

Akut Ağrılı Gözlerde Etiyolojik Değerlendirme[¶]

EVALUATION OF THE ETIOLOGY OF THE ACUTE PAINFUL EYE

İsmail KURFAL*, Nurşen ARITÜRK**, İhsan ÖGE***,
Fatma ÖGE***, Dilek ERKAN****, Yüksel SÜLLÜ**

* Arş.Gör.Dr.,Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları AD,

** Yrd.Doç.Dr.,Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları AD,

*** Prof.Dr.,Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları AD,

**** Doç.Dr.,Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları AD, SAMSUN

Özet

Akut ağrı birçok göz veya göz dışı hastalıkta göz küresinde veya orbita çevresinde oluşabilir. Akut göz ağrısı olan hastaların çoğunluğu poliklinik vakaları olup, ayaktan tedavi edilir. Bu çalışmada, akut göz ağrısı nedeniyle yatarak tedavi gerektiren hastalarda etiyolojik nedenler, nedene yönelik tedaviler ve sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Bu amaçla, Nisan 1991- Mayıs 1998 arasında akut göz ağrısı yakınması ile kliniğimize başvuran ve yatarak tedavi gören 73 hastanın 74 gözü çalışmaya alınarak incelendi. Akut ağrı nedeni 43 gözde akut glokom krizi, 15 gözde keratit (6 herpetik keratit, 3 gözde korneal trofik ülser, 2 gözde korneal ülser, 1 gözde oftalmik zona keratiti, 2 gözde dissiform keratit) 2 gözde akut korneal hidrops (keratokonus), 4 gözde akut dakriosistit, 3 gözde preseptal selülit, 2 gözde orbital abse, 5 gözde ise anterior üveit idi. Hastaların hastanede kalış süreleri ortalama 6.7 gün (min. 3- mak. 30) uygulanan tedavi 35 gözde cerrahi, 39 gözde medikal tedavi idi. 64 hasta tam bir iyileşme ile, 10 hasta ağrı yakınması kaybolmuş medikal tedavi ile taburcu edildi. Sonuç olarak, pek çok hastalık akut göz ağrısı nedeni olabilir. Bu olgularda doğru tanı ve tedavinin önemi büyüktür.

Anahtar Kelimeler: Akut ağrı, Göz, Orbita

T Klin Tıp Bilimleri 1999, 19:145-149

Summary

A number of ocular or nonocular conditions may produce an acutely painful eye or orbit. Most of the patients with acute painful eye can be treated as outpatients. In this study, the etiological factors in patients with acute eye pain who were treated as inpatient, the managements and their results were evaluated retrospectively. With this purpose, 74 eyes of 73 patients with acute pain who attended our clinic between April 1991 and May 1998 have been included in this study. The causes of acute pain were: acute angle closure glaucoma in 43 eyes, keratitis in 15 eyes (herpetic keratitis in 6 eyes, corneal trophic ulcer in 3 eyes, corneal ulcer in 2 eyes, herpes zoster ophthalmicus in 1 eye and disciform keratitis in 2 eyes), acute corneal hidrops in 2 eyes (keratoconus), acute dacryocystitis in 4 eyes, preseptal cellulitis in 3 eyes, orbital abscess in 2 eyes and anterior uveitis in 5 eyes. The hospitalization period of patients were 6.7 days approximately. (range 3 to 30 days). The treatment method was surgical and medical in 35 eyes and 39 eyes, respectively. As a result, 63 patients (64 eyes) with complete improvement and 10 patients (10 eyes) with decreased pain were discharged. In conclusion, many diseases can be the cause of acute painful eye. In these cases, the most important things are the correct diagnosis and treatment.

