

Glokom Tanısı Almış Hastalarda Yanlış Tanı Oranı

Yusuf ÇAĞLAR*, Orhan ELİBOL", Nurşen YÜKSEL", Yusuf ÖZAY**

ÖZET

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine Nisan 1990 - Haziran 1991 tarihleri arasında başvuran, kliniğimiz dışında glokom tanısı almış ve antiglokomatöz ilaç kullanan 41 olgunun glokom birimi tarafından yeniden inceleme ve değerlendirmeleri yapıldı. Ortalama 29 aylık (6-37) takip sonucunda, ortalama 2.7 yıl (1 hafta -10 yıl) antiglokomatöz ilaç kullanmış 26 (%63.5) olguda göziçi basıncı, diüurnal takip, görme alanı ve stereofotoğraflar ile optik sinir başı incelemelerinde glokom düşündürülen bulgu saptanmadı. Bir hastalıklar kompleksi olan glokomda, olguların tanıda yardımcı tüm muayene yöntemlerinin gözönüne alınarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Tedavi gerektiren olgularda uygun tedavinin uygulanmaması kadar, tedavi gerektirmeyen olgularda da gereksiz antiglokomatöz tedavi uygulamak istenilmeyen sonuçların ortaya çıkmasına neden olabilir.

Anahtar Kelimeler: Glokom, Yanlış tanı

T Kün Oftalmoloji 1994, 3:175-177

SUMMARY

THE FALSE-POSITIVE DIAGNOSIS RATE IN GLAUCOMA

In this study, 41 patients that had been using antiglaucomatous medication that all of the patients had diagnosed out of our clinic had reevaluated and reexamined with tonometry, diurnal fluctation, perimetry, stereofotographic observation of optic nerve head. During 29 (6-37) months follow-up period, 26 (63.5%) patients who had been used antiglaucomatous drugs in 2.7 years (1 week - 10 years) were found free from glaucomatous signs. As the glaucoma is a complex disease, all of the examination methods must be performed to confirm the diagnosis in the suspect of glaucoma.

Key Words: Glaucoma, False-positive diagnosis

Turk J Ophthalmol 1994, 3:175-177

Giriş

Glokoma bağlı körlük hastalığının tanısının erken dönemde tanınıp, uygun tedavinin yapılması ile önlenmektedir. Bazı glokom tiplerinde hastalığın başlangıcında hastayı hekime götüren belirgin semptomlar olurken hem primer hem de sekonder glokomların kronik form-

larında hemen hemen hiçbir erken uyarıcı belirti bulunmamaktadır (1). Bu nedenle glokomun erken dönemde tanınmasında göz hekimlerine büyük bir sorumluluk düşmektedir.

Glokomun tanısında hem duyarlı (sensitivity) hemde özgül (specificity) özellikleri olan tanı yöntemleri kullanılmalıdır. Ne yazık ki gelişen teknolojiye ulaşmadaki zorluklar, hastaya ayrılan sürenin kısıtlı olması gibi nedenlerle günümüzde glokom tanısı ve tedaviye verilen cevabın takibi tanı kriteri olarak yeterli derecede duyarlı olmadığı gibi tek başına kullanılacak kadar da özgül olmayan tonometri ile yapılmaktadır. Tanı kriteri olarak sadece tonometrinin kullanılması ile, popülasyonun önemli bir oranı glokom olmadığı halde pahalı ve

Geliş Tarihi: 30.3.1994

Kabul Tarihi: 15.6.1994

* Prof.Dr.CÜTF Göz Hast. ABD.

" Yard.Doç.Dr.CÜTF. Göz Hast. ABD.

*** Uzm.Dr.Sungurlu Devlet Hastanesi Göz Hast. Uzmanı.

H T.O.D. XXVII. Ulusal Kongresi Marmaris'de poster olarak sunuldu.

Tablo 1. Çalışma kapsamına alınan olguların tanı ve yüzdesi

	Glokom	Oküler hipertansiyon	Normal
Olgu sayısı	11(%27)	4(%9)	26(%63,4)

Tablo 2. Normal bulunan olguların kullandığı ilaç ve süreleri

	Betabloker	Pilokarpin	Kombine
1 yıl altı	3	'	2
1-5 yıl	12	2	3
6-10 yıl	2		2

Tablo 3. Normal bulunan olgularda c/d oranı

c/d oranı	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5
Göz sayısı	15	11	17	1	2

uzun takiplere ve gereksiz medikasyona maruz kalırken küçük fakat klinik olarak daha önemli bir grup hastada glokom olduğu halde glokom tanısı alamamaktadır (1).

