

Bir Olgu Nedeniyle Primer Stromal İris Kisti

PRIMARY STROMAL CYST OF IRIS: CASE REPORT

Süleyman OKUDAN*, Kemal GÜNDÜZ**, Nazmı ZENGİN*, Mehmet OKKA***, Tahir GÜRDAĞ

Doç.Dr.,Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD,
PTof.Dr.,Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD,
Yrıl Doç.Dr.,Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD,
Uzm.Dr.,Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD, KONYA

Özet

Niiks gösteren hır primer stromal iris kistinin sunumu ve özellikleri tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İris, kist, uvca

T Klin Oftalmoloji i)),S. 7:201-203

Summary

A case of recurrent primary stromal cyst of iris is presented and its properties are discussed.

Key Words: Iris, cyst, uvea

T Klin J Ophthalmol 1998, 7:201-203

İris kistleri primer veya sekonder olarak gelişirler. Primer kistler epitelyal tabakadan veya stromadan köken alarak oluşurken sekonder olanlar cerrahi girişimler ve travma sonrasında, nadir olarak da epitelin ön kamaraya implantasyonu ile meydana gelirler (1-4).

İris kistleri ile ilgili çalışmalarda tedaviye yönelik çeşitli öneriler bildirilmektedir. Bu çalışmada iris kistli bir olgu sunulmuş ve tedavi prensipleri tartışılmıştır.

Olgu Sunumu

54 yaşında bayan hasta 28.01.1095 tarihinde polikliniğimize başvurdu. Anamnezde 6 yıl önce sağ gözde ptupil yakınında bir değişiklik farkettiğini ve iki yıl sonra bir üniversite hastanesine başvurduğunda iris kisti teşhisi konularak argon lazer fotokoagulasyon uygulandığını belirtti. Bu tedaviden iki yıl sonra aynı kistin yeniden oluşması üzerine aynı tedavinin tekrarlandığını hastalığının nüksetmesi ve görmesini engellemesi üzerine bu kez de kliniğimize müracaat ettiğini belirtti.

Hastanın yapılan muayenesinde sağ gözde görme tashihle tam, göz içi basıncı 17mmHg (air pufftonometri ile) ölçülmüştür. Sağ gözün biyomikroskopik muayenesinde 9-11 hizasında, pupil sahasını kısmen örtmüş, öne

doğru çıkıntılı ve ön yüzü kısmen şeffaf arkaya doğru pigmentli ve lens ön yüzüne yapışık içi saydam sıvı ile dolu kitle (iris kisti) tespit edildi. İris kisti arkasındaki lens üzerinde yer yer kalsifiye odaklar görüldü (Şekil 1).

Gonyoskopik muayenede kistin olduğu bölgede aç elemanları görülemedi, fakat diğer bölgelerde trabeküler ağ, Schlemm kanalı ve skleral mahmuz izlenmekte idi. Hastanın çekilen iris anjiyografisinde kist ön duvarında damar oluşumları gözlemlendi. B-Scan ultrasonografide kistin boyutlarının 6-7 mm civarında olduğu ve arka segmentte herhangi bir patolojinin bulunmadığı gözlemlendi. Kistin pupil sahasını kısmen örtmesinden dolayı oitalmoskopik muayenede görülebildiği kadarı ile fundus normal olarak değerlendirildi.

Kliniğimizde üçüncü kez argon lazer fotokoagulasyon yapılan hastaya on ay sonra niiks nedeniyle cerrahi planlandı. 14.12.1995 tarihinde lokal anestezi altında saat 10-11 hizasında ön kamaraya girilerek 25 numaralı iğne ile kist içeriği aspire edildi. Daha sonra ameliyat mikroskobu altında kist kapsülü altında kist kapsülü tam eksizyon yapılarak iridektomi ile operasyona son verildi. Kist materyali patolojik incelemeye gönderildi. Postoperatif steroid, antibiyotik ve micfrikatik topikal tedavi verildi. 15 günlük aralarla kontrol edildi. Dördüncü ay sonunda olgunun sağ gözde görmesi tam, göz içi basıncı 10 mmHg idi. Ön segment muayenesinde iridektomi bölgesinde kistik oluşum gözlenmedi (Şekil 2). Gonyoskopide aç tüm kadrarlarda izleniyordu. Fundus muayenesinde herhangi bir patoloji tespit edilmedi. B-Scan tıltrasonografi normal değer-

Geliş Tarihi: 23.06.1997

Yazışına Adresi: Dr.SuTcymaıı OKUDAN
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göz Hastalıkları AD,
42080 Akyokuş. KONYA

T Khu .1 Ophthalmol IWH. 7

201

lendirildi. Patolojik inceleme sonucunda kist duvarının sıklamö/ epitelile kaplanmış olduğu tespit edildi.

