

Retinada Gömülü Olarak Bulunan Kirpik

S. TOPBAŞ¹, Nazmiye EROL²

ÖZET

Bu sunumda travma öyküsü olmaksızın belirlenemeyen bir süredir retinada gömülü olarak bulunan bir kirpik olgusu bildirilmektedir. Bu vaka göziçi kirpiğin, uzun süre herhangi bir inflamatuvar yanıt oluşmadan, normal görme fonksiyonlarının korunarak tolere edilebildiğini göstermektedir.

ANAHTAR KELİMELELER : göziçi kirpik

TOLARETAD CİLİUM EMBEDDED IN THE RETİNA (CASE REPORT)

SUMMARY

A case of tolerated intraocular cilium embedded in the retina for an unknown period without a history of trauma is reported. This case demonstrates a long term tolerance of the eye to intraocular cilium with the preservation of normal visual functions without any inflammatory response. **Ret-vit 2001; 10 : 90 - 93.**

KEY WORDS : *intraocular cilium*

Göz küresi içinde kirpiğin bulunması son derece nadir görülen bir durumdur. Kirpik göz içine penetran yaralanma ya da cerrahi uygulamalar sırasında girebilir¹. Göz küresi içinde kirpik, ön ya da arka kamarada, irise gömülü olarak, lens içinde, vitreus ya da retinada yer alabilir²⁻⁶. Kirpiğe karşı dokuların yanıtı değişik olabilir. Akut inflamatuvar reaksiyonlar görülebildiği gibi, herhangi bir inflamatuvar yanıt olmaksızın uzun süre göz içinde kirpiğin kaldığı olgular bildirilmiştir^{7,8}.

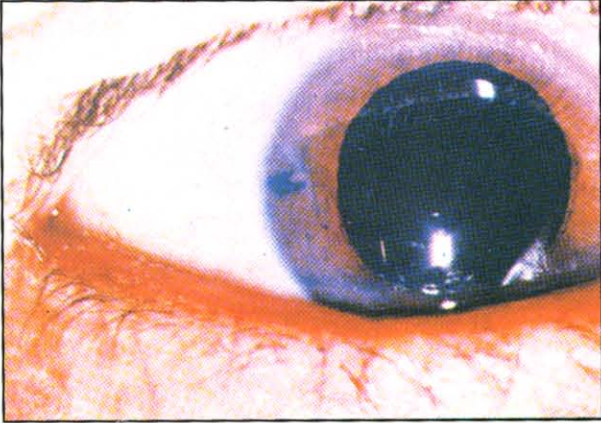
Bu sunumda herhangi bir inflamatuvar yanıt oluşmaksızın retinaya gömülü olan ve normal görme fonksiyonlarının korunduğu bir göz içi kirpik olgusu bildirilmektedir.

OLGU SUNUMU

60 yaşında bir erkek hasta son iki yıldır her iki gözünde görme keskinliğinde yavaş yavaş azalma yakınmasıyla kliniğimize başvurdu. Muayenede görme keskinliği sağ gözde 1/10 olarak ölçüldü. Göz içi basıncı 16 mmHg idi. Göz kapakları ve kirpikli serbest kenarda herhangi bir patolojik bulgu yoktu. Biyomikroskopik muayenede, kornea temporalinde saat 9 hizasında bir korneal opasite ve aynı bölgeye denk düşen iriste de küçük bir defekt vardı (Resim 1). Ön kamara derinliği normaldi, hücre görülmedi. Pupilla düzgün yuvarlak, arka sineşi yoktu. Lenste yoğun arka subkapsüler opasite ve nükleer skleroz görüldü. Lens opasitesi nedeniyle ayrıntılı muayene edilememesine karşın görülebilen alanlarda retina

1. Prof.Dr., Osmangazi Ü.Tıp Fak. Göz Hastalıkları ABD.

2. Yrd.Doç.Dr., Osmangazi Ü.Tıp Fak. Göz Hast. ABD.

**Resim 1.**

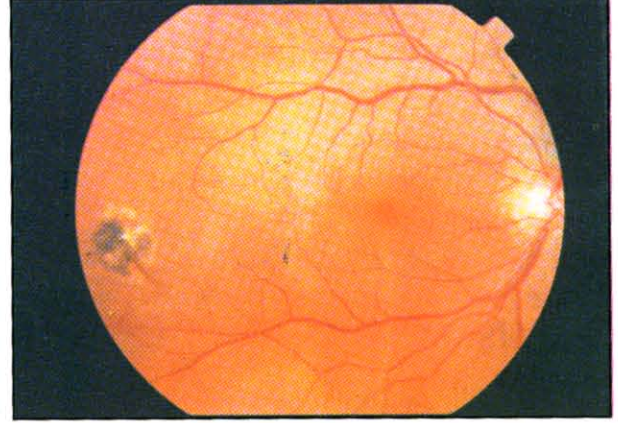
Korneada saat 9'da opasite, ve ayn bölgede iris defekti

normal olarak değerlendirildi. B scan USG'de patolojik bulguya rastlanmadı. Kornea ve iris bulgularına dayanılarak daha önce travma geçirip geçirmediği sorgulandı. Ancak hastadan bu yönde olumlu bir öykü alınamadı.

