

Pars Plana Vitrektomi Sonrası Geç Dönem Hipotoni ve Koroid Dekolmanı

Late Hypotony and Choroidal Detachment After Pars Plana Vitrectomy: Case Report

Semra ACER,^a
Ebru Nevin ÇETİN,^a
Seyfullah ÖZDEMİR,^a
Alper KAŞIKÇI,^a
Avni Murat AVUNDUK^a

^aGöz Hastalıkları AD,
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Denizli

Geliş Tarihi/Received: 12.02.2013
Kabul Tarihi/Accepted: 20.04.2013

*Bu olgu sunumunun bir bölümü, TOD
46. Ulusal Oftalmoloji Kongresi (17-21 Ekim
2012, Antalya)'nde poster olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Semra ACER
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Göz Hastalıkları AD, Denizli,
TÜRKİYE/TURKEY
semraacer2002@yahoo.com

ÖZET Ameliyat sonrası izlenen hipotoni, başta koroid dekolmanı olmak üzere makulopati ve koroidal kanamaya neden olabilecek istenmeyen bir durumdur. Genellikle glokom ameliyatları sonrası erken dönemde izlenir. En sık nedenleri yara yerinde sızıntı ve aşırı filtrasyon yapan bleb'dir. Glokom cerrahisi sırasında antimetabolit ilaç kullanımı ve kapaksız glokom implantlarının kullanılması ile hipotoni görülme sıklığı artar. Pars plana vitrektomi (PPV) sonrası sklerotomi sahalarının sızdırması da hipotoniye neden olabilir. Özellikle 23 ve 25 gauge vitrektomi sonrası giriş yerlerine dikiş konulmadığında sızıntı ve hipotoni görülebilir. PPV sonrasında oluşabilen siliyer cisim değişiklikleri ise kronik seyirli hipotoniye neden olabilir. Komplikasyonsuz katarakt cerrahisi sonrasında hipotoni izlenmesi nadirdir. Ameliyat sonrası geç dönemde hipotoni izlenmesi alışılmış bir durum değildir. Bu durumun en sık nedeni glokom tedavisinde kullanılan ilaçlardır. Bu yazıda, PPV sonrası dorzolamid timolol sabit kombinasyonu kullanan ve ameliyat sonrası üçüncü ayda hipotoni ve koroid dekolmanı gelişen bir olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Göz hipotansiyonu; koroid hastalıkları; vitrektomi

ABSTRACT Postoperative hypotony is an undesirable experience which could cause choroidal detachment, maculopathy and choroidal hemorrhage. It's usually seen after glaucoma surgery on early postoperative period. The common causes of early postoperative hypotony are wound leak and overfiltering bleb. The incidence increases by the use of antimetabolic agents or using valveless drainage implants during the glaucoma surgery. Vitrectomy can cause early postoperative hypotony because of leaking sklerotomy sites, especially after sutureless 23 and 25 gauge vitrectomy. The possible ciliar body alterations after pars plana vitrectomy could cause chronic type of hypotony. Hypotony following uncomplicated cataract surgery is extremely low. The presence of hypotony in late postoperative period is not common. The most common cause of late hypotony is use of glaucoma drugs. This article includes a case that used dorzolamide timolol fixed combination and developed hypotony and choroidal detachment within the 3rd month following pars plana vitrectomy.

Key Words: Ocular hypotension; choroid diseases; vitrectomy

Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2014;23(1):52-6

Göz içi ameliyatlar sonrası görülebilen hipotoninin en sık nedeni yara yeri sızıntısıdır. Sıklıkla glokom cerrahileri sonrasında görülürken dikiş gerektirmeyen daha küçük kesili vitrektomi ameliyatlarından sonra yara yeri sızıntısı ve hipotoni görülebilir.¹⁻⁶ Ayrıca pars plana vitrektomi (PPV) sonrası oluşabilen siliyer cisim değişiklikleri kronik hipotoni nedeni olabilir.⁷