Tartışma

iris kistlerinin ieda\ i endikasyonları kistin tipine, yerine, büyüklüğüne ve gelişme belirtilerine göre değişim gösterir. Özellikle irisin pigment epiteli tabakasından köken alan primer iris kisti büyümediği, görme azalmasına, sekonder glokoma ve inilamasyona sebep olmadığı sürece tedavi edilmez (3,4). Ancak sekonder iris kistleri sebep oldukları komplikasyonlar fazla olduğu için hemen tedavi edilmelidir. İris kistleri görmeyi etkilemediği ve şikayete neden olmadığı ilk evre, iritasyon ve iridoksiklite sebep olduğu ikinci evre, göz içi basıncını arttırarak absoli glokoma kadar gidebilecek son evre olmak üzere 3 evreye ayrıldığı bildirilmektedir (5). Shields 24-35 ay izlediği 62 hastanın 69 gözünde bulunan primer iris kistlerinin hiçbirinde komplikasyonlarla karşılaşmadığını bildirmiştir ancak bu olgulardan primer stromal kist olarak izlenen üç vakanın ikisinde ise büyüme görülmüş ve cerrahi eksizyon ile aspirasyon tedavisi uygulanmıştır. Diğer olguda da lentikiiler astigmatizma ve iristis gelişmiştir (3).

Periferik pigment epitel kistleri kolaylıkla üvea nıllign inelamılarıyla kanştırıkbilmelerine rağmen histopatolojik olarak bir veya bir kaç kat kalınlıkta, polarize iris pigment epitel tabakası ile kaplanmış, şeffaf sıvı içeren kistlerdir. Tüm iris kistleri içimle %76 oranda görülen periferik epitel kistleri unilateral olup soliter yapıdadır ve kadınlarda 3 kat daha sık rastlanmaktadır. Biyomikroskopik muayenede periferik iriste kabartı olarak izlenen bu kistler genellikle inferotemporal alanda bulunurlar (1,4,6). Bunlara karşılık primer iris stroma kistleri oldukça nadir görülen ve daha çok küçük çocuklarda rastlanan tek taraflı kistlerdir. Epitelyal kistlerden daha büyük olup ön duvarları saydam arka duvarları ise daha pigmentlidir. Kist içi şeffaf bir sıvı ile dolu olan bu kistlerin yüzeylerinde vaskülarizasyon görülebilir. Histopatolojik olarak epitelyal implantasyon kistlerine benzerler, duvarları non keratinize skuamöz epitelile kaplıdır. Bazı vakalarda konjonktiva epitelindeki goblet hücrelerin bulunduğu bildirilmiştir. Stromal kistlerin epitelyal olanlardan en büyük farklılığı büyüme göstermeleri ve cerrahi girişime ihtiyaç göstermeleridir (3,4,7,8).

Olgumuzda kistin yerleşim yeri, makroskopik görünümü ve büyüme göstermesi nedeniyle ön tanı olarak stromal iris kisti düşünüldü. Patolojik inceleminin skuamöz epitel ile döşeli kist duvarı olarak gelmesi tanımızı doğruladı.

İris kistlerinde uygulanan tedavi yöntemleri, iridektomi, tam eksizyon, radyasyon elektroliz, diatermik

koagülasyon, kriyoterapi, fotokoagülasyon ve kist aspirasyonu ile iodin, saf karbolik asit, "olO'hık trikleoasetik asit. radyoizotoplar, %50'lik glikoz gibi değişik maddelerin enjeksiyonu şeklindedir. Tedavide bir veya bir kaç yöntem kullanılabilir (1,4,8-10).

Ferry ve Naghdi bir epitelyel iris kistini kriyoeer-ralı teknikle tedavi etmişlerdir. Bu yöntemle ince bir iğne ile kist perfore edildikten sonra kist kesi içine kriyositilet uygulanıp kist kesesi ve iris yapışıklığı eksize edilmiştir (3,11).

İlk kez Maumenee, Okun ve Mandel fotokoagülasyon yöntemini uygulamışlardır. 1974 yılında Okun ve Mandel gelişen epitelyal iris kistlerini ksenon fotokogülasyon ile tedavi etmişlerdir (12). VValtermann ve arkadaşları konjenital iris kistini iğne aspirasyonu, argon lazer iridektomi marsupiyalizasyon, eksizyonel iridektomi ve kriyoterapi ile tedavi etmişlerdir (8). L'Esperans kendi tanımladığı teknik ile önce kistin arka duvarına sonrada ön duvarına lazer spotları göndererek bir iris kisti hastasını tedavi etmiştir (3). 1977'de Bec iris kistlerim tedavide kist aspirasyonu ve argon lazer fotokoagülasyonu savunmuş fakat cerrahi müdahalenin olabilecek komplikasyon nedeniyle bu yöntemi tercih edilmemiştir (9).

