

# İki Taraflı İridoskizis ve Tek Taraflı Açık Kapanması Glokumu

## Bilateral Iridoschisis and Unilateral Angle Closure Glaucoma

Mehmet ÇITIRIK<sup>1</sup>, Coşar BATMAN<sup>2</sup>, İlyas ORHAN<sup>3</sup>, Orhan ZİLELİOĞLU<sup>4</sup>

### Olgu Sunumu

### Case Report

#### ÖZ

İridoskizis ileri yaşlarda iki taraflı olarak ortaya çıkan iris stromasının dejeneratif bir hastalığıdır. Çoğunlukla açı kapanması glokumu ile birlikte görülür.

Kırk beş yaşındaki bayan sol göz renginde değişiklik şikayeti ile hastanemize başvurdu. Düzeltilmiş görme keskinliği her iki gözde 0.9 düzeyindeydi. Göz içi basıncı aplanasyon ile sağ gözde 16 mmHg, sol gözde ise 25 mmHg olarak ölçüldü. Biyomikroskopik muayenede sol gözde daha fazla olmak üzere her iki gözde iriste atrofi ve iris stromasındaki liflerde dejenerasyon görüldü. Fundus muayenesinde her iki gözde normal muayene bulgularına rastlandı. Gonyoskopide periferik ön sineşilerle birlikte her iki gözde ikinci derecede açı varlığı tespit edildi. Hastanın sol gözüne Nd-YAG lazer iridotomi uygulandı ve topikal antiglokomatöz tedavi başlandı.

İridoskizisli vakalarda %90 oranında periferik ön sineşi oluşumu ile glokom ortaya çıkmaktadır. Fakat bu durum asimetric olabilmektedir. Böyle bir durumda etkilenen göz tedavi edilmeli ve diğer göz dikkatle takip edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** İridoskizis, glokom.

#### ABSTRACT

Iridoschisis is a rare degenerative condition of the iris stroma that occurs bilaterally in elderly patients. It is usually associated with angle-closure glaucoma.

A-45 year-old woman presented to the ophthalmology department with change in the color of the left eye. Her best-corrected visual acuity was 45/50 in both eyes. Intraocular pressures with applanation were 16 mmHg OD and 25 mmHg OS, respectively. On slit-lamp examination, more in the left eye, atrophy of the iris and fibrillary degeneration of the iris stroma were seen bilaterally. Fundus examinations of both eyes were normal. On gonioscopy, grade 2 angle in both eyes was determined with peripheral anterior synechiae. Nd-YAG laser iridotomy and topical antiglaucomatous therapy were performed on the left eye.

Angle-closure glaucoma with forming peripheral anterior synechiae occurs in about 90% of iridoschisis cases, but this condition could be asymmetric the affected eye must be treated and the other eye must be followed in this condition.

**Key Words:** Iridoschisis, glaucoma.

*Glo-Kat 2007;2:281-283*

#### GİRİŞ

İridoskizis yaşlı insanları etkileyen ve genellikle çift taraflı olarak bulunan nadir bir klinik durumdur.<sup>1</sup> İridoskizis ifadesi, irisin ön ve arka stromasının birbirinden ayrılmasından dolayı kullanılmaktadır.<sup>2</sup> Bu fenomen senil atrofi olarak kabul edilmektedir. Bununla beraber travma, iridosiklit, miyotik kullanımı ve sifilitik interstisyel ke-

ratit sonrası da atrofi meydana gelebilmektedir.<sup>3</sup> İridoskiziste öncelikle irisin alt kadranı tutulmaktadır. Olguların yaklaşık %90'ında açı kapanması glokumu tabloya eşlik etmektedir.<sup>1</sup>

Biz burada iki taraflı iridoskizis mevcut olan ve tek taraflı açı kapanması glokumu olan bir olguyu tanımlamak istedik.

