

Skleroderma ve Kataraktı Olan Bir Olgu A Case with Cataract and Scleroderma: Case Report

Dr. Refik OLTULU,^a
Dr. Alparslan ŞAHİN,^b
Dr. Meydan TURAN,^a
Dr. Ahmet ÖZKAĞNICI^a

^aGöz Hastalıkları AD,
Selçuk Üniversitesi
Meram Tıp Fakültesi, KONYA

^bGöz Hastalıkları Kliniği,
Harput Devlet Hastanesi, ELAZIĞ

Geliş Tarihi/Received: 15.11.2007
Kabul Tarihi/Accepted: 04.03.2008

Bu çalışma 30 Ekim-2 Kasım 2007 tarihleri arasında Antalya'da yapılan Türk Oftalmoloji Derneği 41. Ulusal Oftalmoloji Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Refik OLTULU
Selçuk Üniversitesi
Meram Tıp Fakültesi,
Göz Hastalıkları AD, KONYA
refikoltulu@gmail.com

ÖZET Skleroderma, deri ve iç organlarda (özellikle özofagus, intestinal sistem, akciğer, kalp ve böbrek) fibrotik ve dejeneratif değişikliklerle karakterize, etiyojisi bilinmeyen, multisistemik, bağ doku hastalığıdır. Genellikle orta yaşlı kadınları etkiler. Sklerodermalı olgularda göz tutulumu sık görülen bir durumdur. Yaygın karşılaşılan oküler bulgular; keratokonjonktivitis sikka, sıg konjonktival forniksler, oklüziv koroidal vasküler hastalık, göz kapaklarında kalınlaşma, gerginlik artışı ve kapak aralığının daralmasıdır. Ayrıca seyrek olarak pellucid marjinal dejenerasyon, periferik ülseratif keratit, keratokonus, santral kornea kalınlığında artış görülebilir. Katarakt ile birlikteliği ise oldukça nadir bir durumdur. Olgumuz; skleroderma tanısı almış 42 yaşında kadın olup, sol gözünde matür katarakt tespit edilmiş ve katarakt cerrahisi gerçekleştirilmiştir. Bu yazıda oldukça nadir rastlanan skleroderma ve katarakt birlikteliği sunuldu. Bu tür olgularda katarakt cerrahisinde dikkat edilmesi gereken noktalar tartışıldı.

Anahtar Kelimeler: Skleroderma, sistemik; katarakt, lokal anestezi

ABSTRACT Scleroderma is a multisystem connective tissue disease of unknown cause, characterized by fibrosis and degeneration of skin and internal organs (especially the oesophagus, intestinal tract, lung, heart and kidney). Middle aged females are predominantly affected. Eyes were frequently involved in scleroderma. Keratoconjunctivitis sicca, shallowing of conjunctival fornices, occlusive choroidal vascular disease, thickening and tightness of eyelids, and narrowing of interpalpebral fissure were common ocular findings. Pellucid marginal degeneration, peripheral ulcerative keratitis, keratoconus, increased central corneal thickness have been reported rarely. Coexistence of scleroderma and cataract is rare. Our case was a 42 years old female with scleroderma who had mature cataract in her left eye and underwent cataract surgery. In this manuscript, coexistence of scleroderma and cataract, which is a very rare condition, was reported. The challenge of the surgical management of cataract in such cases was discussed.

Key Words: Systemic scleroderma, cataract, local anesthesia

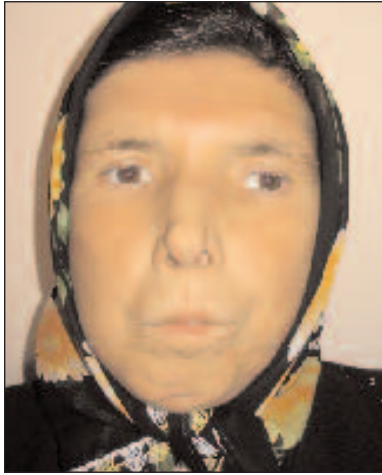
Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2008;17:206-209

