

Fakoemülsifikasyonla Katarakt Cerrahisi Sonrası Gelişen Spontan Koroid Dekolmanı

SPONTAN CHOROIDAL DETACHMENT AFTER CATARACT SURGERY BY PHACOEMULSIFICATION

Dr. Fatih YILDIZ,^a Dr. Mehmet ÇITIRIK,^a Dr. Cenk ÖZDUR,^b
Dr. Arsen AKINCI,^a Dr. Hakan TIRHIŞ,^a Dr. Orhan ZİLELİOĞLU^a

^a2. Göz Kliniği, SB Ankara Göz Hastalıkları Merkezi ve Göz Bankası,
^bSB Ankara Yenimahalle Dispanseri, ANKARA

Özet

Fakoemülsifikasyonla katarakt cerrahisi sonrası intraoperatif bir komplikasyon gelişimi ve postoperatif yara yeri sızıntısı olmadan gelişen koroid dekolmanı olgusunu sunmak.

Herhangi bir sistemik problemi olmayan 60 yaşında erkek hastanın sol gözüne entümesan katarakt nedeni ile fakoemülsifikasyonla katarakt cerrahisi ve arka kamara lens implantasyonu ameliyatı yapıldı. Operasyon sırasında herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Yara yeri bir adet 10/0 monofilaman sütür ile kapatılan hastanın postoperatif birinci günde yapılan muayenesinde sol gözde üst yarıda daha belirgin olmak üzere koroid dekolmanı gözlemlendi. Üç hafta sonra, koroid dekolmanı, cerrahi müdahaleye gerek kalmadan düzeldi.

Fakoemülsifikasyonla katarakt cerrahisi sonrası nadiren spontan koroid dekolmanı gelişebilmektedir. Bu hastalarda acil cerrahi müdahale yerine medikal tedavi denenebilir. Koroid dekolmanı takiplerinde ultrasonografi daha objektif değerlendirme imkanı verebilir.

Anahtar Kelimeler: Fakoemülsifikasyon, koroid dekolmanı, hipotoni

Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2005, 14:137-139

Abstract

To report a case of spontaneous choroidal detachment after cataract surgery by phacoemulsification without any intraoperative complication and postoperative leaking corneal wound.

Cataract extraction by phacoemulsification with intraocular lens implantation was performed to the left eye of sixty-year-old man without any systemic disease. No complications occurred during surgery. Incision site was sutured with an interrupt 10/0 monofilament suture. Choroidal detachment which was more prominent superior half was noted on postoperative first day examination. Choroidal detachment resolved spontaneously three weeks later.

Spontaneous choroidal detachment may develop after cataract extraction by phacoemulsification. Medical therapy may be preferred instead of surgical intervention. Ultrasonography is helpful for objective evaluation for follow-up.

Key Words: Phacoemulsification, choroidal detachment, hypotony

Fakoemülsifikasyonla katarakt cerrahisi sonrası intraoperatif bir komplikasyon gelişimi durumunda veya postoperatif yara yerinden sızdırmaya bağlı hipotoni varlığında koroid dekolmanı gelişebilmektedir.¹ Yara yerinden sızıntı, katarakt cerrahisi sonrası gelişen hipotoninin en sık nedenidir.¹ Koroid dekolmanı olgularına postoperatif komplikasyon olarak, en sık

antimetabolitli trabekülektomi ameliyatlarından sonra karşılaşılmaktadır. Özellikle Mitomisin-c ile yapılan trabekülektomi ameliyatlarından sonra hipotoni önemli bir komplikasyon olarak karşımıza çıkmaktadır.²

Koroid dekolmanı tanısında indirekt fundus muayenesi çoğunlukla yeterli olup fundusun değerlendirilemediği durumlarda ultrasonografi (USG) faydalı olmaktadır. USG ayrıca koroid dekolmanının takibinde objektif bir yöntem olarak kullanılmaktadır.

Koroid dekolmanı çoğu kez spontan düzelmekle beraber bazı durumlarda cerrahi müdahale gerektirebilmektedir.

