

Progresyon Gösteren İris Pigment Epitel Kistinin Limbus Yaklaşımı ile Boşaltılması

Ceyda BAŞKAN*, Rahmi DUMAN*, Tuba ATALAY**, Mehmet BALCI*, Sibel ÖZDOĞAN*, Nazire TERZİ*

ÖZET

Progresyon gösteren iris pigment epitel (İPE) kistleri, iriste kabarıklık şeklinde ortaya çıkar ve iris melanomu ile karışabilir. Büyük iris kistleri iriste atrofi ve açı kapanması glokomuna yol açabilir. Tanı ve takibinde iris kistlerinin boşaltılması gerekebilir. Bu açıdan özellikle periferik iris kistlerinin malign durumlardan ayırıcı tanısının yapılması ve progresyon gösterirse doğru yöntemlerle yönetilmesi gerekmektedir. Çalışmamızda İPE kisti olan bir olgunun klinik bulgularını, ultrason biyomikroskopi görüntüleme sonuçlarını ve limbus yaklaşımı ile İPE kistinin boşaltılmasını sunmak amaçlandı.

Anahtar Kelimeler: İris pigment epitel kisti, Ön kamara, Limbus

Drainage of a Progressive Iris Pigment Epithelium Cyst by Limbal Approach

ABSTRACT

Progressive iris pigment epithelial (IPE) cysts present as a swelling in iris and should be differentiated from iris melanomas. Large iris cysts may cause atrophy of the iris and angle closure glaucoma. Their drainage might be necessary at the diagnosis or during follow-up. Differential diagnosis of the peripheral iris cysts from malignant melanomas is important, and if there is progression, various methods may be considered for the management. We aimed to present the clinical properties, ultrasound biomicroscopy findings and the drainage by limbal approach in a case with IPE cyst in this study.

Keywords: Iris pigment epithelium cyst, Anterior chamber, Limbus

* Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Bölümü, Ankara. ** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara.

Yazışma Adresi: Rahmi Duman, Çamlıtepe Mah. Kıbrıs Cad. 9/4 Çankaya, Ankara. e-posta: drrahmi42@yahoo.com

Geliş Tarihi: 21.10.2014 Kabul Tarihi: 07.11.2014

Giriş

Primer iris ve siliyer cisim kistleri iriste, iridosiliyer bağlantı bölgesinde veya pars plikatada görülen konjenital kistik lezyonlardır.¹ İris ve siliyer cisim kistleri sık görülürler fakat rutin muayene de semptomatik olmamaları nedeniyle gözden kaçabilmektedirler. Ultrason biyomikroskopisi (UBM) bu aşamada ön segmentin mikroskopik düzeyde görüntülenmesinde ön plana çıkmaktadır.² İridosiliyer cisim kistlerinin tanısı, tipinin belirlenmesi ve iris-siliyer cisim melanomundan ayırımı UBM ile mümkündür. Siliyer cisim kistleri nadiren irisi ileri iterek sekonder açı kapanmasına yol açabilmektedirler. Açı kapanması psödo plato iris veya pupiller blok glokomunu taklit eder şekilde kendini gösterebilmektedir. Küçük, stabil ve asemptomatik kistler için takip yeterli iken büyük kistler için pupiller blok, sekonder glokom, iridosiklit, korneal dekompanasyon, görme kaybı ve inatçı ağrı gibi ciddi problemleri önlemek ve tedavi etmek için cerrahi tedaviye ihtiyaç duyulabilmektedir.

İridosiliyer sulkus veya pars plikatadaki kistler irisin yayf kökünü ve siliyer zonülleri itmeye eğilimli olabilmektedir. Bazı du-

rumlarda kistler yer kaplama veya arkaya doğru itme etkisiyle siliyer cismin öne doğru yer değiştirmesine ve psödo plato görünümüne neden olabilmektedirler.³ Böylece periferik ön kamara açısı daralabilmekte veya tamamıyla kapanabilmektedir.

Biz bu çalışmada İPE kisti olan bir olgunun klinik bulgularını, UBM görüntüleme sonuçlarını ve limbus yaklaşımı ile İPE kistinin boşaltılarak yönetimini sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Elİbeş yaşında erkek olgu kliniğimize kontrol amacıyla başvurdu. Olgunun herhangi bir şikayeti yoktu. Rutin muayenesi sırasında görmeleri her iki gözde Snellen eşeli ile 10/10 düzeyinde idi ve göz içi basınçları sağda 17 mmHg, solda ise 13 mmHg olarak tespit edildi. Yapılan ön segment biyomikroskopisinde sağ göz alt temporal bölgede iriste lokalize yaklaşık 5 mm'lik kabarıklık fark edildi (Resim 1). Pupil dilatasyonu sonrasında İPE kisti izlendi. Transillüminasyonda, İPE kistinin ışık blokajı yapmadığı tespit