Skleroderma, deri ve iç organlarda (özellikle özofagus, barsaklar, akciğer, kalp ve böbrek) fibrotik ve dejeneratif değişikliklerle karakterize, etiyojisi bilinmeyen, multisistemik, bağ doku hastalığıdır. Genellikle orta yaşlı kadınları etkiler. Sistemik sklerodermanın en sık rastlanan klinik belirtileri Reynoud fenomeni ve gergin deri, büzülmüş dudaklar, maske yüz, gaga burun, sivri parmaklarla karakterize mobilite kaybı ve kontraktürle sonuçlanan cilt değişiklikleridir. Tipik olarak parmaklar ve ellerin dahil olduğu periferik uzuvlardan başlar, daha sonra sen-

tripedal olarak yayılıp kolları, yüzü ve tüm vücudu etkiler.¹ Sklerodermalı hastaların büyük bir kısmında çeşitli göz bulguları görülmekle birlikte katarakt birlikteliği oldukça nadirdir.^{2,3} Bu makalede skleroderma ve kataraktlı bir olgu sunuldu. Olguya konu hakkında bilgi verilerek imzalı onam formu alındı.

OLGU SUNUMU

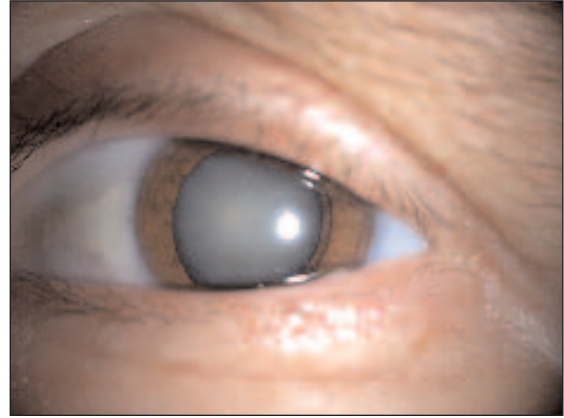
Romatoloji kliniğinde skleroderma tanısı ile takip edilen 42 yaşındaki kadın hasta, sol gözde 2 yıldır tedricen azalan görme nedeni ile polikliniğimizde muayene edildi. Fizik muayenede sklerodermada görülen tipik maske yüz görünümü,



