

Pars Plana Vitrektomi Cerrahisi Sonras› Geliflen Sempatik Oftalmi: Olgu Sunumu

Rukiye Aydın (*), Süleyman Kaynak (*), Nilüfer Koçak (*), Talip Örel (*), Tülin Kaynak (**), Mehmet Ergin (*)

ÖZET

Amaç: Vitreoretinal cerrahi sonras› sempatik oftalmi geliflen bir olgunun degerlendirilmesi.

Gereç-Yöntem: Olgu sunumu.

Bulgular: Dejeneratif miyopisi bulunan ve yedi yıl önce sag gözünde retina dekolman› nedeni ile bafkka bir merkezde çevreleme ve pars plana vitrektomi cerrahisi geçiren 44 yaşındaki erkek hasta klinigimize sol gözde görme azalmas›, epifora ve fotofobi flikayeti ile bafıvrdu. Yapılan oftalmolojik muayenesinde her iki gözde silier ejeksiyon, korneada keratik presipitasyonlar, ön kamera ve vitreus içinde hücre ve sag gözde retinada atrofik degifliklikler ve dekolman ile floresein anjiografide sız›nt› saptandı. Mevcut bulgular ile sempatik oftalmi tan›› konan hastaya oral ve topikal steroid tedavisi bafılandı. Takiplerde görme keskinliginde artıf ve granümatöz üveit bulgular›nda gerileme saptandı.

Sonuç: Sempatik oftalmi, öyküde penetran göz yaralanmas› veya oküler travma olmaks›z›n pars plana vitrektomi cerrahisi sonras›nda da karf›l›na ç›kabilmektedir. Bu nedenle bir gözüne vitrektomi yapılan hastaların takiplerinde diger gözlerinde fotofobi, epifora gibi flikayetler geliftiginde bu flikayetler ciddiye alınarak sempatik oftalmi geliflimi ak›da tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Pars plana vitrektomi, sempatik oftalmi

SUMMARY

Sympathetic Ophthalmia After Pars Plana Vitrectomy: Case Report

Purpose: To report a case of sympathetic ophthalmia (SO) after vitreoretinal surgery.

Material-Methods: Case report.

Results: A 44 year-old man was seen with a history of scleral buckling, pars plana vitrectomy and intraocular silicon-oil injection in the right eye for retinal detachment in another hospital. Then, his visual acuity was decreased and epiphora and photophobia were noted in the left eye in 2007. In the ophthalmic examination bilateral mutton fat keratic precipitates, vitreous cells, right retinal detachment and vascular leakage in floresein angiography were seen. Sympathetic ophthalmia was considered and the patient was treated with topical and systemic steroids. In the follow-up, visual acuity was significantly increased in the left eye and granulo-matous uveitis was regressed bilaterally.

(*) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Ad› zmir

(**) Özel Retina Göz Hastalıkları Cerrahi Dal Merkezi, zmir

Yaz›fma adresi: Doç. Dr. Rukiye Aydın, 1773 Sok. No:29 Tevfik Kocak Apt. D:3
35510 Karfıyaka - zmir E-posta: nkocak@yahoo.com

Mecmuaya Gelift Tarihi: 24.03.2008

Düzeltilmeden Gelift Tarihi: 28.03.2008

Kabul Tarihi: 26.04.2008

Conclusion: Sympathetic ophthalmia can be seen following pars plana vitrectomy in patients without history of trauma. Indeed, it may be seen after vitrectomy for retinal detachment. Diverse clinical presentations are possible, and patients complaining photophobia, epiphora in the other eye following vitrectomy surgery should alert the surgeon to the development of sympathetic ophthalmia.

Key Words: Pars plana vitrectomy, sympathetic ophthalmia

GİRİŞ

Sempatik oftalmi (SO) travmaya ikincil gözün delici yaralanmaları sonrası ve nadir olarak göziçi cerrahi sonrası görülebilen bilateral yaygın, granümatöz, tekrarlayıcı panüveit tablosudur. Daha önce bilinmesine rağmen ilk olarak MacKenzie (1) tarafından 1830 yılında tanımlanarak SO adı ile anılmaya başlanmıştır. Toplumdaki üveitlerin %0.3'ünü oluşturmaktadır (2).

