

OKÜLER HİPERTANSİYONLU HASTALARDA TAKİP SONUÇLARI*

Dr. Murat İRKEÇ**

Dr. Hasan ERBİL***

Oküler hipertansiyon görme alanında ve optik sinir başında herhangi bir patolojik değişiklik bulunmayan bir olguda, göziçi basıncının 21 mm. Hg veya daha yüksek olması ile karakterize, benign ve 40 yaşın üzerinde oldukça sık görülen bir tablodur. Bu çalışmada, 18 oküler hipertansif olgunun 4 yıllık takip sonuçları bildirilmekte ve sadece bir olgunun bu süre içinde glökomatöz görme alanı kaybı gösterdiği vurgulanmaktadır.

Optik disk anjiyografisi, glökomatöz dönüşüm gösterebilecek oküler hipertansif hastanın önceden belirlenmesini ve tedavi altına alınmasını sağlayabilecek bir prognostik tetkik görünümü taşımaktadır.

Oküler hipertansiyon terimi son yıllarda ortaya atılan yeni bir kavramdır. Göziçi basıncının 21 mm. Hg'nin üzerinde olduğu, optik diskte glöcoma ait bir çukurlaşmanın veya dejenerasyonun, görme alanında glökom için tipik defektlerin bulunmadığı ve ön kamera açısının normalden farklılık göstermediği olgular için oküler hipertansif, belirtilen bu şartlar için oküler hipertansiyon deyimi kullanılmaktadır (1).

Oküler hipertansif olgular kesin olarak primer açık açılı glökomu olan hastalardan ayrılmaktadır. Nitekim 40 yaşın üzerindeki popülasyonda oküler hipertansiyon sıklığı % 5 - 10 arasında olduğu hal-

* Hacettepe Tıp Fakültesi Göz Bölümü Çalışmalarından.

** Ankara 800 Yataklı Askeri Mevki Hastanesi Göz Uzmanı.

*** Samsun Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Bölümü Yardımcı Doçenti

de (1, 2), bazı önemli toplum çalışmalarında primer açık açılı glokom sıklığı % 0.43-0.71 olarak belirlenmiştir (2, 3).

Çeşitli tartışmalara konu olmakla birlikte, oküler hipertansiyonun benign bir olay olduğu, hastaların yakından takip edilmesinin ve gerektiği takdirde glokom tedavisine alınmalarının doğru olacağı kanaati yaygındır (1, 4, 5). Oküler hipertansif olguların 5-15 yıl devam eden takipleri esnasında, hastaların sadece % 0.5-13'ünde glokom için tipik görme alanı değişiklikleri ortaya çıkmıştır (6). Aynı oran normotansif olgularda % 0-0.5 dolaylarındadır (6). Şu halde primer açık açılı glokoma dönüşme riski normale göre daha yüksek olmakla birlikte, oküler hipertansif hastaların sadece % 10'unda görme alanı defekti geliştiği göz önünde tutulursa, bu olguların % 90'ının gereksiz yere glokom tedavisine alınacağı ve bu yaklaşımın bir kısmı ciddi boyutlara varan yan etkilerine maruz kalacağı kolayca anlaşılır.

Hacettepe Tıp Fakültesi Göz Bölümünde yapılan bu çalışmada 18 oküler hipertansif olguda 1-4 yıl arasında yapılan takip esnasında glokom için tipik görme alanı defekti gelişme sıklığı araştırılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma kapsamına alınan 18 oküler hipertansif olgunun 10'u erkek, 8'i kadın olup, yaşları 38-67 arasında değişmekteydi. Oküler hipertansiyon grubuna giren ve 1976-1981 yılları arasında Hacettepe Tıp Fakültesi Göz Bölümünde takipleri yapılan 18 olgunun seçiminde aşağıdaki ölçütler esas alınmıştır (7) :

1. Her iki veya bir gözün üç aplanasyon basınç ortalamasının 21 mm. Hg veya daha yüksek oluşu,
2. Optik disk görünümünün normal oluşu,
3. Perimetrik muayenede glokoma bağlı tipi görme alanı defektlerinin bulunmaması,
4. Ön kamera filtirasyon açısının geniş oluşu, normalden önemli bir sapma göstermemesi ve göziçi basıncının artışının açı kapanmasına bağlı bulunmaması.