Key Words: Acute pain, Eye, Orbit

T Klin J Med Sci 1999, 19:145-149

Göz dış dünyaya açılan pencere görevini üstlenmiş önemli organlarımızdan biridir. Gözde

Geliş Tarihi: 05.01.1999

Yazışma Adresi: Dr.Nurşen ARITÜRK

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göz Hastalıkları Anabilim Dalı
55139 Kurupelit-SAMSUN

[¶] Bu çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalında yapılmıştır ve XXXII. Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresi, Bursa, 1998 de poster olarak sunulmuştur.

oluşan ağrı genellikle hastaları endişelendirmekte ve bazen de paniklemelerine yol açmaktadır. Akut göz ağrısı olan hastaların çoğunluğu palpebral veya korneal yabancı cisim gibi poliklinik vakaları olup, ayaktan tedavi edilir. Bununla birlikte okuler, ekstraokuler veya periorbital bölgeye ait patolojiler nedeniyle yatırılarak tedavi gerektiren akut göz ağrısı gelişebilir. Göze ait nedenler bazen eksternal inflamasyonla birlikte(kırmızı göz) olabilir. İnflamasyonla birlikte olan başlıca nedenler; keratit, korneal ülser, korneal erozyon veya korneal yabancı cisim, akut iritis veya anterior üveitis, akut açılı kapanması

glokomu, episkleritis, skleritis, orbital sellülitis, periorbital sellülitis ve kavernoöz sinus trombozudur. İnflamasyonla birlikte olmayan nedenler ise internal karotid arter anevrizması, optik nörit, temporal arteritis ve değişik başağrısı sendromlarıdır.

Biz bu çalışmada, akut göz ağrısı nedeniyle kliniğimize başvuran ve yatırılarak tedavi edilen hastaların etiyolojik değerlendirmesini yaparak tedavi sonuçlarını tartıştık ve acil göz hekimliğinde karşılaşılabilecek akut ağrı nedenlerini araştırdık.

Gereç ve Yöntem

Akut göz ağrısı nedeniyle Nisan 1991-Mayıs 1998 yılları arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalında yatarak tedavi gören 73 hastanın 74 gözü çalışmaya alındı. Hastaların yaş ve cinsiyet özellikleri ile ilk muayene bulguları kaydedildi. İlk başvuruda yapılan muayene, görme keskinliği, göz tansiyonu, biyomikroskopik muayene ve fundus muayenesini içeren tam göz muayenesi idi. Fundusu görülmeyen hastalara B Mode Ultrasonografi ve Orbital Tomografi yapıldı. Olguların tanıları ve uygulanan tedavi şekilleri kaydedildi. Hastaların yatış süreleri ve taburcu olurken son kontrol muayene bulguları değerlendirildi.

Bulgular

Çalışmaya alınan 73 hastanın 40'ı (%55) kadın, 33'ü (%45) erkek olup, yaş ortalaması 58.57 yıl (min 3, maks. 85 yıl) idi. Akut ağrı nedeni 43 gözde akut glokom krizi, 15 gözde keratit (6 herpetik keratit, 3 gözde korneal trofik ülser, 2 gözde korneal ülser, 1 gözde oftalmik zona keratiti, 2 gözde dissiform keratit), 2 gözde akut korneal hidrops (keratokonus), 4 gözde akut dakriyosistit, 3 gözde preseptal selülit, 2 gözde orbital abse, 5 gözde ise anterior üveit idi.

Akut glokom krizi tanısı konan 43 gözden; 20'sinde neden kapalı açılı glokom, 15'inde neden neovasküler glokom, 5'inde fakomorfik glokom (Entümesan katarakt), 2'sinde pigmenter glokom, 1'inde ise intraoküler kitle idi. Bu hastaların tümüne önce hiperosmotik ajanlar (%20 Mannitol, 1g/kg), karbonik anhidraz inhibitörleri (Asetazolamid 250mg tb, 4x1), topikal beta bloker ajanlar (Timolol maleat % 0.5 veya betaksolol, 2x1) içeren medikal tedavi uygulandığı saptandı. Hastaların tedavi

öncesi göz tansiyonu ortalama 46 mmHg iken tedavi sonrası 17 mmHg düzeyinde idi. Hastaların tümünde ağrı yakınmasının kaybolduğu ve kornea ödeminin azaldığı belirlendi. Göz tansiyonu medikal tedavi ile kontrol altına alındıktan sonra 23 hastaya Argon+Nd YAG laser kullanılarak iridotomi, 1 hastaya ise cerrahi iridektomi yapıldığı saptandı. Lazer iridotominin yeterli gelmeyeceği düşünülen maksimum medikal tedaviye rağmen GİB'nin yüksek seyrettiği 12 hastanın 13 gözüne Trabekülektomi+periferik iridektomi yapıldığı tespit edildi. Entümesan kataraktı olan 5 gözden 3'üne PEKKE, 2'sine PEKKE+ Trabekülektomi yapıldığı saptandı. İntraoküler kitle tespit edilen (Malign Melanom) 1 hastaya ise enükleasyon yapıldığı belirlendi.