1984'de Vela primer periferik iris kistine (13). Bron primer epitelyal iris kistine argon lazer (14). Balacco Gabrieli ise Nd-Yag kistotomi uygulamışlardır (15).

Bilge ve arkadaşları Nd-Yag lazer kistotomi ile tedavi ederek 13-26 ay takip ettikleri 5 vakalık bir seri bildirmiştir (16). Peksayar ve arkadaşlarının lazer fotokoagülasyon tedavisini savundukları 15 olguluk serileri vardır (17). Ancak olgumuzda lenste tespit ettiğimiz kalsifikasyonların daha önce yapılan lazer fotokoagülasyon tedavisinin komplikasyonu olduğunu düşünmekteyiz.

Olgumuza daha önce 3 kere lazer tedavisi uygulanmış olmasından dolayı kistin 3 kere nüksü, boyutunun büyüklüğü ve sürekli büyümesi ve kistin arka duvarının lens ön yüzüne yapışıklığı birlikte değerlendirilerek tam eksizyon ve iridektomi operasyonu yapılmıştır. Dördüncü ay takibine kadar herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir.

Sonuç olarak nüks eden ve boyutları sürekli artan iris kistlerinde öncelikle tam eksizyon ve iridektomi yöntemi uygulanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Ekmekçi Y, Recep Öf. Hıstripi H, Karakurt A. İris kişileri. T Kim Oft 1995; 4: 309-73.
2. Kanski JJ. Clinical Ophthalmology Third edition London: Buller and Sanner Ltd. 1994:40.

3. Shields JA, Kline MW, Augsburger JJ. Primary iris cysts. A review of the literature and report of 62 cases. *Br J Ophthalmol* 1984; 68: 152-66.
4. Hildretli T, Maino J, Hartong T. Primary and secondary iris cysts. *J Am Optom Assoc* 1991; 62: 588-92.
5. Duke-Elder. Disease of the uveal tract. In system of ophthalmology, St Louis, Mosby, 1974: 754-75.
6. Trevino RC, Pearlman RB. Clinical evaluation of primary peripheral cysts of the iris. *J Am Optom Assoc* 1994; 65: 198-202.
7. Brooks SE, Isaacveldt J, Rao NA, Smith RE. Primary iris stromal cysts. *J Pediatr Ophthalmol Str* 1993; 30: 194-8.
8. Waltermann JM, Hetlinger ML, Cibis GW. Congenital cysts of the iris stroma. *Am J Ophthalmol* 1985; 100: 549-54.
9. Durlu YK, Köklü G, Özhen SS. İris kistleri. *T Oft Gaz* 1987; 17: 509-14.
10. Ruimell V, Naumann GO. Block excision of congenital and infantile nonpigmented epithelial iris cysts. Report on eight infants. *Ger J Ophthalmol* 1992; 1: 361-6.
11. Ferry AP, Nagdhi MR. Cryosurgical removal of epithelial cyst of iris and anterior chamber. *Arch Ophthalmol* 1967; 77: 509-11.
12. Okun E, Mandell A. Photocoagulation treatment of epithelial implantation cysts following cataract surgery. *Trans Am Ophthalmol Soc* 1974; 72: 170-83.
13. Vela A, Ricser JC, Campbell DG. The hereditary and treatment of angle-closure glaucoma secondary to iris and ciliary body cysts. *Ophthalmology* 1984; 91: 332-7.
14. Broil A.I, Wilson JB, Hill AB. Laser treatment of primary ring-shaped epithelial iris cyst. *Br J Ophthalmol* 1984; 68: 859-65.
15. Balacco GA, Avolio G, Lorusso V. Nd-Yag laser in our experience. *Ophthalmologica* 1985; 190: 112-7.
16. Bilge AH, Yıldırım E, Koyu H, Ergin A. İris kişilerinde Nd-Yag lazer kistotomi. *T Oft Gaz* 1989; 19: 239-41.
17. Pekşayar G, Akova YA, Özgün C, Tulkun I. İris kistleri: Ftyoloji, lokalizasyon ve tedavi açısından retrospektif değerlendirme. *T Ofi Gaz* 1991; 21: 205-9.