**Geliş Tarihi : 08/11/2007**

**Kabul Tarihi : 28/12/2007**

**Received : November 08, 2007**

**Accepted: December 28, 2007**

- 1- SB Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araş. Hast. 2. Göz Kliniği, Ankara, Uzm. Dr.
- 2- SB Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araş. Hast. 2. Göz Kliniği, Ankara, Doç. Dr.
- 3- SB Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araş. Hast. 2. Göz Kliniği, Ankara, Asist. Dr.
- 4- SB Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araş. Hast. 2. Göz Kliniği, Klinik Şefi, Uzm. Dr.

- 1- M.D., Ministry of Health Ankara Ulucanlar Eye Hospital, Ankara/TURKEY ÇITIRIK M., mcitirik@hotmail.com
- 2- M.D. Associate Professor, Ministry of Health Ankara Ulucanlar Eye Hospital, Ankara/TURKEY BATMAN C., cosarbatman@hotmail.com
- 3- M.D. Ministry of Health Ankara Ulucanlar Eye Hospital, Ankara/TURKEY ORHAN İ.,
- 4- Ministry of Health Ankara Ulucanlar Eye Hospital, Ankara/TURKEY ZİLELİOĞLU O., orhanzilelioglu@hotmail.com

**Correspondence:** M.D., Mehmet ÇITIRIK  
Fakülteler Mahl. Yazgan Sokak No:34/12 Ankara/TURKEY

## OLGU SUNUMU

Kırk beş yaşındaki bayan hasta üç yıl önce başlayan ve gittikçe belirginleşen sol göz renginde değişiklik nedeniyle hastanemize başvurdu. Öyküden herhangi bir sistemik hastalığının olmadığı, daha önce geçirilmiş bir göz hastalığı, travma ve ameliyat öyküsünün bulunmadığı öğrenildi. Aile öyküsünde de benzer bir şikayete rastlanmadığı belirlendi.

Yapılan muayenesinde görme keskinliğinin her iki gözde 0,9 düzeyinde olduğu tespit edildi. Refraktif düzeltme sağda  $-0.75\alpha 125^\circ$ ; solda  $-0.75\alpha 90^\circ$  olarak belirlendi. Göz içi basıncı applanasyon ile sağ gözde 16 mmHg, sol gözde ise 25 mmHg olarak ölçüldü. Biyomikroskopik muayenede ön kamara her iki gözde hafif sığ idi. Ayrıca sol gözde daha fazla olmak üzere her iki gözde iriste atrofi, iris stromasındaki liflerde dejenerasyon ve lif şeklinde ayrılmalar görüldü (Resim 1). Bu ayrılmalar özellikle irisin alt yarısında daha belirgin olarak izlendi. Fundus muayenesinde her iki gözde normal muayene bulgularına rastlandı ve optik sinirde glokomatöz bir değişiklik belirlenmedi (Resim 2). Gonyoskopide periferik ön sineşilerle birlikte her iki gözde ikinci derecede açı varlığı tespit edildi. Periferik ön sineşilerin sol gözde daha fazla olduğu belirlendi. Muhtemel bir pupil bloğundan hastayı korumak için sol gözüne Nd-YAG lazer iridotomi yapıldı. Ayrıca sol göze topikal anti-glokomatöz tedavi başlandı. Sağ gözüne ise herhangi bir tedavi başlanmadı ve bu göz takibe alındı. Tedaviden bir ay sonraki kontrolünde göz içi basıncı applanasyon ile sağ gözde 15 mmHg ve sol gözde 16 mmHg olarak ölçüldü.