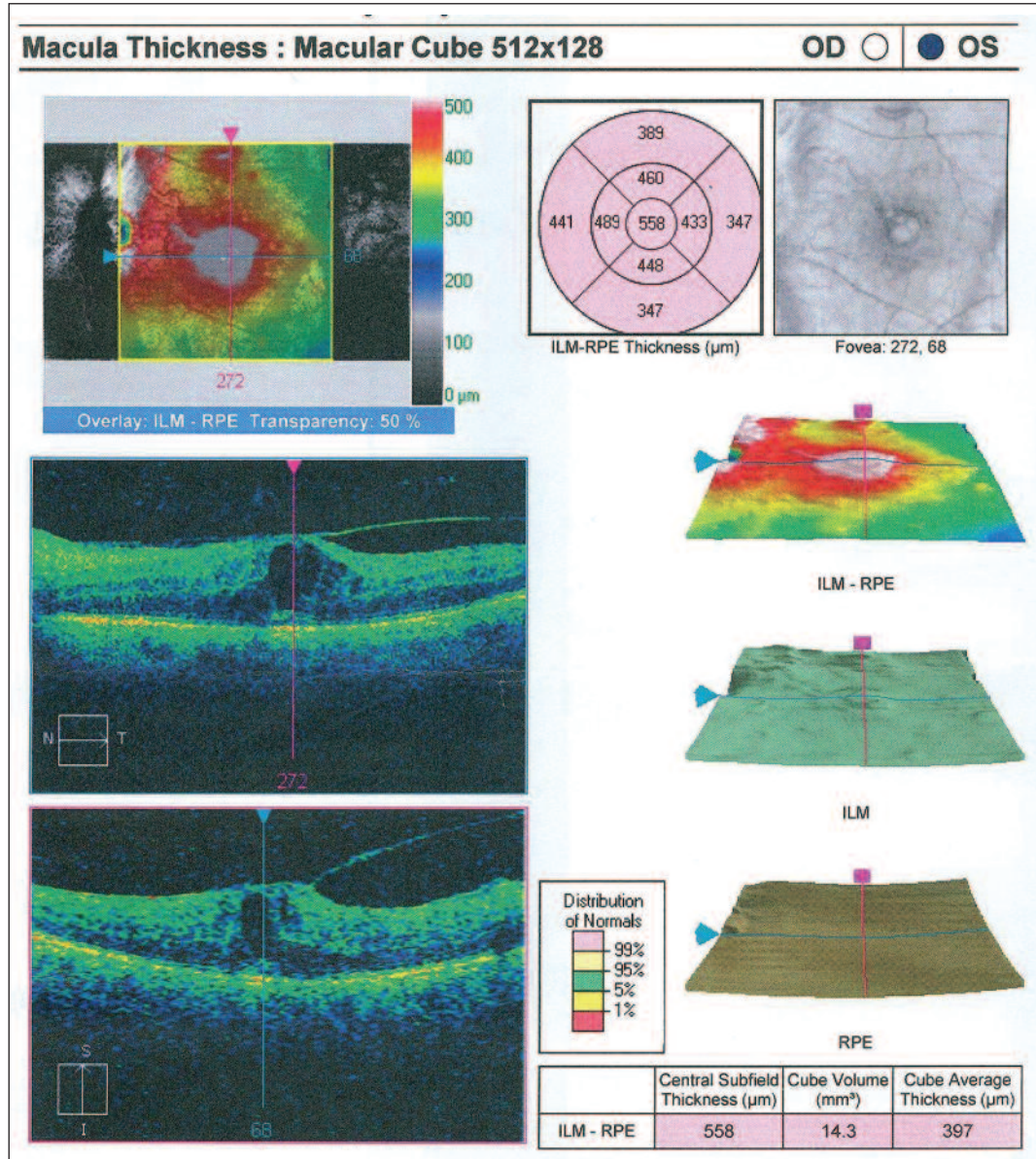
Göz içi ameliyatlar sonrası glokom ilaçlarının kullanımı ile hipotoni ve koroid dekolmanı izlendiği bildirilmiştir.⁸⁻¹² Altta yatan mekanizma net ola-

rak bilinmemekle birlikte birtakım ilaçlara karşı geliştiği düşünülen duyarlılaşma en kabul gören görüştür.⁸⁻¹¹ Medikal tedavi ile genellikle tam iyileşme mümkün olmaktadır.⁸⁻¹⁴