Geliş Tarihi/Received: 08.02.2005

Kabul Tarihi/Accepted: 06.10.2005

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Mehmet ÇITIRIK
SB Ankara Göz Hastalıkları Merkezi ve Göz Bankası
2. Göz Kliniği, ANKARA
mcitirik@hotmail.com

Copyright © 2005 by Türkiye Klinikleri

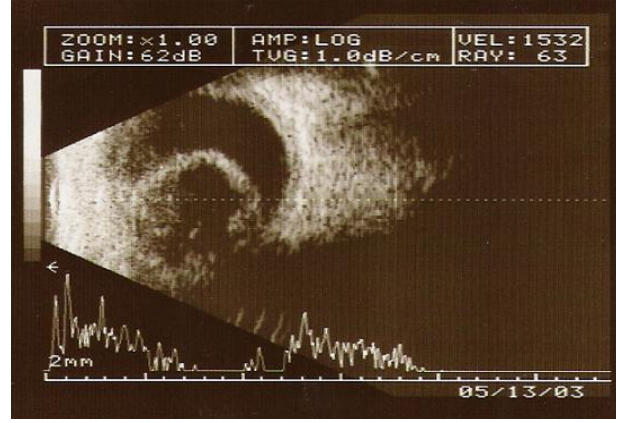
Olgu Sunumu

Altmış yaşında erkek hasta sol gözde 6 aydır ilerleyici görme azlığı nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Öyküden herhangi bir sistemik probleminin olmadığı ve daha önce geçirilmiş bir göz hastalığı ve ameliyat öyküsünün bulunmadığı öğrenildi.

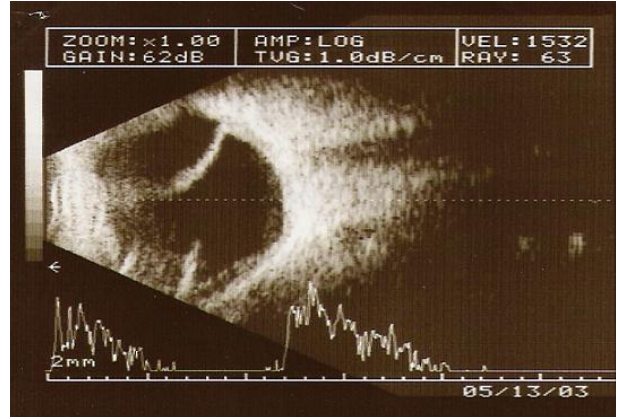
Yapılan muayenesinde görme keskinliğinin sağ gözde tam, sol gözde ise el hareketleri düzeyinde olduğu belirlendi. Oküler tansiyon sağ gözde 16 mmHg, sol gözde ise 17 mmHg olarak applanasyon ile ölçüldü. Biyomikroskopik muayeneye geçilince sağ gözde patolojik bir bulguya rastlanmaz iken, sol gözde lens şişkin ve total kesif olarak saptandı. Fundus muayenesinde sağ gözde papilla, makula ve periferik retina doğal olarak değerlendirildi. Sol göz ise aydınlanmadığı için yapılan USG de retina ile koroidin yatışık olduğu gözlemlendi.

Hastaya fasiyal blok ile kapak anestezisi ve retrobulber akinezi uygulandı ve sol göze entümesan katarakt tanısı ile fakoemülsifikasyonla katarakt cerrahisi ve 5.5 mm optikli polimetil metakrilat arka kamara lensi kapsül içi implante edildi. Operasyon sırasında herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Yara yeri bir adet 10/0 monofilaman sütür ile kapatılan hastanın postoperatif birinci günde yapılan muayenesinde görme keskinliği 5 metreden parmak sayma düzeyinde (5 MPS) ve oküler tansiyonun applanasyon ile 5 mmHg olduğu belirlendi. Ön segment muayenesinde kornea saydam, ön kamara normal derinlikte, arka kamara lensi santralize idi. Yara yerinden sızıntı yoktu (Seidel (-)), ve kapsül kontraksiyonu gözlenmedi. Fundus muayenesinde üst yarıda daha belirgin olmak üzere koroid dekolmanı gözlemlendi. Yapılan ultrasonografide koroidin dekolman olduğu fakat retinanın yatışık olduğu tespit edildi (Resim 1 ve 2).

