

Senil Skleral Plaklı Bir Olguda Künt Travma Sonrasında Gelişen Skleral Rüptür

Scleral Rupture in a Patient Who Has Senile Scleral Plaque After Blunt Trauma: Case Report

Mustafa VATANSEVER,^a
Erdem DİNÇ,^a
Ayça SARI^a

^aGöz Hastalıkları AD,
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Mersin

Geliş Tarihi/Received: 23.07.2015
Kabul Tarihi/Accepted: 11.11.2015

Yazışma Adresi/Correspondence:
Mustafa VATANSEVER
Toros Devlet Hastanesi,
Göz Hastalıkları Kliniği, Mersin,
TÜRKİYE/TURKEY
vatansevermustafa@hotmail.com

ÖZET Yetmiş sekiz yaşındaki erkek olgu, sol gözüne aldığı künt darbe nedeni ile kliniğimize başvurdu. Olgunun alınan öyküsünde sistemik hastalık ya da ilaç kullanımı yoktu. Sol göz ön segment muayenesinde subkonjonktival hemoraji ile birlikte temporalde skleral rüptür hattı izleniyordu. Arka segment muayenesi her iki gözde normaldi. Olgu acil şartlarda genel anestezi altında ameliyata alındı. Rüptür hattının 7/0 vikril ile sütürasyonu yapılırken, bu hattın hemen kenarında kalsifiye bir plak olduğu izlendi. Üst limbal bölgede dikkatli şekilde diseksiyon yapılarak kalın tenonlu konjonktival greft alındı. Geniş konjonktival greft rüptür hattına yerleştirildi ve 10/0 naylon sütür ile sağlam skleraya sütüre edildi. Cerrahi sonrası 6 aylık takiplerde herhangi bir komplikasyon izlenmedi.

Anahtar Kelimeler: Göz yaralanmaları; yaralar, delici olmayan; rüptür; sklera

ABSTRACT A seventy eight years old male patient was admitted to our clinic with blunt trauma in his left eye. He had no systemic disease or medication history. Anterior segment examination revealed subconjunctival hemorrhage and scleral rupture area. Posterior segment examination was normal. The surgery was performed under general anaesthesia as emergency. While scleral rupture area was being repaired with 7/0 vicryl suture, a calcified plaque was seen at the side of the rupture line. Careful dissection was done around the superior limbus to harvest conjunctiva with thick tenon. Conjunctival graft placed on this scleral rupture line and was attached to sclera using 10/0 nylon suture. Complication was not observed six months after surgery.

Keywords: Eye injuries; wounds, nonpenetrating; rupture; sclera

Senil skleral plak (SSP) ileri yaşlarda görülen, kalsifiye depozitler ile karakterize lezyonlardır.¹ Bu plaklar horizontal rektus kaslarının insersiyon yerlerinde fokal yerleşimli, kabarık olmayan, grimsi renkte ve oval şekilli opasiteler şeklinde görülürler.¹ Yaş ile ilişkili bu lezyonlar genellikle asemptomatik olup oftalmolojik muayene sırasında tesadüfen tespit edilebilmektedir. Ayrıca orbital tomografi ve optik koherens tomografi (OKT) tanıda yardımcı olabilir.² SSP benign lezyonlar olarak bilinir ve aktif tedavi gerektirmez. Bununla birlikte intravitreal enjeksiyon uygulanan hastalarda bazı problemlere yol açabilir. Aynı zamanda SSP'li hastalarda spontan rüptür gelişebileceği de bildirilmiştir.¹ Bu çalışmada, künt

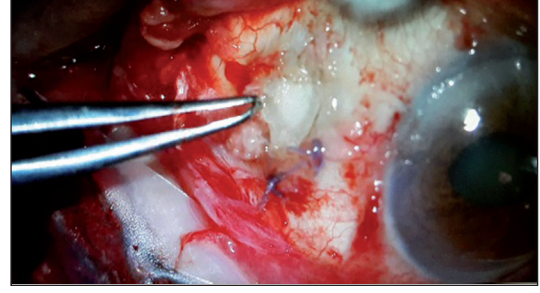
travma sonrasında skleral rüptür gelişen ve intraoperatif SSP tanısı konan bir olgu ve tedavisi tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

