERDÖNMEZ**, Yonca A. AKOVA***, Banu BİLEZİKÇİ****

ÖZET

Üveit atakları geçirmiş bir hastada, intraoküler lens (IOL) implantasyonusonrası gelişen tedaviye dirençli granüloamatöz üveit tedavisini tartışmak, katarakt cerrahisi sonrası IOL eksplantasyon endikasyonlarını tartışmak. Uzun yıllardır üveit tanısıyla takip edilen, iki yıl önce sol gözünden katarakt cerrahisi geçiren ve ameliyat sonrası tedaviye dirençli üveit sebebiyle tedavi edilen yetmişiki yaşındaki bayan hastanın sol gözde görme keskinliği 20/200 düzeyinde tespit edildi. Ön segment muayenesinde endotelde yaygın granüloamatöz keratik presipitatlar, ön kamarada 3+ hücre, aç b6lgesinde hücre birikintileri izlendi. Medikal tedaviye cevapsız olması nedeniyle IOL eksplantasyonu yapılan hastanın postoperatif 1. haftada görmesinin afak tashihle 20/30 düzeyine çıktığı, keratik presipitatların kaybolduğu gör6ldü. Aç b6lgesindeki depozitlerden yapılan histopatolojik incelemede epitelioid histiositik topluluklar tespit edildi. Üveit hikayesi bulunan hastalarda, katarakt cerrahisi sonrası tedaviye dirençli üveit atağı gör6lebilir. Bu hastalarda erken dönemde IOL eksplantasyonu sekonder komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Katarakt, Granüloamatöz üveit, IOL eksplantasyonu

Intraocular Lens Explantation in a Patient with Granulomatous Uveitis

SUMMARY

To discuss the treatment of granulomatous uveitis after intraocular lens (IOL) implantation in a patient who had a complaint of recurrent uveitis, and to assess the indications of intraocular lens explantation after cataract surgery. A seventy-two-year-old female who had been followed for uveitis for many years and who had had a cataract surgery for her left eye, suffered from resistant uveitis for two years after IOL implantation and had a left visual acuity of 20/200. Slit-lamp examination revealed diffuse endothelial granulomatous keratic precipitates, 3+ aqueous cells and cellular precipitates in angle region. She underwent IOL explantation because of ineffectiveness of the medical therapy. She reached a best corrected visual acuity of 20/30 in the first week postoperatively and the keratic precipitates disappeared. Histopathology of the angular precipitates revealed epithelioid histiocytic collection. Resistant uveitis can be seen after cataract surgery in patients with a history of uveitis. Early IOL explantation may prevent secondary complications in these cases.

Key Words: Cataract, Granulomatous uveitis, IOL explantation

Giriş

Katarakt cerrahisi sonrası intraoküler lenslerin (IOL) kullanılması ile postoperatif görsel rehabilitasyon daha iyi olmuş; buna karşın IOL'e bağıli komplikasyonlar gör6lmeye başlamıştır.¹ Üveit, sekonder glokom, hifema, pupiller membran oluşumu, psödo fakik büllöz keratopati, kistoid makula ödemi, IOL dislokasyonu ve malpozisyonu katarakt cerrahisi sonrasında gör6lebilen ve IOL'in çıkarılmasını gerektirebilen komplikasyonlardır.^{2,3} Kapalı halka ön kamara lenslerinden günümüzün modern arka kamara intraoküler lenslerine geçiş bu komplikasyonların daha az gör6lmesini sağlamıştır. Ekstrakapsüler cerrahiden küçük kesi fakoemülsifikasyon yöntemine geçiş, viskoelastik ajanların kullanıma girmesi yanı sıra IOL materyal ve dizaynında gör6len hızlı yeniliklere rağmen günümüzde halen IOL yerleştirilmesi sonrası komplikasyonlar gör6lmektedir. Özellikle üveit olgularında lens implantasyonu sonrasında gör6len komplikasyonlar IOL eksplantasyonu ile sonuçlanabil-

mektedir. Bu olguda IOL çıkarılması gereken granüloamatöz üveitli bir hasta tartışılmış, histopatolojik sonuçları değerlendirilmiştir.