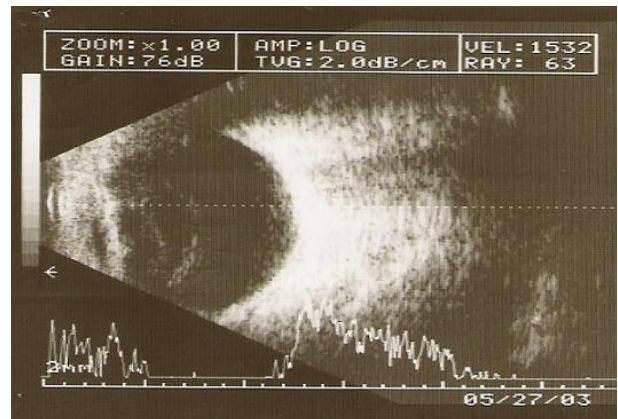
Hastaya postoperatif dönemde topikal prednisolon damla 5x2, siklopentolat damla 3 x 1 ve kloramfenikol pomad 2x1 verildi. Bu tedaviye ilaveten oral asetazolamid 250mg 2x1 olarak verildi. Objektif takip amacı ile fundus muayenesine ultrasonografik görüntüleme eklendi. Rutin kontrollerine devam edilen hastada 3 hafta sonra, koroid dekolmanının cerrahi müdahaleye gerek kalmadan



Resim 1. Koroid dekolmanı olan hastanın postoperatif birinci günde çekilen ultrasonografisi.



Resim 2. Koroid dekolmanı olan hastanın postoperatif birinci günde çekilen ultrasonografisi.



Resim 3. Hastanın 3 hafta sonrası çekilen ultrasonografisi (Dekolmanın düzeldiği görülüyor.).

düzeldiği tespit edildi (Resim 3). Hastanın görme keskinliği 0.8 düzeyine çıktı ve oküler tansiyonun applanasyon ile 15 mmHg olduğu belirlendi.

Tartışma

Suprakoroidal bölge koroid ve sklera arasında kalan bölgedir. Bu alan ince bir bağ dokusu, melanosit, düz kas lifleri ve ganglion hücreleri ile doludur. Bu bölgedeki sıvı vorteks damarlarına geçerek emilmektedir. Çünkü gerçek bir kapiller veya lenfatik damar yoktur.³ Fizyolojik şartlarda suprakoroidal basınç normal intraoküler basınçtan 2 mmHg daha düşüktür. Yapılan elektroforetik çalışmalarda suprakoroidal sıvının koroid damarlarının endotelleri arasından sıvı sızıntısı sonucu oluştuğu gösterilmiştir.⁴ Siliyer cismin dekolmanı, aköz humor hiposekresyonu ile sonuçlanır ve hipotoninin temel nedeni olarak kabul edilir. Hemen her zaman hipotoni ile birlikte koroid dekolmanı gözlenmektedir. Koroid dekolmanının tanısı sıklıkla USG ve fundus muayenesi ile konur. Görünüm tipiktir. Düzgün yuvarlak koyu kahve ve kurşuni renkli kabarcıklar tepecik şeklinde en sık olarak temporal kadranda görülür. İleri olgularda tepeciklerin sayısı ve büyüklüğü ileri derecede artarak temporal ve medial bölgedeki tepecikler birbiri ile temasa geçer ve sonunda kissing koroid dekolmanına yol açarlar. Oral asetazalaminin suprakoroidal mesafedeki sıvının absorpsiyonunu arttırdığı ve koroid damarlarında vazokonstriksiyona yol açarak transudasyonu azalttığı gösterilmiştir.⁵ Medikal tedaviye cevap veremeyen, ilerleyici ön kamara darlığı gelişen, kissing koroidal effüzyon ve makula tutulumu olan hastalarda suprakoroidal sıvının drenajı (Sklerotomi) ile birlikte ön kamara teşkili yapılması önerilmektedir.