OLGU SUNUMU

Altmış dokuz yaşında erkek hasta, az görme şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Hikâyesinden 10 yıl önce her iki gözden katarakt ameliyatı olduğu ve sistemik hipertansiyonu olduğu öğrenildi. Görme keskinliği sağ gözde 0,4, sol gözde 0,2 düzeyinde

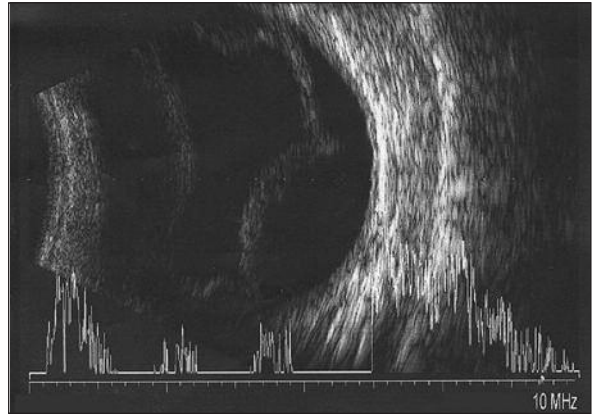
idi. Biyomikroskopik muayenesinde her iki gözde arka kamara göz içi lensi mevcuttu. Göz dibi muayenesi ve optik kohorens tomografi (OKT) ile görüntülemeye her iki gözde maküler ödem, epiretinal membran ve vitreomakular traksiyon saptanan hastanın sol gözüne 20 gauge pars plana vitrektomi, membran soyulması ve SF6 gaz enjeksiyonu uygulandı (Resim 1). Hastanın ameliyat sonrası birinci günde göz içi basıncı (GİB)'nin yüksek olması nedeni ile dorzolamid timolol sabit kombinasyonu (Cosopt®, Merck Sharp & Dohme)



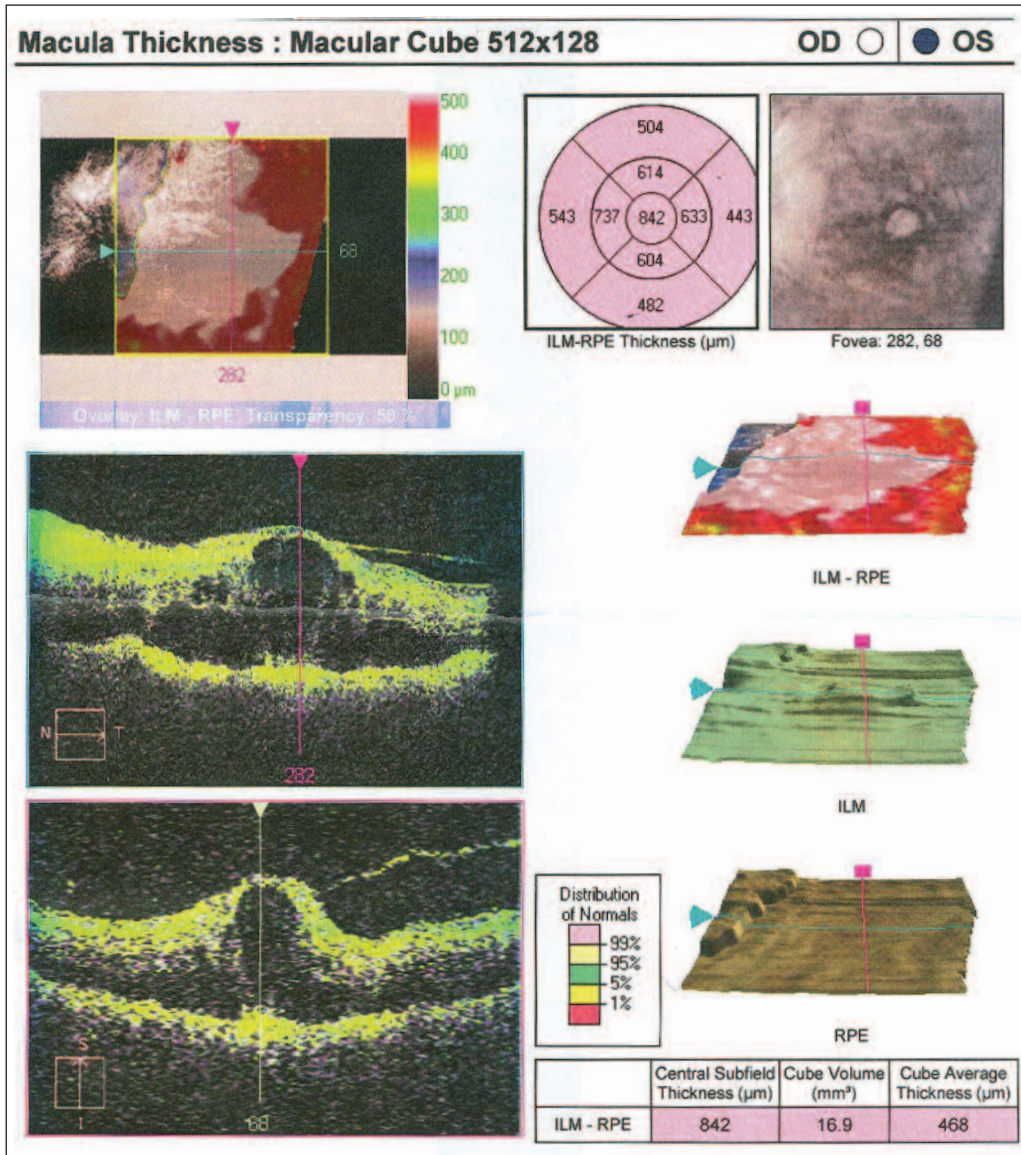
RESİM 1: Ameliyat öncesi OKT görünümü.

