



GÖZ ACİLLERİ



Dr. Neslihan Sinim
Dr. Ayşe Öner

I KIRMIZI GÖZ

Nedenleri

1. Bakteriyel konjonktivit
2. Viral konjonktivitler
3. Allerjik konjonktivit
4. Keratit
5. Episklerit ve sklerit
6. Üveit
7. Subkonjunktival kanama
8. Akut glokom krizi

BAKTERİYEL KONJONKTİVİT

En sık görülen konjonktivit nedenidir. Bir gözde akut kızarma, batma, yanma ve çapaklanma olur. Kapaklarda krutlar ve hafif ödem mevcuttur.

Tedavi El ve yüz temizliğine dikkat edilir. Damla olarak: Fusidic asit, florokinolonlar (siprofloksasin, ofloksasin), gentamisin, tobramisin kullanılır. Tetrasiklin, gentamisin, tobramisin pomad formları kullanılır.

- Örnek Reçete:** 1. Ciloxan göz damlası S: 5x1 damla
2. Terramycine göz pomadı S : 2x1

ALLERJİK KONJONKTİVİT

Özellikle polenlerin ve ultraviyolenin fazla olduğu mevsimlerde hava ile taşınan allerjenlerle oluşan gözlerde kaşınma, lakrimasyon, konjunktival hiperemi ve kemozis (konjunktival ödem) ile kendini gösterir.

Tedavi Koruyucu önlemler alınır. Ortamın temizliğine ve havalandırılmasına dikkat edilir. Fotofobiyi azaltmak bakımından güneş gözlükleri takılır. Kortikosteroid içeren damla ve pomadlar kullanılır. Efemoline®, Flarex®, FML® gibi damlalar günde 4 kez damlatılır. Çok şiddetli olgularda prednisolone, deksametazone içeren daha güçlü steroidler kullanılabilir. Onadron®, Maxidex®, Pred - forte® Cortimycine® gibi ilaçlar verilebilir. Mast hücre stabilizatörü ve antihistaminik olan Patanol® ve Zaditen® gibi damlalar kullanılır.

- Örnek Reçete:** 1. Efemoline göz damlası S : 4x 1 damla
2. Cortimycine göz pomadı S : 1x1 (gece yatarken)
3. Zaditen göz damlası S : 2x1

I-4- KERATİT (KORNEA ENFEKSİYONU)

Bakteriyel Keratit Bakteriyel keratit (BK) dünya genelinde ciddi görme kaybına neden olabilen en önemli göz enfeksiyonudur. Büyük bir kısmı oküler travma, kontakt lens kullanımı, kuru göz ve oküler yüzey hastalıklarıyla ilişkilidir. BK konjonktival hiperemi, fotofobi ve ani başlayan ağrı gibi semptomlarla başlar. Bakteriyel keratitlerin tedavisinde hafif olgularda monoterapi olarak florokinolonlar kullanılabilir. Ağır olgularda güçlendirilmiş antibiyotikler vankomisin, sefazolin ve aminoglikozitlerden hazırlanabilir ⁽¹⁻⁵⁾.

Örnek Reçete: 1. Vigamox damla 6x1, Terramycine pomad S: 2x1

Herpetik Keratit Dendritik ülser (ağaç dalı şeklinde) veya jeografik ülser şeklinde gözlenir. Steroidlerin kullandığı durumlarda ülser derinleşerek stromayı etkileyebilir. **Herpetik keratitte steroid kullanılmaz.**

Tedavi Asiklovir (Zovirax pomad 5x1) Gansiklovir (Virgan pomad 5x1) günümüzde kullanılan topikal antiviral ilaçlardır ⁽¹⁻⁵⁾.

ÜVEİT

Üveit gözün ön bölgesinde lokalize olduğunda alevlenme dönemlerinde gözde kızarıklık, bulanık görme veya görmeye azalma, göz çevresinde ağrı, ışığa karşı hassasiyet ve uçuşmalar şeklinde belirti verir.

Tedavi Topikal ve sistemik kortikosteroidler ve midriatik damlalar kullanılır.

