

İki Olgu Nedeni İle Schwartz Sendromu

İlgaz YALVAÇ¹, Nurten ÜNLÜ², Yasemin KARAGÖZ¹, Ümit AKGÜN¹,
Mehmet A. ACAR¹, Hülya KOCAOĞLAN¹, Remzi KASIM³, Sunay DUMAN⁴

ÖZET:

Bu çalışmada üveit, artmış göz içi basıncı ve retina dekolmanı ile birlikte seyreden Schwartz sendromlu 2 olgu sunulmaktadır. Schwartz Sendromunda, retinal dış segment hücreleri retina dekolmanı sonrası subretinal aralıktan aköz hümöre geçerek trabeküler bölgeyi tıkar ve dışa akım kolaylığını azaltarak göz içi basıncı artışına neden olur. Bu durum kortikosteroid ve glokom tedavisine dirençli olup, başarılı bir dekolman cerrahisi ile göz içi basıncı normale döner. Glokom ve retina dekolmanı ile seyreden olguların ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken bir sendrom olarak sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Retina dekolmanı, artmış göz içi basıncı, üveit, Schwartz sendromu.

SUMMARY

TWO CASES WITH SCHWARTZ SYNDROME

We presented 2 cases with Schwartz syndrome, a combination of uveitis, high intraocular pressure, and retinal detachment. In Schwartz syndrome the rod outer segments, flowing from the subretinal space through the peripheral retinal break into the aqueous humor, cover the trabecular meshwork, and cause the decrease in the outflow capacity. The condition is resistant to corticosteroid therapy and glaucoma responds well to surgery. Schwartz syndrome should be considered in the differential diagnosis of retinal detachment with high intraocular pressure. *Ret-vit: 1995; 3:94-6*

Key Words: Retinal detachment, elevated intraocular pressure, uveitis, Schwartz syndrome

Genellikle retina dekolmanı ile beraber göz içi basıncı (GİB), düşük olarak seyrederek %5-10 olguda ise retina dekolmanı ile beraber GİB yüksekliği görülebilmekte ve hatta dekolman ameliyatı sonrasında da bu yükseklik sürebilmektedir.

Bazı retina dekolmanı olgularında, yüksek GİB ile birlikte ön kamarada hücresel reaksi-

yon ve gonioskopik olarak açık bir açı ile seyreden bir sekonder glokom tablosu oluşturmaktadır. Ciddi siliyer enjeksiyon, arka sineşi, keratit presipitelerin olmadığı bu olgularda genellikle periferik yırtık ve dializler ile karakterize olan dekolmanın cerrahi olarak yatıştırılması, göz içi basıncını normale döndürerek, ön kamarada reaksiyonu yatıştırmaktadır. İlk defa 1973 yılında Schwartz tarafından tanımlanan bu tablo Schwartz sendromu olarak adlandırılmıştır.¹

Bu çalışmada S.B.Ankara Hastanesi Göz Kliniğinde Schwartz sendromu tanısı almış 2 olgu incelendi.

Olgu Sunumu

1.Olgu: 23 yaşında erkek hasta 3 gün önce sağ gözüne künt travma sonucu görme azalması şika-

Geliş :8.11.1993

Kabul:10.12.1993

Yazışma: İlgaz Yalvaç Alaçam Sok.12/5 Çankaya Ankara

1 Op Dr SB Ankara Hastanesi Göz Kliniği Başasistanı

2 Op.Dr. SB Ankara Hastanesi Göz Kliniği Uzmanı

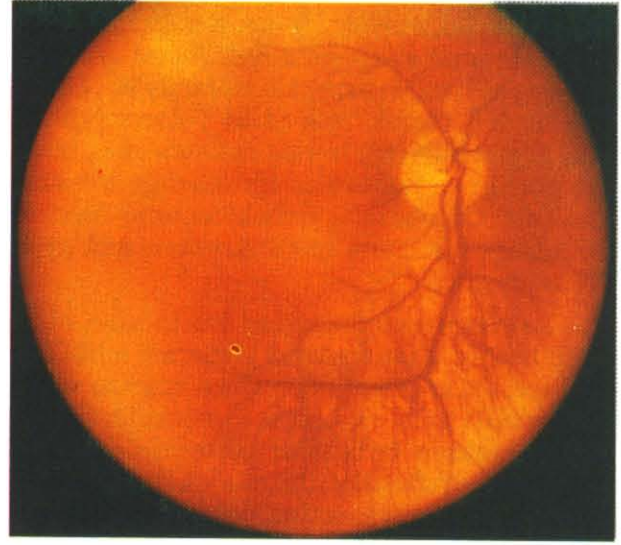
3 Op Dr SB Ankara Hastanesi Göz Kliniği şef Muavini