RESİM 1: Maske yüz görünümü

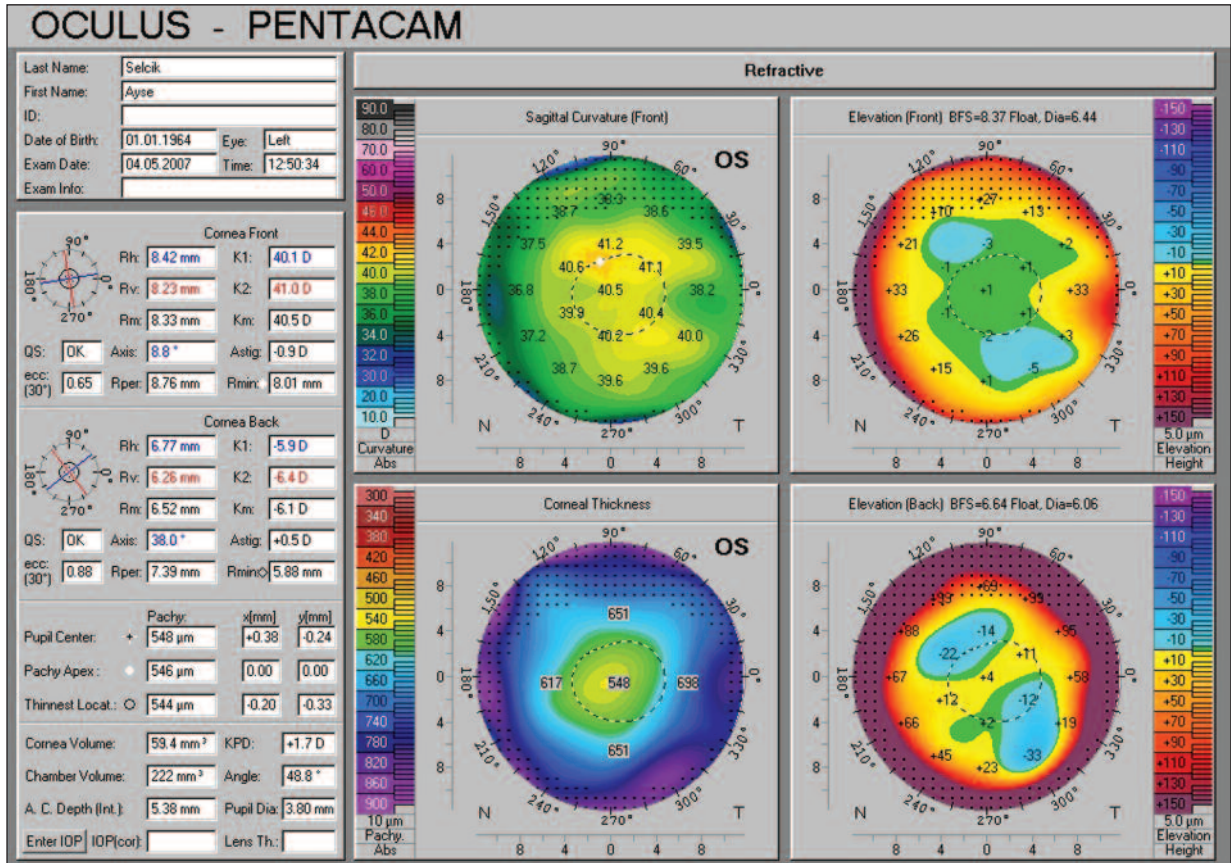


RESİM 2: Parmaklarda kontraktür



RESİM 3: Olgunun kataraktlı sol gözü.

deride sertleşme ve gerginliğinde artış, parmaklarda kontraktür artışı ve her iki göz kapağı aralığında azalma mevcuttu (Resim 1, 2). Olgunun hikayesinden son bir yıldır 4 mg/gün dozunda oral metilprednisolon kullandığı öğrenildi. Göz muayenesinde sağ gözde görme keskinliği tam, sol gözde el hareketleri düzeyinde idi. Göz içi basıncı her iki gözde normal sınırlarda ölçüldü. Gözyaşı kırılma zamanı (GKZ) ve Schirmer testi normal olarak değerlendirildi (Schirmer testi: 18 mm/5 dk, GKZ: 12 sn). Sağ gözde ön segment ve fundus muayenesi doğaldı. Sol gözde ön segment muayenesinde matür katarakt mevcuttu (Resim 3). Fundus değerlendirilemedi. Yapılan ultrasonik incelemede retina yatışık olarak bulundu. Kornea topografisi tetkikinde (Pentacam, Oculus, Almanya) herhangi bir patoloji tespit edilmedi (Şekil 1). Prizma örtme testi ile 12 prizma dioptri sol mono ekzotropya tespit edildi. Bu bulgular ile olguya fakoemülsifikasyon cerrahisi ve intraoküler lens implantasyonu planlandı. Cerrahi, peribulber anestezi altında temporal kadrandan 3.2 mm'lik kornea kesisi ile fakoemülsifikasyon cerrahisi şeklinde gerçekleştirildi. Herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı ancak peribulber anestezi sonrasında olgunun kapak aralığı daha da daraldığı için işlem oldukça güç tamamlandı. Olgunun ameliyat sonrası düzeltilmiş görme keskinliği 20/20 olarak tespit edildi. Ameliyat sonrası sol göz fundus muayenesi doğaldı.



ŞEKİL 1: Kornea topografi çıktısı.

TARTIŞMA

Skleroderma immün aracılı inflamasyona ikincil olarak iç organlar, kan damarları ve derinin fibrozisi ile karakterize multisistemik bir bağ doku hastalığıdır. Kadınlarda erkeklerden 4 kat daha fazla görülür.¹ Sklerodermalı olgularda göz tutulumu sık rastlanan bir durumdur. Yaygın görülen oküler bulgular; keratokonjonktivitis sikka, sığ konjonktival forniksler, oklüziv koroidal vasküler hastalık, göz kapaklarında kalınlaşma, gerginlik artışı ve kapak aralığının daralmasıdır.^{2,3} Ayrıca seyrek olarak pellusid marjinal dejenerasyon, periferik ülseratif keratit, keratokonus, santral kornea kalınlığında artış görülebilir. Katarakt ile birlikteliği ise oldukça nadir bir durumdur.^{4,5}

En sık karşılaşılan oküler bulgu keratokonjonktivitis sikkadır (KS).^{2,3} Olgumuzda KS tespit edilmedi, yapılan Schirmer testi ve GKZ normal olarak

değerlendirildi. Daha az sıklıkta görülen kapak tutulumu oranı %30-65 arasındadır. Kapaklarla ilgili problemler sık görülmesine karşın korneanın açıkta kalması ile ilgili sorunlarla fazla karşılaşmaz. Literatürle uyumlu olarak bu olguda kapaklarda gerginlik artışı ve kapak aralığında daralma mevcut olup açıkta kalma keratopatisi saptanmadı.

