

BÖLÜM- I
ÖNSÖZ, VİZYON-MİSYON, BİRİMLERİMİZ

1. Klinik İçerik Bazı Seminerler

1.1. Kornea Distrofileri:

KORNEA DİSTROFİLERİ

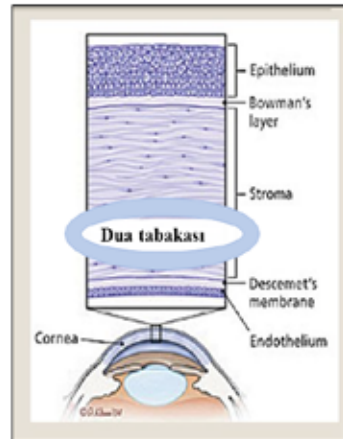
Dr. Öğretim Üyesi NESRİN TUTAŞ GÜNAYDIN

03.01.2020

Kornea Anatomisi:

Dıştan içe:

1. Epitel : 50 μ
2. Bowman 8-10 μ
3. Stroma 500 μ
Dua tabakası: 15 μ
4. Descemet membranı 10 μ
5. Endotel



Kornea Distrofileri:

- Bilateral, (**unilateral** -sıklıkla- Posterior Polimorfoz Distrofi)
- Simetrik, (**asimetrik** -sıklıkla- Posterior Polimorfoz Distrofi)
- Sistemik hastalıklardan yada çevresel faktörlerden çok az etkilenen ya da hiç etkilenmeyen, (**hiperkolesterolemi** Schnyder Korneal Distrofi)
- Başlangıçları genellikle hayatın erken döneminde olan,
- Yavaş ilerleyen,
- İnflamasyonun olmadığı,
- Genetik hastalıklardır (**dejeneratif** Epitelyal Bazal Membran ve Francois'in Santral Bulutlu Distrofisi)

Distrofi Tanım:

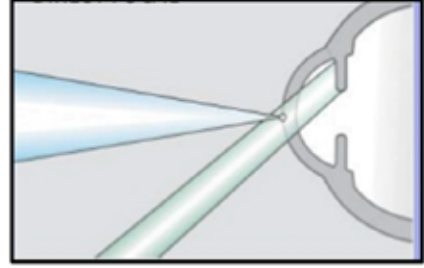
Dys (yunanca): 'yanlış, zor, olumsuz'

Trophia (yunanca): "beslenme"

Biyomikroskopik Muayene:

Direkt Aydınlatma:

- Difüz ışıkla direkt aydınlatılır.
- Işık daraltılarak opak lezyonlar seçilir.
- Işık daraltılıp oblik olarak yönlendirildiğinde;
horizontal boyutu,
derinliği,
- Işık boyu kısaltılıp optik aksa 60 derece yandan verilip **x25 veya x40 büyütme** ile **endotelin speküler yapısı** değerlendirilir.



Biyomikroskopik Muayene:

• İndirekt Aydınlatma:

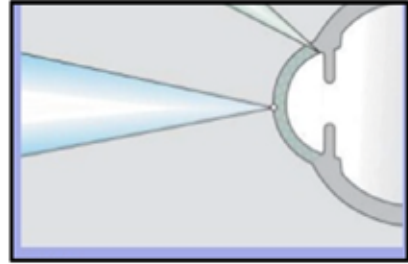
1.Sklerotik Aydınlatma:

Işık daraltılır, lateral olarak limbusa yönlendirilir.

Işık korneanın içinden geçer,diğer limbustan çıkar.

Küçük opasiteler ve belirgin olmayan korneal ödem

daha iyi izlenir.



Biyomikroskopik Muayene:

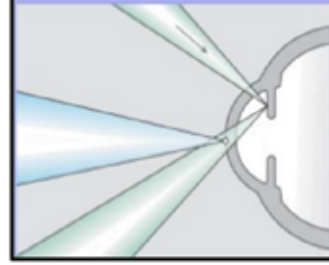
İndirekt Aydınlatma:

2.Retroiluminasyon Aydınlatma:

Arkadan aydınlatma

İristen yansıyan ışık korneanın arkasını aydınlatır.

Epitel ve endoteldeki lezyonlar daha iyi izlenir.