Olgu Sunumu

Yetmişiki yaşında bayan hasta, sol gözünde ağrı ve görme düzeyinde azalma şikayetleriyle Başkent Üniversitesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvurdu. Hastanın özgeçmişinden uzun yıllar üveit tanısıyla takip edildiğı, topikal kortikosteroidli damlalar kullanıldığı ve iki yıl önce sol gözünden katarakt ameliyatı olduğu öğrenildi. Sistemik muayenesinde ve sorgulamasında hipertansiyonu olduğu, osteoporoz için tedavi gör6ldüğü tespit edildi. Romatoloji ve göğüs hastalıkları konsültasyonu sonucunda hastada üveite eşlik eden sistemik bir hastalık olmadığı anlaşıldı. Yapılan rutin oftalmolojik muayenede görme düzeylerinin sağ gözde 20/60, sol gözde 20/200 olduğu belirlendi. Göz içi basıncı sağ gözde 16 mmHg, sol gözde 30 mmHg olarak tespit edildi. Biyomikroskopik muayenede sağ gözde ön kamarada 1+ hücre ve lens ön kapsülünde iris pigment e-

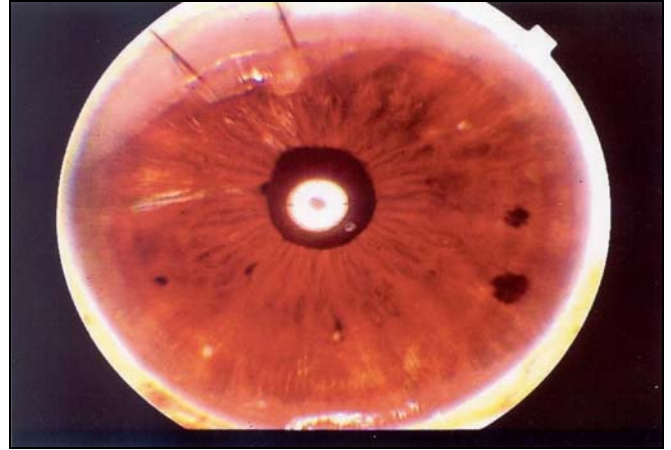
pitel hücreleri tespit edildi. Sol göz biyomikroskopik incelemede endotelde yaygın granülomatöz keratik presipitatlar (Şekil 1), ön kamarada 3+ hücre, açığı bölgesinde granülomatöz hücre birikintileri, ve vitrit görüldü. Arka kamara intraoküler lensin hafif aşağı doğru desantralize olduğu, arka kapsülün intakt olmadığı izlendi. Fundus muayenesinde, retinal infiltrat, vaskülit izlenmedi.



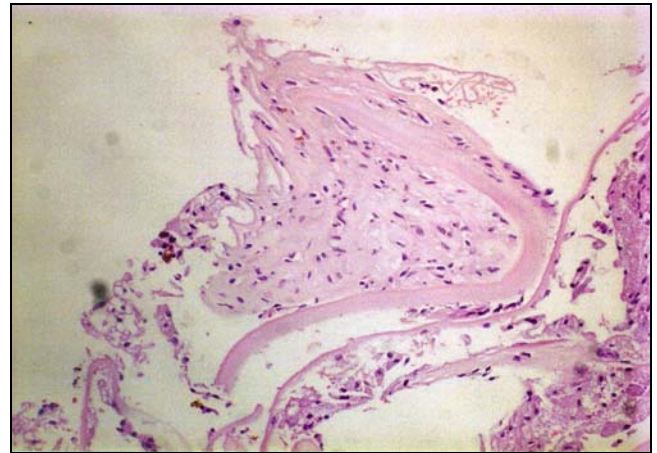
Şekil 1. Sol göz biyomikroskopik incelemede endotelde yoğun keratik presipitatlar izlenmektedir.

Tam kan sayımı, rutin kan biyokimyası, idrar tetkiki, akciğer grafisi gibi rutin tetkikler yanı sıra, serum C3, C4, antinükleer antikor, anti çift zincir DNA antikor, antifosfolipid antikor, antikardiyolipin düzeyi, romatoid faktör, anti nötrofil sitoplazmik antikor, anjiyotensin konverting enzim düzeyi ve sifiliz serolojisi (VDRL, FTA-Abs) gibi laboratuvar tetkikleri normal sınırlar aralığında tespit edildi. HLA B5.1 ve 27 negatif bulundu. Hasta bu bulgularla granülomatöz üveit ve sekonder glokom olarak değerlendirilerek, topikal prednizolon asetat %1 (saat başı bir damla, Pred-Forte, Abdi İbrahim, İstanbul), 0.5 mg/kg oral prednizolon (1x2 tb, Prednol 16 mg, Mustafa Nevzat, İstanbul), dorzolamid HCl ve timolol maleat (2x1, Cosopt, MSD, Fransa) tedavisi başlandı. Üveit ve sekonder glokom kontrol altına alındıktan sonra, yaklaşık olarak üç ay yeni bir üveit atağı olmadığı gözlemlendi ve IOL eksplantasyonu planlandı. Lokal anestezi altında saydam korneal kesi ile ön kamaraya girilerek aköz ve açığı bölgesindeki hücre birikintilerinden mikrobiyolojik ve patolojik inceleme için örnek alındı. Viskoelastik madde yardımıyla viskodiseksiyon yapılarak IOL'in arka kapsülden ayrılması sağlandı. Kesi genişletilerek IOL eksplante edildi, kapsül bakiyesi kapsül pensi yardımıyla çıkarıldı, ön vitrektomi uygulandı, sekonder IOL implantasyonu yapılmadı. İşleme intravitreal vankomisin, seftazidim ve subkonjonktival steroid yapılarak son verildi. Hastanın postoperatif takibinde üveitinin baskılandığı, ön kamarasının sakinleştiği, keratik presipitatların kaybolduğu görüldü (Şekil 2). Hastanın postoperatif 7. günde görmesinin afak tashihle 20/30 düzeyine ulaştığı tespit edildi.

