

Fakodonezisli Katarakt Olgusunda İris Germe Kancaları ile Lensin Korneaya Asılması

Gürsoy ALAGÖZ¹, Ahmet YALÇIN¹, Didem SERİN¹, Ahmet Şahap KÜKNER¹, Mustafa ELÇİOĞLU¹, Serdal ÇELEBİ¹

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD, Bolu

Özet

Fakodonezisi ve zonüler diyalizi olan hastada lens ön kapsülünün, iris kancaları ile kapsüloreksis kenarlarından korneaya asılmasının fakoemulsifikasyon cerrahisine etkisini bildirmeyi amaçladık. Sol gözde katarakt, fakodonezis ve 180 derece zonül kaybı olan hastaya beş adet iris germe kancası kapsüloreksis sınırından lens ön kapsülüne takıldı. Bu kancalar gerilerek lens korneaya asıldı. Sabit hale gelen lense kapsül germe halkası takılıp fakoemulsifikasyon cerrahisi uygulandı. Cerrahi sonrasında zonül kaybında artış olmadığı tespit edildi Hasta afak bırakıldı. Cerrahiden on beş gün sonra lensin bir bacağı zonül diyalizinin olmadığı sağlam sulkus bölgesine yerleştirilirken diğer bacak ise yeterli kapsül desteğinin olmamasından dolayı irise sütüre edildi. Sonuç olarak, fakodonezisli ve/veya zonül desteği zayıf olan olgularda lense, iris germe kancaları ile ön kapsülden korneaya sabitlemenin yararlı olduğu kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Katarakt, fakoemulsifikasyon., lens sublüksasyonu

Suspending Anterior Lens Capsule to the Cornea with Iris Retractor Hooks in a Patient with Phacodonesis

Summary

It was aimed to report the beneficial effects of using iris retractor hooks to suspend anterior lens capsule to the cornea in a patient with phacodonesis and zonular dialysis on phacoemulsification surgery. Five iris hooks were inserted to suspend the anterior lens capsule in a patient with traumatic cataract, phacodonesis, and 180 degrees zonular dialysis in the left eye. Phacoemulsification was performed after the lens was made stable with a capsular tension ring. The patient did not receive an intraocular lens. No enlargement in zonular dialysis was observed following surgery compared to the preoperative examination. A secondary lens implantation was performed two weeks after surgery. The lens was inserted with one haptic in the sulcus and the other haptic was sutured to the iris due to lack of capsular support. We suggest that stabilizing the lens by suspending the anterior capsule to the cornea with iris retractor hooks is a safe method for phacoemulsification surgery in patients with phacodonesis and zonular dialysis.

Key Words: Cataract, phacoemulsification, lens Subluxation.

GİRİŞ

Fakodonezis, lensin zonüler desteğinin azalmasına bağlı stabilitesinin bozulması durumudur. Psödoeksfolyasyon, travma, Marfan sendromu, homosistinüri ve Weill-Marchesani sendromu fakodonezisin başlıca nedenleri arasında sayılabilir (1). Katarakt cerrahisinde cerrahiyi zorlaştıran ve komplikasyon riskini artıran bu durum, cerrahi sırasında zonül kaybında artma, arka kapsülde yırtılma, vitreusun ön kamaraya gelmesi, lensin vitreusa düşmesi ve bunlara bağlı olarak kistoid maküler ödem, retina dekolmanı gelişme riski artırmaktadır.

Biz bu çalışmada travmatik katarakt, fakodonezisi ve zonüler diyalizi olan olguda,

fakoemulsifikasyon yaparken, lensin iris retractorları ile kapsüloreksis kenarından korneaya sabitlenmesinin olumlu etkilerini bildirmeyi amaçladık.

OLGU SUNUMU

Sol gözüne iki yıl önce künt travma maruziyeti tarifleyen 55 yaşındaki erkek hasta kliniğimize görme azlığı şikayeti ile başvurdu. Yapılan muayenesinde sağ gözün görmesi tam, sol gözün görmesi el hareketleri düzeyinde idi. Her iki gözün göz içi basınçları normal sınırlardaydı. Sağ gözün biyomikroskopik muayenesi normal, sol gözünde travmatik katarakt, fakodonezis ve 180 derecelik (saat 11:00–5:00 arasında) zonül kaybı mevcuttu. Zonül kaybı olan bölgeden ön kamaraya doğru

vitreusun uzandığı izleniyordu, ancak hiyaloid zar sağlam görünümdeydi. İriste herhangi bir patoloji mevcut değildi. Sağ göz fundusu doğal görünümde idi. Sol göz fundusu katarakt nedeniyle değerlendirilemedi. Hastaya katarakt cerrahisi ve göz içi lens (GİL) yerleştirilmesi planlandı.