Diğer gözlerinde glomatöz görme alanı defekti, glokomla ilgili aile hikâyesi, özellikle dikey olarak asimetrik veya geniş (C/D oranı 0.3'den daha büyük) disk çukurluğu, diabetes mellitus, kardiovas-

küler ve hematolojik sistem hastalığı bulunan olgular ve göziçi basıncının 31 mm. Hg seviyesinin üzerinde olduğu hastalar çalışma kapsamından çıkarılmıştır. Ayrıca oküler hipertansiyonlu olgu grubunda senil psödoeksfolyasyon, pigment dağılım sendromu ve uzun süreli topikal veya sistemik kortikosteroid kullanımının bulunmamasına dikkat edilmiştir.

Oküler hipertansif hastalarda rutin göz muayeneleri dışında Berkeley elektronik tonografi cihazı ile C değeri saptanmış, Goldmann iki aynalı goniolensi ile gonioskopi ve Goldmann hemisferik perimetresiyle de modifiye Armaly yöntemi kullanılarak (8) görme alanı muayeneleri yapılmış, hastaların hepsine fundus floresein anjiyografisi uygulanarak optik disk dolaşımı incelenmiş ve FFA tetkikleri her yıl tekrarlanmıştır. Oküler hipertansif olguların rutin göz muayeneleri 3, perimetrik tetkikleri ise 6 ayda bir tekrarlanmıştır.

Oküler hipertansif olguların klinik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

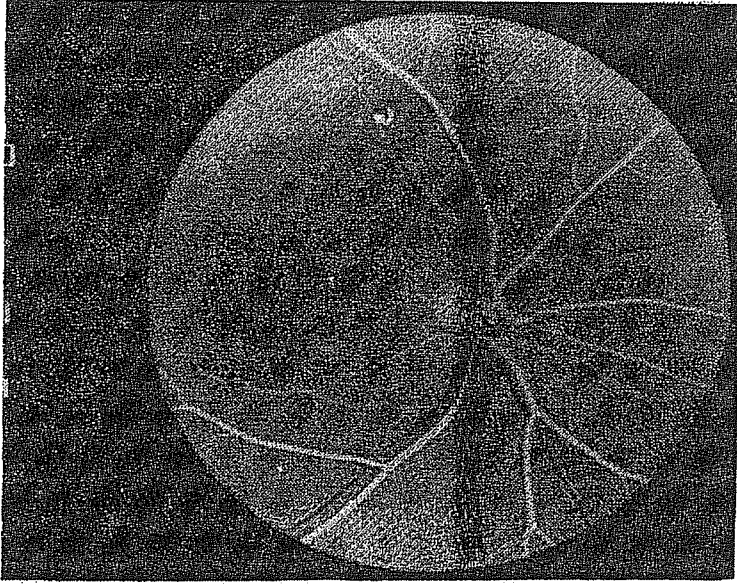
Tablo 1: Oküler Hipertansiyonlu 18 Olguda Klinik Özellikler.

Olgu No.	Yaş	ve	Cins	T _{ap} ⁺	C Değeri
1	38		E	21	0.26
2	45		E	23	0.25
3	54		K	22	0.24
4	57		E	22	0.28
5	63		K	26	0.19
6	64		E	29	0.23
7	60		K	27	0.19
8	58		K	28	0.21
9	48		K	25	0.20
10	62		E	25	0.21
11	66		E	30	0.22
12	65		K	22	0.29
13	61		K	26	0.21
14	59		E	23	0.20
15	53		E	21	0.28
16	56		E	21	0.24
17	59		K	26	0.25
18	67		E	29	0.21

+ Üç aplanasyon basınç ortalaması.

Takip süreleri 1 - 4 yıl arasında değişen 18 oküler hipertansif hastanın sadece birisinde 3 yıl içinde glokom için tipik sayılabilecek sınırlı ve tek parasantral skotom gelişmiştir. Bu olgu 58 yaşında bir kadın hasta olup, ilk anjiogramında sadece rölatif tipte bir optik disk dolma defekti göstermiştir, ancak topikal kortikosteroid testinde Armaly'nin pHpH grubuna girmiştir. 3 yıl zarfında yapılan perimetrik muayenelerde ve su içme ile kombine tonografi (P₀/C oranı da dahil) tetkiklerinde herhangi bir özellik saptanmamıştır. Hastanın son perimetrik muayenesinde glokoma bağlı görme alanı defekti saptanmış olmakla birlikte, 3 yıl içinde C/D oranında belirgin bir değişiklik göze çarpmamıştır. Görme alanında defektin gözlenmesiyle birlikte tekrarlanan optik disk anjiogramlarında daha önceki tetkiklere göre optik disk floresansında rölatif ve absolü defektler tarzında belirgin bir azalma dikkati çekmiştir (Resim 1 A, B).

