

Fuchs Heterokromik İridosiklitinde Ekstrakapsüler Katarakt Ekstraksiyonu ve Kapsül İçi Lens Uygulaması

Osman Şevki ARSLAN*, Ali ÜSTÜNER",
Kazım DEVRANOĞLU*, Tülay ÇERÇİ*", Gürhan KENDİROĞLU

ÖZET

Fuchs heterokromik iridosiklitli 8 katarakt olgusuna ekstrakapsüler cerrahi ve kapsül içi lens implantasyonu uygulanarak ortalama 15.3 ay izlendi. Elde edilen düzeltilmiş görme keskinlikleri 0.5-1.0 arasında bulundu. Postoperatif dönemde inflamasyonun fazla olduğu ancak topikal steroid tedavisine çabuk yanıt verdiği gözlemlendi. Erken postoperatif dönemde 2 olguda geçici göz içi basıncı yükselmesi tesbit edildi. Ameliyat sırasında, erken postoperatif dönemde ve orta süreli takipte başkaca önemli bir komplikasyona rastlanmadı.

Anahtar Kelimeler: Fuchs heterokromik iridosiklitli, Ekstrakapsüler katarakt ekstraksiyonu, Kapsül içi lens implantasyonu

T Klin Oftalmoloji 1994, 3: 109-112

SUMMARY

EXTRACAPSULAR SURGERY AND ENDOCAPSULAR LENS IMPLANTATION IN CATARACT PATIENTS WITH FUCHS' HETEROCHROMIC IRIDOCYCLITIS

Extracapsular surgery and endocapsular lens implantation was performed in cataract patients with Fuchs' heterochromia iridocyclitis. Mean follow up was 15.3 months. Corrected visual acuity was between 0.5-1.0. Postoperative inflammation was not rare but has been treated easily with topical steroids. Increased intraocular pressure has been seen in two patients in early postoperative period. No other important complications has been seen during surgery, in early postoperative period and during follow-up.

Key Words: Fuchs' heterochromic iridocyclitis, Extracapsular cataract extraction, Endocapsular lens implantation

Turk J Ophthalmol 1994, 3; 109-112

Giriş

Fuchs heterokromik iridosiklitisi, genellikle tek taraflı, nongranümatöz, progresif olmayan bir uveit çeşididir. Uveitler içinde %2'lik bir sıklığa sahiptir. Çoğunlukla 20-40 yaş grubunda sessiz olarak başlar, inflamasyon orta şiddette bir seyir gösterir (1-3). Etyopatogenez tam olarak aydınlatılamamıştır. iriste vazooklüzif değişiklikler söz konusudur ve histolojik kesitlerde,

plazma hücrelerinden zengin bir mononükleer infiltrasyonun görülmesi dejeneratiften çok immünolojik bir etyolojiyi düşündürmektedir (2,4). Ön segmentin anjiyografik incelemelerinde, ön kamaraya florescein geçiş hızının özellikle ilk 10-15 dakikada daha belirgin olmak üzere arttığı, kümeler halinde yeni damarlanmaların ve nonperfüzyon alanların varlığı gösterilmiştir (2-5). Gonioskopide ön kamara açısında ince dal şeklinde damarlanmalar ve az sayıda yapışıklıklar tarzında anormallikler görülebilir (2,6).

Fuchs heterokromik iridosiklitinde en önemli şikayet görme azlığıdır ve hastaların büyük bir çoğunluğunun ilk başvuru sebebidir. Görme azlığı katarakt, vitreus opasitesi veya glokoma bağlı olarak gelişebilir. Bu sendromda katarakt % 15-75 oranında görülür. Tipik

Geliş Tarihi: 18.1.1994

Kabul Tarihi: 7.3.1994

* Uz.Dr. İÜ.CTF. Göz Hast. ABD,

** Doç.Dr. İÜ.CTF. Göz Hast. ABD,

*** Araş.Gör. İÜ.CTF. Göz Hast. ABD,

**** Prof.Dr. İÜ.CTF. Göz Hast. ABD, İSTANBUL

Tablo 1.

1. Korneada yaygın küçük beyaz presipiteler,
2. Ön kamarada minimal hücre ve flare,
3. Heterokromi ile birlikte veya heterokromsiz iris atrofisi,
4. Ön vitreusta hücre,
5. Arka sinisinin olmaması.

olarak posterior subkapsülerdir ve hızla olgunlaşır (6,7).

Fuchs kataraktının cerrahi tedavisinde, göz içi lens implantasyonunda başarılı sonuçlar alındığını bildiren birçok çalışma vardır (6-15).