Sol gözde görme keskinliği, lenste arka subkapsüler opasite ve nükleer skleroz nedeniyle 1/10 olarak ölçüldü.

Hastanın öncelikle sağ gözüne fakemülsifikasyon yöntemiyle katarakt cerrahisi ve kapsül içine katlanabilir lens uygulaması yapıldı. Ameliyat sırasında kapsül ya da zonül bütünlüğünde herhangi bir bozulma görülmedi.

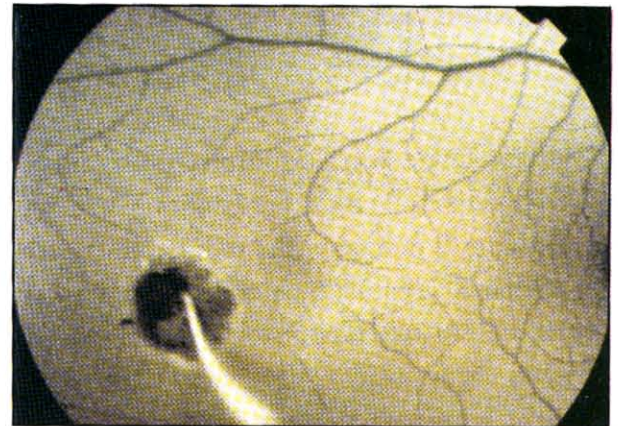
Hastanın ameliyat sonrası ilk hafta kontrolünde görme keskinliği sağ gözde 8/10'du. Göz içi basıncı normaldi. Fundus muayenesinde, optik disk, makula ve retinal damarların normal olduğu görüldü. Makula merkezinden yaklaşık 4 disk çapı temporalde 1 disk çapında pigmentli bir skar dokusu görüldü. Skarın ortasında kahverengi, bir ucu retinaya gömülü, diğer ucu ise vitreus içine uzanan bir adet kirpiği vardı (Resim 2). Kirpiğin vitreustaki serbest ucu hareketliydi ve ucundan bir vitreus lifi kornea ve iris defektini ol-

**Resim 2.**

Makula temporalinde yaklaşık 1 disk çapında pigmentli skar ve ortasındada bir ucu retinaya gömülü kirpiği görülüyor

duğu bölgeye uzanmaktaydı. Derin skleral indentasyon yapılarak uygulanan indirekt oftalmoskopik muayenede bu vitreus lifinin önde defektli iris bölgesine uzandığı görüldü. Vitreusta hücre yoktu. B scan USG, bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonans inceleme ile göz içi ya da arkasında herhangi bir yabancı cisim saptanamadı. FFA'da kirpiğin otofloresansının olduğu görüldü (Resim 3).

Cerrahi sonrası ikinci ayda görme keskinliği 8/10 (- 0.50) olarak ölçüldü. Vitreus sakindi. Hastadan travma öyküsü alınmadığı için penetran yaralanmanın ne zaman olduğu ve kirpiğin ne kadar süredir göz içinde bulunduğu

**Resim 3.**

Kirpiğin otofloresansı görülüyor

anlaşılamadı. Hastanın görme keskinliği iyi olduğu ve vitreusta inflamatuvar reaksiyon olmadığı için kirpiğin cerrahi yoluyla çıkarılması düşünülmeydi. Hastanın iki yıllık izlem süresi boyunca bulgularında bir değişiklik olmadı.

TARTIŞMA

Bazı nadir durumlarda, kirpik penetran yaralanma ya da cerrahi girişimler sırasında pasif olarak göz içine taşınabilir. Genellikle ön kamarada gözlenmekle birlikte, arka kamera, iris, lens, vitreus ve retinada da görülebilir²⁻⁶. Bu yerleşimler içinde en nadir olanı retinadır.

Gözdeki dokuların kirpiğe yanıtı oldukça farklıdır. Erken dönemde inflamasyon ya da enfeksiyon görülebilir^{1,9}. Enfeksiyon akut piyojenik reaksiyona ve görme kaybına yol açabilir. Bu tür inflamasyonlar travmanın kendisine ya da travma sırasında göz içine giren mikroorganizmalara bağlı olabilir. Fish ve ark, kirpik yoluyla lens içine taşınan *propionibacterium acne* etkeni nedeniyle oluşan bir intralenticüler abse olgusu bildirmişlerdir³.

Gecikmiş inflamatuvar reaksiyonlar iridosiklit, granülomatöz inflamasyon, ya da yabancı cisim reaksiyonu şeklinde ortaya çıkabilir. Kirpik kök folikülü ya da implante olan epitel nedeniyle epiteliyal kistler görülebilir¹.

Vitreus içinde yer alan kirpik traksiyon ve retina dekolmanı ile birlikte olabilir⁵. Gupta ve ark foveanın 2 disk çapı üst temporalinde yer alan retinaya gömülü 2 adet kirpiğin retinal çizgilenme ile makula distorsiyonuna neden olduğunu görmüşler ve vitrektomi uygulayarak kirpikleri çıkarmışlardır⁴.