edildi. Gonyoskopik muayenesinde her iki gözde tüm kadrantlarda açığı, Schaffer sınıflamasına göre evre 4 ile uyumluydu. Klinik ve UBM bulgularına göre, İPE kistinin periferik (iridosiliyer) tipte olduğu saptandı. UBM’de lobülasyon izlenmeyen kistin çapı 5,5 x 5,0 mm idi. Herhangi bir komplikasyona yol açmayan kistin izlenmesine karar verildi. Olgunun yapılan aylık izlemlerinde kistin büyüdüğü saptandı. Olgunun görmeleri her iki gözde tam düzeyinde kalmasına rağmen göz içi basıncı sağda 25 mmHg olarak saptandı. Kistin lokalize olduğu bölgede yapılan gonyoskopik muayenede açının kapanmış olduğunun görülmesi ve kistin basısına bağlı iris kökünün açıdan ayrılmaya başlaması üzerine kistin boşaltılmasına karar verildi. Ameliyathane şartlarında, alt temporalden saydam korneadan 26 gauge insülin enjektörü ile girilerek kist içeriği boşaltıldı. Olgunun postoperatuvar 1. günde sağ göz içi basıncı 15 mmHg olarak saptandı. Ön kamarada reaksiyon izlenmedi. Fundus doğaldı. Hasta topikal steroid ve antibiyotik tedavisi ile taburcu edildi. Bir ay sonraki muayenesinde her iki gözde görmeler 10/10 düzeyinde, göz içi basınçları sağda 16 mmHg, solda ise 14 mmHg idi. Biyomikroskopide sağ alt temporal bölgede iriste minimal atrofi dışında kabarıklık izlenmedi (Resim 2). Olgunun altıncı aydaki kontrolünde de kist olan bölgede nüks izlenmedi (Resim 3).



Resim 1: Sağ göz alt temporal bölgede iriste lokalize yaklaşık 5 mm'lik kabarıklık



Resim 2: Postoperatuvar birinci günde ön segment fotoğrafı



Resim 3: Postoperatuvar altıncı ayda ön segment fotoğrafı

Tartışma

Kunitsu⁴ 116 hastada yaptığı bir çalışmada toplumda siliyer cisim kist oranını %54,3 olarak çok yüksek oranda saptamışlardır. Siliyer cisim kistlerini dört ana başlıkta incelemek mümkündür. Histolojik olarak en sık primer nöroepitelyal kistler olarak görülmektedirler. Bu tip kistlerin içeriği şeffaf sıvı dolu olup yüksek ekojenik duvarla çevrilidirler. İkinci olarak skuamöz epitelyal implantasyon kistleri unilateral ve unifokal olarak görülür. Üçüncü grubu ise solid tümörlere eşlik eden nöroepitelyal kistler oluşturmaktadır. Bu tip kistler primer nöroepitelyal kistler gibidir. Fokal intratümoral kavite olarak adlandırılan son tip ise şeffaf sıvı içeriği ve etrafında solid bir kitle ile birlikte olmaktadır.

Çoğu kistler iridosiliyer sulkusta veya pars plikata da yerleşirler ve özellikle inferiyor ve temporal kadrantları tutarlar. Periferik iridosiliyer kistler çoğunlukla asemptomatik olmakla beraber iriste kabarıklık oluşturmaları dışında pupillanın genişletilmesi sonucu izlenebilmektedirler.⁵ Çoğunluğu nazalde veya temporalde horizontal meridyenin yanında iris stromasının öne doğru şişmesiyle rutin biyomikroskopik muayenede fark edilebilmektedirler. Mutlaka iris veya siliyer cisim melanomundan ayırt edilmeleri gerekmektedir. Klinik tanı yeterli değilse UBM kistin yapısını doğrulamada yardımcı olmaktadır. İris kistlerini klinik olarak pupiller, orta zon veya periferik yerleşimli olarak sınıflamak mümkündür.

İridosiliyer kistler genellikle ilerleyicidir ve ön kamarayı ve pupili kaplayacak derecede yavaşça büyümektedirler. İridosiliyer sulkustaki veya pars plikata da kistler irisin zayıf kökünü ve siliyer zonülleri itmeye eğilim gösterirler. Bazı durumlarda kistler siliyer cismin öne doğru yer değiştirmesine ve psödo plato görünümüne neden olurlar. Bizim olgumuzda da kistin büyüyerek irisi fibrillere ayırıp açıdan ayırmaya ve açığı kapanmasına yol açmaya başlaması üzerine kiste yönelik girişimde bulunmaya karar verilmiştir.

Sonuç olarak periferik ön kamara açısı daralmakta veya tam olarak kapanmaktadır. Kist ne kadar büyükse açığı kapanması riski de o kadar fazla olmaktadır. Ön kamaranın derinliği lensin göz içindeki pozisyonuna ve kalınlığına bağlıdır. Bu parametreler yaşla beraber artmakta yani lens kalınlaşmakta ve öne doğru hareket etmektedir.^{6,7}

Bu nedenle iridosiliyer cisim kistleri saptanan olgular gonyoskopik olarak açılı kapanması potansiyeli açısından iyi değerlendirilmelidir. Açılı kapanması durumunda tedavi seçeneği olarak lazer iridotomi veya argon lazer periferik iridoplastinin etkili bir tedavi sağlayacağı akılda tutulmalıdır.