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/oftalmoloji-dergisi/1300-0365/>)

başlandı ve birinci haftada GİB'in normal seviyelere inmesi ile ilaç kesilerek takibe alındı. Ameliyat sonrası birinci ay kontrolünde görme keskinliği 0,2 seviyesinde idi. Ameliyat sonrası üçüncü ayda hasta, sol gözünde ani görme kaybı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Görme keskinliği sol gözde 3 metreden parmak sayma ve GİB 2 mmHg olarak saptandı. Göz dibi muayenesinde ve B-mod ultrasonografi ile görüntüleme tüm kadrantları içeren koroid dekolmanı tespit edildi (Resim 2a). OKT ile görüntüleme vitreomakular traksiyonun devam ettiği ve retinal sıvının arttığı izlendi (Resim 2b).

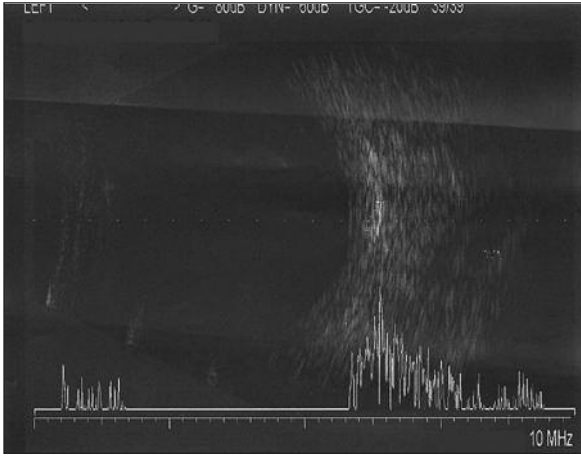


RESİM 2a: Ameliyat sonrası üçüncü ay B-Scan USG görünümü.



RESİM 2b: OKT görünümü koroid dekolmanı.

(Renkli hali için Bkz. <http://oftalmoloji.turkiyeklinikleri.com/>)



RESİM 3: Tedavi sonrası B-Scan USG görünümü.

