

Şaşılık cerrahisi sonrası orbital apeks sendromu gelişen bir olgu

A case that developed orbital apex syndrome after strabismus surgery

Erol Coşkun¹, Erdal Kaydu¹, Burak Ören¹, Oğuz Çelik¹, Seydi Okumuş¹

¹Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep

Özet

Çalışmamızda, şaşılık cerrahisi sonrası orbital apeks sendromu gelişen bir olgu sunulmaktadır. On dokuz yaşında kadın olgu kliniğimize 5 gün önce başlayan sol gözde görmeye azalma, üst göz kapağında düşme, göz hareketlerinde kısıtlılık ve gözde ağrı yakınmasıyla başvurdu. Özgeçmişinde yaklaşık 4 ay önce sol gözünde kayma nedeniyle şaşılık ameliyatı öyküsü bulunmaktaydı. Olgunun yapılan oftalmolojik muayenesinde sağ gözde en iyi düzeltilmiş görme keskinliği 10/10, göz içi basıncı 15mmHg, kapaklar, göz hareketleri, ön segment ve fundus muayenesi doğal görünümdeydi. Sol gözde en iyi düzeltilmiş görme keskinliği 5/10 idi, göz içi basıncı 23 mmHg olarak ölçüldü. Kapak muayenesinde üst kapakta pupil alanının yaklaşık üçte ikisini örten ptozis mevcuttu. Ekstra oküler kas hareketlerinin değerlendirilmesi sırasında aşağı, yukarı, içe ve dışa bakış kısıtlılığı bulunmaktaydı. Ön segment muayenesinde pupil dilate, direkt ve indirekt ışık refleksleri alınmıyordu. Olguya mevcut bulgularla orbital apeks sendromu tanısı konup, tedavisi planlandı. Şaşılık cerrahisi sonrası orbital apeks sendromu literatürde tanımlanmamıştır. Bu nedenle olgu sunuma değer görülmüştür.

Anahtar kelimeler: Orbita hastalıkları; orbital apex sendromu.

Abstract

In our study, we present a case that developed orbital apex syndrome after strabismus surgery. Nineteen years old female patient referred to our clinic with a decrease of vision, ptosis, limitation of eye movements and pain on left eye that began 5 days ago. There was a strabismus surgery history about 4 months ago on left eye. With ophthalmologic examination, best corrected visual acuity was 10/10, intraocular pressure was 15 mmHg, eyelids, eye movements, anterior segment and fundus was normal on the right eye. On the left eye, best corrected visual acuity was 5/10, intraocular pressure was 23 mmHg. There was ptosis that close approximately 2/3 of pupil field. At the evaluation of extraocular muscle movements, there was limitation while looking up, down, in, and out. At the examination of the anterior segment, pupil was dilated; there was no direct and indirect light reflex. Fundus examination of left eye was normal. With remaining findings, we diagnosed the object as orbital apex syndrome and planned the treatment. Orbital apex syndrome after strabismus surgery has not been described yet. For this reason, this case report has been found worth to present.

Keywords: Orbital diseases; orbital apex syndrome.

Giriş

Orbital apex sendromu (OAS) inflamatuvar, enfeksiyöz, neoplastik, travmatik, vasküler ve bazen iatrojenik nedenlere bağlı olarak okülomotor sinir (III), troklear sinir (IV), abduzens siniri (VI), trigeminal sinirin oftalmik dalı (V1) hasarı ve optik sinir disfonksiyonu ile karakterizedir (1). Görme kaybı ve oftalmopleji genellikle ilk belirtilerdir. Periorbital veya yüz ağrısı oftalmik sinir (V1) tutulumu ya da trigeminal sinirin maksiler (V2) dalının tutulumunun yansıması sonucu olabilmektedir. Proptosis, enfeksiyöz, inflamatuvar ve neoplastik nedenler ile ilişkili olabilir. Görme keskinliğinde azalma, renkli görmeye bozulma, afferent pupilla defekti görülebilir. Orbital apex sendromlu olguların değerlendirilmesinde en sık kullanılan görüntüleme yöntemi magnetik rezonans görüntülemidir (MRG). Bilgisayarlı Tomografi (BT) ise travmalı olgularda veya manyetik yabancı cisim, cerrahi klipleri ya da MRG için diğer kontrendikasyonlardan şüphelenilen olgularda tercih edilmektedir. Vasküler bir lezyondan şüpheleniliyorsa MRG veya BT anjiyografi yararlı olabilir. Etiyolojinin belirlenemediği OAS'lı olgularda gözlem ve kortikosteroid tedavisi verilebilir (2,3). Sistemik enfeksiyon belirtileri olmaması ve