4 Op Dr SB Ankara Hastanesi Göz Kliniği şefi

yeti ile muayene edildiğinde görme keskinliği sağda 0.1, solda Tam idi. Göz içi basıncı sağda 55mmHg, solda 16mmHg ölçüldü. Ön segment muayenesinde sağ gözde kornea ödemli, ön kamarada derinliği 3+, ön kamarada +++ hücre, ++ flare vardı. Keratit presipitat izlenmedi, pupilla düzenli idi ve arka sineşi yoktu. Gonioskopide açılı tüm kadranlarda 4.dereceden açık ve 3.derecede pigmentli olarak değerlendirildi. Pupil dilate edilerek fundus muayenesi yapıldığında vitreus hemorajisi ve saat 9-1 kadranları arasında flu olarak retina dekolmanı görüldü. Direkt orbita grafisinde yabancı cisim izlenmedi. Ultrasonografik muayenede vitreus hemorajisi ve retina dializi ve dekolmanı dışında başka patolojiye rastlanmadı.

Başlangıç döneminde medikal tedavi olarak %20 Mannitol, timolol maleat %0.5 2x1, Diazomid tb 250 mg. 4x1 başlandı. GİB 1.günde 25mmHg'ya indikten sonra retina dializinin tedavisi için hasta başka bir merkeze başvurdu. Dializ bölgesine krioterapi, skleral segmental çökertme ve intravitreal %20 perflorokarbon gazı uygulandı. Ameliyat sonrasında GİB ilaçsız olarak 1.günde 20mmHg olarak bulundu ve herhangi bir antiglokomatoz medikal tedaviye devam edilmedi. Postoperatif 1.yılda görme sağ gözde tam, GİB 16mmHg, ön segment normal ve retina yatışık olarak izlendi (Res 1).

2.Olgu: 22 yaşında erkek hasta 1 haftadır sol gözünde ağrı ile beraber bulanık görme şikayetiyle başvurdu. Yapılan muayenesinde görme sağ gözde 0.8, solda 20cm, GİB sağda 12mmHg, solda 50mmHg olarak ölçüldü. Biyomikroskopik muayenede sağ göz normal, sol gözde kornea saydam, ön kamarada 3+ derinlikte, ön kamarada +++ hücre ve ++ flare saptandı. Vitreusta ++ pigment hücre görüldü. Gonioskopik muayenede açılı tüm kadranlarda 4.dereceden açık ve 3.dereceden pigmentli idi. Yapılan fundus muayenesinde total retina dekolmanı, saat 6'da ekvator ile ora serrata arasında yırtık saptandı. Ultrasonografik incelemede dekolman dışında patolojiye rastlanmadı. Medikal tedavi olarak sol göze Timolol maleat %0.5 2x1, Diazomid tb. 250 mg. 4x1 başlandı. Retina dekolmanı tedavisi için kriyo, surkilaj ve direnaja ameliyatı yapıldı. Postoperatif 1.günde retina yatışık, GİB 24 mmHg idi. Postoperatif dönemde 3 gün süreyle Timolol maleat %0.5 2x1 kullanıldı. 3.günde GİB 18mmHg ölçüldü ve medikal tedaviye son verildi. Postoperatif 1.ayda sol gözde görme 0.5, GİB 14 mmHg, ön kamarada sakin ve retina yatışık olarak izlenmekteydi.



Res 1: Birinci olgunun postoperatif fundus görünümü

TARTIŞMA

Yapılan çalışmalarda, retina dekolmanı ile beraber %60-65 olguda hipotansiyon, %30 olguda normotansiyon ve %5-10 olguda ise hipertansiyon görülmektedir.² Retina dekolmanı ile beraber hipotansiyonun oluşumunun, aközün retinal yırtık yönüne yaptığı retrograd geçişten daha çok, aköz sekresyonun azalmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Retina dekolmanı, ön üveit ve göz içi basıncı yüksekliği ile beraber seyreden bir tabloyu 1973 yılında Schwartz tanımlamıştır. Bu olgularda gonioskopik olarak ön kamarada açılı olup, beraberinde ön kamarada +++/++++ hücreli reaksiyon olmasına karşın arka sineşi, keratit presipiteler ve ciddi uveal reaksiyonu bulunmamıştır. Schwartz, göz içi basıncına artışına neden olarak trabeküler bölgedeki inflamasyonu göstermiştir. Davidrof ise, Schwartz sendromlu 3 olgusunda, trabeküler bölgedeki yoğun pigmentasyona dikkat çekerek, retina pigment epitelinden açığa çıkan pigmentlerin vitreus ve ön kamaraya ulaşması sonucu trabeküler bölgede blokaj oluşturduğunu düşündürmüştür.³