## TARTIŞMA

İridoskizis genellikle yaşlılarda ve her iki gözde görülür. Olgumuz 45 yaşındaydı ve hastanın her iki gözünde iridoskizis belirlenmişti. İridoskizis olgularında mezodermal iris stroması iki tabakaya ayrılmıştır.<sup>2</sup> İris stromasının arka yüzeyi nöroektodermal pigment epiteli ve irisin dilatatör kasına yapışık olarak yerinde kalırken, ön stroma parçalara ayrıldıktan sonra ön kamaraya uzanabilmekte hatta kornea endoteline dokunabilmektedir. Kornea endoteline uzun süreli temas sonucu büllöz keratopati gelişen olgular bildirilmiştir.<sup>4</sup> Bizim hastamızda

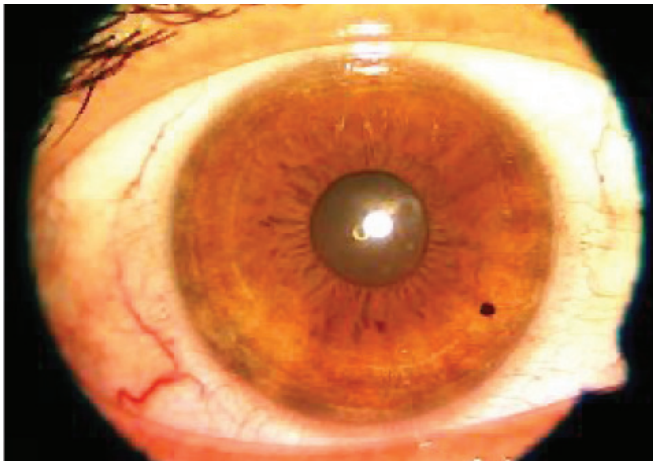
kornea endoteline temas ve buna bağlı bir komplikasyona rastlanmadı.

İridoskizis olgularında öncelikle irisin alt yarısı tutulmakta ve pupillada yer değişikliğine rastlanmamaktadır.<sup>1</sup> İrisin genellikle pupiller kısmında lifler kopmaktadır.<sup>2</sup> Nadiren irisin üst kısmında ayrılmaların olduğu olgular da bildirilmiştir.<sup>5</sup> Bizim olgumuzda ayrılmalar özellikle irisin alt yarısında daha belirgin olarak izlendi.

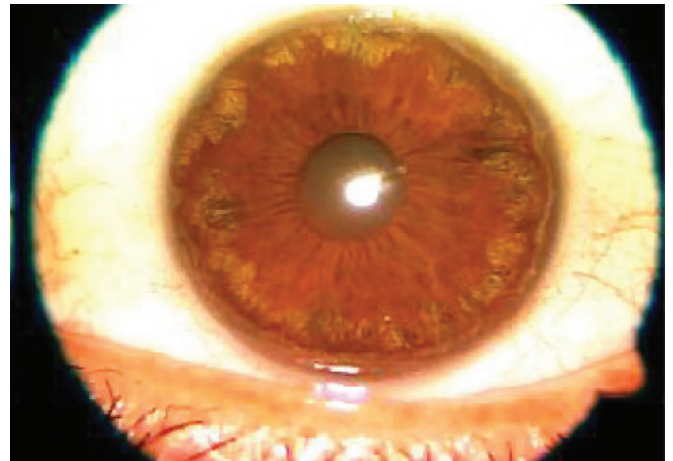
İridoskizis izole bir hastalık olarak bilinmekle birlikte lens subluksasyonlu olgular ile birlikte olarak da bildirilmiştir.<sup>6</sup> Böyle bir olguda alt temporale kayan lensin direkt irise temas ile irisi öne ittiği ve ön kamara darlığına neden olduğu ifade edilmektedir.<sup>6</sup> Ayrıca iridoskizisin keratokonusla birlikteliği bildirilmiştir.<sup>7</sup> Bu durum, korneanın arka yüzünün ve iris stromasının aynı embriyolojik kökenden gelmesi ile açıklanmıştır. Hastamızda ilave bir sistemik ve oküler hastalığa rastlanmamıştır.

