

BİR OLGU NEDENİYLE İNTERMİTTAN GLOKOM

Dr. Gülay MANGA (x)
Dr. Zeki ÇIKMAN (xx)

ÖZET :

Bu makalede, özellikle akşamları gözlerinde ağrı, kızarıklık ve ışığa bakınca renkli halkalar görme şikayeti ile başvuran intermittan glokomlu bir olgu takdim edildi. Akut glokom krizi yönünden şüpheli anamnez veren hastalarda gonioskopik muayene ve provakasyon testlerinin gerekliliği ve hastalık filtrasyon ameliyatı gerektiren döneme girmişse görme prognozu yönünden dikkatli takibinin önemi vurgulandı.

GİRİŞ :

Primer glokomun bir şekli olan açılı kapanması glokomu, akut, intermittan (-subakut veya interval) ve kronik olmak üzere üç şekilde görülür(1,2). Glokomda, akut, dramatik, ciddi, persisten semptomlar ortaya çıktığında akut glokomdan söz edilir. Semptomlar daha az ve rekurren ataklar halinde görülüyorsa subakut terimi uygundur. Hiçbir semptom yoksa kronik terimi kullanılır (3).

İntermittan veya interval glokomda, hasta bilinen bir akut glokom atağı geçirmiş veya hikayesinde böyle bir atak telkin eden bulgular vardır. Preglokomdan farkı; preglokomda, intraoküler basınç normal, hiçbir glokom bulgusu yok, açılı çok dardır ve göz içi basıncı dilatasyon testlerine müsbet cevap verir(4). Ancak, hastada glokomla ilgili hiçbir hikaye veya semptom yoktur.

İntermittan glokomda, göz içi basıncı normalken birden yükselir. Kriz anında ortaya çıkan görme bulanıklığı, renkli görme ve ağrılar krizden sonra kaybolur. Daha sonra hastanın göz içi basıncı normale düşer ve gözde glokomla ilgili hiçbir bulgu kalmaz. İntermittan krizlerin sayısı arttıkça, iridokorneal açıda iris kökü yapışıklıkları da çoğalır(2,5).

Medikal tedavi başlangıçta tansiyonu kontrol altına almış gibi görünürse de uzun vadede etkin değildir. Medikal tedavi sadece cerrahi girişim hazırlanana kadar ya da şahsın çok hasta veya debil olduğu hallerde kullanılır (3,4).

(x) Atatürk Üniv. Tıp Fak. Göz Hast. Anabilim Dalı Araş. Gör.
(xx) Atatürk Üniv. Tıp Fak. Göz Hast. Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Fosfalin Iodid gibi güçlü miyotiklerden kaçınılmalıdır. Zira, pupiller konstrikسیون iris ve lens arasında aköz akışında rezistan artışına neden olur. Bu durum fizyolojik iris bombe'yi artırır ve muhtemelen akut konjestif atağa neden olur(4).

R. Etienne tarafından, açığı kapanması glokomundan, açık, fakat dar açılı, glokomu ayırmak üzere kullanılan fenilefrinin sebep olduğu midriazisi durdurmada kullanılabilecek selektif bir α -sempatik bloke edici ajan olan Thymoxamine'in, akut açığı kapanması glokomunu tedavi etmede ve ön kamarayı daraltmadan miyozis oluşturmak üzere, laser trabeküloplastisinden önce kullanılabileceği rapor edilmiştir(6).

Esas ve etkin tedavi cerrahidir. Periferik iridektomi ne kadar erken yapılırsa, görme o kadar korunmuş olur(1). Bu basit güvenilir metod ön kamaranın periferik derinliğini önemli ölçüde artırır ve ön kamaranın hacmini, santral derinliği değiştirmeksizin 14 μ l kadar artırır(7).

Periferik iridektomili gözlerde pupiller dilatasyon göz içi basıncının yükselmesine neden olmaz(4).

Ön yapışıklıkların fazla olduğu olgularda periferik iridektomi yetersizdir, filtrasyon ameliyatları yapılmalıdır(1). Hastalık filtrasyon ameliyatı gerektiren döneme girmişse, görme prognozu yönünden dikkatle izlenmelidir(1).

OLGU TAKDİMİ :

Olgu F.Ü. Prot. No. 2305/2305, 65 yaşında bir bayan hasta.