inflamatuvar hastalık olasılığı olduğunda, kortikosteroidlerle hasta takip edilebilir.

Olgu

On dokuz yaşında kadın olgu kliniğimize 5 gün önce başlayan sol gözde görmeye azalma, üst göz kapağında düşme, göz hareketlerinde kısıtlılık ve gözde ağrı yakınmasıyla başvurdu. Özgeçmişinde yaklaşık 4 ay önce sol gözünde kayma nedeniyle şaşılık ameliyatı öyküsü bulunmaktaydı. Soy geçmişi herhangi bir özellik yoktu. Olgunun yapılan oftalmolojik muayenesinde sağ gözde en iyi düzeltilmiş görme keskinliği 10/10, göz içi basıncı 15mmHg, kapaklar, göz hareketleri, ön segment ve fundus muayenesi doğal görünümdeydi. Sol gözde en iyi düzeltilmiş görme keskinliği 5/10 idi, göz içi basıncı 23 mmHg olarak ölçüldü. Kapak muayenesinde üst kapakta pupil alanının yaklaşık üçte ikisini örten ptozis mevcuttu. Ekstra oküler kas hareketlerinin değerlendirilmesi sırasında aşağı, yukarı, içe ve dışa bakış kısıtlılığı bulunmaktaydı (Resim 1). Ön segment muayenesinde pupil dilate, direkt ve indirekt ışık refleksleri alınmıyordu (Resim 2). Fundus muayenesi doğal görünümdeydi. Olgunun sistemik ve nörolojik muayenesinde anormallik saptanmadı. Yapılan hematolojik ve biyokimyasal tetkikleri normal olarak izlendi. Olguda mevcut muayene bulgularıyla kavernoöz sinüs trombozu, orbitada

İletişim/Correspondence to: Erol Coşkun, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Gaziantep, TÜRKİYE
Tel: +90 530 610 9524 drcerolcoskun@yahoo.com

Geliş Tarihi: 05.04.2013 **Kabul Tarihi:** 22.04.2013
Received: 05.04.2013 **Accepted:** 22.04.2013

DOI: 10.5455/GMJ-30-2013-135
www.gantep.edu.tr/~tipdergi
ISSN 1300-0888

yer kaplayan lezyon ve orbital apeks sendromu ön tanıları düşünülerek orbita MRG ve beyin MRG yapıldı. Orbita MRG'da optik sinir intersegmentinde hafif şüpheli sinyal artışı dışında herhangi bir patoloji izlenmedi. Olguda enfeksiyon ve yer kaplayıcı lezyon dışlandıktan sonra 1mg/kg olacak intravenöz prednizolon tedavisine başlandı. Olgu ilk bir hafta günlük, daha sonra haftalık takiplerle izlenmeye başlandı. Tedavinin 14. gününde olgunun sol gözünde en iyi düzeltilmiş görme keskinliği 10/10 olarak ölçüldü. Ptozis 3. haftada kayboldu. Ekstra oküler kas hareketlerinde belirgin düzelme olmakla birlikte hafif dışa bakış kısıtlılığı devam etmekteydi. Üçüncü haftada pupil dilate, direkt ve indirekt ışık refleksi alınmamaktaydı. Dördüncü haftada pupilla middilate, direkt ve indirekt ışık refleksleri alınmaya başladı. Tedavi sonrası sekizinci haftada olgunun tüm muayene bulguları normale döndü (Resim 3).



Resim 2. Sol gözde direkt ve indirekt ışık refleksleri alınmayan dilate pupil.