Bu çalışmada kliniğimiz dışında glokom tanısı alarak kliniğimiz glokom birimince en az 6 ay süreyle takip edilen olgular sunuldu ve glokom teşhisinde kullanılan tanı kriterleri irdelendi.

Gereç ve Yöntem

Nisan 1990 - Haziran 1991 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine başvuran, kliniğimiz dışında glokom tanısı almış ve glokom birimi tarafından en az altı ay takip edilen 30 kadın, 11 erkek toplam 41 olgu çalışma kapsamına alındı. Yaş ortalaması 59.6+12.4 (28-80) idi.

Olguların hepsine, dikkatli bir anamnez alınarak risk faktörleri sorgulandıktan sonra rutin oftalmolojik muayene, applanasyon yöntemi ile **qæ** içi basınç (GİB) ölçümü, gonyoskopi, direkt ve indirekt oftalmoskopi ve Goldmann üç aynalı lensi ile oftalmoskopik muayene yapıldı. Fundus kamera ile stereoskopik optik disk fotoğrafları çekildi. Görme alanı Goldmann perimetri ile yapıldı. Gerekli olgularda diüurnal göz içi basıncı takibi uygulandı. Olguların 15 gün ile 6 ay arasında kontroller yapılarak yukarıdaki parametreler tekrarlandı.

Takip süresi içinde GİB 21 mm Hg ve üzerine çıkmayan, diüurnal varyasyonda 5 mmHg'dan fazla fark bulunamayan, görme alanı, optik sinir ve sinir lifleri tabakası muayenelerinde glokomatöz bulgu saptanmayan, iridokorneen açığı patolojisi olmayan olgular normal olarak değerlendirildi.

GİB ölçümü beta bloker kullanan olgularda 15 gün, kolinerjik ilaç kullananlarda en az 2 gün ilaçsız dönem sonrası değerlendirildi.

Bulgular

Çalışma kapsamına alınan olgularda ortalama takip süresi 29 ay (6-37) idi. Bulgular ve takiplerin değerlendirilmesi sonucunda 41 hastanın 11(%27)'ine glokom 4(%9.7)'üne oküler hipertansiyon tanısı kondu. 26 (%63.4) olguda glokom veya oküler hipertansiyon saptanmadı (Tablo 1).

Glokom tanısı alan olguların 9(%22)'u primer açık açılı glokom, 1(%2.4)'i düşük tansiyonlu glokom, 1(2.4)'i latent açı kapanması glokomu tanısı aldı.

Glokom tanısı almayan 26 olgu ortalama 2.7 yıl (1 hafta - 10 yıl) anti-glokomatöz tedavi almıştı. Ondördü 1 yıldan fazla olan 17 olgu betabloker 2 olgu pilokarpin, 7 olgu betabloker ve pilokarpin kullanmaktaydı (Tablo 2).

Normal bulunan 26 olgunun 5 gözünde optik sinir başı incelemelerinde c/d oranı, 15 olguda 0.1, 11 olguda 0.2, 17 olguda 0.3, 1 olguda 0.4, 2 olguda 0.5 olarak değerlendirildi. 1 olguda 0.2, 4 olguda 0.1 c/d asimetrisi saptandı (Tablo 3). Olguların takiplerinde glokomatöz optik disk değişikliği gözlenmedi.

Normal bulunan olguların görme alanlarında, 8 olgunun 10 gözünde lens kesifliği, yaşa bağlı makula dejenerasyonu gibi patolojilere bağlanan konstriktör daralma dışında patoloji saptanmadı.

Tartışma

Glokomla bağlı körlüklerin önlenmesi erken tanı ve uygun tedavi ile mümkündür. Özellikle kronik glokomlarda erken uyarı bulgusu olmaması nedeni ile rutin oftalmolojik muayene sırasında hastalıktan şüphelenilmekte veya tanı konulmaktadır. İlerlemiş glokomda yüksek GİB'na bağlı optik sinir hasarı, sinir lifleri tabakası harabiyetli, görme alanı defektleri gibi yapısal ve fonksiyonel hasar belirgin hale geldiğinden tanı koymak kolaydır. Ancak normal GİB ile şüpheli hasar veya yüksek GİB ile saptanabilen herhangi bir glokomatöz hasarın olmadığı durumlarda ve hastalığın başlangıç döneminde erken hasarı saptamak ve tanı koymak için detaylı inceleme ve takip gereklidir.