Patogenezi günümüzde tam olarak açıklanamamış olsa da retina, retina pigment epitel veya koroidal antijenlere karşı geliflen hücre aracılı otoimmün reaksiyon olduğuna inanılmaktadır. Oküler yaralanma veya cerrahi sonrası SO gelişimi birkaç günde olabileceği gibi dekatar sonrası da görülebilir. Prevelans daha önce yapılan retrospektif çalışmalarda tahmini olarak oküler travma sonrası %0.1-%0.3 oküler cerrahi sonrası %0.02 olarak bildirilmiştir (3). Geçmişte penetran yaralanmalar SO gelişimi için major risk faktörü iken son yapılan retrospektif çalışmalar oküler cerrahinin özellikle pars plana vitrektominin SO gelişiminde travmadan daha fazla rol aldığı göstermektedir (3-5).

Bu olgu sunumu ile pars plana vitrektomi sonrası SO gelişimine dikkat çekilmek istenmiştir.

OLGU SUNUMU

Yüksek miyopisi bulunan 44 yaşındaki erkek hasta sol gözde görme azalması, kızarıklık, sulanma ve ışık hassasiyeti şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünden dejeneratif miyopisinin olduğu ve yedi yıl önce sağ gözde retina dekolmanı nedeni ile başka bir merkezde çevreleme cerrahisi geçirdiği öğrenildi. Bir yıl sonra sağ gözde nüks dekolman gelişen hastaya pars plana vitrektomi ve göziçi silikon yağ tamponad uygulanmış olduğu tıbbi geçmişi anlaşıldı. Vitrektomi cerrahisinden yedi ay sonra silikon yağ alınmış ancak tekrar nüks geliştiği için ikinci kez göziçi silikon yağ verilmiştir. İkinci silikon yağ enjeksiyonundan beş ay sonra silikon yağ alınması ve kristalin lens ekstraksiyonu uygulanmış ve göz afak bırakılmıştır. Bu cerrahi sonrasında görme artışı olmadı saptandı. Yapılan sorgusunda sistemik bir hastalığı ve aldığı herhangi bir ilaç tedavisi olmadığı öğrenildi.

Yapılan oftalmolojik muayenesinde sağ gözde görme keskinliği ışık hissi düzeyinde olup ışık yönünü belirleyemiyordu (p+p-). Biyomikroskopik ön segment muayenesinde kornea endotelinde keratik presipitatlar (KP) ve vitreus boyluğunda nadir hücre saptandı (Resim 1). İrisin düzgün ve afak olduğu görüldü. Göziçi basıncı (G&B) 12 mmHg olarak ölçüldü. Arka kutupta total retina dekolmanı ve yer yer atrofik retina alanları ve skisis bölgeleri mevcut olup retina atrofik ve soluk olarak izlendi. Çevreleme silik olarak izlenmekte idi (Resim 2). Yapılan fluoresein anjiyografide (FA) yaygın sızıntı saptandı (Resim 3). Sol gözde görme keskinliği üç metreden parmak sayma düzeyinde olup refraksiyon düzeltilmesi (-5.00 -2.00 ax 180) ile görme artışı sağlanamadı. Biyomikroskopik bakıda ön kamerada iki pozitif tındal ve kornea endotelinde KP izlendi. Konjonktivada yoğun hiperemi mevcuttu. Kristalin lensin ön yüzünde daha önceden gelişmiş pigment presipitasyonu ve lensin hafif sklerotik olduğu görüldü (Resim 4-5). G&B 26 mmHg idi. Vitreus içinde iki pozitif hücre mevcuttu. Retinada miyopik görünüm ve genel olarak solukluk izlenmekteydi (Resim 6). Yapılan FA'da belirgin bir sızıntıya rastlanmadı (Resim 7).

Hastamızda mevcut bulgular ile SO düşünülecek her iki göze; topikal steroid saat başı, siklopentolat 3x1, timolol maleat %0.5 2x1 (sol göze) ve oral 1mg/kg/gün (80 mg/gün) prednol tedavisi başlandı.