Dendritik herpetik keratit tanısı alan 6 gözden 3'ünde, topikal antiviral "acyclovir (Zovirax)" tedavisi yapıldığı, Herpetik keratoüveit tanısı alan 2 hastanın topikal ve sistemik "acyclovir (Zovirax)", sikloplejik ve steroidli damlaların verilerek tedavi edildiği ve bu hastaların ağrısının kaybolduğu tespit edildi. 1 hastaya rekürren ataklar nedeniyle penetran keratoplasti uygulandığı belirlendi. Dissiform keratiti olan 2 hastada topikal steroid tedavisi uygulandığı, hastalarda kornea ödemi ve infiltrasyonunun azaldığı fakat tamamen kaybolmadığı saptandı. Korneal ülser tanısı alan ve kültürlerinde üreme olmayan 3 hastaya topikal olarak geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine başlandığı tercihan sefazolin ve gentamisin içeren preparatların ve sikloplejiklerin kullanıldığı belirlendi. 3 hastanın 1'inde tam iyileşme sağlanırken, 2'sinde desmatosel geliştiği saptandı. Desmatosel gelişen olgularda konjonktival örtme yapıldığı tespit edildi. Rozesea keratiti olan 1 hastada, oral tetrasiklin, A vitamini, topikal aminoglikozid grubu antibiyotik damla, tetrasiklinli pomad, steroidli damla ve suni göz yaşı başlanarak tedavi edildi. Kapaklarda ödem ve meibomitisin düzeldiği, korneal inflamasyonun gerilediği, iritasyon bulgularının azaldığı görüldü.

Keratokonusu olan 2 hastaya oral Asetazolamid, hipertonic %5 NaCl, suni gözyaşı ve antibiyotikli sıkı kapama sonrası, ağrı ve korneal ödemi azalan hastalara keratoplasti yapıldığı belirlendi.

Akut dakriyosistiti olan ve konjonktival kültüründe üreme olmayan 4 hastaya sistemik geniş spektrumlu ikili antibiyotik ve ağrı ve ödemi için

analjezik ve antiinflamatuvar etkili tedavi başlandı. 10 gün tedaviye devam edilen hastalarda ağrı yakınmasının 3'üncü günde kaybolduğu saptandı.

Preseptal selülitli olan hastaların konjonktival kültürlerinde üreme olmadı. Yaşları 3-24-37 olan 3 hastaya sistemik geniş spektrumlu ikili antibiyotik tedavisi uygulandığı ve ortalama 5. günde hastaların kliniğinin düzeldiği tesbit edildi.

Hastaların hastanede kalış süreleri ortalama 6.7 gün (min. 3- maks. 30) uygulanan tedavi 35 gözde cerrahi, 39 gözde medikal tedavi idi. 64 hasta tam bir iyileşme ile, 10 hasta ağrı yakınması kaybolmuş medikal tedavi ile taburcu edildi.