Örnek Reçete: 1. Dexasine göz damlası S : 8 x 1 damla

2. Cortimycine göz pomadı S : 1x1 (gece yatarken)

3 . Sikloplejin göz damlası S : 4x1

SUBKONJONKTİVAL KANAMA (HEMORAJİ)

Bakteriyel ve klamidyal enfeksiyonlar, influenza gibi virütik enfeksiyonlar, kumadin, heparin, aspirin gibi ilaçlar, kanama diatezleri, skorbüt, malign hematolojik hastalıklar, trombositopeni, septisemi, diabetes mellitus, hipertansiyon, şiddetli öksürük, ıknıma ve travma konjonktiva altına kanamaya neden olur. Beraberinde ek göz problemi olmadığı sürece (enfeksiyon gibi) tedaviye ihtiyaç olmaz. 7-10 gün içinde kendiliğinden düzelir..

AKUT GLOKOM KRİZİ

Göziçi basıncının ani olarak yükseldiği tüm klinik durumlar akut glokom tanımı içinde yer alır. Frontal bölgede ve göz çevresinde ani ve şiddetli ağrı, bulanık görme ve ışıklar etrafında renkli halkalar görülmesi en önemli bulgulardır. Göziçi basıncı (GİB) 80 mmHg'ya kadar yükselebilir (20 mmHg'ye kadar normal sayılır). Pupilla genellikle middilate olup hafifçe oval bir şekil almıştır.

Tedavi GİB'nin çok yüksek olmadığı ve pupillanın hareketli olduğu olgularda sadece miyotik ajanların damlatılması ile kriz çözülebilir, vitreus hacmini azaltacak hiperozmotik ajanlar uygulanır. Bu ilaç grubu içinde manitol ve gliserin bulunur. Sıvı yapımını azaltmak için topikal beta bloker damla (timolol, betaksolol) ve/veya topikal ya da oral karbonik anhidraz

enzim inhibitörleri (asetazolamid 250 veya 500 mg iv. veya 250 mg tabletlerden 1x2 oral tablet) de eşzamanlı olarak kullanılır.

- Örnek Reçete:** 1. Diazomid tablet 4x1
2. Pilosed damla 5 dakikada bir 4-5 kez
3. Cosopt damla 2X1

Tablo 1 Kırmızı Göz Ayırıcı Tanısında Yardımcı Olabilecek Bulgular

	Akut Konjonktivit	Akut Üveit	Akut Glokom	Keratit
Görülme sıklığı	Çok sık	Sık	Nadir	Sık
Çapaklanma	Bol	Yok	Yok	Su gibi
Görme	İyi	Azalmış	Azalmış	Azalmış
Ağrı	Yok	Orta	Şiddetli	Orta
Hiperemi	Yüzeysel	Derin	Karışık	Derin
Kornea görünümü	Saydam	Saydam	Bulanık	Bulanık
Pupil çapı	Normal	Küçük	Geniş ve sabit	Normal
Pupil ışık reaksiyonu	Normal	Zayıf	Yok	Normal
Göz içi basıncı	Normal	Normal	Yüksek	Normal
Kültür	(+)	(-)	(-)	(+)

II ANİ GÖRME KAYIPLARI

Görme azlığı ile gelen bir hastada öncelikle hikayeden öğrenilmesi gereken, görme kaybının tek taraflı mı, iki taraflı mı, akut mu, progresif mi olduğudur.

II-A- TEK TARAFLI AKUT GÖRME KAYIPLARI

1. Optik nevrit (Papillit)
2. İskemik optik nöropati
3. Santral retinal arter tıkanıklığı
4. Santral retinal ven tıkanıklığı
5. Retina dekolmanı

Optik Nevrit Genellikle genç hastalarda otoimmün bir demyelinizasyonun yol açtığı akut görme kaybı ile karakterizedir. Tek taraflıdır. Bu hastalarda MR'da demyelinize plaklar varsa multipl skleroz düşünülmelidir. Akut dönemde 3-5 gün, günde 1 gr IV metilprednizolon tedavisi, takiben kiloya 1 mg la başlayan 14 günlük bir oral prednison tedavisi önerilmektedir^(1,3).

İskemik Optik Nöropati (İON) İleri yaşta görülen akut tek taraflı görme kaybı, başlangıçta disk ödemi ve altitudinal görme alan defekti ile karakter-

rizedir. Hipertansiyon, diyabet, ateroskleroz, temporal arterit, vaskülit gibi nedenlere bağlı olarak görülebilir. Fundus muayenesinde optik disk hafif kabarık ve sınırları siliktir. 3 gün günde 1 gr IV metilprednisolone takiben 1mg/kg oral steroid verilir ve hasta sedimentasyon hızı ile takip edilir⁽⁸⁾.