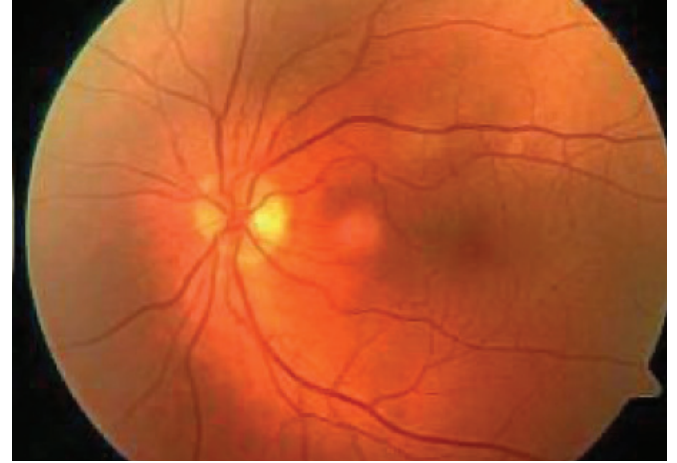
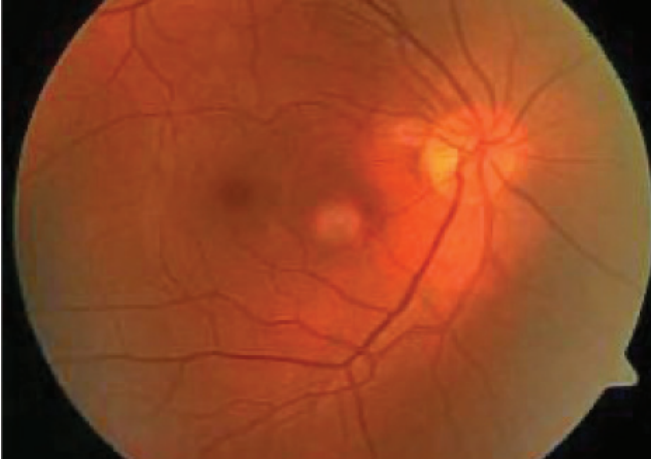
İridoskizisde görülen glkom iki taraflı olarak gözükmektedir.<sup>8</sup> Radian ve ark. üç olguda tek taraflı iridoskizis ve tek taraflı glkom geliştiğini ve 15 yıllık takipte iridoskiziste ilerleme olmadığını ayrıca glkomun medikal tedavi ile rahatlıkla kontrol altına alındığını bildirmişlerdir.<sup>9</sup> Burada ortaya çıkan glkomun, iris uzantılarının oluşturduğu periferik ön sineşiler, pupil bloğu, pigment ve hücre artıklarına ikincil olduğu kabul edilmektedir.<sup>8</sup> Bununla beraber yüksek göz içi basıncı sebebiyle, akut veya intermitan açık kapanmasının fokal iskemik nekroza ve iris atrofisine neden olduğu da başka bir iddiadır.<sup>10</sup> Bizim olgumuzda gonyoskopide periferik ön sineşilerle birlikte her iki gözde ikinci derecede açı varlığı tespit edildi. Fakat periferik ön sineşilerin sol gözde daha fazla olduğu belirlendi. Bu hastamızda periferik ön sineşilerin daha fazla olduğu sol gözde açı kapanması glkomu belirlendi. Bizim bilgilerimize göre literatürde bu tip bir bulgu tarif edilmemiştir. Bu açıdan olgumuzu ve bulgularını anlamlı ve değerli kabul etmekteyiz.

İridoskizisin ayırıcı tanısında iridokorneal endotelial sendromu düşünmek gerekir. Bu sendrom kornea, ön kamara açısı ve iristeki anormallikler ile karakterizedir.<sup>11</sup> İridokorneal endotelial sendromun üç bileşeni vardır: İlerleyici iris atrofisi, Chandler sendromu ve iris nevüs (Cogan-Reese) sendromu.<sup>12</sup> İlerleyici iris atrofisinde hete-



Resim 1: Sağ ve sol gözün ön segment görünümü.