Yukarıda bahsedilen durumların aksine kir-

piğin göz içinde inflamatuvar reaksiyona yol açmadan kaldığı olgular da vardır. (ön kamarada 30 yıl, irise gömülü olarak 16 yıl)⁷. Kozart ve ark bir olguda penetran yaralanma sonrası retinada gömülü geniş bir metalik yabancı cisimle birlikte 2 adet kirpik görmüşlerdir. Vitrektomi ile yabancı cisim ve kirpiğin biri çıkarılmış, kalan diğer kirpik 3 yıl süre ile retinada hiçbir inflamatuvar yanıtı neden olmaksızın kalmıştır¹⁰. Humayun ve ark vitreusta 32 yıl süre ile kalan bir kirpik olgusunu gözlemlemişlerdir⁷.

Bizim olgumuzda kirpiğin göz içinde 50 yıldan daha fazla süredir durduğu tahmin edildi. Hasta 60 yaşında olduğu ve travma ile ilgili hiçbir şey hatırlamadığı için yaralanma erken çocukluk döneminde olmuş olabilir. Yaralanmanın oluş şeklinin, perforan objenin temporal kornea ile irisi geçerek retinaya ulaştığı ve kirpiğin bu sırada pasif olarak göz içine girdiği düşünüldü. Kirpiğin göz içine yabancı bir cisimle birlikte pasif olarak taşınmış olabileceği düşüncesiyle B scan USG ve orbital BT incelemesi yapıldı. Bu incelemelerde retinaya gömülü ya da sklera arkasında yabancı cisim saptanamadı. Bu görüntüleme yöntemleri ile göz içindeki kirpik diğer göz dokularından ayırdedilemedi. MR incelemesi ile de göziçi kirpik görüntüledi. Böylelikle herhangi bir penetran yaralanmada B scan USG, orbita BT ve MR incelemelerinin diğer göziçi yabancı cisimlerin aksine göz içine girmiş olan kirpiği görüntülemeye etkili olmadığı görüldü.

Bizim vakamızda olduğu gibi görme keskinliğinin korunduğu uzun süreli göz içi kirpik olguları bildirilmiştir. Örneğin 34 yıl (Duke-Elder 1972), 3 yıl (Kozart ve ark 1974)^{1,10}. Ancak literatürde daha önce bildirilen tüm göziçi kirpik olgularında travma öyküsü ve göz içi kirpik ile birlikte vardır. Sadece Oh KT ve

ark travma öyküsü olmaksızın vitreusta bir kirpik vakası bildirmişlerdir¹¹. Bizim olgumuzda da hatırlanan bir travma öyküsü olmaksızın retinaya gömülü bir kirpik vardı.

Vitreoretinal cerrahideki gelişmelere karşın kirpiğin göz içinden çıkarılması bazı riskleri de beraberinde getirebilir. Bu nedenle görme keskinliğine etkisi olmayan ve herhangi bir komplikasyon oluşturmayan arka segmentte yer alan kirpik cerrahi uygulanmadan takip edilebilir.

KAYNAKLAR

1. Duke-Elder S, MacFaul PA. Mechanical injuries. In: Duke-Elder S, ed. System of Ophthalmology. St Louis, Mo: Mosby-Year Book; 1972; 14: 553-560.
2. Metrikin DC, Fante RG, Hodes BL. Intraocular cilia after penetrating eye injury. Arch Ophthalmol 1992; 110: 921.
3. Fish LA, Ragen MT, Smith RE, Lean J. Propionibacterium acnes lens abscess after traumatic implantation of intralenticular cilia. Am J Ophthalmol 1998; 105: 423-424.
4. Gupta AK, Ghosh B, Mazumdar S, Gupta A. An unusual intraocular foreign body. Acta Ophthalmol Scand 1996;74: 200-201.
5. Gottlieb F, Finestone J, Ackerman JL. Intravitreal cilia and retinal detachment. 1982; 14: 541-545.
6. Seawright AA, Bourke RD, Gray PJ, Cooling RJ. Intravitreal cilia in phakic penetrating eye injury. Aust and New Zealand Journal of Ophthalmology 1997; 25: 133-135.
7. Humayun M, Cruz ZDL, Maguire A, Dangel ME, Stark WJ et al. Intraocular cilia. Report of six cases of 6 weeks' to 32 years' duration. Arch Ophthalmol 1993; 111: 1396-1401.
8. Steahly MLP, Galas CSM. Eyelash tolerated in the anterior chamber and cornea. Ann Ophthalmol 1976; 8: 971-973.
9. Snir M, Kremer I. Eyelash complications in the anterior chamber. Ann Ophthalmol 1992; 24: 9-11.
10. Kozart DM, Yanoff M, Katowitz JA. Tolerated eyelash embedded in the retina. Arch Ophthalmol 1974; 91: 235-236.
11. Oh KT-(Kean), Oh KT- (Kong), Singerman LJ. An eyelash in the vitreous cavity without apparent etiology. Ophthalmic Surg Lasers 1996; 27 (3): 243-5.