Santral Retinal Arter Tıkanıklığı Olguların %25 inde tıkanıklık oluşmadan önce amarozis fugaks denen kısa süreli, ani, geçici görme kayıpları meydana gelir. Arter tıkanmasına neden olan hastalıkların en sık görülenleri: Arteriyel hipertansiyon, karotis aterosklerozu ve kalp kapak bozukluklarıdır. En önemli bulgu ağrısız ani görme kaybıdır. Görme keskinliği ışık algılama, parmak sayma düzeyine kadar düşer. Oftalmoskopik olarak foveola hariç tüm arka kutup opak ve soluk görünümündedir. Bu görünümü "cherry-red spot" ya da "japon bayrağı" denir ve santral retina arter tıkanmalarında görülen tipik bulgudur.

Tedavi Arter tıkanmalarında tedavi acil olarak yapılmalıdır. Retina arterinde ani vazodilatasyon sağlamak amacı ile göz içi basıncını düşürücü işlemler uygulanır. Parasentez (ön kamara sıvısının boşaltılması), kapaklar üzerinden göze uygulanan dijital masaj, intravenöz asetazolamid bu amaçla uygulanan yöntemlerden bir kaçıdır^(4,9).

Santral Retinal Ven Tıkanıklığı Elli yaş üzerinde retina damar sisteminde sık görülen patalojilerden biridir. Olguların %50-70 inde hipertansiyon, kardiovasküler hastalık veya diabetes mellitus vardır. Hasta tek taraflı ağrısız ani görme azalması şikayeti ile başvurur. Fundus muayenesinde optik diskte ödem, venlerde orta derecede dilatasyon, tortuosite artışı ve tüm retina yüzeyine yayılmış preretinal, intraretinal hemoraji alanları görülür.

Tedavi Ven tıkanmalarında tedavi komplikasyonların önlenmesi amacıyla yöneliktir. Maküla ödemi gelişen olgularda grid tarzında argon laser fotokoagülasyon ya da intravitreal anti-VEGF ilaçlar yapılabilir.

Retina Dekolmanı Retina dekolmanı (RD) sensorial retinanın retina pigment epitelinden (RPE) ayrılmasıdır.

Etyoloji Periferik retina dejenerasyonları ve yüksek miyopi, yaşlanma ile posterior vitreus dekolmanının gelişmesi sırasında arka hyaloiden retinaya sıkı yapışık olduğu yerlerde retinanın yırtılması, her türlü göz travmaları (Delici ve künt yaralanmalar)

Yırtıklı retina dekolmanında yırtık oluşumuna bağlı fotopsi denilen ışık çakmaları ve sonrasında giderek artan görme alanı defektleri izlenir. Retina tamamen decole olursa hasta görmesini tamamen kaybeder.

Tedavi Cerrahidir.

II-B. TEK TARAFLI PROGRESİF GÖRME KAYIPLARI

Katarakt, makülopati gibi gözle ilgili nedenlere bağlı oluşabilir. Göz dışı nedenler arasında optik sinirde veya kiyazmadan optik sinire uzanan kompresif ve infiltratif lezyonlar öncelikle düşünülmelidir. Sıklıkla buna neden olan tümörler hipofiz adenomu, menenjiyom, optik gliom ve kraniofarenjiyom olarak sıralanabilir.

II-C. BİLATERAL AKUT GÖRME KAYIPLARI

Görme yollarında oluşan tıkaçıcı vasküler lezyonlar akut hemianopik defektlere ve daha nadir olarak bilateral homonim hemianopsi sonucu tüp şeklinde veya tam görme kaybına neden olabilirler.

II-D. BİLATERAL PROGRESİF GÖRME KAYIPLARI

Katarakt, maküla dejenerasyonu, toksik optik nöropati gibi gözle ilgili nedenlere bağlı görülebilir. Bunlar dışlandığı takdirde kiyazmal bir kompresyon ve parasellar tümörler düşünülmelidir.

II-E GEÇİCİ GÖRME KAYIPLARI

Tek Taraflı Geçici Görme Kayıpları

a. Amorozis fugaks: Tek gözde geçici görme azlığı için kullanılan genel bir terim olmakla birlikte daha çok karotid arter bifurkasyonundan orijini alan embolik fenomenlere bağlı görme kaybını ifade eder. Süresi 1-5 dakika kadardır. Kardiyak orijinli embolilerde de benzer semptom olabilir.

b. KİBAS: Kafa içi basınç artmasına (KİBAS) bağlı papilla ödeminde 1-2 saniye süren geçici görme kayıpları olabilir Bunlar bazan bilateral de olabilirler.