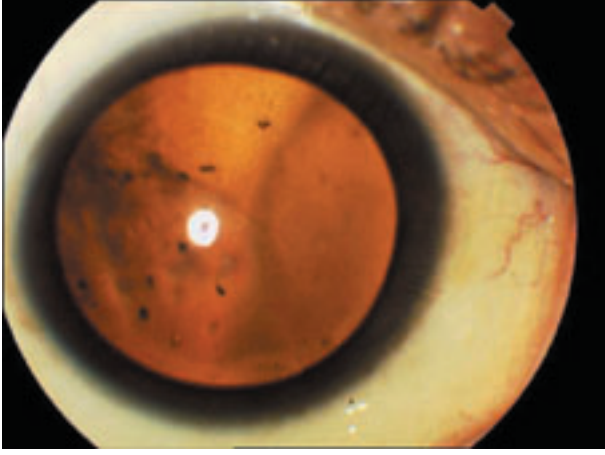
Hasta hipertansiyon ve diabetes mellitus açısından sorgulandı. Bu hastalıklar yönünden tanısı olmamasına rağmen sistemik arteriyel tansiyon kontrolü ve az tuzlu rejim önerildi.

Takip ve tedavi sürecinde sol gözde konjonktival hiperemi ve keratik presipitasyonların kaybolduğu, ön segment ve vitreusun sakinleştiği ve sol gözde görme keskinliği Snellen efüli ile 3/10 saptandı. Sağ gözde biyomikroskopik bakıda gözün sakinleştiği görüldü ancak görme keskinliği ışık hissi düzeyinde kaldı.

TARTIŞMA

Sempatik oftalmi çoğunlukla travmaya ikincil gözün delici yaralanmaları sonrası ve daha nadir olarak göziçi cerrahi, lazer sikloterapi, siklokriyoterapi sonrası görülen bilateral yaygın granümatöz üveit tablosudur.

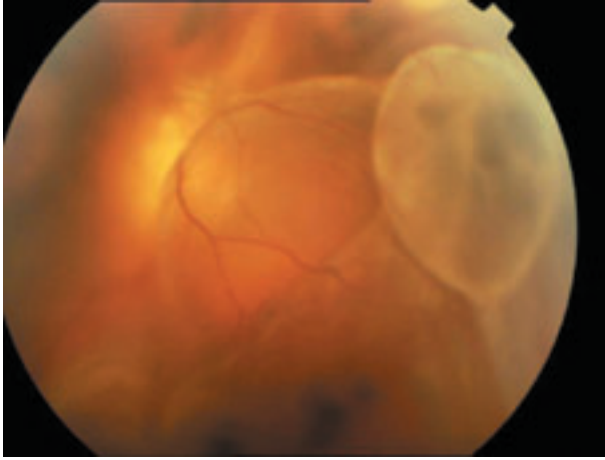
Resim 1. Sag göz, ön segment fotoğrafı, korneada keratit presipitatlar izlenmekte



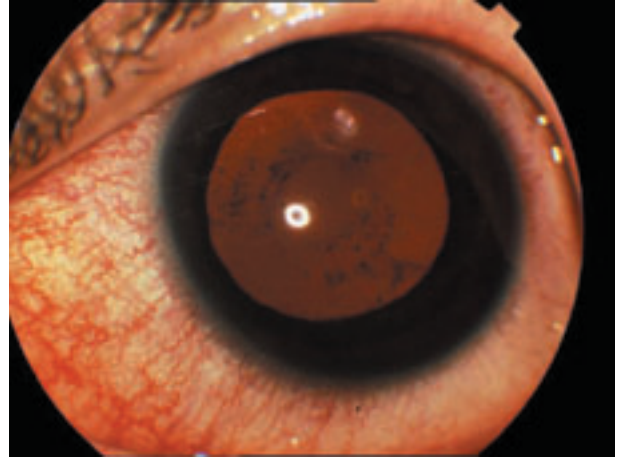
Resim 3. Sag göz, floresein anjiyografi, geç fazda yaygın sızıntı



Resim 2. Sag göz, renkli fundus fotoğrafı, total retina dekolmanı, makula temporalinde kistik görünümlü