Sınıflama:

- Klasik Anatomik Sınıflama
- Uluslararası Kornea Distrofisi Sınıflaması

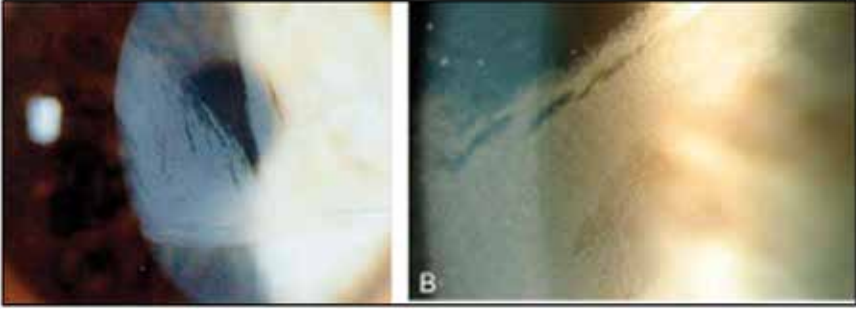
(International

Committee for Classification of Corneal
Dystrophies)

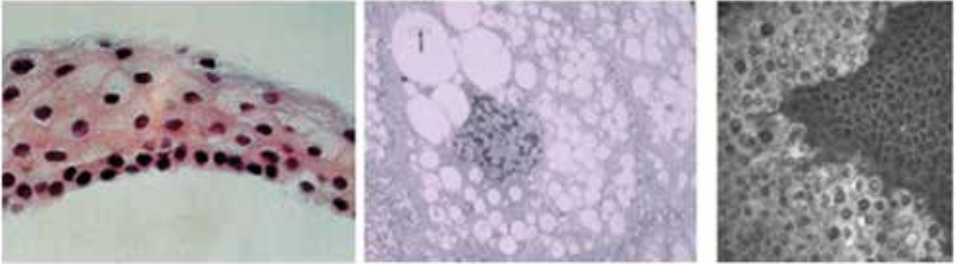


(IC3D)

4. Lisch Epitelyal Korneal Distrofi



4. Lisch Epitelyal Korneal Distrofi



4. Lisch Epitelyal Korneal Distrofi



A. Epitelyal ve Subepitelyal Distrofiler:

1. Epitelyal Bazal Membran Distrofi (EBMD): Çoğu dejeneratif, nadiren C1
2. Meesman Korneal Distrofi (MECD) **C1**
3. Epitelyal Rekürren Erozyon Distrofileri (EREDs) - Franceschetti korneal **C3**
 - Smolandiensis (DS) **C3**
 - Distrofi Helsinglandica **C3**
4. Lisch Epitelyal Korneal Distrofi (LECD) **C2**
5. Jelatinöz Damla-benzeri Korneal Distrofi (GDLD) **C1**
6. Subepitelyal Müsinöz Korneal Distrofi (SMCD) **C4**

C. Stromal Distrofiler:

1. Maküler Korneal Distrofi (MCD) **C1**
2. Schnyder Korneal Distrofi (SCD) **C1**
3. Konjenital Stromal Korneal Distrofi (CSCD) **C1**
4. Fleck Korneal Distrofi (FCD) **C1**
5. Posterior Amorf Korneal Distrofi (PACD) **C1**
6. Santral Bulutsu François Distrofi (CCDF) **C4**
7. Pre-descemet Korneal Distrofi (PDCD) **C1 Veya C4**

1) Maküler Korneal Distrofi:

OR, 16 q

Keratan sülfat sentezinde defekt +

Anormal glikozaminoglikan birikir. Alsiyan mavisi ile boyanır.

Klinik olarak santral, progresif, puslu korneal opasiteler +

1) Maküler Korneal Distrofi:

Lezyonların sınırları belirsiz, aradaki stroma bulanıktır.
Limbusa uzanır.

Korneal incelmeye seyrederek.

Hastalığın ilerleyen döneminde **ENDOTELİN** etkilenmesiyle **kornea guttata** gözlenebilir ve **kornea kalınlığı artabilir**

1) Maküler Korneal Distrofi:

Granüler KD'e göre daha seyrek görülür.

Erken yaş başlangıçlı,

Yavaş ilerler,

Görme azalması en belirgin semptom.