Cerrahiye peribulber anestezi ile başlandı. Göz çevresi %10'luk povidone-iodin ile yıkandı. Saat 10 ve 2 hizasında limbustan, 20 gaugelik bıçak ile ön kamaraya girildi. Yan girişlerden ön kamaraya viskoelastik madde verilerek protrüde olan vitreus geriye doğru itildi. Kistotom ile kapsüloreksis yapıldı. Kapsüloreksisi takiben limbus sınırından 26 gauge'lik korneal yan giriş bıçağı ile saat 1, 3, 6, 9 ve 11'den ön kamaraya girildi. Korneal giriş yerlerinden sokulan 5 adet iris germe kancası kapsüloreksis sınırından lens ön kapsülüne takıldı. Bu kancalar gerilerek lens korneaya asıldı. Sabit hale gelen lense hidrodiseksiyon ve hidrodelineasyon yapıp kapsül germe halkası takıldı. Fakoemulsifikasyon ile katarakt temizlendi. Cerrahi sırasında lensin hareket etmediği, sabit olarak kaldığı izlendi. Hastada sabit ve derin bir ön kamarada çalışma imkânı bulundu. Ameliyatta herhangi bir zorlukla karşılaşılmazken gelişen korneal ödem nedeniyle zonül kaybındaki olası bir artışın varlığı tam olarak değerlendirilemedi. Yeterli zonül desteği olmayabileceği şüphesi ile göz içi lensinin ileri bir tarihte takılması kararlaştırıldı ve cerrahi sonlandırıldı. Cerrahi sırasında korneal ödemin gelişmesi hastanın geçirdiği travma sırasındaki muhtemel endotel kaybı ile ilişkilendirildi. Cerrahi sonrası 7. gün yapılan muayenede korneal ödemin düzeldiği, zonül kaybında cerrahi öncesi döneme göre herhangi bir artışın olmadığı tespit edildi. Hasta 15 gün sonra GİL yerleştirilmesi için tekrar cerrahiye alındı. Topikal anestezi altında viskoelastik madde eşliğinde lensin bir bacağı zonül diyalizinin olmadığı sulkus bölgesine yerleştirilirken diğer bacak ise yeterli kapsül desteği olmadığından dolayı irise sütüre edildi. Cerrahi sırasında herhangi bir komplikasyon gelişmedi ve cerrahi nispeten rahat koşullarda ameliyat yapıldı.

TARTIŞMA

Fakodonezisli katarakt olgularında, ameliyatı zorlaştıran en önemli faktör zonül desteğinin yetersiz olmasıdır. Yeterli zonül

desteğinin olmaması fakoemulsifikasyon esnasında lensin daha fazla hareket etmesine neden olmakta, bu da zonüllerin daha fazla travmaya maruz kalarak zonül kaybının artmasına, arka kapsülün yırtılmasına, vitreus kaybına ve nükleusun vitreus içine düşmesine yol açabilmektedir. Zonül desteğinin az olduğu fakodonezisli olgularda cerrahi sırasında var olan zonül desteğini korumak, lensi hareketsiz kılarak cerraha rahat bir çalışma olanağı sağlamak ve komplikasyonları önlemek için kapsül germe halkası kullanılmaktadır (2-5).

Bununla beraber, fakodonezisli katarakt olgularında iris kancalarının ön kapsül kenarlarına takılarak kapsül bütünlüğünü koruduğu ve lensin hareketsiz kalmasını desteklediği böylece cerrahiye kolaylaştırdığı belirtilmiştir (6,7). İris germe kancaları özellikle miyotik pupillalılarda cerrahi sırasında pupilin genişletilerek cerrahi saha oluşturulması, irisin travmalardan korunması ve pupilin küçülmesini önlemek için sıkça kullanılmaktadır. Biz fakodonezisi olan bu olgumuzda fakoemulsifikasyon sırasında ön kapsülü iris retraktörleri ile korneaya sabitledik, uyguladığımız bu işlemin lensin hareketini kısıtladığını, kapsül bütünlüğünü koruduğunu, rahat ve güvenli bir ortamda cerrahi yapma imkânı sağladığını tespit ettik. Olgumuzda zonül kaybı oldukça fazla olduğu için kapsül germe halkası takılması aşamasında bile zonül kaybı beklenebilecekken, lensi kapsül kenarlarından iris germe kancaları ile asmanın kapsül germe halkası takılmasını ve cerrahinin tüm aşamalarını kolaylaştırdığını gözlemledik. Bunun yanında uyguladığımız yöntemin kapsül bütünlüğünü korumada, zonül kaybını azaltmada ve lensin hareketsiz kalmasında kayda değer katkısının olduğunu tespit ettik.

Fakoemulsifikasyon yapılan fakodonezisli olgularda, iris germe kancaları ile lensi ön kapsülden korneaya asma işleminin yararlı olduğunu düşünüyoruz.

Yazışma adresi:

Dr. Ahmet Yalçın,
Abant İzzet Baysal Üniversitesi
İzzet Baysal Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD
14280 Bolu Türkiye Tel: +90 374 2534656/ 3500
e-mail:ahmetyalcin80@gmail.com,
ahmeteye@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Kinacaid MC. Pathology of the Lens. In: Tasman W, editor. Duane's clinical ophthalmology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2005.
2. Groessl SA, Anderson CJ: Capsular tension ring in a patient with Weill-Marchesani syndrome. J Cataract Refract Surg 24:1164-5,1998.
3. Gimbel HV, Sun R, Heston JP. Management of zonular dialysis in phacoemulsification and IOL implantation using the capsular tension ring. Ophthalmic Surg Lasers 28:273-81. 1997.
4. Liu Y, Wu M: Clinical use of capsular tension ring during phacoemulsification in subluxated lens. Zhonghua Yan Ke Za Zhi 38:262-4, 2002.
5. Bayraktar S, Altan T, Kucuksumer Y, Yilmaz OF. Capsular tension ring implantation after capsulorhexis in phacoemulsification of cataracts associated with pseudoexfoliation syndrome. Intraoperative complications and early postoperative findings. J Cataract Refract Surg 27:1620-8, 2001.
6. Santoro S, Sannace C, Cascella MC, Lavermicocca N. Subluxated lens: phacoemulsification with iris hooks. J Cataract Refract Surg 29:2269-73, 2003.
7. Novak J. Flexible iris hooks for phacoemulsification. J Cataract Refract Surg 23:828-31, 1997.