Hasta 6.3.1986 tarihinde gözlerinde zaman zaman ağrı, kızarıklık ve ışığa bakınca renkli halkalar görme şikayeti ile başvurdu. Hikayesinde; şikayetlerinin 5-6 yıldır mevcut olduğunu ve bu esnada doktora gittiğinde, kendisine göz tansiyonlarının yüksek olduğunu söylediğini ifade ediyordu. Öz geçmişinde 30 yıl önce sol gözüne öküz boynuzu çarptığı öğrenildi. Soygeçmişi özellik arz etmiyordu.

Yapılan Göz Muayenesinde;

Sağ Göz: Vizyon: 8/10, tashihle artmıyor . TO: 17,3 mmHgSch. Korneada yer yer nefelyon, lenste başlangıç kesafeti mevcut olup, fundus normal olarak değerlendirildi.

Sol Göz: Vizyon: 1/10, tashihle 7/10 (+ 1,50 sph). TO: 17,3 mmHgSch. Lenste saat 5 hizasında 2x2 mm. ebatlarında kesafet mevcut olup, lensin diğer kısımları normal olarak değerlendirildi. Hastanın yapılan sistemik muayenesinde; Arteriosklerotik Hipertansiyonu olduğu tesbit edildi. Gonioskopik muayenede, açılar dar olup, periferik görme alanları normaldi.

Hasta ilaçsız takibe alındı. Göz içi basıncının özellikle akşamları yükseldiği gözlemlendi. Diğer zamanlarda tansiyon oküler normaldi.

Hastaya yapılan Fenilefrin testinde anlamlı bir sonuç elde edilemedi. Ancak karanlık oda testinde göz içi basınçlarında anlamlı bir yükselme oldu.

Yatışının altıncı günü hasta ameliyata alınarak sol göze örtülü Elliot ameliyatı uygulandı. Postoperatif üçüncü güne kadar sol göz içi basıncı normal, ancak sağ göz içi basıncı hep yüksek seyretti. Bu tarihten sonra sağ göz içi basıncı da düşerek her iki göz içi basıncı da regüle hale geldi. Bu haliyle hasta postoperatif 6. günü taburcu edildi.

TARTIŞMA :

İntermittan glokom, açı kapanması glokومunun bir çeşidi olup, göz içi basıncı normal seyretmekte iken, belli intervallerle aniden yükselmesi ve bir süre yüksek seyrettikten sonra birkaç saat içinde kendi kendine düzelmeye, ancak bu arada da iridokorneal açıda iris kökü yapışıklıklarının ortaya çıkması ile karakterize bir tablodur(2,3,4,5).

Hastalarda tipik kriz esnasında semptomlar, oküler rahatsızlık hissi, görmenin bulanması ve ışık etrafında halkaları kapsar.

Rahatsızlık hissi, genellikle gözün etrafına lokalize olmuş künt ya da bariz bir baş ağrısı şeklindedir(4). Halolar, korneal epitelin ödemi sonucu oluşur ve sıklıkla yarı karanlıkta pupilla genişlemeye meyil ettiğinde ortaya çıkar. Bu bulgu ve semptomlar, ışıklı bir odada birkaç dakika durulduğunda ve pupil kontrakte olduğunda sıklıkla azalır.

Krizler birkaç saat içinde spontan olarak kaybolurlar. Bu ataklar, akut açı kapanması glokومundaki ataklardan daha sık intervallerle oluşurlar. Nadiren, bu hastalarda tekrarlayan subakut ataklar olmaksızın, akut irreversibl açı kapanması atakları görülebilir(3).

Bizim hastamızın da hikayesinde, atakların akşam saatlerinde ve belli intervallerle olması ve semptomları intermittan glokom tablosuna uymaktadır.

Açı kapanması glokومunun subakut formunun değişik klinik bulguları açının bazı kısımlarının çok dar olmasına bağlıdır. Atak esnasında, açının dar kısmı kapanır ve tansiyon yüksekliği orta derecede artar. Tansiyon okülerin yüksekliği açının kapanma miktarıyla orantılıdır (3).

Hastalar, muayene için oftalmolojiste başvurduklarında semptomlar yoktur ya da çok azdır. Muayenede tek pozitif bulgu ön kamaranın sig olmasıdır(4).

İris stromasının segmenter atrofisi ve hatta pigment tabakasının segmenter atrofisi olabilir ve sıklıkla pupiller sınırdaki daha barizdir.

