

Travmatik İris Kisti Olgusu

NEZİR SUYUGÜL ^{a)}, Ufuk Yiğitsubay ^{a)}, Songül Korkut ^{b)}, Ayşe Nur Esen ^{c)},
Bilge Kirangil ^{b)}

a) İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.

b) Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul.

c) Haydarpaşa Numune Hastanesi Göz Kliniği, İstanbul.

A CASE of TRAUMATIC IRIS CYST

İris kistleri ilk defa 1830'da MacKenzie tarafından ön kamarada posttravmatik semitransparan iris kisti olarak tanımlanmıştır. 1869'da Hulke, iris ve korpus siliyare kistik oluşumlarını bildirdi. Daha sonra 1881'de Kuhnt, 1895'de Collins, 1901'de Terrien, 1907'de Wintersteiner ve 1933'de Villard ve Dejean uveal traktusun kistleri için morfolojik ve topografik yönden birçok sınıflandırma sistemi tarif ettiler.

Duke-Elder'e göre, uvea kistleri etiyolojik ve klinik olarak iki ayrı şekilde sınıflandırılabilir.

1- Etiyolojik Sınıflandırma : Konjenital, gelişimsel (stromal ve epitelyal), travmatik implantasyon, retansiyon veya eksüdatif (stromal ve epitelyal), miyotik, dejeneratif ve paraziter olarak tanımlanırlar.

2- Klinik Sınıflandırma : Konjenital, paraziter, travmatik implantasyon, eksüdatif, miyotik ve spontan (idiopatik) kistler şeklinde sınıflandırılırlar (1,2).

Shields 1981 yılında, iris kistlerini primer ve sekonder olarak iki ana başlık altında incelemiştir (3) (Tablo 1).

Burada açıklamak istediğimiz travma sonrası gelişen sekonder iris kistleridir. Cerrahi ve travma sonrası görülen epitelyal uzanma (downgrowth) kistleri ameliyatın yapıldığı yerle ve eğer perforan göz yaralanması varsa yaranın giriş yeri ile bağlantılıdır. Cerrahi sonrası görülen kistlerin patogenezi katarakt ameliyatı sırasında hatalı ameliyat tekniğine bağlanmaktadır. Bunlarda genellikle hatalı yara kapanması ile birlikte ön kamara oluşumunda gecikme hikayesi vardır. Kist saydam ve gri renkte olabilir. Semptomları büyüklüğüne ve gelişme belirtilerine bağlıdır. Ön kamarayı tümüyle dolduracak kadar büyük olabilir, bu durumda görme azlığı, iridosiklik ve sekonder glokoma yol açabilir. Kistler genellikle ince duvarlıdır, içindeki sıvı protein ve kolesterol içerir. Kistin arka duvarı kısmen pigmentlidir. İris kisti tanısı konulduğu sırada, yara yeri ile bağlantısı olmayabilir. İridotomi yerinden arka kamaraya giren kistler melanomla karıştırılabilir (4,5).

Tablo 1. İris kistlerinin sınıflandırılması**A) PRİMER**

1) İris pigment epitelinin kistleri

- a) Santral (pupiller)
- b) Midzonal
- c) Periferik (iridosiliyer)
- d) Yerinden ayrılmış
 - d1) Ön kamara
 - d2) Vitreus

2) İris stromasının kistleri

- a) Konjenital
- b) Akkiz

B) SEKONDER

1) Epitelyal

- a) Epitelyal uzanma (downgrowth) kistleri
 - a1) Cerrahi sonrası
 - a2) Travma sonrası
- b) İnci kistleri
- c) Bazı ilaçlara bağlı (Miyotik kistler)

2) İntraoküler tümörlere bağlı

- a) Medulloepitelyoma
- b) Uvea melanomu

3) Paraziter kistler

İnci kistleri veya tümörleri, travma sonrası genellikle kıl folikülünün veya deri parçasının ön kamaraya implantasyonu sonucu oluşabilirler. İris yüzeyinde solid inci görünümündedirler. Yara yeriyle bağlantıları yoktur. İrisin ön yüzeyinde lokalize, yuvarlak veya oval olabilirler, genellikle yavaş büyürler (6).

Rummelt tarafından 1993'de, iki olguda amniosentez sonrası gelişen konjenital nonpigmente iris kisti bildirilmiştir. Burada konjenital iris kistlerinin amniosentez sırasında ön kamaranın iğne ile gizli limbal perforasyonu sebebiyle geliştiği, ultrasonografi eşliğinde yapılmayan amniosentezin prenatal oküler travma için risk oluşturduğu bildirilmiştir (7).

Hoh 1993 yılında, penetran yaralanma sonrası ön kamaradaki kirpiğe bağlı iristeki implantasyon kistini bildirmiştir (8).

İris Kistlerinde Tedavi :

İris kistlerinde tedavi endikasyonları kistin tipine, yerine, büyüklüğüne ve gelişme belirtilerine göre değişiklik gösterir. Büyüklüklerinde artış olmadığı, görme azlığı sekonder glokom ve enflamasyon gibi komplikasyonlara yol açmadığı sürece primer iris kistlerinin tedavi edilmedikleri bilinmektedir (3). Fakat sekonder iris kistleri, sebep oldukları komplikasyonların fazlalığından dolayı hemen tedavi edilmelidirler.