**Resim 2:** Sağ ve sol gözün fundus görünümü.

rokromi, belirgin korektopi, ektropion üvea ve delik oluşumu (psödopolikori) gözlenir. Chandler sendromunda iris atrofisi minimal olup kornea ve açı bulguları mevcuttur. İris nevüs sendromunda ise iris ön yüzeyinde kahverengi saplı nodül gözlenir. Fakat bu gurup hastalık genellikle tek taraflıdır. Hastalarda ağrı ve görme azalması olur. Ayrıca etkilenen gözde kornea ödemlidir. Diğer gözde ise subklinik olarak kornea endotelinde düzensizlikleri mevcuttur.<sup>13</sup> İridokorneal endotelial sendromda korneada periferik ön yapışıklıklara yakın bölgelerde normal ve anormal endotel hücreleri arasında belirgin bir sınır (demarkasyon) bulunur.<sup>14</sup> İridoskizis tanısı konan olgularda, bu üç klinik antite içinde ilerleyici iris atrofisi ile ayırıcı tanı yapmak gerekmektedir. Bizim olgumuzda her iki gözde iris stromasındaki liflerde dejenerasyon ve lif şeklinde ayrılmalar görülmesi ve kornea muayenesinde normal bulgulara rastlandığı için bu tanıdan uzaklaşmıştır.

İridoskizis olgularında genellikle tıbbi tedavi ile göz içi basıncı kontrol altına alınabilmektedir.<sup>9</sup> Pupil bloğu durumunda olgulara lazer iridotomi yapılması önerilmektedir.<sup>1</sup> Bu olgumuzda muhtemel bir pupil bloğundan hastayı korumak için sol gözüne Nd-YAG lazer iridotomi yapılmıştır. Ayrıca sol göze topikal antiglokomatöz tedavi başlanmıştır. Sağ gözüne ise herhangi bir tedavi başlanmadan takibe alınmıştır. Tedaviden bir ay sonraki kontrolünde göz içi basıncı her iki gözde normal sınırlarda ölçülmüştür.

#### KAYNAKLAR/REFERENCES

1. Kanski JJ.: Clinical Ophthalmology: a systemic approach. 4th ed. London: Butterworth-Heinemann. 1999;234-235.
2. Tornquist R, Swegmark G. Iridoschisis: Report of three cases. Acta Ophthalmol. 1961;39:940.
3. Foss AJ, Hykin PG, Benjamin L.: Interstitial keratitis and iridoschisis in congenital syphilis. J Clin Neuro Ophthalmol, 1992;12: 167.
4. Srinivasan S, Batterbury M, Hiscott P.: Bullous keratopathy and corneal decompensation secondary to iridoschisis: a clinicopathological report. Cornea. 2005;24:867-869.
5. Sobolewski P, Stasiewicz B, Walkowiak M.: Iridoschisis-case report. Klin Oczna. 1998;100:171-173.
6. Agrawal S, Agrawal J, Agrawal TP.: Iridoschisis associated with lens subluxation. J Cataract Refract Surg. 2001;27:2044-2046.
7. Eiferman RA, Law M, Lane L.: Iridoschisis and keratoconus. Cornea. 1994;13:78-79.
8. Romano A, Treister G, Barishak R et al.: Iridoschisis and angle-closure glaucoma. Ophthalmologica. 1972;164:199.
9. Radian AB, Alupeu A.: Iridoschisis and glaucoma. Oftalmologia. 1999;46:67-68.
10. Mills PV. Iridoschisis.: Br J Ophthalmol. 1967;51:158.
11. Shields M: Progressive essential iris atrophy, Chandler's syndrome and the iris nevus (Cogan-Reese) syndrome. A spectrum of diseases. Surv Ophthalmol. 1979;24:3-20.
12. Yanoff M.: Iridocorneal endothelial syndrome; unification of a disease spectrum. Surv Ophthalmol. 1979;24:1-2.
13. Bourne W, Brubaker R.: Progression and regression of partial corneal involvement in the iridocorneal endothelial syndrome. Am J Ophthalmol. 1992;114:171-181.
14. Bourne W.: Partial corneal involvement in the iridocorneal endothelial syndrome. Am J Ophthalmol. 1982;94:774-781.