Tartışma

Göz, orbita ve adnekslerinin primer duyu siniri trigeminal sinirin oftalmik dalıdır. Alt kapağın çoğunu ise maksiller dalın infraorbital kolu innerve eder (1). Retina ve optik sinir gibi dokular ışık hissinde duyarlıdır, ağrı hissi ve dokunma duysusu yoktur. Aksine korneada vücutta başka hiçbir dokuda bulunmayan birçok sinir uçları bulunur. Korneanın iki sensoryal innervasyonu vardır; anterior subepitelyal pleksus ve midstromal pleksus. Korneanın bu geniş duyarlılığı ve göz-kırpma refleksi gözü travmalardan korur. Uveal traktus özellikle iris, bol miktarda ağrı reseptörü içerir. Derin ızdıraplı göz ağrısı uveal, özellikle iris kaynaklıdır. Ani göziçi basınç artışı ve anterior üveit gibi inflamatuvar durumlarda traksiyon veya gerilme, ağrıya neden olabilir. Ağrı aynı taraf yüze ve dişlere de yayılabilir. Orbitada ise sensoryal sonlanmalar ekstraokuler kaslarda, optik sinir dural kılıfında ve periorbitada bulunur. Trigeminal sinirin nazosilier dalı intrakranyal uzun bir yol katedip orbitaya ulaşır. Bu nedenle intrakranyal tümörler, orbital tümörler, paranasal sinüs tümörleri, kavernoöz sinüs ve orbitanın inflamasyonları ve karotid anevrizmalarda okuler ağrı erken ve önemli bir bulgu olarak ortaya çıkar. Trigeminal sinir, 9. ve 10. kranyal sinirler ile C1 ve C2'den de dallar alır. Ayrıca, trigeminal sinirin rekürren dalları duraya, venöz sinuslara ve serebral damarlara da sinir verir. Göz dışı nedenlerle oluşan göz ağrısı bu nedenle göze ve orbitaya vurur. Primer gözle ilgili ağrı ise, yüz ve kafanın diğer yerlerine yansır (2). Akut ağrı ile birlikte bulantı, kusma, halsizlik gibi sistemik bulgular bulunabilir ve bunlar göz bulgularını

maskeleyebilir. Akut göz ağrısı ile başvuran hastalarda birçok olası tanı akla gelmelidir. Bu hastaların pek çoğunda anamnez ve rutin oftalmik muayene yöntemleriyle neden saptanırsa da bazen laboratuvar yöntemleri ve özel radyolojik tetkikler kesin tanıya varmak için gerekebilir. Akut göz ağrısı yapan nedenlerden bir kısmı dış inflamatuvar bulgularla (kırmızı göz gibi) seyrederek, bunlar keratit, korneal ülser, korneal yabancı cisim, akut üveit, akut açılı kapanması glokomu, episklerit, sklerit, orbital selülit ve periorbital selülitir. Kırmızı göz ayrıca enfeksiyöz veya nonenfeksiyöz konjonktivitlerde de görülür. Fakat konjonktivitlerde ağrı olmaz. Akut göz ağrısı ayırıcı tanısında dış inflamatuvar bulguları bulunmayan optik nörit, temporal arterit, internal karotid anevrizması ve değişik başağrısı sendromları da göz önüne alınmalıdır.

Akut açılı kapanma glokomunda, periferik iris dokusu trabekuler ağı örterek aköz sıvının bu ağa ulaşmasını engeller. 40 yaş üstünde 1/1000 oranında görülür. Kadın erkek oranı 4/1 dir (3). Aköz sıvının ani blokajından dolayı göz tansiyonu hızla yükselir. Etkilenen gözde akut göz ağrısı başlar. Ağrı visseraldır ve vagal stimulasyondan dolayı bulantı ve kusma eşlik edebilir. Bulantı ve kusma hastalarda asıl semptom bile olabilir. Hastalarda fofotopsi, görme keskinliğinde azalma, korneal ödeme bağlı olarak cisimlerin etrafında halolar akut göz ağrısına eşlik eder. Pupilla genelde middilatedir ve ışık reaksiyonu zayıftır. Konjonktival perilimbal damarlarda belirginleşmeye bağlı göz kırmızısıdır. Gonyoskopik muayenede açının kapalı olması tanıyı kesinleştirir. Göz tansiyonu genelde 50 mmHg'nin üzerindedir. Asıl tedavi cerrahidir. Periferik iridektomi (bazen trabekülektomi ile) genellikle tabloyu düzeltir. Bu genellikle başarılı bir şekilde Argon+YAG laserle de sağlanabilir. Cerrahi öncesi bazı medikal yöntemler hastayı rahatlatır. Pilokarpin gibi pupillayı küçülten ve bu sayede açının açılıp akımın sağlanmasını sağlayan ilaçlar kullanılabilir (4). Pilokarpinin inflamasyonu arttırıcı ve pupil bloğuna bağlı gelişen olgularda lens-iris temasını arttırarak olayı agra ve etmesi ve akut kriz döneminde irisin ödemli ve atrofik olmasına bağlı etkisi görülmeyeceği için akut atak başlangıç tedavisinde kullanımı pek önerilmemektedir. Asetazolamid, karbonik anhidraz enzimini inhibe ederek aköz sıvının yapımını azaltan etkisinden dolayı kullanılır. Beta reseptör blokörü ajanlar