Aközden alınan örnekten yapılan kültürde üreme olmadı. Elde edilen presipitatlardan yapılan histopatolojik incelemede homojen eozinofilik materyal içinde epitelooid histiositik topluluklar izlendi (Şekil 3).



Şekil 2. Postoperatif 1. haftada keratik presipitatların kaybolduğu görülmektedir.



Şekil 3. Ön kamaradan alınan presipitatların histopatolojik incelemesinde görülen eozinofilik materyal içinde epitelooid histiositik topluluklar (→).

Tartışma

IOL implantasyonu sonrasında görülen ciddi komplikasyonlar, IOL'in eksplante edilmesiyle sonuçlanabilmektedir. Bu nedenler arasında, psödo fakik büllöz keratopati, IOL malpozisyonu, sekonder ve tedaviye dirençli üveit-glokom, kistoid makula ödemi, progresif IOL opasifikasyonu ve yanlış IOL gücü hesaplaması bulunmaktadır.^{4,5} Harold Ridley'in 29 Kasım 1949'da ilk IOL'ü kullanması ile başlayan modern katarakt cerrahisinde implante ettiği IOL'lerin yaklaşık %15'inin eksplante edilmesi gerekmiştir.⁶ Ridley'in serisinde iritis, sekonder glokom, IOL dislokasyonu ve iris atrofisi IOL'e bağlı gelişen diğer komplikasyonlardır.¹ Bu komplikasyonların birçoğu günümüzde halen görülmektedir.

IOL eksplantasyonu sebepleri cerrahinin yapıldığı zaman dilimi, lensin bulunduğu anatomik lokalizasyon, IOL materyal ve dizaynına göre değişiklik göstermektedir. 1970 ve 80'li yıllarda üveit-glokom-hifema (UGH) sendromu ve psödo fakik büllöz keratopati en önemli lens eksplantasyon sebepleri olarak görülürken; günümüzde progresif lens opasifikasyonu ve kamaşma gibi sebeplere bağlı IOL eksplantasyon olguları göze çarpmaktadır. Ön kamara ve arka kamara IOL'lerinin en sık görülen eksplantasyon sebepleri sırasıyla psödo fakik büllöz keratopati ve IOL dislokasyonudur.⁷ IOL

implantasyonu ile eksplantasyonu arasında geçen süre arka kamara ve ön kamara IOL'ler için sırasıyla ortalama 3.5 ve 4.3 yıl olarak bulunmuştur.²

Üveit hastalarında kronik, rekürren inflamasyon ve steroid tedavisi sonucunda katarakt sıklığı artar.^{8,9} Üveit, katarakt cerrahisinde IOL implantasyonuna kesin kontrendikasyon oluşturmamaktadır. Juvenil romatoid artritli üveit olgularında IOL implantasyonu önerilmez iken; diğer üveit gruplarında kapsül içi arka kamara IOL implantasyonu başarıyla uygulanmakta, hastalar tarafından iyi tolere edilmektedir. Hastaların cerrahi öncesi geçirdikleri 3 aylık sakin bir dönem cerrahinin başarısını arttırmaktadır. Pre- ve postoperatif dönemde topikal ve sistemik steroidler yanısıra uygun hastalarda immunomodülatör ilaçların kullanılması postoperatif komplikasyonların azalmasını sağlar. Buna rağmen kontrol edilemeyen kronik inflamasyon, perilentiküler fibröz reaksiyon oluşumu, siklitik membran gelişimi ve hipotoni, IOL eksplantasyonu ile sonuçlanabilir.¹⁰ Cerrahi manipülasyon sonucunda kan-aköz bariyerinin yıkılması bradikinin ve lökotrien gibi inflamatuvar mediatörlerin ve prostaglandinlerin ortama salınmasını sağlar. İris arka yüzünün mekanik iritasyonu yanısıra kompleman aktivasyonu IOL'e karşı gelişen yabancı cisim tipi hipersensitivite reaksiyonu inflamasyonun sürekliliğini sağlar. Bazı olgularda lens materyaline karşı gelişen hipersensitivite reaksiyonu zonal granülatöz inflamasyona sebep olur.⁸ Antiinflamatuvar tedaviye rağmen lentiküler depozitlerin artma-