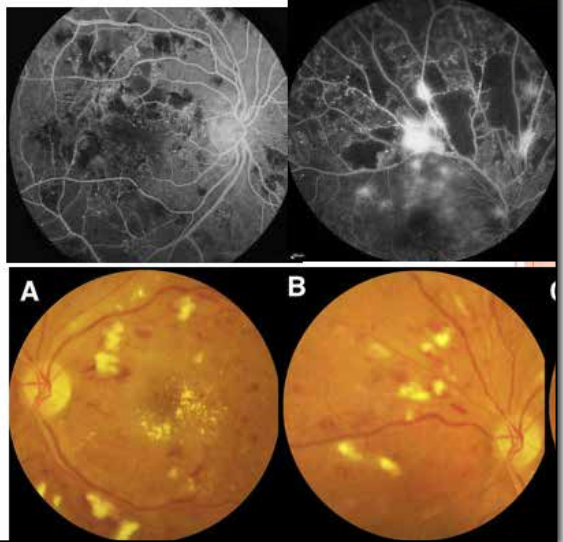
RETİNAL FOTOKOAGÜLASYON ETKİ MEKANİZMASI

- Lazer enerjisi RPE'ni stimüle ederek, iç retina-kan bariyerinde onarıma neden olur
- Böylece sub-letal hasara uğramış RPE hücreleri bazı regülatörlerin açığa çıkmasına ya da azalmasına neden olur
- Ayrıca dış retinal katmanlarda sekonder yaptığı nekrozla,RPE ve Fotorseptör oksijen kullanımını azaltıp, iç retinal katmalara hem koryokapillaristen hem de vitreustan ulaşan O2 miktarını artırır.
- Böylece retinal iskemi azalmış olur.



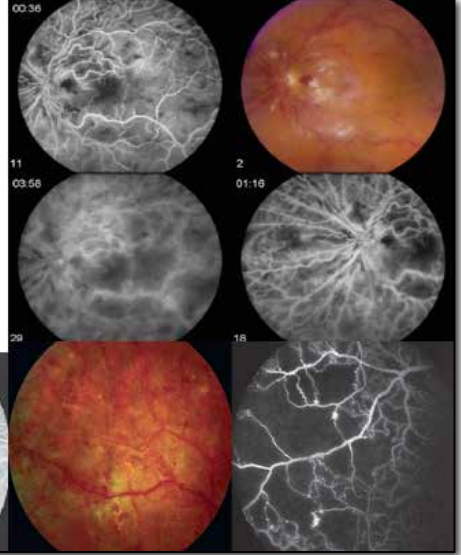
KULLANIM ALANLARI

- Diyabetik retinopati-PAN FK
 - Proliferatif DRP
 - PDRP'ye progresyon riski yüksek, ciddi non-PDRP
 - Tek göz hastalar
 - Gebeler
 - Düzenli takibe gelemeyecek hastalar
 - Katarakt cerrahisi öncesi



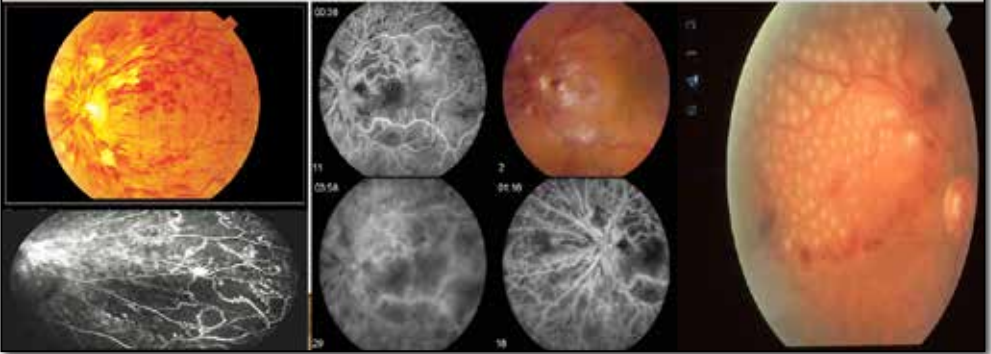
PERİFERİK RETİNAL FOTOKOAGÜLASYON DİĞER ENDİKASYONLAR

- Retinal ven tıkanıklıklarına bağlı i
skemi-neovaskülarizasyon
- Perifer İskemi yapan diğer hadiseler
 - Easle Hastalığı
 - Periferik vazo-okluzif vaskülitler
 - IRVAN
 - Orak Hücreli Anemi RP
 - FEVR
 - ROP



PERİFERİK RETİNAL FOTOKOAGÜLASYON DİĞER ENDİKASYONLAR

- Retinal ven tıkanıklıklarına bağlı iskemi-neovaskülarizasyon....