da aköz yapımını azaltarak göziçi basıncının düşürülmesini sağlamaktadırlar (4). Mannitol ve gliserol gibi hiperosmotik ajanlar, osmotik diürez yapıcı etkisi nedeniyle kullanılırlar. İlk saatlerde tedaviye alınan hastalarda prognoz genellikle iyidir. Diğer etkilenmeyen göze de profilaktik iridektomi uygulanır (5). Göziçi basıncı kontrol edildikten sonra bu hastaların tedavisinde izlenecek yol, glokom krizine yol açan faktöre, dar açılı glokom olgularında ataklara bağlı olarak iridokorneal açıda sineşi alanının büyüklüğüne, optik sinir başı ve görme alanı değişikliklerine göre belirlenir. Çalışmamızda akut göz ağrısı ile başvuran ve yatırılarak tedavi edilen hastaların %58.9'unu akut glokom krizi ile gelen hastalar oluşturmuştur. Bu olguların tümünde göziçi basıncı medikal tedavi ile kontrol altına alınmış ve daha sonra 23 gözde Argon+Nd:YAG laser ile iridotomi, 1 gözde cerrahi iridektomi yapılmıştır. 13 gözde trabekülektomi, 3 göze katarakt cerrahisi, 2 göze katarakt cerrahisi +Trabekülektomi, 1 göze enükleasyon yapılmıştır.

İntakt kornea epiteli Neisseria gonore, Corynebacterium diphteria, Listeria spp. ve Heamophilus spp. dışındaki bakterilere karşı dirençlidir. Bakteriyel keratitler kornea epitelinin bütünlüğünün kaybını takiben kornea epitelinin ve komşu yüzeysel stromanın inflamasyonu ile oluşur. Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumonia, Pseudomonas ve Morexella, bakteriyel keratitin sık görülen sebepleridir (6). Korneal keratit, korneal ülserasyon, stromal abse oluşumu, ve ön segment inflamasyonu ile birlikte olabilir. Klinik bulgu ve semptomlar organizmanın virülansına ve enfeksiyonun süresine büyük oranda bağlıdır. Hastalar görme azalması, ani göz ağrısı ve fotofobi yakınması ile başvururlar. Korneadaki kardinal bulgu stroma veya epiteldeki lokalize veya diffüz infiltrasyondur. İnfiltrasyon beyaz veya gri renkte görülür. Tedavide öncelikle etiyolojik ajan belirlenir ve ona yönelik tedavi yapılır. Etkenin belirlenemediği durumlarda sefalosporin ve aminoglikozid grubu antibiyotiklerin birlikte kullanımı önerilmektedir (6). Çalışmamızda korneal ülser gelişen olgularda kültürlerde üreme olmamakla birlikte sefalosporin ve gentamisin topikal olarak uygulanmış ve enfeksiyon kontrol altına alınmıştır. Herpes simplex virusünün neden olduğu herpetik keratitin en tipik formu dendritik ülserdir. Gözde ani ağrı, sulanma, fotofobi ve yabancı cisim hissi