Nadiren Fakoemülsifikasyonla katarakt cerrahisi sonrası spontan koroid dekolmanı gelişebilmektedir. Salzman ve arkadaşları ekstra kapsüller katarakt ekstraksiyonu (EKKE) ve arka kamara lensi konulan bir vakada kapsül kontraksiyonuna sekonder hipotoni ve koroid dekolmanının geliştiğini ve radyal anterior kapsulotomi ile hipotoni ve koroid effüzyonunun düzeldiğini bildirmişlerdir.⁶ Yine EKKE sonrası sikloidaliz kisti ile birlikte bir koroid dekolmanı olgusu bildirilmiştir.⁷ Sikloidaliz genellikle küçük bir alanda olan siliyer cismin skleral spurdan ayrılmasıdır. Bu durumda ön kamara genellikle sığdır. Antimetabolitli trabekülektomi ameliyatı sonrası gelişen koroid dekolmanı olgularına daha sık rastlanmaktadır.² Yüksek miyopisi olan yaşlı hastalarda skleral çö-

kertme ile yapılan retina dekoman cerrahisi sonrası da koroid dekolmanı bildirilmiştir.⁸

Bizim olgumuzda intraoperatif bir komplikasyon gelişmeden ve postoperatif yara sızıntısı gibi bir hipotoni nedeni olmadan koroid dekolmanı gelişmiştir. Ayrıca bu olgumuzda olduğu gibi postoperatif gelişen koroid dekolmanlarında acil cerrahi müdahale yerine medikal tedavi uygulanması veya hastanın sadece takip edilmesi ilk yapılması gereken seçenektir. Mantel ve arkadaşları kronik postoperatif hipotoninin tedavisi için ön kamaraya dengeli tuz solüsyonu enjeksiyonu ile başarılı sonuçlar elde ettiklerini vurgulamışlardır.⁹ Biz topikal tedaviye ilaveten oral asetazolamid ile hastamızı takip ettik ve üç hafta sonra koroid dekolmanının cerrahi müdahaleye gerek kalmadan düzeldiğini tespit ettik. Oral asetazolamid tedavisinin yardımcı olduğunu söylemek için kontrol grubu ile karşılaştırma sonrası karar vermenin daha doğru olacağı kanaatindeyiz.

Koroid dekolmanı takiplerinde ultrasonografi, sadece fundus muayenesine nazaran daha objektif değerlendirme imkanı verebilir.¹⁰ Çünkü indirekt fundus muayenesi ile küçük lokalize koroid dekolmanları gözden kaçabilmektedir. Ayrıca önceki görüntülerle, koroid dekolmanının durumundaki değişmeyi takip etmede yardımcı olmasının yanı sıra cerrahi müdahale yapılma zamanına karar vermek için yardımcı olacağını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Sanitato JJ, Sacks JG. Late ocular hypotony following intracapsular cataract extraction: Probable relation to premature resorption of polyglactin 910 sutures. *Ophthalmic Surg* 1983;14:413-4.
2. Laube T, Ritters B, Selbach M, Hudde T. Clinical experiences and results of application of mitomycin C in trabeculectomy. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 2003;220:618-24.
3. Spaeth EB, DeLong P. Detachment of the choroids: A clinical and histopathologic analysis. *Arch Ophthalmol* 1944;32:217-38.
4. Hagen S. Die seöse postoperative Choroidealablösung and ihre pathogenese. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 1921;66: 161-211.
5. Jaffe SN, Jaffe MS, Jaffe GF. *Cataract surgery and its complications*. A Times Mirror Company. 6th ed. 1997; 281-8.
6. Salzman J, Khaw PT, Laidlaw A. Choroidal effusions and hypotony caused by severe anterior lens capsule contraction after cataract surgery. *Am J Ophthalmol* 2000; 129:253-4.
7. Slusher MM. Pseudophakic choroidal detachment with cycloidalizis cyst. *Ophthalmic Surg*. 1987;18:191-4.
8. Hawkins WR, Schepens CL. Choroidal detachment and retinal surgery: A clinical and experimental study. *Am J Ophthalmol* 1966;62:812-9.
9. Mantel I, Schipper I. A single treatment for chronic postoperative hypotony of unknown aetiology: The injection of balanced salt solution into the anterior chamber. *Ophthalmic Surg Lasers* 2001;32:250-4.
10. Bellows AR, Chylack LT, Hutchinson BT. Choroidal detachment, clinical manifestation, therapy and mechanism of formation. *Ophthalmology* 1981;88:1107.