Glokom tanısı halen bazı göz hekimleri tarafından sadece tonometri kullanılarak yapılmaktadır. Genelde kullanılan daha pratik, kullanımı kolay, taşınabilir ve daha ekonomik olan Schiötz tonometrisidir. Ancak indentasyon yönteminin aplanasyon yöntemine göre daha fazla hata oranını olduğu bilinmektedir (2,3). Schiötz tonometrisi gelişmiş ülkelerde sadece glokom taramalarında kullanılmakta, hatta son zamanlarda bu taramalarda dahi tonopen tercih edilmektedir (4).

Yapılan geniş çaplı araştırmalarda tonometrinin duyarlılığı %50-70 ve özgüllüğü ise %10-30 bulunmuştur (5,6). Glokom tanısında sadece tonometri kullanılması popülasyonun önemli bir oranında glokom olmadığı halde pahalı ve uzun takiplere gereksiz medikasyona maruz kalmasına neden olurken küçük fakat daha

önemli bir grup hastada glokom olduğu halde glokom tanısı alamamaktadır.

Shiose ve ark. glokom tanısında tonometri ve optik sinir başı değerlendirilmesinin duyarlılığını karşılaştırdıklarında, 11.660 olguda 57 olgunun tonometri ve oftalmoskopi ile glokom olduğunu saptarlarken, sadece tonometri ile 28, sadece oftalmoskopi ile 39 olguya glokom tanısı koymuşlardır (7). Glokomda tanı kriteri olarak optik sinir başı incelenmesi ve görme alanı muayenesi de tonometrik incelemeye eklenmelidir.

Oftalmoskopi ile optik diske ait parametrelerden özellikle en fazla kullanılan c/d oranının değerlendirilmesi muayeneden muayeneye %15-25, gözlemciden gözlemciye %25-30 oranında dalgalanma göstermektedir (8). Bunu objektif hale getirmenin tek yolu belirli aralıklarla optik diskin stereofotoğraflarla değerlendirilmesidir. Özellikle başlangıç döneminde hastalarda erken tanı konulması için optik diskin kompüterize image gibi gelişen teknolojinin avantajları kullanılmaya başlanmış ve halen araştırmalar sürmektedir (9).

Bir hastalıklar kompleksi olan glokomda olguların tanıda yardımcı tüm muayene yöntemlerinin göz önüne alınarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Tedavi gerektiren olgularda uygun tedavinin yapılmaması kadar tedavi gerektirmeyen olgularda da gereksiz antiglokomatöz tedavi uygulamak istenilmeyen sonuçların ortaya çıkmasına neden olabilir.

Kaynaklar

1. Shields MB. *Textbook of glaucoma*. Third edition. Baltimore: Williams and Wilkins, 1992; 160-4.
2. Bengtsson B. Comparison of Schiøtz and Goldmann tonometry in a population. *Acta Ophthalmol*. 1972; 50:445-6.
3. Krieglstein GK. Screening tonometry by technicians. *Graefes Arch Ophthalmol*. 1975; 194: 221-3.
4. Christoffersen T, Fors T, Ringberg U, Hottedahl K. Tonometry in the general practice setting (I): Tono-Pen compared to Goldmann applanation tonometry. *Acta Ophthalmol*. 1993; 71:103-8.
5. Kahn HA, Leibowitz HM, Ganley JP, Kim MM, Colton T, Nickerson RS, Dawber TR. The framingham eye study, 1. Outline and major prevalence findings. *Am J Epidemiol*. 1977; 106:17-32.
6. Amaly MF. Lessons to be learned from the collaborative glaucoma study. *Surv Ophthalmol*. 1980; 25:139-43.
7. Shiose Y, Komuro K, Ichi T. New system for mass screening of glaucoma, as part of automated multiphasic health testing services. *Jpn J Ophthalmol*. 1981; 25:160-6.
8. Ertürk H. Optik diskin stereofotografisi. *TOD.b XXII. Ulusal Kong. Bult. Konya*. 1988; 653-6.
9. Caprioli J, Miller JM, Sears M. Quantitative evaluation of the optic nerve head in patients with unilateral visual field loss from primary open-angle glaucoma. *Ophthalmology*. 1987; 94:1484-8.