Yetmiş sekiz yaşındaki erkek olgu, sol gözüne aldığı künt darbe nedeniyle kliniğimize başvurdu. Olgunun alınan öyküsünde sistemik hastalık ya da ilaç kullanımı yoktu. En iyi düzeltilmiş görme keskinliği sağ gözde 10/10 iken, sol gözde iki metreden parmak sayma düzeyindeydi. Ölçülen göz içi basınç değerleri sağ gözde 17 mmHg iken sol gözde 12 mmHg idi. Sağ göz ön segment muayenesinde temporal sklerada grimsi renk değişikliği izlenen olgunun sol göz ön segment muayenesinde subkonjonktival hemoraji ile birlikte temporal sklerada rüptür hattı izleniyordu. Her iki gözde arka segment muayenesi doğaldı. Olgu acil şartlarda genel anestezi altında ameliyata alındı. Sol göz temporal peritomi ve tenon diseksiyonu yapılan olguda dış rektus kasının insersiyosunun önünde uzanan skleral rüptür hattı izleniyordu. Rüptür hattında vitreus prolapsusu mevcut değildi. 7/0 vikril ile rüptür hattının sütürasyonu planlandı, ancak rüptür hattının hemen kenarında kalsifiye bir plak olduğu, ancak plağın yerinden ayrılmadığı izlendi (Resim 1). Plak hattından sütürasyon imkânı olmadığı için üst alandaki konjonktivadan kalın tenonlu geniş bir greft alınarak 10/0 naylon sütür ile sağlam skleraya sütüre edildi. Ardından konjonktiva 7/0 vikril ile kapatılıp, subkonjonktival antibiyotik-steroid enjeksiyonu yapılarak operasyona son verildi ve 24x1 topikal antibiyotik-steroid tedavisine başlandı. Postoperatif dönemde SSP'lerin varlığı orbital tomografi ile doğrulandı (Resim 2). Altı aylık izlemde herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmadı.

TARTIŞMA

SSP ilk olarak Pagenstecher tarafından 1860'lı yıllarda postmortem iki gözde tanımlanmıştır.³ Bu plaklar için en önemli predispozan faktör yaş olup, Norn ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada 60 yaş civarında sıklığı %3 olarak saptanırken, 80 yaş ve üzerinde %25 sıklığının olduğu bildirilmiştir.⁴



RESİM 1: Skleral plağın intraoperatif görünümü; dış rektus yapışma yerinin hemen önündeki plağın yerinden ayrılmadığı ve kenarında perforasyon hattının olduğu izlenmektedir.



RESİM 2: Bilgisayarlı tomografide her iki gözde dış rektusların yapışma yerlerine uyan bölgelerde skleral plakların varlığı izlenmektedir.

Benzer şekilde bir başka çalışmada 70 yaş ve altında görülme sıklığı %2 iken, 70-79 yaş arasında %7,2, 80 yaş ve üzerinde görülme sıklığı %22,6 olarak saptanmıştır.⁵

Bu plaklar üzerinde yapılan histopatolojik çalışmalarda, skleral kalınlığın düşünülen aksine normal ve hatta hafif artmış olduğu saptanmıştır.⁵ Tipik histolojik bulgusu ise kalsifikasyon olup bunun hiposelülarite sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir. Yerleşim yerleri ise genellikle iç rektus tarafında ve simetrik olmaktadır.⁶ Bizim sunduğumuz olguda da simetrik yerleşim olmasına karşın dış rektus kas yerleşimlerinde plakların olduğu saptanmıştır. Plak yerleşiminin horizontal kas insersiyolarının yapışma yerlerine sınırlı olmasının nedeni kasların sklerada oluşturduğu stres ve gerginlikle birlikte bu kasların diğer ekstraoküler kas-

lardan daha kuvvetli ve daha sık kullanılıyor olması olabilir.^{7,8}

SSP'li hastalar genellikle asemptomatik olup, tanı sıklıkla rutin oftalmolojik muayene sırasında şans eseri konmaktadır. Ancak bu hastalarda spontan rüptür de gelişebilmektedir. Tanıda biyomikroskobik muayene yeterli olabilmektedir. Bununla birlikte bizim sunduğumuz olguda olduğu gibi sağlam gözde izlenen plak alanı skleral inceltme olarak yorumlanabilmekte, rüptüre gözdeki alan hemoraji ve ödem nedeni ile tam olarak değerlendirilememekte ve tanı cerrahi öncesi gözden kaçabilmektedir. Bu nedenle yalnızca biyomikroskobik muayenedeki görünüm ile karar verilmemeli ve tanı orbital tomografi, ultrasonografi (USG) ve OKT ile doğrulanmalıdır.^{2,9} Bu plaklar USG'de anterior gölgelenme, OKT'de hiporeflektif görünüm, orbital tomografide ise hiperdens lezyonlar şeklinde görülmektedir. Plakların ayırıcı tanısında sklerit, skleromalazi, lenfoma ve diğer skleral kalsifikasyonlar düşünülmelidir. Hastanın asemptomatik olması, fokal inflamasyonun bulunmaması ve sistemik hastalık öyküsünün olmaması SSP lehinedir.^{2,10}

