

Göz İçi Lens Opasifikasyonunu Taklit Eden Geç Kapsüler Blok Sendromu

Late Capsular Block Syndrome Mimicking Intraocular Lens Opacification

Fatih Çelik¹, Hüseyin Simavlı², Mesut Erdurmuş¹, Ahmet Şahap Kükner¹

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu

²İzzet Baysal Bolu Devlet Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Bolu

Özet

Kapsüler blok sendromu (KBS) katarakt ameliyatının nadir görülen bir komplikasyonudur. Nükleus veya göz içi lensi (GİL) ile ön kapsül açıklığının kapanması sonucu kapsüler kese içerisinde viskoelastik madde, sıvı veya likefiye olmuş madde birikimiyle karakterize bir sendromdur. İntraoperatif, erken postoperatif ve geç postoperatif olmak üzere 3 tip klinik formu vardır. Geç KBS'de GİL arkasında sütsü bir materyal birikebilmekte ve tanıda güçlükler neden olabilmektedir. Bu olgu sunumunda, komplikasyonsuz fakoemülsifikasyon ve üç parçalı GİL implantasyonu yapılan bir hastada 8 yıl sonra gelişmiş olan GİL opasifikasyonunu taklit eden bir geç KBS olgusu rapor edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Göz içi lens opasifikasyonu, Kapsüler blok sendromu, Lazer kapsülotomi.

Abstract

Capsular block syndrome (CBS) is a rare complication of cataract surgery. CBS is a syndrome which has been characterized by accumulation of viscoelastic substance, liquid or liquefied material in the capsular bag following closure of anterior capsule edge with nucleus or intraocular lens (IOL). There are 3 clinical form of CBS; intraoperative, early postoperative and late postoperative. In late CBS, milky material can accumulate behind the IOL and can lead to difficulties in diagnosis. In this case report, we reported a patient with late CBS mimicking IOL opacification which is diagnosed 8 years after uneventful phacoemulsification and three piece IOL implantation.

Keywords: Intraocular lens opacification, Capsular block syndrome, Laser capsulotomy.

Giriş

Kapsüler blok sendromu (KBS), ilk olarak kapsülo-reksis ön açıklığının göz içi lensi (GİL) ön yüzüne çepçevre yapışması sonucu kapsül kesesi içerisinde viskoelastik madde birikmesi olarak tanımlanmıştır (1, 2). Katarakt cerrahisi sonrası nadir görülen bir komplikasyon olan KBS, klinik olarak sıklıkla ameliyat sonrası ilk 2 hafta içerisinde görülmektedir (3). KBS, katarakt cerrahisi sonrası iyi temizlenmeyen viskoelastik maddenin veya lens epitel hücrelerinden kaynaklandığı varsayılan materyalin GİL ve arka kapsül arasında birikmesiyle meydana gelen bir komplikasyondur (4).

GİL opasifikasyonu ve/veya kalsifikasyonu da katarakt cerrahisinin oldukça nadir bir komplikasyonudur (5). GİL opasifikasyonu, GİL değişimini de gerektirebilen ciddi görme azalmalarına neden olabilir. Tüm GİL materyallerinde opasifikasyon gelişebilmektedir ve bunun GİL üretimi veya polimer yapısındaki bir sorundan kaynaklandığı düşünülmektedir (6). Bu olgu sunumunda GİL opasifikasyonu ile karışan geç postoperatif KBS tanısı alan olgunun ayırıcı tanısı ve tedavi yönetimi tartışılmıştır.

Olgu Sunumu

Yetmiş bir yaşında erkek hasta sağ gözde GİL değişimi önerisiyle kliniğimize refere edildi. Herhangi bir sistemik hastalığı olmayan hastanın öyküsünden yaklaşık 8 yıl önce başka bir merkezde her 2 gözden de fakoemülsifikasyon yöntemi ile katarakt ameliyatı olduğu öğrenildi. Yapılan oftalmolojik muayenede sağ gözde görme keskinliği $-1,25 \times 95^\circ$ tashihle 20/50, sol gözde ise $+1,00 \times 90^\circ$ tashihle 20/25 düzeyinde idi. Yapılan yüzeysel yarık-lamba biomikroskopik incelemede her iki gözün psödo-fak olduğu ve sağ gözde GİL opasifikasyonuna benzer bir görünümün olduğu saptandı (Resim 1A).