BÖLÜM- III
ZOR VE NADİR OLGULAR

1. Nanoftalmik Göze Cerrahi Yaklaşım

Dr. Gizem D.Gökçe, Dr. Şaban Şimşek

Anamnez:

- 66 Yaş, Erkek
- Meslek: Çalışmıyor
- Şikâyeti: 1 haftadır sağ gözde şiddetli ağrı, az görme
- Öyküsü: Hasta sol gözünü geçirdiği katarakt cerrahisi sonrası kaybettiğini ve sağ göz için dış merkezde tansiyon damlaları başladığı fakat düzenli takiplerine gitmediğini ifade ediyor.

Muayene Bulguları.

- Görme:
 - . Otoref: +16.50 +1.00 90/ +18.00
 - . EİDGK: EH /IH-
 - . GİB: 60 mmHg /14 mmHg (düzeltilmiş)
- Biomikr: Sağ kornea ödemli, ön kamara sığ, lens şiş görünümde; sol kornea saydam, afak
- Fundus: Sağ seçilemedi / Sol optik atrofi
- Okuler ultrasonografi: Bilateral aksiyel uzunluk 16 mm. Retina yatışık görünümde.

Tetkik:

- Okuler ultrasonografi: Bilateral aksiyel uzunluk 16mm. Retina yatışık ve sklera kalın görünümde.

Tanı: Nanoftalmusa bağlı gelişen akut glokom

Tedavi: Sağ göze laser iridotomi uygulandı. Kornea ödemi sebebiyle hedef etki sağlanamadı. Sağ göze tam medikal tedavi ve fakoemülsifikasyon cerrahisi planlandı.

Cerrahi: Sağ gözde yüksek göz içi basıncını düşürmek amacıyla 1.5 mm' den vitrektomi için port açıldı. 1-2 saniye kadar vitre alındı. Sonrasında klasik Fakoemülsifikasyon ile lens ekstraksiyonu yapıldı. Kapsül içerisine intraoküler lens yerleştirildi.

Postoperatif 1. Gün;

- GK: EH/IH-
- GİB: Sağ göz 22 mmHg
- Biomikr: Sağ kornea hafif ödemli, ön kamarada 2+ reaksiyon, iris yara yara yerine uzanım gösteriyor
- Fundus: Seçilebildiği kadarıyla retina yatışık izlendi.

Tanı: Muhtemel göz içi basıncı artışına bağlı iris prolapsusu.

Tedavi: Sağ yara yerinden irisin uzaklaştırılması

Cerrahi: Sağ gözde yan port açılarak iris yara yerinden çekildi. İOL'ün tilt olduğu ve ön kamarada vitreus olduğu görüldü. Ön vitrektomi yapıldı. İOL çıkartıldı.

Postoperatif 2. Gün;

- GK: EH/IH-
- GİB: Sağ göz 18 mmHg
- Biomikr: Sağ kornea ödemli ön kamarada hemoroji mevcut.
- Fundus: Seçilemedi
- USG: Sağ vitreus hemorojisi

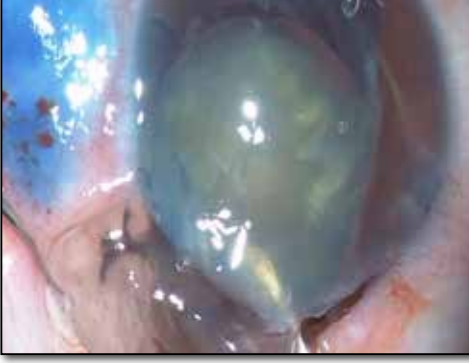
Klinik Seyir:

Hastada nanofthalmus ve ona bağlı gelişen glokom mevcuttu. Hasta yatırılarak medikal takibe alındı. Topikal ve oral steroid başlandı. Takibinin 10. Gününde USG de koroidal efüzyon görüldü. Takibinin 25. gününde USG' de retina dekolmanı geliştiği görüldü. Hastaya pars plana vitrektomi ve koroid efüzyonu için skleratomi uygulandı.