Resim 1. Sol gözde aşağı, yukarı, içe, dışa bakış kısıtlılığı ve pupil alanının yaklaşık üçte ikisini örten ptozis.



Resim 3. Tedavi sonrası sekizinci haftada bakış kısıtlılıklarının ve ptozisin normale döndüğü izlenmektedir.

Tartışma

Orbital apeks sendromu; 2., 3., 4., 6. kranial sinirler ve 5. kranial sinirin oftalmik dalının tutulduğu sendroma verilen isimdir (1-3). Orbital apex sendromuna yol açan birçok neden bildirilmiştir. Başlıca nedenler; sarkoidoz, sistemik lupus eritamatozis, Churg Strauss sendromu, Wegener granulomatosisi, Tolosa Hunt sendromu, Dev

hücreli arterit, orbital inflamatuvar pseudotümör, tiroid orbitopatisi gibi inflamatuvar hastalıklar; aspergillozis, mucormycosis gibi fungal, streptokoklar, stafilokoklar, gram negatif basiller, anaeroblar, mikobakterium tuberculosis gibi bakteriyel enfeksiyonlar; triponema pallidum gibi spiroket enfeksiyonu ve Herpes Zoster gibi viral enfeksiyonlar sayılabilir (4,5). Ayrıca baş ve boyun tümörleri, nöral tümörler ve orbitaya metastaz yapan tümörler gibi neoplastik nedenler de orbital apex sendromuna neden olabilir. Travma sonrası, sinonazal, orbital ve fasiyel cerrahi sonrası orbital apex sendromu bildirilmiştir (6-10). Vasküler patolojilerden karotis anevrizması, karotikokavernöz fistül, kavernöz sinus trombozu orbital apex sendromuna neden olabilmektedir. Literatürde enfeksiyöz, inflamatuvar, neoplastik, travmatik nedenlere bağlı olarak pek çok olgu sunulmuştur ancak şaşılık cerrahisi sonrası orbital apeks sendromu literatürde tanımlanmamıştır. Bu nedenle şaşılık cerrahisi sonrası orbital apex sendromu gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Aryasit O, Preechawai P, Aui-Aree N. Clinical Presentation, Aetiology and Prognosis of Orbital Apex Syndrome. Orbit. 2013 Mar 20. [Epub ahead of print]
2. Yeh S, Foroozan R. Orbital apex syndrome. Curr Opin Ophthalmol 2004;15(6):490-498.
3. Bray WH, Giangiacoimo J, Ide CH. Orbital apex syndrome. Surv Ophthalmol 1987;32(2):136-140.
4. Faucher D, Gauthier M, Chevrette L, Dube J. Orbital apex syndrome in a child with Wegener's granulomatosis. Arch Fr Pediatr 1985;42(4):305-307.
5. Fernandes YB, Ramina R, Borges G, Queiroz LS, Maldaun MV, Maciel JA Jr. Orbital apex syndrome due to aspergillozis: case report. Arq Neuropsiquiatr 2001;59(3-B):806-808.
6. Kumagai M, Hashimoto S, Suzuki H, Matsuura K, Takahashi E. Orbital apex syndrome caused by sphenothmoid mucocoele. Auris Nasus Larynx 2003;30(3):295-297.
7. Yeh S, Yen MT, Foroozan R. Orbital apex syndrome after ethmoidal artery ligation for recurrent epistaxis. Ophthal Plast Reconstr Surg 2004;20(5):392-394.
8. Zachariades N, Vairaktaris E, Papavassiliou D, Triantafyllou D, Mezitis M. Orbital apex syndrome. Int J Oral Maxillofac Surg 1987;16(3): 352-354.
9. İncesu AI. Orbital Apex Syndrome: A Rare Form of Ophthalmic Zona: Case Report Türkiye Klinikleri J Med Sci 2012;32(1):218-21.
10. Aslan İK, Yazar T, Altın Ü, Kırbaş D. Rhino-Orbitocerebral Mucormycosis: A Case Report Türkiye Klinikleri J Med Sci 2005;25(5):745-8.