Bilateral Homonim Geçici Görme Kayıpları

a. Migren

b. Posterior serebral arter dağılımında geçici iskemik ataklar düşünülmelidir.

Bilateral geçici total görme kayıpları hipotansiyon ve vertebrobaziller yetmezlik gibi her iki posterior sirkülasyonu ilgilendiren durumlarda görülürler.

III- GÖZ TRAVMALARI

III-1. TRAVMATİK GÖZDE MUAYENE VE YAKLAŞIM

Travma ile gelmiş bir gözde iyi bir anamnez ve ciddi bir muayene bazı patolojilerin atlanmaması için son derece önemlidir. Rutin muayene sırası ile görme, eksternal muayene göz hareketleri, pupil ışık reaksiyonları, ön segmentin biomikroskopik muayenesi, göziçi basıncı ölçümü arka segmentin muayenesini içermektedir. Travmalı bir gözün muayenesini yaparken her zaman bir yabancı cisim (YC) giriş deliği yada buna ait bir iz aranmalı ve hastaya anamnez dahil bu şüphe ile yaklaşılmalıdır. Perforan yaralanmalarda gözde hipotoni meydana gelir. Diğer önemli bir nokta özellikle kirli göz yaralanmalarında hasta tetanoz profilaksisi açısından da ele alınmalı ve gereken yapılmalıdır.

III- 2. GÖZ TRAVMALARINDA GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİ

Başlıca görüntüleme yöntemleri: Radyografi, Ultrasonografi , Bilgisayarlı Tomografi (BT)

III- 3. BLOW-OUT FRAKTÜRÜ

Gözde bir tenis topu çarpması veya yumruk gelmesi şeklinde orbitaya önden gelen künt travmalar sonucu orbitanın en zayıf duvarı olan alt duvarda meydana gelen çökme kırığıdır. Alt duvar maksiller sinüse doğru çöker. Birlikte orbita yağ dokusu ve göz de sinüse doğru yer değiştirir. Sonuçta

göz hareketlerinde kısıtlılık çift görme ve enoftalmi meydana gelir. Tedavide ödem ve enflamasyonun geçmesi için 7-10 gün beklenebilir. Bu süre sonunda da yakınmalar özellikle çift görme devam ederse cerrahi müdahale uygulanarak alt duvardaki çökme kırığı düzeltilir⁽¹⁰⁾.

III-4. KAPAK VE KONJONKTİVA YARALANMALARI

Konjoktiva yaralanmalarında konjoktival kesiler, laserasyon, konjoktival ödem subkonjoktival hemoraji olabilir. Sadece profilaktik antibiyotikli damla ve pomat yeterlidir. Subkonjoktival hemorajilerde hiçbir tedavi uygulamaya gerek yoktur kendiliğinden bir iki haftada hemoraji temizlenir. Konjoktiva kesileri 8.0 ipekle ya da vikrille sütüre edilmelidir^(2,4).

III-5. GÖZYAŞI DRENAJ SİSTEMİ YARALANMALARI

Gözyaşı drenaj sistemi punktum lakrimalerle başlayıp sırası ile kanaliküller, lakrimal kese ve burunda alt meatusa açılan nazolakrimal kanal ile sonlanan sistemdir. Travmalarda özellikle punktum ve kanaliküllerde sıklıkla kesiler oluşabilmektedir. İç kantal bölgeyi içeren yaralanmalarda kanaliküllerin sağlam olup olmadığı mutlaka araştırılmalıdır. Eğer mümkünse onarım işlemi mikroskop altında yapılmalıdır.

III-6. ÖN SEGMENT TRAVMALARI

Gözün ön kısmını ilgilendiren yaralanmalar sırasında korneada yüzeysel sıyrık ve aşınmalar, korneada yabancı cisimler, lamellar ve tam kat kesiler, iris travmaları, ön kamaraya kanamalar (hifema), lens travmaları **görülebilir**. Bu travmalar göz hekimi tarafından değerlendirilmelidir.