SSP'lerde komplikasyon gelişmediği sürece aktif tedaviye ihtiyaç duyulmamaktadır. Bununla birlikte rüptür gelişen hastalarda alternatif cerrahi teknikler kullanılabilir, ancak standart bir cerrahi tanımlanmamıştır. Hillenkamp ve ark. skleral plaklı bir hastada süperenfeksiyon ve spontan rüptürü önlemek amacıyla plağı çıkarmış, defekt alanını otolog sklera ve konjonktiva ile örtmüşlerdir.¹¹ Beck ve ark. ise daha önce katarakt ve trabekülektomi cerrahisi geçirmiş SSP'li bir skleral

rüptür hastası bildirmiş ve donörden alınan skleral greft ve amniyotik membran ile tamir yapmıştır.² Bununla birlikte tamirin mümkün olmadığı ve enükleasyon ihtiyacı olan hastalar da bildirilmiştir.⁷ Bizim sunduğumuz olguda ise skleral plak yerinden tam olarak ayrılmamış ve yara yerinde vitre olmadığı izlenmiştir. Bu nedenle plağın acil şartlarda çıkarılması düşünülmemiş ve tenon dokusu ile birlikte kalın bir konjonktival greft alınarak rüptür hattına sütüre edilmiştir. Yapılan 6 aylık takiplerde herhangi bir komplikasyon ile karşılaşmamıştır.

Sonuç olarak, SSP'nin yaş ile birlikte görülme sıklığının arttığı ve bu tip hastaların kolaylıkla gözden kaçabileceği ve spontan rüptür gelişebileceği unutulmamalıdır. Özellikle tekrarlanan intravitreal enjeksiyonlarda bu plaklar nedeni ile önemli komplikasyonların ortaya çıkabileceği ve oftalmolojik muayene sonrasında gerekli hastalarda görüntüleme yöntemlerinden yararlanılması gerektiği akılda tutulmalıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bildirmemiştir.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Mustafa Vatansever, Erdem Dinç, Ayça Sarı; **Tasarım:** Mustafa Vatansever, Erdem Dinç, Ayça Sarı; **Denetleme/Danışmanlık:** Mustafa Vatansever, Erdem Dinç, Ayça Sarı; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Mustafa Vatansever, Erdem Dinç, Ayça Sarı; **Analiz ve/veya Yorum:** Mustafa Vatansever, Erdem Dinç, Ayça Sarı; **Kaynak Taraması:** Mustafa Vatansever, Erdem Dinç, Ayça Sarı; **Makalenin Yazımı:** Mustafa Vatansever, Erdem Dinç, Ayça Sarı.

KAYNAKLAR

1. Lyall DA, Srinivasan S. Scleral perforation secondary to a spontaneously dehisced senile scleral plaque: clinical features and management. *Clin Experiment Ophthalmol* 2010; 38(5):533-4.
2. Beck M, Schlatter B, Wolf S, Zinkernagel MS. Senile scleral plaques imaged with enhanced depth optical coherence tomography. *Acta Ophthalmol* 2015;93(3):e188-92.
3. Pagenstecher A. Beitrage zur pathologischen anatomie des auges. *Archiv für Ophthalmologie* 1860;7(1):92-118.
4. Norn MS. Scleral plaques. I. Incidence and morphology. *Acta Ophthalmol (Copenh)* 1974;52(1): 96-106.
5. Cogan DG, Kuwabara T. Focal senile translucency of the sclera. *Arch Ophthalmol* 1959;62:604-10.
6. Gossner J, Larsen J. Calcified senile scleral plaques. *J Neuroradiol* 2009;36(2):119-20.
7. Manschot WA. Senile scleral plaques and senile scleromalacia. *Br J Ophthalmol* 1978; 62(6):376-80.
8. Collins CC, Carlson MR, Scott AB, Jampolsky A. Extraocular muscle forces in normal human subjects. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1981; 20(5):652-64.
9. Goldenberg CN, Bahar I, Barash D, Naphtaliv E, Segev Y. Sonographic features of senile scleral calcification. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging* 2007;38(2):115-7.
10. Moseley I. Spots before the eyes: a prevalence and clinoradiological study of senile scleral plaques. *Clin Radiol* 2000;55(3):198-206.
11. Hillenkamp J, Sundmacher R, Sellmer R, Witschel H. [Sequestering senile scleral plaque simulating "necrotizing scleritis". Surgical management]. *Klin Monbl Augenheilkd* 2000;216(3): 177-80.