vardır. Korneada hipoestezi veya anestezi vardır. Bowman tabakası bu evrede sağlamdır. Topikal steroidler bu evrede kullanılmaz. Hastalık ilerledikçe Bowman tabakasını aşarak veya kornea sinirleri boyunca stromaya ilerler. Tedavisinde Asiklovir pomad günde 5 defa kullanılır. Triflorotimidin damla formu 2 saat arayla kullanılabilir. Bu evrede topikal steroid, kontrollü bir şekilde kullanılabilir. Çalışmamızda yer alan 6 herpetik keratit olgusunun tedavisinde Asiklovir pomad (5xl/gün) kullanılmıştır. Tüm olgularda, semptom ve klinik bulgularda düzelleme görülmüştür. Bu olguların 1'ine, tekrarlayan ataklara bağlı görme azalması nedeniyle keratoplasti yapılmıştır. 2 olguda dissiform keratit görülmüş, steroidli göz damlaları ile stromal inflamasyon ve ağrı kontrol altına alınmıştır. Dissiform keratitle birlikte epitelyal trofik ülser bulunan olgularda antiviral tedavi ile birlikte steroidli göz damlaları uygulanmıştır ve hasta rahatlamıştır. Rosacea keratiti, tipik olarak 30-50 yaşları arası kadınları etkileyen etiyolojisi bilinmeyen yaygın olmasına rağmen genelde tanı konulamayan bir hastalık olan akne rosacea vakalarının %5'inde görülen punktat epitelyopati, periferik vaskularizasyon ve korneal incelmeyle giden bir hastalıktır. Kronik blefarit (primer meibomitis) ve rekürren şalazyon eşlik eder. Topikal tedavisinde steroidli damlalar çok etkilidir. Sistemik olarak tetrasiklin ve doksisisiklinden biri tercih edilir (7). Çalışmamızda 1 olguda saptanmıştır. Oral tetrasiklin ve A vitamini, topikal tetrasiklin içeren pomad ve steroidli göz damlaları uygulanmış ve hastalık kontrol altına alınmıştır.

Akut anterior üveit geniş bir sistemik veya lokal hastalık prosesleriyle birlikte bulunabilirse de genellikle çoğu vakada etiyolojik neden bulunmaz. Sistemik hastalıklar arasında Ankilozan spondilit, Behçet hastalığı, Sarkoidoz, Tüberküloz, Histoplazma ve Toksoplazma sayılabilir. Hastada önce ağrı yüzeyledir. Daha sonra siliyer sinir iritasyonuna bağlı okuler ve periokuler bölgeyi içine alan ağrı ortaya çıkar. Siliyer spazma bağlı fotofobi gelişir. Ön kamaradaki hücrelere bağlı olarak görme keskinliği azalır. Pupilla genellikle küçüktür, irregüler ve ışık reaksiyonu zayıftır. İlerleyen olgularda keratit ve sekonder glokom gelişebilir. Basit olgular dilatasyon ve topikal steroidle tedavi edilirken (8), ağır iritiste sistemik steroid ve sitotoksik ilaçlar gerekebilir. Bu çalışma için alınan

hasta grubunda üveit saptanmamıştır. Bu belirlenen süre içinde kliniğimize hiç üveit hastası gelmediğinden değil, gelen hastaların dosyalarına ulaşılamamasından kaynaklanmıştır.

Periorbital sellülit daha çok göz kapağı travması, konjonktivit, dakriyosistit ve sinüsit sonucu gelişir (9). Genellikle ateş, ödem, kızarıklık bazen de pürülan drenaj görülür. Glob normal ve proptozis yoksa ağrı minimaldir. Göz hareketleri her yöne serbesttir. 5 yaş altında en sık neden H. influenza iken, yetişkinlerde ensık neden olan organizma Staph. aureus ve Strep. pyogenes'dir. Gram boyama ve kültür ile etken belirlenir. Ampirik olarak penisilinaz rezistan antibiyotikler başlanır. Fluktuasyon veren abse formasyonu durumunda insizyon ve drenaj yapılmalıdır. Çalışmamızda, preseptal sellüliti olan 3 hastaya rastlanılmıştır. Bu hastalarda etiyolojik ajan kültürde üreme olmadığı için belirlenememiştir.