III-7. KİMYASAL YANIKLAR

Gözde en acil tedavi gerektiren durumlardan biridir. Endüstride okul laboratuvarlarında korozif maddelerle çalışanlar ve inşaatda çalışan işçiler (kireç yanıkları) risk altındadır. Çoğunda konjoktiva ve kornea yanıkları yüzeyseldir ve çabuk iyileşir. Fakat ciddi yanıklarda daha derin dokular, ön segment, korpus siliare hatta arka segment bile etkilenebilir. Kimyasal maddenin pH'sı yanığın ciddiyetinde belirleyici faktördür. Asitler proteinleri koagüle ve denatüre ederler. Bu özellik kimyasal maddenin daha derin dokulara penetrasyonunu engeller. Alkaliler ise hücrelerden su çekerek nekroza neden olur etkileri sınırlı kalmaz derin dokulara penetre olarak daha ciddi tablolar oluştururlar. Klinik olarak akut dönemde (ilk 3 gün) hafif olgularda konjoktival hiperemi, kemozis, konjoktiva ve korneada erezyon ve hafif kornea ödemi mevcuttur. Orta ciddiyetteki olgularda episkleral perilimbal damarlarda tromboz, kornea epitelinde soyulma, stromal ödem ve kesitleşme görülür. Ön segment detaylarını seçmek güçleşir. Ciddi olgularda konjoktivada perilimbal iskemide ve solukluk, korneada bulanıklık ve kalınlaşma görülür. İris detayları görülmez, Nekroz tabloya hakimdir. Göz içi basınç yükselmeleri gözlenir.

Tedavide akut dönemde yapılması gereken ilk iş gözün su ile yıkanmasıdır. Şartlar uygunsa serum fizyolojik yoksa çeşme suyuda kullanılabilir. **Yıkama en az 30 dakika ciddi olgularda bir saate kadar uzatılabilir.** Yıkama sırasında varsa kornea ve konjoktivadaki nekrotik dokular ve varsa yabancı cisimler bir aplikatörle temizlenmelidir. Yıkama işlerinden sonra midriyatikler, ayrıca antibiyotikli damla ve merhemler başlanır.

III-8. OPTİK SİNİR TRAVMALARI

Optik sinir travmaları sıklıkla kafa travmaları ile birlikte ve genellikle beraberinde başka travmaları da içerir. Optik sinirde travma direkt veya indirekt olabilir. Penetran objeler veya optik kanaldaki kırık bir kemik direkt hasara neden olur. İndirekt optik sinir travması da anterior (santral retinal arterin optik sinire giriş yerinin önünde) veya posterior (arter girişinin arkasında) tipte olabilir. Tedavide duruma göre medikal veya cerrahi tedavi denenebilir. Ama yapılan çalışmalarda bu olgularda yapılan tedavilerin bir fayda sağlamadığı görülmüştür. Medikal tedavi olarak yüksek doz kortikosteroidler önerilmektedir⁽⁸⁾.

IV- ÇİFT GÖRME (DİPLOPİ)

Etyolojik nedenlere bağlı olarak başlıca aşağıdaki gibi gruplandırılabilirler.

1. Paralitık şaşılıklara bağlı diplopi
2. Postoperatif diplopi
3. Oküler hastalıklara bağlı diplopi
4. Kafa travmasını takiben oluşan diplopi

IV-1. PARALİTİK ŞAŞILIKLAR

Göz dışı kasların felcine bağlı oluşan şaşılıklara paralitık şaşılıklar denir. Hastalar diplopi, bulanık görme ve vertigodan şikayet ederler. Diplopiyi engellemek için hastalar başlarını felçli kas yönüne çevirirler.

IV-1a. VI. Sinir (Abducens) paralizisi: Kas felçleri içinde en sık görülenidir (%38). Dış rektus felcine bağlı içe şaşılık olur. Kafa içi basınç artışı, kafa kaidesi kırıkları, menenjitler, demiyelinizan hastalıklar, viral hastalıklar, toksik nevritler, diabet VI. sinir felcine neden olabilir. Tedavi: Etyolojiye yöneliktir. B vit kompleksleri, kortizon denenebilir. 6 ay düzelmezse cerrahi uygulanır.

IV-1b. IV. sinir paralizisi: İkinci sıklıkta görülür (%32). Üst oblik felci olur. Karşıya bakışta şaşılık olmaz, içe ve aşağı bakışta kısıtlılık olur. Hastalar okuma ve merdiven inmede zorlanırlar. Edinsel olanı kafa travmaları ile birlikte siktir. Tedavi: 6 ayda spontan iyileşmezse cerrahi yapılır.