Resim 1: 58 yaşında oküler hipertansif bir kadın hastanın 1 yıl aralıklarla çekilen anjiogramlarında optik disk dolaşımında bozuklukların arttığı gözlenmektedir.



Resim 1: A - Ocak 1978'de çekilen anjiogramda erken arteriovenöz safhada, özellikle optik diskin nasal bölgesinde dolma defektleri görülmektedir. Bu defektler rölatif intansite defektleri özelliğini taşımaktadır.



Resim 1: B - Aynı hastanın Mayıs 1979'da çekilen anjiyogramında geç venöz devrede optik disk perfüzyonunda belirgin bir bozukluk dikkati çekmektedir. Bu esnada yapılan perimetrik muayenede de glokomatöz görme alanı defektleri saptanmıştır.

TARTIŞMA

Oküler hipertansiyon kavramı, tartışmalarıyla birlikte bugün modern oftalmoloji ve glokom pratiğinde belirli bir yere yerleştirilmektedir. Göz tansiyonu normal olarak kabul edilen sınırların üzerinde bulunan, ancak optik sinirde ve görme alanında glokoma bağlı tipik değişiklikler göstermeyen olgular için oküler hipertansif teriminin kullanılması teklif edilmiştir (4, 5). Oküler hipertansif olguların 5 yılı aşan uzun süreli takipleri bunların ancak küçük bir kısmında glokom için tipik görme alanı değişikliklerinin geliştiğini göstermektedir. Armaly oküler hipertansif olgularda 5 yıllık takip esnasında görme alanı kaybı oranını % 1.1, Norskov % 2,3, Schapper - Kimmijser % 13 civarında belirlemişlerdir (6). Çalışmamızda 4 yıla kadar takibi yapılan oküler hipertansif hastalarda, ancak bir olguda glokoma bağlı görme alanı defektinin geliştiği saptanmıştır. Büyük bir olgu dizimiz olmamakla beraber, 4 yıllık takip esnasında oküler hipertansif olgu-

larımızda glökomatöz görme alanı kaybı gelişme sıklığı % 5.6 olarak belirlenmiştir. Bu bakımdan karşılaştırılınca, oküler hipertansif hastalarda glökom gelişme sıklığı bulgumuz, daha önce literatürde yer alan diğer çalışmalarla iyi bir uyum göstermektedir.

Takip çalışmalarının sonuçları oküler hipertansiyonun benign bir olay olduğunu göstermesine karşılık, hangi olgularda glökoma dönüşümün geleceğini önceden saptamaya yönelik belirli bir prognostik parametre henüz bulunamamıştır. Bu bakımdan göziçi basıncının düzeyi, C değeri, su içme testi ile kombine tonografi ve P_o/C oranı, topikal kortikosteroid cevapları gibi değerler, ileride glökom gelişecek oküler hipertansif hastayı önceden belirlemek için yetersiz kalmaktadırlar (5, 9). Bunun bir kanıtı da, glökomatöz görme alanı kaybı gelişen olgumuzda su içme testi ile kombine tonografi bulguları ve P_o/C oranının normalden önemli bir sapma göstermemiş olmalarıdır. Öte yandan, son yıllarda oküler hipertansif olgularda takip ve tedavi için değerli bulunan FFA yönteminin (10), olgumuzda da gösterildiği üzere prognozu tayin etmede önemli bir rehber olabileceği dikkati çekmektedir. Olgumuzun oküler hipertansiyon tanısını aldığı zaman anjiyografik olarak anormal bir optik disk dolaşımı bulunmadığı halde, görme alanı kaybının ortaya çıktığı devrelerde optik disk floresansında rölatif ve absolu defektler şeklinde dolaşım bozukluğu saptanmıştır. Şu halde, FFA takipleri esnasında optik disk dolaşımında ortaya çıkacak ilerleyici özellik gösteren bozukluklar göz hekimini bir glökomatöz dönüşüm yönünden ikaz etmeli ve bu hastalarda glökom tedavisine başlanmalıdır.