Hasta sorgulandığında daha önce kesilmesi önerilen dorzolamid timolol sabit kombinasyonuna devam ettiği öğrenildi. Dorzolamid timolol sabit kombinasyonunun kesilmesini takiben oral steroid (Ultralan® Schering Alman) 1 mg/kg, topikal steroid (Predforte®, Allergan) 24x1 ve siklopentolat (Sikloplejin®, Abdi İbrahim) 3x1 tedavisi başlandı. Hastanın tedavisi basamaklı olarak azaltılarak kesildi ve üç hafta sonraki kontrolünde koroid dekolmanının tamamen düzeldiği izlendi (Resim 3).

TARTIŞMA

İlk kez 1984'te Vela tarafından drenaj cerrahisi geçiren hastalarda aköz yapımını baskılayan ilaç tedavisi kullanımı sonrasında hipotoni ve koroid dekolmanı geliştiği bildirilmiştir. Vela cerrahi öncesi uzun süreli aköz yapımını baskılayan ilaç tedavisinin siliyer cisimde oluşturduğu duyarlılaşmanın bu duruma neden olabileceğini savunmuştur.⁸ Sonraki yıllarda drenaj cerrahisi geçirmiş gözlerde bu hipotezi destekleyen benzer olgular bildirilmiştir.⁹⁻¹³

Farklı olarak Davani ve ark., katarakt cerrahisi sonrasında, Goldberg ve ark., cerrahi geçirmemiş bir gözde aköz baskılayıcı ilaç kullanımı ile hipotoni ve koroid dekolmanı izlemişlerdir.^{14,15} Bunun dışında iki üveit ve bir Sturge-Weber olgusunda latanoprost kullanımı sonucu hipotoni ve koroid dekolmanı görüldüğü bildirilmiştir.^{16,17} Olguların tamamında ilacın kesilmesi ve kısa süreli topikal

steroid ve sikloplejik tedavi ile tam düzelme izlenmiştir.⁸⁻¹⁷

Aköz baskılayıcı tedaviye verilen aşırı yanıtı neden olduğu düşünülen en kabul gören hipotez; siliyer cisimdeki duyarlılaşmadır. Ancak hangi ilaçların duyarlılaşmaya sebep olduğu ve ne kadar süre ilaç kullanımı sonucu gelişebileceği konusunda ortak bir görüş bulunmamaktadır. Literatürde topikal ilaçlar dışında sulfa grubu içeren sistemik ilaçların da duyarlılaşmaya neden olabileceği savunulmuştur.¹⁵

PPV sonrası hipotoni en sık yara yeri sızıntısı veya siliyer cisim hasarı sonucu oluşur. Özellikle ciddi proliferatif vitreoretinopatisi olan hastalarda cerrahi sonrası siliyer cisim dekolmanı, ödemi veya atrofisi görülebilir.⁷ Olgumuzun takiplerinde erken veya geç dönemde yara yerinde sızıntı izlenmedi. Olguda erken dönemde hipotoninin izlenmemesi bizi siliyer cisimde oluşmuş cerrahi bir travma olasılığından uzaklaştırdı.

Bu olgu bildiğimiz kadarıyla PPV sonrası aköz baskılayıcı tedavi nedeni ile geç dönemde hipotoni ve koroid dekolmanı gelişen ilk olgudur. Olguda cerrahi öncesi duyarlılaşmaya neden olabilecek topikal ilaç kullanımının bulunmaması nedeniyle aköz yapımının hipotoniye neden olacak kritik düzeylere nasıl indiği net değildir. Ancak hastamızın sistemik hipertansiyon nedeni ile yaklaşık 10 yıldır beta-bloker, ACE inhibitörü, vazodilatatör kullanmakta olması, sistemik beta-blokerlere karşı duyarlılaşma olasılığını akla getirmektedir.

Geçirilmiş göz içi cerrahinin duyarlılaşmada bir rolü olup olmadığı ise bilinmemektedir.

Sonuç olarak, altta yatan mekanizma net olarak bilinmemekle birlikte, glokom ilaçlarının kullanımı, hipotoni ve koroid dekolmanı ile birliktelik gösterebilmektedir. Ameliyat sonrası dönemde GİB'in düzenlenmesi için ilaç başlanan olgularda, bu olasılığın akılda tutulması ve hipotoni varlığında ilaç kullanımının detaylı sorgulanması gerekli görünmektedir. Her ne kadar hipotoni ve koroid dekolmanı ciddi komplikasyonlara neden olabilese de, kısa süreli steroid ve sikloplejik kullanımına çoğunlukla iyi yanıt vermektedir.