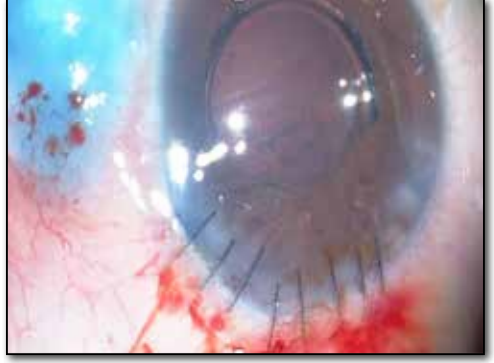
Birinci ayda : USG'de retina yatışık, koroidal efüzyon geriledi.

İkinci ayda:

- EİDGK: +16.00 gözlük ile 2 mps
- GİB: tek antiglokomatöz ile 14 mmHg



Resim-3



Resim-4

15. Her İki Gözü Yasal Körlük Sınırının Altında Olan Bir Glokom Hastasında Tedavi Yaklaşımımız

Dr. Şaban Şimşek, Dr. Ayşegül Penbe,

Anamnez:

- 85 Yaş, Kadın

- Sağ gözde uzun yıllardır var olan görme kaybı yanında sol gözde giderek artan görme azlığı ve 3 ilaca rağmen (timololmaleat-brinzolamid, brimonidin, latanoprost) göz tansiyonunun düşmemesi.

Muayene Bulguları:

a) Sağ Göz:

- Görme: IH (-)
- Kornea saydam, psödo fakik,
- Optik diskte total cupping ve solukluk,
- GİB: 14 mgHg

b) Sol Göz:

- Görme: EİDGK 1 mps
- Biomikr:

- . Kornea ödemli, rubeosis iridis yok.
- . Grade 3 nükleer katarakt, lens şişkin.
- Fundus:
 - . OD: Hafif soluk, C/D: 0.7
 - . Fundus net aydınlanmıyor.
- GİB: 35 mmHg. (3'lü medikasyon ile)
- Gonioskopi: Açık (Grade 3-4 Shaffer) neovaskülarizasyon yok.
- USG: vitre doğal retina yatışık. (Resim-1)

Tanı: *Sol Fakomorfik glokom ve katarakt*

Tedavi:

- Hastanın sol gözüne göz içi basıncını düşürmek, vizyon rehabilitasyonu ve fundusun net değerlendirilmesi amacıyla katarakt cerrahisi planlandı.
- Hastanın yapılan speküler mikroskobisinde endotel sayısının 672 olması korneanın ödemli olup ön segmentin net aydınlanamaması nedeniyle FAKO cerrahisi yerine KEKKE yöntemi ile lens ekstraksiyonuna GİL yerleştirilmesine karar verildi.

Klinik Seyir:

- Postop. 1.Gün:
 - . V: solda 2 mps
 - . GİB: solda 10 mmHg olarak ölçüldü. (antiglokomatöz ilaçları kesilmişti)
 - . Kornea hafif ödemli suturleriintakt İOL sentralize idi.
 - . Fundus: Geçirilmiş santral ven tıkanıklığı ile uyumlu bulgular izlendi. Maküla iskemik görünümdeydi.
 - . FFA sonrası panlazer fotokoagülasyonu planlandı.

Kısa Bilgi:

Fakomorfik glokom gelişmekte olan Asya ülkelerinde önemli oranlarda görülmektedir. Özellikle Hindistan'da tüm katarakt ekstraksiyonu sebeplerinin %3.91'ini oluşturmaktadır. Fakomorfik glokom genellikle tedaviye erişim imkânı zayıf olan düşük sosyoekonomik sınıfta, genellikle matür veya hipermatür katarakta sahip gözlerde lens şişmesine bağlı oluşmaktadır. Lens şiştiğinde, aç kapanması glokomu; akut fazda pupiller bloğa bağlı, geç dönemde ise periferel irisin öne doğru