Orbital sellülit travma sonrası veya daha sık olarak paranasal sinüsit sonucu gelişir (10). 10 yaş altındaki çocuklarda etmoiditise sekonder gelişirken erişkinlerde pansinüsitise eşlik eder(9). En sık neden Strep.pyogenes, Strep. pneumonia ve Staph. aureus'dur. 5 yaş altında H.influenza'dır. Başlangıçta ateş, kapak ödemi, rinore ve diğer sinüsit bulguları vardır. Daha sonra kapakta koyu kırmızı renk değişikliği ve sıcaklık artışı, propitozis, konjonktival hiperemi, kemozis ve göz hareketlerinde kısıtlılık gelişir. Venöz konjesyona bağlı göziçi basıncı artabilir. Hastalara kültür ve gram boyama uygulanır. Sinüs grafisi ve orbito-kranyal tomografi çekilir. Kültür sonucu beklenmeden ampirik antibiyotik tedavisine başlanmalıdır. Penisilinaza dirençli antibiyotikler tercih edilmelidir. Çocuklarda H.influenza'ya etkili amoksasilin veya kloramfenikol eklenmelidir. Komplikasyon olarak kavernöz sinus trombozu, menenjit ve beyin absesi gelişebilir.

Akut dakriyosistit gözyaşı kesesinin akut ağrılı süperatif inflamatuvar hastalığıdır. Lakrimal drenaj sisteminin parsiyel veya total tıkanmasına bağlı gelişir. Daha sıklıkla orta yaş kadınları etkiler (11).

İç kantusa yakın bölgede kızarıklık şişkinlik ve lokal hassasiyet vardır. Streptokok formları en sık nedendir (11). Sıcak pansuman ve sistemik antibiyotik tedavisi verilir. Abse formasyonunda drenaj gerekebilir. Çalışmamızda 4 hastada akut dakriyosistit olgusu vardı. Bu olgularda abse formasyonu gelişmedi. Gram(+) ve (-) lere etkili antibiyotik ve analjezik ve antiinflamatuvar oral ilaçlarla tedavi edildi. Bu olgulara daha sonra dakriyosistorinostomi ameliyatı uygulandı.

Sonuç olarak, akut göz ağrısı klinik seyir ve oluşabilecek komplikasyonlar nedeniyle önemli olan ve pekçok hastalığın ilk bulgusu olarak karşımıza çıkabilir. Dikkatli değerlendirme ve uygun tedavi ile komplikasyonların gelişimi ve görme kaybı önlenabilir.

KAYNAKLAR

1. Kalina RE, Orcutt JC. Ocular and periocular pain. In: Bonica JJ. Ed. The management of pain. Pennsylvania, Lea&Febiger Publishing 1990; 1:759-68.
2. Turaçlı ME. Baş ağrısının Oftalmolojik Yönleri. T Klin Oftalmoloji 1997; 6:218-23.
3. Mc Allister J. The Glaucomas In: Kanski J. ed., Clinical Ophthalmology. Oxford: Butternorth-Heinemann Ltd. 1994: 253-4.
4. Airaksinen PJ, Saari PM, Tiainen TJ, Jaanio EA. Management of acute closed-angle glaucoma with miotics and timolol. Br J Ophthalmology 1979; 63:822-5.
5. Hillman JS. Acute closed angle glaucoma -An investigation into the effect of delay in treatment. Br J Ophthalmology 1979; 63:817-21.
6. Coster DJ, Badenoch PR. Bacterial corneal ulcers. In: Fraunfelder FT, Roy FH ed. Current Ocular Therapy. Philadelphia: WB Saunders Comp 1995: 478-9.
7. Kanski JJ. Disorders of the cornea and sclera. Clinical Ophthalmology. Oxford: Butternorth-Heinemann Ltd. 1994: 117-8.
8. Dunne JA, Jacobs N, Morrison A, Gilbert DJ. Efficacy in anterior uveitis of two known steroids and topical tolmetin .Br J Ophthalmology 1985; 69:120-5.
9. Noel LP, Clarke WN, Peacock TA. Periorbital and orbital cellulitis in children. Can J Ophthalmology 1981; 16:178-120.
10. Jackson K, Baker SR. Clinical implications of orbital cellulitis. Laryngoscope 1986; 96:568-74.
11. The Ocular adnexa. In: Duke-Elders, Macfaul P. Ed. System of Ophthalmology London, CV Mosby, 1974: 8:707-21.