Oküler hipertansif hastada tedavi başlanması konusunda, hekimin dikkat etmesi gereken diğer bazı risk faktörleri belirlenmiştir. Hastanın diğer gözünde primer glökoma bağlı bir görme alanı kaybı söz konusu ise, glökomla ilgili aile hikâyesi varsa, optik çukur progressif olarak genişleme gösteriyorsa veya özellikle dikey yönde çukur genişse, iki göz arasındaki basınç veya optik çukur genişliğinin asimmetrik olması durumunda, göziçi basıncının 30 mm.Hg'nin üzerinde bulunması halinde, hastada diabetes mellitus, yüksek miyopi, hematolojik veya vasküler hastalıklar varsa, retina damarlarına ait tıkaçıcı lezyonlar saptanmışsa oküler hipertansif hastanın glökom gibi düşünülerek tedavi altına alınması gerekir. Bu arada lensin psödoeksfolyasyonu, pigment dispersiyonu sendromu ve kronik kortikosteroid kullanımı oküler hipertansif olgularda tedavi başlatılmasını gerektiren ikincil etmenlerdir.

Sonuç olarak oküler hipertansiyon teriminin gerçekte sık rastlanılan ve iyi huylu bir göziçi basınç yüksekliğini kapsadığını belirtmek yerinde olacaktır. Ancak, bir hastanın bu grup kapsamına sokulmasından önce risk faktörleri yönünden ve tablonun özellikleri bakımından titizlikle incelenmesi ve yakın bir takibe alınması zorunludur. Oküler hipertansif hastada glökoma dönüşümü, henüz görme alanı kaybı olmadan sapıyabilen tetkik yöntemi ve prognostik parametre optik disk anjiyografisi gibi görünmektedir.

SUMMARY

Follow - up Results in Ocular Hypertensive Patients

Ocular hypertension, a relatively common and benign condition in patients over 40 years, is characterised by an intraocular pressure of 21 mm.Hg or higher, which accompanied by normal visual fields and optic discs. This article presented results of a 4 - year follow-up of 18 ocular hypertensive cases and emphasized that only one patient developed glaucomatous visual field loss during this period.

Optic disc angiography seems to be a prognostic method capable of determination and initiation of therapy for the ocular hypertensive, who would develop glaucomatous transformaton.

KAYNAKLAR

1. Harbin, T.S., Becker, B.: What is ocular hypertension and should it be treated, Brockhurst, R.J., Boruchoff, S.A., Hutchinson, B.T., Lessell, S. (Eds.): Controversy in Ophthalmology, Philadelphia, Saunders, 1977, p. 168.
2. Hollows, F.C., Graham, P.A.: The Ferndale glaucoma survey, Hunt, L.B. (ed.): Glaucoma: Epidemiology, Early Diagnosis and some Aspects of Treatment, London,, E. and S. Livingstone, 1966.
3. Bankes, J.K.L., Perkins, E.S., Tsolakis, S., et al.: The Bedford Glaucoma survey, Br. Med. J., 1 : 791, 1968.
4. Kolker, A., Becker, B.: Ocular hypertension vs. open - angle glaucoma, a different view, Arch. Ophthalmol., 95 : 586, 1977.
5. Phelps, C.D. : Ocular hypertension : to treat or not to treat, Arch. Ophthalmol., 95 : 588, 1977.

6. Schwartz, B.: Primary open angle glaucoma, Duane, T.D. (ed.): Clinical Ophthalmology, Vol. 3, Chapter 52, Hagerstown, Maryland, Harper and Row, 1978.
7. Walker, W.M.: Ocular hypertension. Follow-up of 100 cases from 1963 to 1974, Trans. Ophthalmol, Soc. U.K., 94: 525, 1974.
8. Armaly, M.F.: Selective perimetry for glaucomatous defects in ocular hypertension, Arch. Ophthalmol., 87: 518, 1972.
9. Becker, B., Christensen, R.E.: Water drinking and tonography in the diagnosis of glaucoma, Arch. Ophthalmol., 55: 321, 1956.
10. Erbil, H., İrkeç, M.: Oküler hipertansiyon ve erken glokomda fundus florescein anjiyografinin tanı değeri, (Endokuzmayıs Tıp Dergisinde yayınlanacak).