Gereç ve Yöntem

Ekim 1991 - Şubat 1993 tarihleri arasında tanıları Kimura, Hogan ve Thygeson'un tarif ettiği kriterlere göre (1) konan, Fuchs heterokromik iridosiklit kataraktı 8 hasta çalışma kapsamına alındı. Tanıda kullanılan kriterler Tablo 1 'de gösterilmiştir.

Hastaların tümüne rutin göz muayenelerinin yanı sıra gonioskopi, A-B scan ultrasonografi ve elektoretinografi uygulanarak, oküler travma ve başka uveit nedenleri elimine edildi. Hastalara ameliyattan 1 gün önce topikal steroidli damla 5x1 uygulandı. Ameliyat günü 1x250 mg asetozolamid tablet verildi.

Hastaların tümü genel anestezi altında ameliyata alındı. Orta limbal kesi kullanılarak, zarf tekniği ile ön kapsülotomi yapıldı, göz içi lensi kapsül içine yerleştirildi. Göz içi lensi olarak Domilens MIC-6 veya OPHTEC PC 296 Y kullanıldı. Dengeli tuz solüsyonu ve viskoelastik madde (healon) kullanıldı. Periferik iridektomi yapılmadı. Korneaskleral kesi 10/0 naylon sütür ile kapatıldı. Subkonjonktival steroid + antibiotik yapılarak ameliyat tamamlandı.

Ameliyat sonrası dönemde rutin olarak, topikal steroid, antibiotik ve sikloplejik damlalar, kontrollerdeki

bulgulara göre azaltılarak 2 ay süre ile kullanıldı. Postoperatif erken dönemde asetozolamid tablet ve topikal beta bloker damla verildi. Komplike olgulara ek tedavi uygulandı. Hastalar ameliyat sonrası 1 hafta süre ile kliniğimizde yatırılarak izlendiler. Kontroller ise, ilk ay haftada bir, daha sonraki üç ay ayda bir, devamında da üç ya da altı ayda bir olmak üzere çağrıldılar.

Bulgular

Çalışma kapsamına alınan 5'i erkek (%62.5), 3'ü kadın (%37.5) 8 olgunun en küçüğü 23, en büyüğü 54 yaşında olup, yaş ortalaması 37.9'du. Takip süresi 7 ay ile 23 ay arasında, ortalama 15.3 ay idi. Olguların tümünde heterokromi mevcuttu. Katarakt tek taraflıydı ve hastaların bize müracaat nedenini, katarakta bağlı görme azlığı oluşturmaktaydı. Kataraktın türü 6 hastada olgun, iki hastada arka subkapsülerdi (2 ve 4 nolu olgular). Katarakt 4 hastada sağ, 4 hastada sol gözdeydi. Küçük yuvarlak, beyaz renkli yaygın tarzdaki tipik korneal presipitasyona 4 hastada rastlandı (2,4,5,7 no'lu olgular). 1 olguda atipik korneal presipiteler mevcuttu (1 no'lu olgu). Ameliyat öncesi dönemde ön kamarada hücre 1 olgu hariç (6 no'lu olgu) tüm olgularda dikkatli inceleme ile görüldü. Ön kamaradaki hücre 4 no'lu olguda (++), diğerlerinde (+) olarak saptandı. Hastalarımızın 5'inde (1-4,7 no'lu olgular) hafif ya da orta derecede iris atrofisi bulunmasına karşın, hiç birinde ağır iris atrofisi mevcut değildi. Ameliyat öncesi bir hastanın göziçi basıncı 20 mmHg'nın üzerinde bulundu (7 no'lu olgu GİB: 22 mmHg). Bunun dışında tüm hastaların göziçi basınçları normal sınırlardaydı. Gonioskopide 3 olguda (4,7,8 no'lu olgular) ön kamara açısında ince damarlanma tarzında anormallik gözlemlendi, diğer olgularda gonioskopik inceleme normaldi. Elektoretinografik incelemede belirgin bir patolojiye rastlanmadı. Ultrasonografik değerlendirmede, sadece 3, 4 ve 7 no'lu olgu-

Tablo 2.