Uygulanan tedavi yöntemleri

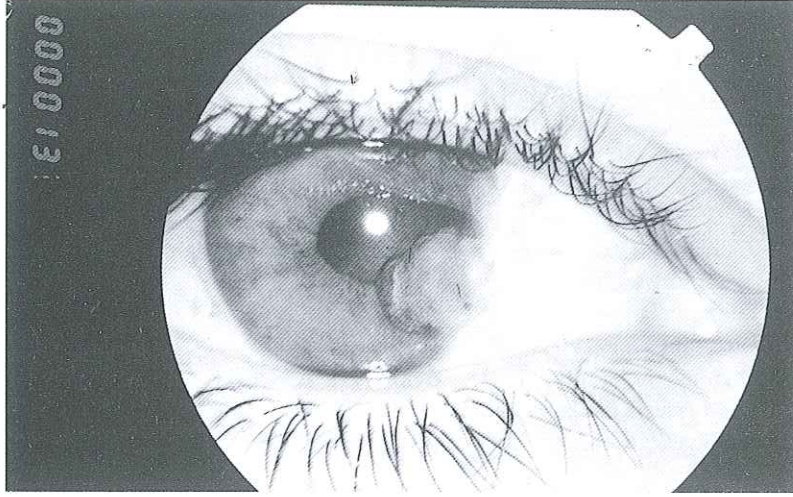
- a) İridektomi, tam eksizyon (1)
- b) Tam eksizyon ve radyasyon (1)
- c) Elektroliz (2)
- d) Diatermik koagülasyon (9)
- e) Kist aspirasyonu ve değişik maddelerin enjeksiyonu
 - e1) İyot
 - e2) Saf karbolik asit
 - e3) % 10'luk triklor asetik asit
 - e4) Radyoizotoplar
 - e5) % 50'lik glukoz (6)
- f) Kriyoterapi (10)
- g) Fotokoagülasyon (11,12,13,14).

Fotokoagülasyon, argon lazer veya Nd-YAG lazerle yapılmaktadır. Kolay uygulanabilir olması, az enerji gerektirmesi, az atış avantajı sebepleri ile Nd-YAG lazerin tedavi gerektiren iris kistlerinde güvenilir bir yöntem olduğu bildirilmiştir (15,16).

İris kistlerinin tedavisinde bu yöntemlerden biri veya birkaçı birarada kullanılabilir (2,15,17).

OLGU

Olgumuz Ö.Ç. 18 yaşında, erkek hasta. 22.10.1994 günü sağ gözüne odun parçası çarpması nedeniyle yatırılarak aynı gün sağ kornea-skleral perforasyon tamiri operasyonu yapılıyor, yara dudakları arasındaki iris dokusu eksize ediliyor, primer perforasyon sütürü konuyor. Postoperatif birinci gün, ön kamara hafif sık olup inflamasyon bulunmuyor, ikinci gün; pupillanın saat 4-5'e doğru çekik olduğu görülüyor, 25.10.1994 günü görmesi 0.5 derecesinde iken taburcu ediliyor. 28.11.1994 günü yapılan muayenesinde sağ göz görmesi +11.00 (120 derecede +1.00) diyoptri ve pinholle 0:6 derecesinde, göz içi basıncı elle normal, konjonktiva hiperemik, korneada perforasyon sütürleri sağlam, perforasyon yeri saat 8 hizasından başlayan saat 2 hizasına gelmekte oradan saat 12 hizasına uzanmakta, ön kamara normal derinlikte, pupilla middilate, ovaloid olduğu, pupil kenarlarında lens materyali mevcut, lenste travmatik katarakt, fundusta maküla çevresi ödemli, sol göz sağlam ve görmesi tam bulunuyor. Geçirdiği göz travmasının mahkemeye intikal etmesi üzerine şahıs 5.2.1997 günü Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas Kuruluna müracaat ettiğinde yapılan göz muayenesinde sağ gözde travmatik afaki, 3x5 mm. çapında iris kisti, göz dibi normal, görmesi 1 metreden parmak sayma +11.00 ile 1/10 derecesinde bulunmuştur (Resim 1).



TARTIŞMA

Ön segment cerrahisi veya kornea, iris, limbus gibi ön segment bölgelerine isabet eden delici göz yaralanmalarından sonra sekonder iris kistleri görülebilmektedir. İris kistleri gerek kitleleri ile gerekse yerleşimleri ile iki önemli komplikasyona yol açabilirler. Bunlardan birincisi glokom, diğeri ise görme azlığıdır. İris kistleri nadir de olsa bazen inflamasyonlara yol açabilirler. Eğer kist görme aksı üzerinde değilse, glokom yapmamış ve herhangi bir inflamasyona yol açmamışsa tedavisi gerekmez. Olgumuz da bu anlayış içinde değerlendirilmiş ve iris kistine bağlı bir patoloji gelişmediği için tedavisi düşünülmemiştir.

İris kistleri yukarda sayılan komplikasyonları gösterdiği takdirde önerilen tedavi yöntemlerinden biri veya birkaçı ile tedavi edilmelidir. Komplikasyonların ne zaman ortaya çıkacağı bilinmediği için bu tür olgular kontrol altında tutulmalıdır. Bizim olgumuzda olduğu gibi bazen delici travma sadece irisi değil hemen arkasında bulunan lensi de ilgilendirir. Bu durumda katarakt oluşabilir. Bazen de oluşan katarakt kendiliğinden rezorbe olur ve iris kisti ile birlikte afaki de oluşabilir. Hastanın yaşı küçükse ve afaki erken oluşmuşsa ambliyopi riski de vardır. Ek olarak şaşılık da unutulmamalıdır.

Sunduğumuz iris kisti olgusu glokom ve inflamasyon yönlerinden izlenirken mevcut afakinin rehabilitasyonu açısından da (kontakt lens, göziçi merceği konması) değerlendirilmesi gerektiği hatırlatılmıştır.

SONUÇ

Ön segment cerrahisi sonrası veya ön segmente isabet eden darbelerden sonra perforan göz yaralanmalarına sekonder iris kistleri görülmektedir. İris kistlerinin tedavisi, optik aksın kapanması veya akut açı kapanması glokomuna neden olduklarında gereklidir. Olgumuzda da, görmeyi engellemeyen komplikasyonsuz travmatik iris kisti bulunduğundan izlenmesinde yarar vardır.

KAYNAKLAR

- 1 Duke-Elder, S.S. (1971) *System of Ophthalmology, Diseases of the Uveal Tract*, vol. IX, Henry Kipton, London, 754-775.
- 2 Durlu, Y.K., Köklü, G., Özkan, S.S. (1987) İris Kistleri, *T. Oft.Gaz.*, 17, 509-514.
- 3 Shields, J.A. (1981) Primary cysts of the iris, *Tr.Am. Ophth. Soc.*, vo.LXXIX, 771-809.
- 4 Eagle, R.C. (1994) Congenital, developmental and degenerative disorders of the iris and ciliary body. In. *Principles and Practice of Ophthalmology*, Albert D.M. ve Jacobiec F.A. (ed.) Philadelphia Saunders, vol.1: 367-89.
- 5 Ekmekçi, Y., Recep, Ö.F., Hasırıpı, H., Karakurt, A. (1995) İris Kistleri, *Oftalmoloji*, cilt 4, sayı 4: 369-373.
- 6 Jaffe, N.S. (1981) *Cataract Surgery and its Complications*, The C.V. Mosby Company, St.Louis, 505-534.
- 7 Rummelt, V., Rummelt, C., Naumann, G.O. (1993) Congenital nonpigmented epithelial iris cyst after amniocentesis. *Ophthalmology*, 100: 776-81.
- 8 Hoh, H.B., Menage, M.J., Dean-Heart, C. (1993) İris cyst after traumatic implantation of an eyelash into the anterior chamber. *Bri. J. Ophthalmol.* 77: 741-2.
- 9 Gördüren, S. (1958) Ankara Üniversitesi, *Göz Kliniği Yıllığı*, 11, 61.
- 10 Gerry, A.P., Naghdi, M.R. (1967) Cryosurgical removal of epithelial cyst of iris and anterior chamber. *Arch. Ophthalmol.* 77: 86-87, 1967.
- 11 Maumenee, A.E., Emery, J.M., Paton, D. (1974) Current Concepts in Cataract Surgery. Selected Proceedings of the Third Biennial Cataract Surgical Congress. St. Louis, CV Mosby Co, 312.
- 12 Okun, E., Mandell, A. (1974) Photocoagulation treatment of epithelial implantation cysts following cataract surgery. *Trans Am. Ophthalmol. Soc.* 72: 170-83.
- 13 L'Esperance, F.A. (1975) *Ocular Photocoagulation*, St. Louis: The CV Mosby Co, 273-7.
- 14 Vela, A., Rieser, J.C., Campbell, D.G. (1984) The Hereditary and treatment of angleclosure glaucoma secondary to iris and ciliary body cysts. *Ophthalmology*. 91(4): 332-7.
- 15 Bilge, A.H., Yıldırım, E., Koyu, H., Ergin, A. (1989) İris kistlerinde Nd-YAG Lazer kistotomi *T.Oft. Gaz.* 19: 239-41.
- 16 Peksayar, G., Akova, Y.A., Özgün, C., Tutkun, İ. (1991) İris kistleri: Etyoloji, Lokalizasyon ve Tedavi Açısından Retrospektif Değerlendirme. *T Oft. Gaz.* 21: 205-9.
- 17 Waltermann, J.M., Hettinger, M.E., Cibis, G.W. (1985) Congenital cysts of the iris stroma. *Am. J. Ophthalmol.* 100: 549-54.

Ayrı Baskı İçin :

Prof. Dr. Nezir Suyugül
İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak.
Göz Hastalıkları Anabilim Dalı
İstanbul, Türkiye.