Kornea zengin kollajen içeriğinden dolayı kollajen vasküler hastalıklara karşı oldukça duyarlıdır, ancak sklerodermada kornea tutulumu nadirdir. Literatürde santral kornea kalınlığında artma, pellusid marjinal dejenerasyon, keratokonus, periferik ülseratif keratit gibi birliktelikleri bildirilmiştir. Kornea topografisi bu hastalıkların tanısında önemli bir yere sahiptir. Buradan yola çıkarak olguya yapılan kornea topografisinde herhangi bir patoloji tespit edilmedi.^{4,6,7}

Sklerodermalı olgularda katarakt gelişimi sık karşılaşılan bir durum değildir. Bu konu ile ilgili li-

teratürde 1-2 vaka bildirilmiştir.^{5,8} Steroid kullanımının en çok arka subkapsüler tipi olmak üzere katarakt oluşumuna neden olduğu bilinen bir gerçektir. Genellikle steroide bağlı katarakt oluşumu her iki gözde eşzamanlı olarak görülmektedir. Kullanılan steroidin dozu ve kullanım süresi de burada önem arz etmekte olup katarakt oluşumu için en az 10 mg/gün dozunda ve bir yıl süreyle kullanılması gerektiği bildirilmektedir.⁹ Olgumuzun skleroderma hastalığına yönelik steroid kullanıyor olması kataraktın steroid ilişkili olabileceği kuşkusunu doğurmaktadır. Ancak gerek görme bulanıklığının steroid kullanımının başlangıcından daha önce başlaması, gerekse kataraktın tipinin matür katarakt olması ve tek taraflı olması bunun steroide bağlı bir kataraktan ziyade sklerodermanın oküler bir bulgusu olabileceği şeklinde yorumlandı. Katarakt oluşturabilecek travma, üveit, diyabet gibi tüm diğer etkenler ise dikkatli bir sorgulama ile ekarte edildi ve bu durum skleroderma ile ilişkilendirildi.

Olguya peribulber anestezi altında temporal kadrandan yaklaşılarak 3.2 mm'lik korneal kesi ile fakoemülsifikasyon cerrahisi ve intraoküler lens implantasyonu uygulandı. Cerrahi sırasında tercih edilen peribulber anestezi sonrasında olgunun zaten dar olan kapak aralığı daha da daraldığından cerrahi manüplasyon oldukça güç gerçekleştirildi. Bu noktadan yola çıkarak, bu ve bunun gibi kapak aralığının dar olduğu vakalarda katarakt cerrahisinin topikal anestezi altında, temporal kadrandan gerçekleştirilmesinin daha doğru tercih olacağı kanısına vardık. Ayrıca katarakt ekstraksiyonu için tercih edilmesi gerekli cerrahi yöntemin fakoe-mülsifikasyon olması gerektiğini gözlemledik.

Sonuç olarak, skleroderma olgularında göz muayenesi rutin olarak yapılmalı ve bu konuda romatoloji uzmanları ile göz hekimleri işbirliği içinde olmalıdır. Ayrıca sklerodermalı hastalara uygulanacak oküler cerrahi işlemlerde kapak aralığının darlığı dikkate alınarak mümkün olduğunca topikal anestezi tercih edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Medsger TA Jr. Epidemiology of systemic sclerosis. *Clin Dermatol* 1994;12:207-16.
2. West RH, Barnett AJ. Ocular involvement in scleroderma. *Br J Ophthalmol* 1979;63:845-7.
3. Horan EC. Ophthalmic manifestations of progressive systemic sclerosis. *Br J Ophthalmol* 1969;53:388-92.
4. Sii F, Lee GA, Sanfilippo P, Stephensen DC. Pellucid marginal degeneration and scleroderma. *Clin Exp Optom* 2004;87:180-4.
5. Kaushal S, Garg KC. Uncommon association-pre-senile cataract with scleroderma. *J Assoc Physicians India* 1985;33:244-5.
6. Agatston HJ. Scleroderma with retinopathy. *Am J Ophthalmol* 1953;36:120-1.
7. Serup L, Serup J, Hagdrup HK. Increased central cornea thickness in systemic sclerosis. *Acta Ophthalmol (Copenh)* 1984;62:69-74.
8. Leinwand I, Duryee AW, Richter MN. Scleroderma; based on a study of over 150 cases. *Ann Intern Med* 1954;41:1003-41.
9. Jobling AI, Augusteyn RC. What causes steroid cataracts? A review of steroid-induced posterior subcapsular cataracts. *Clin Exp Optom* 2002;85:61-75.