No	Olgu Yaş	Cins	Katarakt Tipi	Preop Görme	Postop Görme	GIL Tipi	Preop GİB	Postop GİB	Kompl.	İzleme süresi
1	42	K	Olgun	EH	9/10	MIC 6	15	15	Ön üveit Fib, Memb,	21 ay
2	25	E	Ask	1 MPS	10/10	MIC 6	18	19	İnce Hifema	22 Ay
3	36	E	Olgun	I+P+	5/10	PC296Y	17	16	Üst Kadr. Zonul Ayrılması	17 ay
4	23	K	Ask	0.5 MPS	7/10	MIC 6	19	29	ince Hifema Fib Memb. Sin. Post	23 Ay
5	40	E	Olgun	I+P+	10/10	PC296Y	15	14	Ön üveit	14 Ay
6	51	K	Olgun	EH	8/10	PC296Y	12	15	—	12 Ay
7	32	E	Olgun	I+ p+	10/10	PC296Y	22	30	İnce Hifema	7 Ay
8	54	E	Olgun	I+P+	8/10	MIC 6	14	16	İnce Hifema	7 Ay

ASK: Arka sub kapsüler, EH: El hareketleri, I+ P+: Işık hissi ve projeksiyon var

**FUCHS HETEROKROMİK İRİDOSİKÜTİNDE EKSTRAKAPSÜLER KATARAKT
EKSTRAKSİYONU VE KAPSÜL İÇİ LENS UYGULAMASI**

larda vitre içi küçük opasitelere rastlandı. Hastaların ameliyat öncesi görmeleri, ışık persepşion hissi ile 1 metreden parmak sayma arasında değişmekteydi (Tablo 2).

Ameliyat sırasında 4 olguda, ön kamaraya girildiği sırada ön kamara açısından operasyonun seyrini etkilemeyen, ince, çizgisel hemoraji oldu. Bu hastaların üçünde gonioskopide açıda ince damarlanmalar saptanmıştı (4, 7 ve 8 no'lu olgular). Bir olguda (3 no'lu olgu), korteks aspirasyonu sırasında, üst kadranda zonül yırtılması gelişti. Buna rağmen lens kapsül içi yerleştirilebildi.

Ameliyat sonrası dönemde iki hastada (4 ve 7 no'lu olgular) göziçi basıncı sistemik ve topikal antiglokomatöz tedaviye rağmen bir süre yüksek seyretti. Bunlar dahil hiçbir olguda kornea ödemi gelişmedi. Ameliyat öncesi döneme göre kornea presipitelerinde belirgin bir azalma gözlemlendi. Tüm hastalarda, operasyon sonrası erken dönemde ön kamarada (++) ile (+++) arasında değişen oranda hücreye rastlandı. 1, 4 ve 5 no'lu olgularda ameliyat sonrası ön üveit gelişti, 1 ve 4 no'lu olgularda buna ilaveten pupilla alanında, lens önyüzünde sıvalı tarzda ince fibrinoid membran oluştu. Yoğun topikal steroid ve midriazis tedavisiyle üveit yatıştı, 4 no'lu olguda arka sinüsü dışında sekelsiz iyileşti.

Ameliyat sonrası incelemede 1 olguda (3 no'lu olgu) vitre içinde yoğun opasitelere rastlandı. Retinaya ait bir patoloji ve komplikasyon hiçbir olguda görülmedi.

Ameliyat sonrası düzeltilmiş görme keskinliği 5/10-10/10 arasındaydı.

Tartışma

Fuchs heterokromik iridosiklitinde görmeyi azaltan başlıca neden olan kataraktın, cerrahisi ile ilgili birçok çalışmada değişik sonuçlar bildirilmiştir. Kimura 1955'de (1) intrakapsüler cerrahinin sorun çıkarmadığını, Franceschetti (16), heterokromide katarakt operasyonunun prognozunun normal gözden bile iyi olduğunu söyledi. 1967'de Ward ve Hart (17) persistan hifema, glokom gibi komplikasyonlardan ilk söz eden yazarlar oldular.

Bu olgulara göziçi lens implantasyonu düşüncesini Mooney ve O'Connor tarafından 1980'de (18) ele alındı. Ekstrakapsüler cerrahi ile Binkhorst iudokapsüler fiksasyon lensi uyguladıkları 10 olgu ile iris klips lensi uyguladıkları 1 intrakapsüler olgunun izlenmesinde, göz içi lenslerinin iyi tolere edildiğini bildirdiler. Mills ve Rosen (9), 2.5 yıl süreyle izledikleri, iris klips lensli 8 olgunun 4'ünde pupiller membran oluşumu, 3'ünde de glokom geliştiğini tesbit ettiler.

Fuchs heterokromik iridosiklitli hastalarda katarakt operasyonu sırasında hifema görülmesi Amsier delili olarak biliniyor (1.2.9). Birçok çalışmada değişik oranlarda ve genellikle hafif bir hemoraji tarzında bildiril-

miştir (11-15). Bizim olgularımızın 4'ünde (%50) sorun çıkarmayan ince bir hemoraji gözledik. Hemorajinin şiddetinin postoperatif problemler açısından uyarıcı olabileceğine dikkat çekilmiştir (7).