Matsuo ve ark. ise, Schwartz sendromlu 7 olgunun ön kamarada sıvılarını elektron mikroskopik olarak inceleyerek, bol miktarda retinal rod dış segmenti ve az sayıda hücre bulmuşlardır. Tüm olgularda retinal yırtıkların cerrahi olarak kapatılması ile aköz hümede bu

hücreler ortadan kalkmış ve göz içi basıncı normale dönmüştür. Yine tonografik olarak dışa akım kolaylığı ameliyat öncesi azalırken, ameliyat sonrası normale dönmüştür. Etiyolojik neden olarak retinadaki fotoreseptörlerin dış segmentlerinin retinal delikten aköz hüme-re geçtiği ve trabeküler ağı tıkadığı öne sürülmüştür. Olgularında trabeküektomi örnekleri olmadığı için bunu mikroskopik olarak gösterememişlerdir.⁴

Lambrou ve arkadaşları ise in vivo olarak kedilere ve insan kadavra gözlerine intrakameral rod dış segment hücrelerini enjekte ettiklerinde GİB artışı ile beraber trabeküler bölgede bu hücrelerin birikimini göstermişlerdir.⁵ Bu olgularda trabeküler dokuda ciddi hasarın olmaması nedeniyle retina dekolmanının tamiri ile rod hücre çıkışı durmakta ve göz içi basıncı normale dönmektedir.

Olgularımızda da olduğu gibi literatürdeki yırtık tipleri ora serratadaki dializler veya periferik yırtıklar şeklindedir. Bu tip dekolmanlarda rod dış segmentlerinin aközde ortaya çıkma ihtimalinin daha fazla olduğu çeşitli çalışmalarda vurgulanmıştır.⁶ Bizim olgularımızda da ilk vakada retina yırtık tipi travma sonrası dializ, ikinci vakada ise periferik yırtık şeklinde idi. Bunlarda da dekolman ameliyatı sonrası ön kamaradaki hücresel reaksiyon ve GİB yüksekliği sona erdi.

Glokom ve retina dekolmanının birlikte seyretmesi her zaman Schwartz sendromuna özgü bir tablo değildir. Primer açık açılı glokomlu hastalarda da %0.84-1.1 arasında retina dekolmanı görülebilmektedir. Hastaların genellikle ileri yaş grubunda olması ve öykülerinde glokomun bulunması ve yerleşmiş glokomatöz optik disk değişiklikleri ayırıcı tanı için önemlidir.⁷ Yine retina dekolmanı ile beraber seyreden gizli bir malign melanom da açık bir açı ile seyreden sekonder glokom tablosu oluşturabilir. Burada ultrasonografik olarak ayırıcı tanı yapılmalıdır.⁸ Üveite sekonder glokom ve dekolman olgularında ise ön kamaradaki hücresel reaksiyon ile beraber keratit

presipiteler, periferik anterior sineşi gibi tabloların da birlikte olması ayırıcı tanıda önemlidir.

Sonuç olarak, Schwartz sendromu klinik olarak nadir görülen bir tablodur. Özellikle genç yaş grubunda, etiyolojide travmanın olduğu ve ön kamarada hücresel reaksiyon ile beraber seyreden glokom ve retina dekolmanı olgularında ayırıcı tanıda önemlidir. Burada oluş mekanizmasının bilinmesi, glokomun tedavisinin dekolman ameliyatı sonucuna bağlı olması nedeniyle hastaların tanı ve tedavilerinin düzenlenmesi açısından önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Schwartz A: Chronic open angle glaucoma secondary to rhegmatogenous detachment. Am J Ophthalmol 1973; 75: 205-11
2. Linner E.: Intraocular pressure in retinal detachment. Acta Ophthalmol. 1966; 84(supp): 101.
3. Davidorf FH: Retinal pigment epithelial glaucoma Ophthalmol Dig. 1976; 38: 11-6.
4. Matsuo N, Takabatake M, Ueno H, Nakayama T, Matsuo T: Photoreceptor outer segments in aqueous humor in rhegmatogenous retinal detachment. Am J Ophthalmol 1986; 101: 673-9
5. Lambrou FH, Vela MA, Woods V: Obstruction of the trabecular meshwork by retinal rod outer segments. Arch Ophthalmol 1989;107:742-5
6. Phelps CD, Burton TC: Glaucoma and retinal detachment. Arch Ophthalmol 1977; 95: 418.
7. Sofinski SJ, Burke JF: Glaucoma associated with disorders of the retina, vitreus and choroid. In Albert D.M., Jakobiec F.A. Principles and Practice of Ophthalmology W.B.Saunders Company 1994; vol 3 p: 1553.
8. Yanoff M.: glaucoma mechanism in ocular malignant melanoma. Am J Ophthalmol 1970; 70: 898-904.
9. Shields MB: Textbook of glaucoma. Williams and Wilkins, 1987, p: 298-311