Preglokomda ve interval fazlarda, optik sinir normaldir. Zira göz yüksek basınca, uzun süre maruz kalmamaktadır. Rutin göz muayenesinde dar açıları incelemeye kullanılan metod; slitlamp, biomikroskoptur. Ön kamara periferi, yavaşça

merkezden açığa doğru kaydırılan çok ince bir ışın demetiyle gözlenmelidir. Açı dar olduğundan, iris kornea periferinin iç yüzeyine çok yakın görülebilir. Ancak kesin tanı gonioskopiyle konulabilir(1,3,4). Gonioskopide açının yer yer kapalı olduğu görülebilir Açının 4/5 ya da daha fazlası kapanmış, yani iris trabekülümü örtmüş olabilir. Tonografide dışa akım kolaylığının azaldığı saptanabilir(1,3). Kriz esnasında tansiyon oküler yüksek, ancak kriz geçtikten sonra intevrallerde tansiyon oküler normaldir. Dolayısıyla tansiyon oküler ölçümü tanıya yardımcı değildir. Böyle hastalarda tansiyon oküler en azından hastalığın erken safhalarında miyotiklerle tamamen düşürülür.

Açının tamamen açık, tansiyonun normal olduğu sürelerde glokom düşünülmez.

Subakut açı kapanması glokomu erken safhalarında açık açılı glokomdan sadece intermittan parsiyel açı kapanması semptomları ile değil, ataklar arasında glokomun tamamen kaybolması ile ayrılır. Ancak bu tekrarlayan ataklar esnasında periferik anterior sineşiler oluşabilir ve bu artarak açı daimi kapanabilir, böylece ataklar arasındaki bazal tansiyon yükselir. Bu durum ilerlemiş safhaya ulaştığında optik sinir başının atrofisi ve ekskavasyonu ve görme alanında kayıplar ortaya çıkabilir. (Açık açılı glokomda olduğu gibi) (3).

Tansiyonun normal olduğu ve yapılan gonioskopik muayenede açının dip kısmının çok dar, diğer kısımlarının açık olduğu hastalarda, göz içi basıncının yükselip yükselmeyeceğini, açının kapanıp kapanmayacağını tayin için provakasyon testleri yapılmalıdır(3,4). Sfinkter pupillayı relakse eden ilaçlar, pupiller dilatasyona, iris kökünün öne doğru gelmesine ve açının kapanmasına neden olur Böylece aköz gözden çıkamaz. Testlerin gerekliliği hastaya anlatıldıktan sonra karanlık oda testi ve gerek duyuluyorsa ilaçlı midriatik test yapılabilir (3,4).

Bizim vakamız da, gerek klinik seyir, gerekse açının darlığı ve provakasyon testlerinden birine verdiği müsbet cevapla hastalığın tanımına uymaktadır. Akut glokom krizi yönünden şüpheli anamnez veren hastalarda gonioskopik muayene ve provakasyon testlerinin gerekliliğini hatırlatmak üzere bu vakayı yayınlamaya değer bulduk.

KAYNAKLAR

- 1- Bengisu, Ü., Sezen F.: Göz Hastalıkları, Ankara, 1978, S. 334-335.
- 2- Bengisu, Ü.; Göz Hastalıkları, 1983, İstanbul, S. 135.
- 3- Duane, T.D.: Clinical Ophthalmology, Vol. 3, Chap. 53, 1984, P. 15-17.
- 4- Scheie and Albert: Textbook of Ophthalmology, 1969, P. 537-541.

- 5- Paton, D., Craig, J.A.: Glaucoma Diagnosis and Management, Clinical Symposia, Vol. 28, Number 2, 1976, P. 23.
- 6- Etienne, R.: La Thymoxamine et le glaucoma par fermeture de L'angle, Journal Français D'Ophthalmology, Vol. 6, 1983, P. 971-974.
- 7- Lee, D.A., Brubaker, R.F., Ilstrup, D.M.: Anterior Chamber Dimensions in Patients with Narrow angles and angle closure glaucoma. Arc. of Ophthalmology, January, 1984, Vol. 10., Number, 1, P. 46-50.

SUMMARY :

Intermittant glaucoma in one case.

In this article, it has been presented a case of intermittant angle-closure glaucoma who applied us with complaints of eye pain, hyperemia and to see halos when looking at the light especially in the evening. In the patients who give a doubtful story of acute glaucoma crisis, the necessity of gonioscopically examination and provocation tests and carefully following of vision when the patient is in the filtration operation stage, has been accentuated.