KAYNAKLAR

1. Yamane S, Inoue M, Arakawa A, Kadonosono K. Early postoperative hypotony and ciliochoroidal detachment after microincision vitrectomy surgery. *Am J Ophthalmol* 2012;153(6): 1099-103.e1.
2. Gupta N, Punjabi OS, Steinle NC, Singh RP. Rate of hypotony following 25-gauge pars plana vitrectomy. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging Retina* 2013;44(2):155-9.
3. Lee JY, Jeong HS, Lee DY, Sohn HJ, Nam DH. Early postoperative intraocular pressure stability after combined 23-gauge sutureless vitrectomy and cataract surgery in patients with proliferative diabetic retinopathy. *Retina* 2012;32(9):1767-74.
4. Framme C, Klotz S, Wolf-Schnurbusch UE, Wiedemann P, Wolf S. Intraocular pressure changes following 20G pars-plana vitrectomy. *Acta Ophthalmol* 2012;90(8):744-9.
5. Miller G, Tam DY, Ahmed II. Late bleb leak management with trabeculectomy shutdown, Baerveldt glaucoma device implantation, and titratable tube lumen size. *J Glaucoma* 2011; 20(1):51-6.
6. Anand N, Kumar A, Gupta A. Primary phakic deep sclerectomy augmented with mitomycin C: long-term outcomes. *J Glaucoma* 2011; 20(1):21-7.
7. Nehemy MB, Zisman M, Marigo FA, Nehemy PG, Schachat AP. Ultrasound biomicroscopy after vitrectomy in eyes with normal intraocular pressure and in eyes with chronic hypotony. *Eur J Ophthalmol* 2008;18(4):614-8.
8. Vela MA, Campbell DG. Hypotony and ciliochoroidal detachment following pharmacologic aqueous suppressant therapy in previously filtered patients. *Ophthalmology* 1985;92(1):50-7.
9. Berke SJ, Bellows AR, Shingleton BJ, Richter CU, Hutchinson BT. Chronic and recurrent choroidal detachment after glaucoma filtering surgery. *Ophthalmology* 1987;94(2):154-62.
10. Geyer O, Neudorfer M, Lazar M. Recurrent choroidal detachment following timolol therapy in previously filtered eye. Choroidal detachment post filtering surgery. *Acta Ophthalmol (Copenh)* 1992;70(5):702-3.
11. Callahan C, Ayyala RS. Hypotony and choroidal effusion induced by topical timolol and dorzolamide in patients with previous glaucoma drainage device implantation. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging* 2003;34(6):467-9.
12. Fineman MS, Katz LJ, Wilson RP. Topical dorzolamide-induced hypotony and ciliochoroidal detachment in patients with previous filtration surgery. *Arch Ophthalmol* 1996;114(8):1031-2.
13. Sharma T, Salmon JF. Hypotony and choroidal detachment as a complication of topical combined timolol and dorzolamide. *J Ocul Pharmacol Ther* 2007;23(2):202-5.
14. Davani S, Delbosc B, Royer B, Kantelip JP. Choroidal detachment induced by dorzolamide 20 years after cataract surgery. *Br J Ophthalmol* 2002;86(12):1457-8.
15. Goldberg S, Gallily R, Bishara S, Blumenthal EZ. Dorzolamide-induced choroidal detachment in a surgically untreated eye. *Am J Ophthalmol* 2004;138(2):285-6.
16. Marques Pereira ML, Katz LJ. Choroidal detachment after the use of topical latanoprost. *Am J Ophthalmol* 2001;132(6):928-9.
17. Sakai H, Sakima N, Nakamura Y, Nakamura Y, Hayakawa K, Sawaguchi S. Ciliochoroidal effusion induced by topical latanoprost in a patient with sturge-weber syndrome. *Jpn J Ophthalmol* 2002;46(5):553-5.