Ameliyat sonrası erken dönemde tüm olgularımızda ön kamarada (++) , (+++) hücre görülmesi, 3 olguda üveitik reaksiyon ve fibrinoid membran oluşması, Fuchs sendromlu olgularda ameliyat sonrası reaksiyonun daha fazla olduğunu akla getirmektedir. Bununla birlikte topikal steroidlerle kısa zamanda cevap alınabilmiştir. Javves (7) postoperatif üveitin ortaya çıkışında cerrahiye ek olarak göziçi lensinin kendisinin de önemli bir rol oynadığını ileri sürdü. Yıldırım ve ark. (12) postoperatif inflamasyonun Fuchs sendromlularda daha fazla olduğunu fakat kısa sürede komplikasyonsuz gerilediğini bildirdiler. Preoperatif topikal steroid kullanımının postoperatif üveitin şiddet ve insidansını azalttığı da ileri sürülmüştür (7,10).

Katarakt operasyonunun Fuchs heterokromik iridosiklitinde, glokom gelişme riskini etkilemediği, hastalığın doğal seyrinde bile olguların yaklaşık yarısında glokom geliştiği bildirilmektedir (1,6,9). Ameliyat geçirmemiş ve ameliyatlı olgularda glokom gelişme riskinin birbirine yakın bulunması bu görüşü desteklemektedir (19). Jones (7) göziçi lensli olguların %40'ında, göziçi lenssiz olguların %20'sinde ameliyat sonrası ilk birkaç haftalık dönemde göziçi basıncı yükselmesi tesbit etti. Aynı seride ameliyat öncesinde topikal glokom tedavisi olan 4 olgunun 2'sinde glokomun operasyon gerektirir duruma geçtiği. 1'nin aynı topikal tedavi ile regüle olduğu, 1'inde ise glokomun tedavisine gerek kalmadığı bildirildi. Shervvood ve Rosenthal (14) 17 olgularının 3'ünde ameliyat sonrası GİB'nin 30 mmHg'nın üstüne çıktığını ve 1 hafta içinde normale dönerek antiglokomatöz tedavinin kesildiğini bildirdiler. Preoperatif glokomlu 3 hastanın ise sadece birinde glokom ameliyat sonrası ağırlaştı. Yıldırım ve arkadaşları (12), ile Çağlayan ve ark. (13), kendi serilerinde gerek operasyon öncesi ve gerekse operasyon sonrasında göziçi basınç yüksekliği saptamamışlardır. 8 olgumuzun sadece birinde ameliyat öncesi GİB 22 mmHg idi. Ameliyat sonrasında ise iki olgumuzda göziçi basıncı iki gün süre ile antiglokomatöz tedaviye rağmen 30 mmHg seviyesinde kalmış ve daha sonra normal seviyeye inmiştir.

Liesegang (6) bu sendromu gösteren 17 olguya uyguladığı katarakt operasyonu sonucu 8'inde 20/40'ın üzerinde bir görme derecesi saptamış, pupiller membran oluşumu ve glokom gelişmesi nedeniyle 6 hastada görme 0.1'in altında kalmıştır. Mills ve Rosen (9) iris klips lensi uyguladıkları 8 intrakapsüler ekstraksiyon olgusunun 6'sında 20/40 düzeyinden daha iyi bir görme saptadıklarını bildirmişlerdir. Gee ve Tabbara (20) 16 hastanın 11'ine göziçi lensi implante etmişler ve 6-48 ay izlemişlerdir. Önemli bir komplikasyona işaret etmemişler ve 20/40 ya da daha iyi bir görme

elde ettiklerini bildirmişlerdir. Smith ve O'Connor (21) 29 olguluk seride 25 olguda 20/40 ve daha iyi görme saptadılar.

Yıldırım ve ark. (12) ile Çağlayan ve ark. (3) kapsül içi lens uyguladıkları olgularında 6/10 ile 10/10 arasında değişen görme dereceleri saptamışlardır. Sherwood ve Rosenthal (14) göziçi lensli 17 olgunun 15'inde (%83.3) 6/12 ve daha iyi bir görme sağladıklarını bildirdiler. Bizim olgularımızda da 5/10 ve daha iyi bir görme düzeyi sağlanmıştır. Bir olgumuzda (3 no'lu olgu) vitreus içi opasitelerin yoğunluğu nedeniyle görme 5/10 düzeyinde kalmıştır.