Resim 4. Sol göz, ön segment fotoğrafı, konjonktival hiperemi izlenmekte



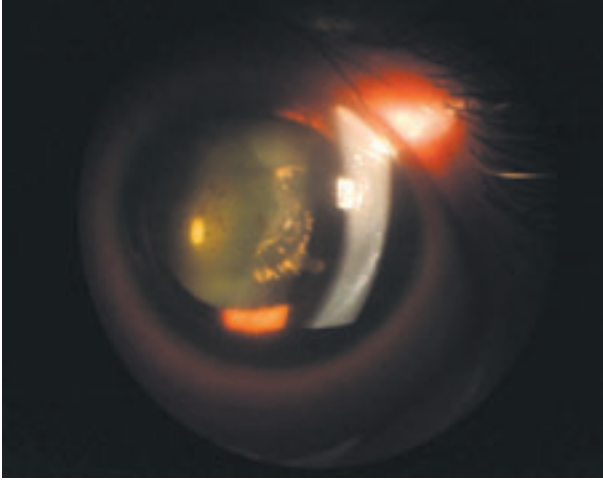
Oküler yaralanma veya cerrahi sonrası SO gelişimi birkaç günde olabileceği gibi dekatlar sonrası da görülebilir. Travmaya takiben vakaların %80'inde ilk üç ayda, %90'unda ilk bir yılda SO geliştiği bildirilmiştir (2-13). Patogenezi günümüzde tam olarak açıklanamamış olsa da deneysel çalışmalarda retinal S-antijenleri ile beraber çözünür proteinler ile retina ve koroidin melanosit antijenlerine karşı T-hücre cevabı kliniği oluşturmaktadır (8).

Travmaya uğrayan göz sempatisan, diğer göz sempatisan göz olarak adlandırılır. Klinik sessiz ve sinsi başlangıçlıdır. Sempatisan gözde görmede bulanıklık, gözde ağrı, fotofobi, epifora izlenir. Ön segment muayenesinde konjonktival enjeksiyon, kornea endotelinde mutton fat keratik presipitatlar, iriste lenfatik infiltras-

yon nedeni ile bulanıklık, posterior sinefti saptanabilir. G.B trabekulumun inflamatuvar hücreler aracılığı ile tıkanması sonucu yüksek saptanabilmekle beraber siliyer cismin fonksiyon kaybı nedeni ile hipotoni de görülebilmektedir.

Arka segment muayenesinde orta-ciddi derecede vitritis, arka kutupta ve ekvatoriyal bölgede sarı-beyaz koroidal infiltratlar Dalén-Fuchs nodülleri olarak adlandırılır ancak patognomonik değildir, ayrıca papillit, peripapiller koroidal lezyonlar, eksudatif retina dekolmanı saptanabilir (2). Komplikasyonları arasında ikincil glaukom, katarakt ve kronik makulopati vardır. Tanı ve tedavinin gecikmesi halinde koroidal neovaskülarizasyon, korioretinal atrofi, optik atrofi ve fitizis bulbiye gidifi görülebilir (2).

Resim 5. Sol göz, ön segment fotoğraf›, korneada keratit presipitatlar izlenmekte, lenste pigment presipitasyonu ve nükleer skleroz, ön kamarada hücre görülmekte