En iyi tedavi tam olarak belirlenemediği gibi aspirasyon mu cerrahi eksizyon mu yoksa lazer tedavisi mi en iyi kontrolü sağlıyor hâlâ tam olarak açık değildir. Shields ve ark.⁸ aspirasyon uygulayarak kistin açıda çöküşüne izin vererek en az invazif yöntemi tercih etmektedirler. Bu bölgenin üzerindeki limbusa ışık kriyoterapi uygulayarak çöken kist ile üzerindeki limbal doku arasında yapışma da sağlanabilmektedir. Bu yöntem kist nüks ettikçe tekrar uygulanabilir. Cerrahi eksizyona alternatif olarak kisti lazer ile parçalamak veya vitrektomi ile kisti parça parça uzaklaştırmak da mümkündür. Fakat Shields ve ark.⁸ bu yöntemleri ciddi enflamatuvar reaksiyona neden olacağı ve ön kamaraya epitel yürümesine sebep olabileceği için çok önermemektedirler. Biz de vakamızda alt temporalden 27 gauge enjektörle girerek ön kamara yolu ile kist

içeriğini boşaltmaya karar verdik. Böylece hem ön kamara ve açıda rahatlama sağladık hem de reaksiyona neden olmadık.

İridosiliyer cisim ayırıcı tanısında öncelikle siliyer cisim melanomu, siliyer cisim melanositomu ve iris melanomu akla getirilmelidir.⁹ Siliyer cisim melanomu ve melanositomu kaviter özellik gösterebilir. İris melanomu genellikle solid bir kitledir ancak beraberinde kistler bulunabilir. İridosiliyer cisim kistlerinin ayırımında ki en önemli özellik duvarının ince olması ve solid bir lezyon komponenti içermemesidir. Bunun dışında iris pigment epiteli adenomu, lens kolobomu, miyotiklere ve latanoprostaya bağlı iris kistleri de ayırıcı tanıda düşünülmelidir.¹⁰ Bizim vakamızda kistin aspirasyonu ile elde ettiğimiz içeriği incelediğimizde seröz sıvı ile uyumlu geldi. Ayrıca takiplerde herhangi bir nüks izlenmedi.

Sonuç olarak İPE kistleri, iriste kabarıklık şeklinde ortaya çıkar ve iris melanomu ile karışabilir. Büyük iris kistleri iriste atrofi ve açılı kapanması glokomuna yol açabilir. Tanı ve takibinde iris kistlerinin boşaltılması gerekebilir.

Kaynaklar

1. Lois N, Shields CL, Shields JA, Mercado G. Primary cysts of the iris pigment epithelium. Clinical features and natural course in 234 patients. *Ophthalmology* 1998;105:1879-85.
2. Zilelioğlu G, Hoşal BM. Ön segment tümörlerinin tanısında ultrason biyomikroskopi. *T Klin Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi* 2006; 2:13-8
3. Shukla S, Damji KF, Harasymowycz P, et al. Clinical features distinguishing angle closure from pseudoplateau versus plateau iris. *Br J Ophthalmol* 2008;92:340-44.
4. Kunimatsu S, Araie M, Ohara K, Hamada C. Ultrasound biomicroscopy of ciliary body cysts. *Am J Ophthalmol* 1999;127:48-55
5. Gündüz K, Hoşal B, Zilelioğlu G, Demirel S. İris pigment epitel kistlerinde klinik ve ultrason biyomikroskopik bulgular. *T Klin Oftalmol* 2006;15:6-11.
6. Lim MC, Lim LS, Gazzard G, et al. Lens opacity, thickness, and position in subjects with acute primary angle closure. *J Glaucoma* 2006;15:260-63.
7. Yan PS, Lin HT, Wang QL, Zhang ZP. Anterior segment variations with age and accommodation demonstrated by slit-lamp-adapted optical coherence tomography. *Ophthalmology* 2010;117:2301-7.
8. Shields JA, Shields CL, Lois N, Mercado G. Iris cysts in children: classification, incidence, and management. *Br J Ophthalmol* 1999;83:334-8.
9. Tekeli O, Hoşal MB, Duman R. Primer siliyer cisim kistlerine bağlı açılı kapanmasında ultrason biyomikroskopi. *MN Oftalmoloji* 2010;17:243-5
10. Shields JA, Shields CL, Mercado G, Gündüz K, Eagle RC. Adenoma of the iris pigment epithelium. A report of 20 cases: The 1998 Pan American Lecture. *Arch Ophthalmol* 1999;117:736-41.