sı, IOL'in inflamatuvar hücrelere uygun ortam sağlamasına, lensin inflamatuvar hücrelerce çepeçevre sarılmasına sebep olur. IOL yüzeyinde makrofaj ve dev hücrelerin görülmesi IOL'e karşı yabancı cisim reaksiyonu geliştiğinin bir göstergesidir. Bu olguda uzun yıllar üveit atakları sebebiyle topikal ilaç kullanımı öyküsü bulunmaktadır. Katarakt cerrahisi sonrasında yeterli antiinflamatuvar tedaviye rağmen üveitin süreklilik göstermesi ve kontrol altına alınamaması hastada inflamatuvar membran oluşumuna yol açmıştır. Hastada inflamatuvar hücrelerce trabeküler ağın tıkanması ve tedavide kullanılan kortikosteroid ajanlara bağlı olarak göziçi basıncı artmış ve medikal tedaviyle kontrol altına alınamamıştır. Olguda inflamasyon kaynağı olarak düşünülen IOL çıkarılmış, eksplantasyon sonrası ön kamara reaksiyonu ve keratik presipitatlarının gerilediği görülmüştür. İnflamatuvar hücrelerin azalmasıyla trabeküler drenaj artmış, göziçi basıncı istenilen düzeye inmiştir.

Üveitli gözlerde katarakt cerrahisinden önce en az üç aylık sakin bir dönem gözlenmesi cerrahi sonrası görülebilecek komplikasyonların azalması açısından önemlidir. Cerrahi öncesi ve sonrasında antiinflamatuvar tedavinin başlanması ve hastaların yakın takibi gerekir. Granülatöz üveit olgularında heparin kaplı polimetilmetakrilat IOL'ler tercih edilmektedir. Yoğun antiinflamatuvar tedaviye rağmen üveitin devam ettiği durumlarda sekonder komplikasyonların önlenmesi için IOL eksplantasyonu gerekebilir.

Kaynaklar

1. Apple DJ, Mamalis N, Lofffield K, Googe JM, Novak LC, Norman KD, Brady SE, Olson RJ. Complications of intraocular lenses. A Historical and histopathological review. *Surv Ophthalmol* 1984; 29:1-54.
2. Sinskey RM, Amin P, Stoppel JO. Indications for and results of a large series of intraocular lens exchanges. *J Cataract Refract Surg* 1993; 19:68-71.
3. Durak İ, Kaynak S, Bozkurt F, Berk T, Kardeşler İH, Işık C. İntraoküler lens eksplantasyon nedenleri. *MN Oftalmoloji* 1994; 1:78-81.
4. Pande M, Noble BA. The role of intraocular lens exchange in the management of major implant-related complications. *Eye* 1993; 7:34-9.
5. Doren GS, Stern GA, Driebe WT. Indications for and results of intraocular lens explantation. *J Cataract Refract Surg* 1992; 18:79-85.
6. Nordlohne ME. The intraocular implant lens development and results with special reference to Binkhorst Lens, ed 2. Baltimore, William & Wilkins Company, 1975.
7. Mamalis N. Explantation of intraocular lenses. *Curr Opin Ophthalmol* 2000; 11:289-95.
8. Harper SL, Foster CS. Intraocular lens explantation in uveitis. *Int Ophthalmol Clin* 2000; 40:107-16.
9. Abbasoğlu Ö, Eldem B, İrkeç M. Kronik üveiti olan hastalarda katarakt ekstraksiyonu ve intraoküler lens implantasyonu sonuçları. *TOD, XXVI Ulus Kong Bül't, Bursa: Ön-Mat A.Ş.* 1993; 1:246.
10. Foster SC, Stavrou P, Zafirakis P, Rojas B, Tesavibul N, Baltatzis S. Intraocular lens removal patients with uveitis. *Am J Ophthalmol* 1999; 128:31-7.

Kimlik

Geliş Tarihi: 30.09.2003

Kabul Tarihi: 17.03.2004

*Uzm.Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

***Prof.Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

****Doç.Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara