

Morgagnian Kataraktlı Olguda Kapsüloreksis

Capsulorhexis at Morgagnian Cataract Case

Ahmet YALÇIN¹, Burçin ÇAKIR¹

Olgu Sunumu

Case Report

ÖZ

Seksen yaşında bayan hasta 2 yıldır sol gözünde görme kaybı ile başvurdu. Hastanın sol göz görme keskinliği persepsiyon düzeyindeydi. Biyomikroskopik muayenede morgagnian katarakt mevcuttu. Ameliyata alınan hastanın ön kapsülü %0.1'lik tripan mavisi ile boyandı. 27 gauge iğne ile lens santralinden lens içine girilerek korteks aspire edildi. Ön kapsülün çöktüğü ve buruşmuş olduğu görüldü. Kapsül içine %3 Na hyalürinat verilerek ön kapsülün normal pozisyonuna geldiği ve tonusunun sağlandığı görüldü. Kapsüloreksis yapıldı. Korneal kesi genişletilerek katarakt doğurtuldu. Göz İçi Lens (GİL) sulkusa konuldu. Kornea 10.0 naylon ile dikildi. Morgagnian katarakta likefiye korteksin boşalmasından sonra ön kapsülde oluşan tonus kaybını gidermek ve kapsüloreksisi kolaylaştırmak için kapsül içine yoğun viskoelastik madde verilmesinin etkili ve kolaylaştırıcı olduğu düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Morgagnian katarakt, kapsüloreksis, Na hyalürinat.

ABSTRACT

Eighty-years-old woman who has been experiencing vision decline at her left eye for the last 2 years. Her best-corrected visual acuity was at light perception level. Slit-lamp biomicroscopy revealed morgagnian cataract. At the surgery, anterior capsul was stained with 0.1% trypan blue. Liquified cortex was aspirated through the the center of the capsul by a 27 gauge needle. Anterior capsul was found to be collapsed and wrinkled. 3% Na Hyalürinat was applied below the anterior capsul. This procedure normalized the position and tonus of anterior capsul. Capsulorhexis was performed. Corneal incision was enlarged and nucleus was removed. Intraocular lens (IOL) was implanted in sulcus and the corneal incision was sutured by 10.0 nylon suture. The use of intracapsular cohesive viscoelastic matter is found to be an effective and simple method to ensure tonus of anterior capsul and ease capsulorhexis following the liquified cortex draining in Morgagnian cataract cases.

Key Words: Morgagnian cataract, capsulorhexis, Na hyalürinat.

Glo-Kat 2011;6:58-59

GİRİŞ

Morgagnian katarakt likefiye korteks ve hipermatür nukleustan oluşur. Bu kataraktlarda yoğun olan nukleus aşağı çöker.¹ Belirgin görme kaybı ile beraber hipermatür kataraktın fakolizise uğraması ön kamarada enflamasyona ve glokoma neden olabilir. Bu nedenlerden dolayı morgagnian kataraktın ameliyatının yapılması gerekmektedir. Morgagnian katarakta likefiye korteksin kapsüloreksis sırasında ön kamaraya boşalması ve ön kapsülün buruşması ve çökmesi kapsüloreksisin yapılmasını zorlaştırmaktadır. Kapsül bütünlüğünün bozulması komplikasyonlara neden olmaktadır.²

Bu olguda morgagnian katarakta kapsül tonsusunu sağlamak ve stabilizesini artırmak için intralenticüler %3 Na hyalürinat verilmesinin etkinliği araştırıldı.

Geliş Tarihi : 03/11/2010

Kabul Tarihi : 09/12/2010

Received : November 03, 2010

Accepted : December 09, 2010

1- İğdir Devlet Hastanesi, Göz Hastalıkları, İğdir, Uzm. Dr.

1- M.D., İğdir State Hospital Eye Clinic İğdir/TURKEY

YALÇIN A., ahmetyalcin80@gmail.com

ÇAKIR B., b_koklu@yahoo.com

Correspondence: M.D., Burçin ÇAKIR

İğdir State Hospital Eye Clinic İğdir/TURKEY

OLGU SUNUMU

Seksen yaşındaki bayan hasta 2 yıldır sol gözünde görme kaybı ile başvurdu. Hastanın sol göz görme keskinliği persepسیون düzeyindeydi. Biyomikroskopik muayenede kahverengi nükleusunun tabana çöktüğü beyaz korteksinin üstte olduğu morgagnian katarakt mevcuttu. Hasta ameliyat edilmek üzere yatırıldı. Hastanın sol gözüne topikal %0.5 proparakain hidroklorür damlatıldı. Subkonjonktival lidokain yapıldı. MVR bıçak ile yan girişler açıldı. Ön kamaraya hava dolduruldu. Ön kamaraya 0.05 ml %0.1 tripan mavisi verildi. Beş saniye sonra, ringger laktat ile tripan mavisi yıkanarak dışarı çıkarıldı. Ön kamaraya %3 Na Hyalürinat verildi. Yirmi yedi gauge iğne ile lens santralinden lens içine girildi korteksin ön kamaraya aktığı görüldü. Korteks aspire edildi. Ön kapsülün çöktüğü ve buruşmuş olduğu görüldü. Kapsül içine %3 Na Hyalürinat verildi. Ön kapsülün normal pozisyonuna geldiği görüldü. Rahat bir şekilde ultrata ile kapsüloleksis yapıldı. Nükleus çok sert olduğu için fakoemülsifikasyon yapılamadı. Korneal kesi genişletilerek katarakt doğurtuldu. Arka kapsül çok hareketli ve incelmış olduğu için GİL sulkusa konuldu. Kornea 10/0 naylon ile dikildi. Ameliyat sonrası hastaya siprofloksasin ve prednizolon damla 5x1 verildi. Hastanın ameliyat sonrası 1. günde görme keskinliği 0.1 ameliyat sonrası 2. haftada görme keskinliğinin 0.4 olduğu tespit edildi. Kornea saydam, ön kamara normal derinlikte, pupil düzgün ve GİL santralize idi.

Sonuç olarak morgagnian kataraktlı olguda likefiye korteksi aspire ederek intrakapsüler viskoelastik madde verilmesinin ön kapsülde oluşan tonus kaybını giderdiği ve kapsüloleksisi kolaylaştırdığı düşünüldü.

TARTIŞMA

Katarakt ameliyatında en önemli aşamalardan birisi kapsüloleksis aşamasıdır. Kapsüloleksisin iyi yapılması cerrahinin başarısı ve GİL implantasyonu için çok önemlidir. Kapsüloleksisin başarısını kornea saydamlığı, pupil dilatasyonu, ön karmaya viskoelastik madde verilmesi, kullanılan aletlerin iyi olması gibi çok sayıda faktör etkilemektedir. Tripan mavisi matür, entümesan, hipermatür kataraktlarda kapsülün görünürlüğünü artırdığı için kapsüloleksisin başarılı olma ihtimalini artırmaktadır.^{3,4} Eğer kapsüloleksis için forseps kullanılıyorsa ön kamara derinliğini korumak için viskoelastik maddenin kullanılması gerekmektedir. Kapsüloleksis kistotom, iğne, kapsüloleksis forsepsi, bipolar radyofrekans endodiyatermi gibi pek çok araç ile yapılabilmektedir.⁵⁻⁷ Kapsüloleksis işleminin sorunsuz yapılabilmesi için ön kamara derinliğinin korunması gerekmektedir.^{7,8} Aksi halde daralan ön kamara zonüllerin gerilimini artırarak kapsülün perifere uzama riskini artıracaktır. Kapsülün perifere uzamasını engellemek amacıyla Coelho ve ark. entümesan katarakta kapsüloleksis için ameliyat öncesi yag lazer anterior kapsülotomi uygulaması ile preoperatif intrakap-

süler basınçta düşme, operasyon sırasında da kapsülün perifere kaçma ihtimalinde azalma tespit etmişlerdir.⁹ Bu yöntem ile iki aşamalı devamlı dairesel kapsüloleksis karşılaştırılmış, her iki yöntemde de kapsüloleksis de komplikasyonun az olduğu bulunmuştur.¹⁰ Başka bir çalışmada devamlı dairesel kapsüloleksis ile iki aşamalı mini-reksiz yöntemi karşılaştırılmış, iki aşamalı mini-reksiz yönteminde kapsülde radyal yırtık oluşma olasılığının düşük olduğu tespit edilmiştir.¹¹

Yoğun koheziv viskoelastiğin ön kamarada yapılan işlemler sırasında dışarı çıkmaması kapsüloleksisi kolaylaştırmaktadır. Morgagnian katarakta kapsüloleksis sırasında likefiye korteks kolay ön kamaraya aktığı için hem görüntünün bozulmasına hem de kapsülde çökmeye ve tonus kaybına neden olmaktadır. Bu yüzden bu olgularda kapsül içi %3 Na hyalürinat kullanılmasının çöken ön kapsül tonusunu sağlayarak kapsüloleksisi kolaylaştıracığı düşünülerek bu uygulama planlandı. Bu işlemde önce ön kapsül tripan mavisi ile boyandığı için kapsülün görünmesini artırdığı tespit edildi. Yaptığımız bu işlem ile rutin olgularda olduğu gibi kapsüloleksis işleminin rahat yapılabildiğini tespit ettik.

Sonuç olarak morgagnian katarakta, likefiye korteksin boşalmasından sonra ön kapsülde oluşan tonus kaybını gidermek için kapsül içine yoğun viskoelastik madde uygulanmasının kapsüloleksisi kolaylaştırdığını ve ameliyat konforunu artırdığını düşünüyoruz.

KAYNAKLAR/REFERENCES

1. Bron AJ, Habgood JO.: Morgagnian cataract. Trans Ophthalmol Soc U K. 1976;96:265-277.
2. Gimble HV, Neuhann T.: Development, advantages, and methods of the continuous circular capsulorhexis technique. J Cataract Refract Surg. 1990;16:31-37.
3. Hoffer KJ, McFarland JE.: Intracamerall subcapsular fluorescein staining for improved visualisation during capsulorhexis in mature cataracts[letter]. J Cataract Refract Surg. 1993;19:566.
4. Fritz WL.: Fluorescein blue, light-assisted capsulorhexis for mature or hypermature cataract. J Cataract Refract Surg. 1998;24:19-20.
5. Hepşen IF, Cekiç O, Bayramlar H, et al.: Small incision on ex tracapsular cataract surgery with manual phacotri-section. J Cataract Refract Surg. 2000;26:1048-1051.
6. Gassmann F, Schimmelpennig B, Klöti R.: Anterior capsulotomy by means of bipolar radiofrequency endodiatrmy. J Cataract Refract Surg. 1988;14:673-676.
7. Dada T, Sethi H.: Forceps capsulorhexis. J Cataract Refract Surg. 2002;28:1491.
8. Lewicky AO, Lopez OI, Petkus RW, et al.: The Chamber Maintainer System (CMS). Ophthalmic Surg. 1982;13:921-927.
9. Coelho RP, Paula JS, Silva NS, et al.: Preoperative Nd:YAG laser anterior capsulotomy in white cataracts: report of 11 cases. Arq. Brasil Oftalmol. 2009;72:113-115.
10. Coelho RP, Scott IU, Martin LF, et al.: Comparison of preoperative Nd:YAG laser anterior capsulotomy versus two-stage curvilinear capsulorhexis in phacoemulsification of white intumescent cataracts. Ophthalmic Surg Lasers Imaging. 2009;40:582-585.
11. Kara-Junior N, de Santhiago MR, Kawakami A, et al.: Clinics (Sao Paulo). Mini-rhexis for white intumescent cataracts. 2009; 64:309-312.