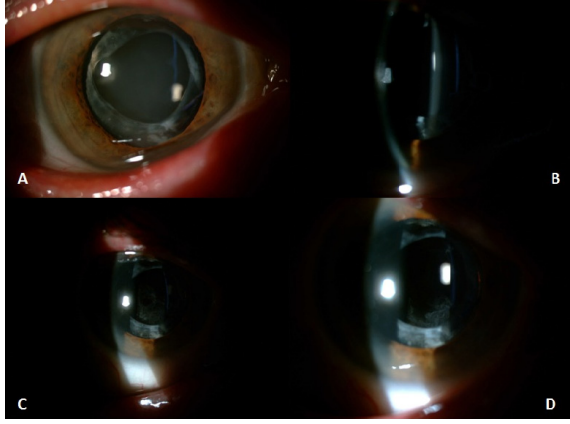
Sol gözde ise görmeyi belirgin olarak etkilemeyen arka kapsül kesafeti mevcuttu. Fundus muayenesinde bilateral fovea refleksi silik olarak izlendi. Retina damarlarında hafif aterosklerotik değişiklikler mevcuttu. Göz içi basıncı (GİB) sağda 12 mmHg ve solda ise 14 mmHg idi. Yapılan ayrıntılı yarık-lamba biyomikroskopik muayenede GİL'in saydam olduğu ancak GİL arkasında sütsü bir materyal biriktiği ve bunun ince bir tabaka oluşturduğu görüldü (Resim 1B).

İletişim Bilgisi / Correspondence

Dr. Fatih Çelik, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı 14280 Bolu E-posta: fatihcelik2344@gmail.com

Geliş tarihi / Received: Ağustos / August 26, 2012; Kabul tarihi / Accepted: Eylül / Sept 14, 2012 Çıkar Çatışması / Conflict Of Interest: Yok / None





Kapsüloreksis kenarının ise GİL ön yüzünü çevre örttüğü izlendi. Bu bulgularla hastaya geç KBS tanısı konuldu ve sağ göze Nd:YAG lazer kapsülotomi yapıldı (Nd:YAG lazer parametreleri; focus shift: 125 µM (post), counter: 7, pulse/burst:1, enerji/pulse: 1,7 mj). Nd:YAG kapsülotomiden hemen sonra sütsü sıvının vitreusa doğru aktığı gözlemlendi. Sütsü materyal tamamen drene olunca hastada aynı zamanda arka kapsül kesafeti olduğu da görüldü (Resim 1C). Arka kapsül kesafeti nedeniyle başka bir seansta haç şeklinde Nd:YAG kapsülotomi yapıldı (Resim 1D). Lazer kapsülotomi sonrası herhangi bir GİB dalgalanması izlenmeyen hastanın görme keskinliği 20/50'den 20/25 düzeyine çıktı. Ayrıca olgunun lazer kapsülotomi sonrası refraksiyonunda belirgin bir değişiklik izlenmedi.

Tartışma

KBS, katarakt cerrahisinin az görülen komplikasyonlarından biridir ve ilk kez Davison tarafından 1990 yılında tanımlanmıştır. İnsidansı %0.73 ile %1 arasında değişmektedir (7). Kapsüloreksis çapının küçük olması, irrigasyon-aspirasyon sırasında GİL arkasındaki viskoelastik maddenin yeterince temizlenememesi, yüksek aksiyel uzunluk, kullanılan GİL'in materyali ve tasarımı ve ters olarak implante edilmiş açılı lensler, KBS oluşumuna ortam hazırlayan ana risk faktörleri olarak sayılabilir. KBS etyopatogenezindeki temel mekanizma; ön kapsül açıklığının nükleus veya GİL ile kapatılması sonucu GİL arka yüzü ile arka kapsülün oluşturduğu kapalı ortamda sıvı veya viskoelastik madde hapsolmesidir.