Sulkusa fikse lenslerin daha fazla uveal reaksiyon uyurabileceği riski (7,20), bizi diğer bazı çalışmacılar gibi (12-15) göziçi lensini kapsül içine yerleştirilmesi tercihine yöneltti. Orta süreli gözlemlenmeye göre, Fuchs heterokromik iridosiklitinde katarakt ameliyatı sonrasında inflamasyon normalden fazla olabilir ve göziçi basıncı yükselmesine meyil hatırdan çıkarılmamalıdır. Ağır iris atrofi ve preoperatif glokom saptanması riski artırır. Sonuç olarak bu sendromda kapsül içi lens implantasyonunun genelde iyi tolere edildiği ve başarılı bir görme prognozu sağlanabileceği kanısına varılmıştır.

Kaynaklar

- Kimura JJ, Hogan MJ, Thygeson P. Fuchs* syndrome of heterochromic cyclitis. *Arch Ophthalmol* 1955; 54:179-86.
- Schlagel TE. Miscellaneous uveitic syndromes. In: Duane TD, ed. Philadelphia: Clinical Ophthalmology Harper and Row, 1984;4:57:3-6.
- Smith RE, Nozih RA. Uveitis. A clinical approach to diagnosis and management. Baltimore, Williams and Wilkins. 1983; 185-7.
- Johnson DR, Liesegang TJ and Brubaker RF. Aqueous humor dynamics in Fuchs uveitis syndrome. *Am J Ophthalmol*. 1983; 783: 95.
- Berger BB, Tessler HH, Kottow MH. Anterior segment ischemia in Fuchs heterochromic cyclitis. *Arc Ophthalmol* 1980;98:499.
- Lienegang TJ. Clinic feature and prognosis in Fuchs uveitis syndrome. *Arch Ophthalmol* 1982; 100:1622.
- Jones NP. Extracapsular cataract surgery with and without intraocular lens implantation in Fuchs' heterochromic uveitis. *Eye* 1990; 4:145-50.
- Menezo JL, Tobaoda EJ. Heterochromic Fuchs cataracts and posterior chamber lens. *Implant and refractive surgery*, 1987; 3:184-94.
- Mills KB, Rosen ES. Intraocular lens implantation following cataract extraction in Fuchs' heterochromic uveitis. *Ophthalmic surgery*.
- Foster CJ, Fong LP, Singh G. Cataract surgery and intraocular lens implantation in patients with uveitis. *Ophthalmology* 1989; 96:281-7.
- Kaplan HJ. Discussion (cataract surgery and intraocular lens implantation in patients with uveitis) 1989; 96:287-8.
- Yıldırım N, Topbaş J, Yurdakul S. Fuchs heterokromik iridosiklit olgularında katarakt ameliyatı ve göz içi lens implantasyonu. *T Oft Gaz* 1991; 21:262-4.
- Çağlayan L, Öge i, Öge F, Erbil H. Fuchs heterokromik iridosiklitli katarakt hastalarında kapsül içi IOL uygulanması, istanbul: XXV. Ulus Türk Oft Kong Bül, 1991: 2:140.
- Sherwood DR, Rosenthal AR. Cataract surgery in Fuchs' heterochromic iridooylitis. *Br J Ophthalmol* 1992; 76(4):238-40.
- Daws W, Schmidbauer J, Buschendorff P, Tetz MR, Volcker HE. Results of extracapsular cataract extraction with intraocular lens implantation in eyes with uveitis and Fuchs' heterochromic iridocyclitis. *Ger J Ophthalmol* 1992; 1 (6):399-402.
- Franceschetti A. Heterochromic cyclitis. *Am J Ophthalmol* 1955; 39:50-8.
- Ward DM and Nart CT. Complicated cataract extraction in Fuchs heterochromic uveitis. *Br J Ophthalmol* 1967; 51:530-8.
- Mooney D, O'Connor M. Intraocular lenses in Fuchs' heterochromic cyclitis. *Trans Ophthalmol Soc UK* 1980; 100:510.
- Hooper PI, Rao NA, Smith RP. Cataract extraction in uveitis patients. *Surv Ophthalmol* 1990; 35(2): 120-44.
- Gee SS, Tabbara KF. Extracapsular cataract extraction in Fuchs' heterochromic iridocyclitis. *Am J Ophthalmol* 1989; 108:310-4.
- Smith RE and O'Connor GR. Cataract extraction in Fuchs' syndrome. *Arch Ophthalmol* 1974; 91:39.