IV-1c. III. sinir paralizisi: Üst rektus, alt rektus, medial rektus, levator palpebralis superior ve iris sfinkter kasını uyarır. Bu sinirin felcinde ptozis olur ve göz dışı kayar. Ptozisten dolayı hasta diplopiden şikayet etmeyebilir. Ayrıca pupillada midriazis ve uyum felci de görülür. Edinsel olanı menenjit, ensefalit, beyin tümörü, demiyelinizan hastalıklar, travmalar ve diabette görülür. Tedavi: 6 ayda düzelmezse cerrahi yapılır^(1,3,11,12).

IV-2. POSTOPERATİF DİPLOPİ

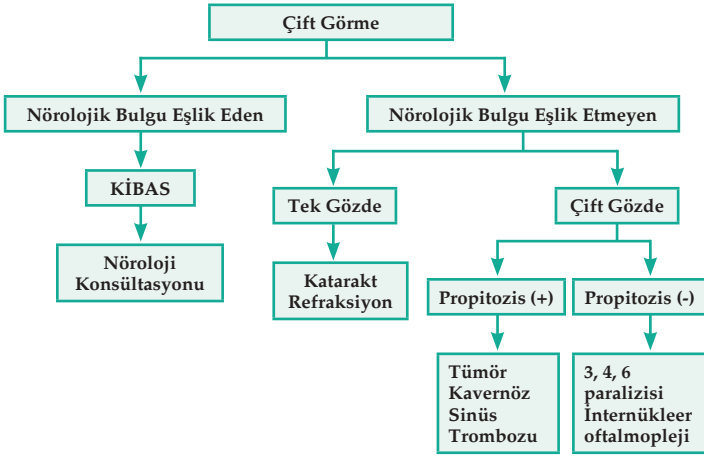
- a. Oblik kas cerrahisi sonrası
- b. Retina dekolman cerrahisi sonrası
- c. Şaşılık cerrahisinde fazla miktarda düzeltme yapılması

IV-3. OKÜLER HASTALIKLARA BAĞLI DİPLOPİ

- a. Maküler hastalıklar
- b. Orbital kitle veya enfeksiyon
- c. Diverjans parezisi

IV-4. KAFA TRAVMASINI TAKİBEN OLUŞAN DİPLOPI

- Ekstraoküler kaslarda avulsiyon, kontüzyon, kesi
- Üst oblik kasın troklea bölgesinin avulsiyonu
- Gizli şaşılığın travma nedeniyle manifest hale geçmesi
- Travmaya bağlı retinal hastalıklar
- Orbitada hematom
- Orbita duvarlarında kırık
- Lens sublüksasyonu
- 3,4,6. sinirin orbita içinde hasar görmesi^(1,3).



Şekil 1: Çift görme semptomunda ayırıcı tanı

Kaynaklar

- Göz Hastalıklarının Klinik ve Acil Polikliniğinde Tanı ve Tedavisi: The Wills Eye Manuel Türkçesi.: Rhee DJ, Pyfer ME (Eds): Bayer A (Çeviri Ed). MN Medikal & Nobel 2003 Ankara.
- Temel Göz Hastalıkları. Aydın P, Akova YA.(Ed) Güneş Kitabevi 2001 Ankara.
- Oküler Ayırıcı Tanı.: Roy FH (Ed): Aydın P (Çeviri Ed.) Güneş Kitabevi 2004 Ankara.
- Klinik Oftalmoloji. Kanski J. (Ed) Orağlı KM (Çeviri): Nobel Tıp Kitapları. 2001. Ankara.
- Basic and Clinical Science Course Section 8: External Disease and Cornea. American Academy of Ophthalmology USA, 2010-2011.
- Basic and Clinical Science Course Section 9: Intraocular Inflammation and Uveitis. American Academy of Ophthalmology USA, 2014-2015.
- Basic and Clinical Science Course Section 10: Glaucoma. American Academy of Ophthalmology USA, 2014-2015.
- Basic and Clinical Science Course Section 5: Neuro-Ophthalmology. American Academy of Ophthalmology USA, 2014-2015.
- Basic and Clinical Science Course Section 12: Retina and Vitreous. American Academy of Ophthalmology USA, 2014-2015.
- Basic and Clinical Science Course Section 7: Orbit, Eyelids and Lacrimal System. American Academy of Ophthalmology USA, 2014-2015.
- Şaşılık ve Tedavisi. Sanaç AŞ., Şener C. Pelin Ofset ve Tıpo Matbaacılık. 2001. Ankara.
- Basic and Clinical Science Course Section 6: Pediatric Ophthalmology and Strabismus. American Academy of Ophthalmology USA, 2014-2015.