KBS; intraoperatif, erken postoperatif ve geç postoperatif olmak üzere üç farklı klinik durum şeklinde karşımıza çıkabilmektedir (8). Geç postoperatif KBS, kapalı kapsül kesesi içerisinde kapsül bakiyelerinin ve rezidüel lens epitel hücrelerinden sentezlenen proteinlerin birikimine bağlı süt benzeri materyalin birikimi ile karakterizedir. Nadir olarak görüldüğü için ayırıcı tanıda zaman zaman zorluklarla karşılaşlabilmektedir. Özellikle dikkatsiz muayenede GİL opasifikasyonu veya ağır arka kapsül kesafeti ile karıştırılabilir. Sunulan olgu da başka bir merkezden GİL değişimi için kliniğimize gönderilmişti. Ancak yarık-lamla biyomikroskopi ile yapılan ayrıntılı incelemede özellikle de slit alınarak bakıldığında GİL arkasında ince bir tabaka şeklinde hapsolmuş sütsü sıvı görüldü. Dikkatli muayene sayesinde hasta daha invazif bir cerrahi olan GİL değişiminden kurtulmuş ve sadece lazer kapsülotomi ile iyi bir görme düzeyine ulaşmıştır.

Erdurmuş ve ark. (9) ultrason biyomikroskopi ile dökümente ettikleri bir geç KBS olgusunda lazer kapsülotomi sonrası kapsül kese distansiyonunun gerilediğini ve iris-GİL arası mesafenin arttığını izlemişlerdir. Ancak olgumuzda KBS'nin diğer bulguları arasında sayılabilen ön kamarada şişleşme, miyopik refraksiyon değişimi ve GİB yüksekliği izlenmedi. Bu durumu GİL arkasında az miktarda sıvı hapsolmesine ve kapsül distansiyonu olmamasına bağlamaktayız.

KBS tedavisinde; gözlem, ön ve arka kapsülotomi, iğne ile revizyon gibi farklı seçenekler olmakla birlikte sıklıkla erken KBS'de ön kapsülotomi ve geç KBS'de arka kapsülotomi uygulanmaktadır. Sunulan olguda da geç KBS olması nedeniyle arka kapsülotomi uygulanmıştır. Bu sayede hem KBS hem de arka kapsül kesafeti başarılı bir şekilde tedavi edilmiştir.

Sonuç olarak, katarakt cerrahisinden yıllar sonra gelişmiş olduğu düşünülen lens opasifikasyonlarında geç postoperatif KBS'yi ayırıcı tanıda göz önünde bulundurmakta fayda olduğunu düşünüyoruz. Geç KBS tedavisinde Nd:YAG arka kapsülotomi, hem ayırıcı tanı hem de tedavi açısından faydalı bir yöntemdir.



KAYNAKLAR

1. Davison JA. Capsular bag distension after endophac-oemulsification and posterior chamber intraocular lens implantation. J Cataract Refract Surg 1990;16:99-108.
2. Masket S. Postoperative complications of capsulorhexis. J Cataract Refract Surg 1993;19:721-4.
3. Holtz SJ. Postoperative capsular bag distension. J Cataract Refract Surg 1992;18:310-7.
4. McQueen BR, Margo CE. Capsular bag distention syndrome after combined cataract-lens implant surgery and Ahmed valve implantation. Am J Ophthalmol 2001;132:109-10
5. Khoramnia R, Salgado JP, Auffarth GU, Schmidt S, Wegner A, Kobuch KA, Winkler von Mohrenfels C. Opacification of a hydrophilic intraocular lens 4 years after cataract surgery. A biomaterial analysis. Ophthalmologie. 2012;109:483-6.
6. Dhital A, Spalton DJ, Goyal S, Werner L. Calcification in hydrophilic intraocular lenses associated with injection of intraocular gas. Am J Ophthalmol. 2012 Jun;153(6):1154-60.e1.7.
7. Kim HK, Shin JP. Capsular block syndrome after cataract surgery: clinical analysis and classification. J Cataract Refract Surg 2008;34:357-63.
8. Miyake K, Ota I, Ichihashi S, Miyake S, Tanaka Y, Terasaki H. New classification of capsular block syndrome. J Cataract Refract Surg 1998;24:1230-4.
9. Erdurmuş M. Kapsüler Blok Sendromlu Bir Olgunun Ultrasonik Biyomikroskopi ile Değerlendirilmesi. TOD Dergisi 2010;40:118-20.