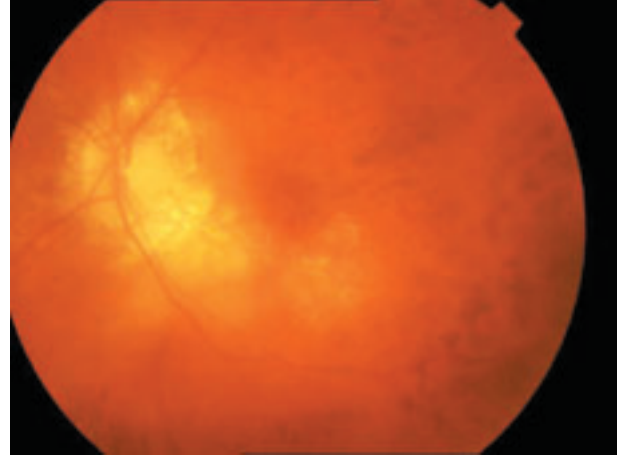


Bizim degerlendirdigimiz bu olguda, hastan›n, sol gözünde kızarıklık ve görme azalması ve şifaktan rahatsızlık gibi, bazı başlangıç bulguları ile müracaat etmesi ve tablonun ağırlaşmadan erken evrede saptanmış olması ve tanı sonrasında çekilen FA'da henüz tipik retina ve koroidea tutulumunun olmaması, ön segmentteki bulgulardan hareketle tedavinin erken ve etkin olarak başlanması hastanın prognozunu olumlu etkileyen bir faktör olarak düşünülümüştür. Çoğul cerrahi geçirmiş gözdeki üveitlik reaksiyon süreci de tanı açısından SO lehine düşünmemizi kolaylaştırmıştır.

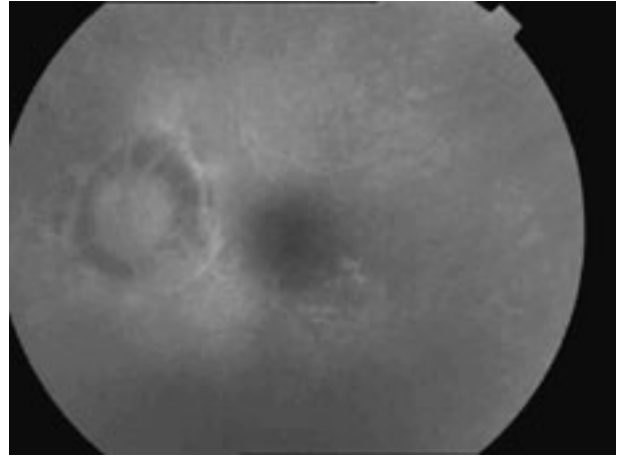
Ayrıca tanısında en çok Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) hastalığı ile karışabilir. VKH'da sempatik oftalmiden farklı olarak iflitme bozukluğu, cilt değişiklikleri, serebrospinal sıvı pleositozu ve meninks irritasyon bulguları gibi sistemik bulgu ve semptomlar görülebilmektedir (2,9,10). Ayrıca tanıda ayrıca diğer granümatöz üveit nedenleri, fungal-bakteriyel infeksiyonlar, multifokal koroidit, posterior multifokal plakoid pigment epiteliyopati, lenfoma ve uveal efüzyon göz önünde bulundurulmalıdır (2). Tanıda ayrıntılı bir anamnez ve klinik muayene çoğu kez yeterlidir. Tanıya yardımcı olarak immünolojik testler (HLA antijenleri) klinik bulgular ve hikaye kadar tanı değeri taflmaz ancak tanının doğrulanması açısından önem kazanır (11). Akut fazda FA'da venöz fazın erken evrelerinde çoğul hiperfluoresan alanlar ve geç dönemde sızın saptanır. B-mod ultrasonografi koroidal kalınlılaşmayı göstermede yardımcıdır.

Hastalığın tedavisinde sistemik yüksek doz kortikosteroid başlanması yan sıra topikal uygulanması, takiben sistemik dozun azaltılarak uzun süre (1-2 yıl)

Resim 6. Sol göz, renkli fundus fotoğraf›, papilla soluk, maküla sakin olarak izlenmekte. Periferik retinada yer yer pigment değişiklikleri izlenmekte



Resim 7. Sol göz, fluorescein anjiyografi, sızın saptanmad›. Maküla alt temporalinde retina pigment epite atrofisi ve düzensizliği izlenmekte



kullanılması önerilmektedir. Steroidlere dirençli veya yan etkileri nedeni ile steroid kullanamayan olgularda diğer immünoşüpresif ilaçlar ile başarı elde edildiği bildirilmiştir (10-11).

Olgumuzda sistemik ve topikal steroid tedavisi ile klinikte ve görme keskinliğinde anlamlı düzelme saptanmış olup uzun dönemli başarı elde edilmiştir. Geçmişte SO gelişiminde travma en önemli etken iken günümüzde oküler cerrahi, özellikle pars plana vitrektomi cerrahisi major risk faktörü olarak görülmektedir (3-5). Bu gelişimden oküler travmaya yaklaşımdaki gelişmeler, gelişmiş mikrocerrahi teknikler, artmış retinal cerrahi başarı özellikle artmış pars plana vitrektomi sayısı sorumlu tutulmaktadır.

Pars plana vitrektomi sonrası kan-retina bariyeri bozulmakta, retina ve koroidden salınan antijenler konjonktival lenfatik sisteme geçip drene olarak SO patogenezindeki immünolojik süreci bafllatmaktadır (4). Gass (6) çalışmasında delici yaralanma sonrası SO riskini %0.06, pars plana vitrektomi sonrası %0.01 olarak bildirmiştir. Kilmartin ve arkadaşlarının (4) yaptığı bir çalışmada bu oran her 799 vitrektomide bir olarak belirtilmiştir.

Burada retina dekolman sonrası pars plana vitrektomi geçiren bir olgu sunularak vitrektomi sonrası SO gelişimine dikkat çekilmek istenmiştir. Pars plana vitrektomi SO gelişiminde tetikleyici bir rol almaktadır. Özellikle, retina dokusunun aflı manüplasyona uğradığı, cerrahi sonrasında nükslerin izlendiği, değişlik nedenlerle retinanın kabark kaldığı olgularda, bu tür risklerin daha yüksek olduğu düfünülebilir. Bu nedenle bir gözüne pars plana vitrektomi yapılan hastaların takiplerinde özellikle nüks dekolman varlığı, retinanın atrofiye gittiği tpe delici veya penetran travmada olduğu gibi, retina ve koroidin hasara uğramış olduğu olgularda, diğer gözlerinde kızarıklık, fotofobi, epifora gibi flikayetler geliştiğinde bu flikayetler ciddiye alınarak SO gelişim olasılığında tutulmalı ve hastaların diğer gözlerinin detaylı oftalmolojik muayeneleri yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Duke-Elder S, Perkins ES. Disease of the uveal tract. In: Duke-Elder S, ed. System of ophthalmology, vol 9. st Louis: Mosby;1966.
2. Damico M. Francisco, Kiss Szilard, Young H. Lucy. Sympathetic ophthalmia. Seminars in ophthalmology 2005; 20: 191-7.
3. Kilmartin DJ, Dick AD, Forrester JV. Prospective surveillance of sympathetic ophthalmia in the UK and Republic of Ireland. Br J Ophthalmol 2000; 84: 259-63.
4. Kilmartin DJ, Dick AD, Forrester JV. Sempatik ophthalmia risk following vitrectomy:should we counsel patients? Br J Ophthalmol 2000; 84: 448-9.
5. Abu El-Asrar AM, Al Kuraya H, Al-Ghamdi A. Sympathetic ophthalmia after successful retinal reattachment surgery with vitrectomy. Eur J Ophthalmol. 2006; 16: 891-4.
6. Gass JDM. Sympathetic ophthalmia following vitrectomy. Am J Ophthalmol 1982; 93: 552-8.
7. Pollack AL, Mc Donald HR, Ai Everett, et al. Sympathetic ophthalmia associated with pars plana vitrectomy without antecedent penetrating trauma. Retina 2001; 21: 146-54.
8. Azen SP, Marak GE Jr, Minckler DS, Reynard M, Shulman I. Histocompatibility antigens in sympathetic ophthalmia. Am. J Ophthalmol 1984;98:117-9.
9. Urgancıoğlu M. Vogt-Koyanagi-Harada Hastalığı. Retina-Vitreus 1994;2: 94-8.
10. Chan C: Relationship between sympathetic ophthalmia, phacoanaphylactic endophthalmitis and Vogt-Koyanagi-Harada disease. Ophthalmology 1988;95:619-24.
11. Marak GE Jr. Sympathetic ophthalmia. Ophthalmology 1982;89: 1291.
12. Hakin KN, Pearson RV, Lightman SL. Sympathetic ophthalmia:visual results with modern immunosuppressive therapy. Eye 1992;6: 453-5.
13. Manav G, Sansoy N, Urgancıoğlu M. Sempatik oftalmide medikal tedavinin geç sonuçları: Türk Oftalmoloji Gazetesi 1993;23: 40-2.