

# ÜVEİTLE BİRLİKTE TEKRARLAYAN SPONTAN HİFEMA: OLGU SUNUMU

Mehmet Orçun AKDEMİR,<sup>1</sup> Ümit AYKAN,<sup>2</sup> Baran KANDEMİR<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Göz Kliniği;

<sup>2</sup>GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Kliniği

Yetmiş altı yaşında erkek hasta kliniğimize sağ gözünde 2 gün önce başlayan görme azalması nedeniyle başvurdu. Sağ gözde total hifema mevcuttu ve hifema nedeniyle ön kamara yapıları seçilemiyordu. Hastanın kliniğimizde yatışı sırasında hematoloji ve dahiliye konsültasyonları detaylı incelemelerle beraber gerçekleştirildi. Hastanın hematolojik ve romatolojik incelemesinde anormallik saptanmadı. Hastaya ön segment anjiyografi, fundus florescein anjiyografisi ve ön segment ultrason biyomikroskopisi yapıldı, patoloji saptanmadı. Olguda yüksek doz steroid ile baskıladığımız üveit mevcuttu. Üveit spontan hifemalı olgularda akılda bulunulması gereken bir oküler hastalıktır.

**Anahtar Sözcükler:** Glukom; spontan hifema; üveit.

## RECURRENT SPONTANEOUS HYPHEMA WITH UVEITIS: CASE REPORT

*A 76-year-old male patient with decreased vision starting two days before in the right eye was referred to our clinic. He had total hyphema in the right eye and the anterior chamber could not be seen clearly. Hematology and internal medicine consultations with detailed examinations were performed. Hematological and rheumatological examinations revealed no pathology. We examined the patient with anterior chamber angiography, fundus fluorescein angiography and anterior chamber ultrasonographic biomicroscopy, and again no pathology was evident. The patient had uveitis, which was treated with high-dose topical steroid. Uveitis is an ocular pathology that must be kept in mind as the cause of spontaneous hyphema.*

**Key Words:** Glaucoma; spontaneous hyphema; uveitis.

Ön kamarada kanama sıklıkla travma ile birlikte görülmekle beraber, çeşitli oküler patolojilere bağlı olarak da gelişebilmektedir.<sup>[1]</sup> Spontan hifema olguları ise farklı bir grup olarak değerlendirilmelidirler. Travma dışı spontan hifema nedenleri Tablo I'de özetlenmiştir. Spontan hifema sıklıkla iris anormallikleriyle birlikte görülebilmektedir. Oküler patolojiler arasında üveit nadir bir spontan hifema nedenidir.<sup>[1,2]</sup>

Bu olgu sunumunda, tekrarlayan hifema ile üveit birlikteliği saptanmış bir olgunun sunumunu amaçladık.

## OLGU SUNUMU

Yetmiş altı yaşında erkek hasta kliniğimize sağ gözünde 2 gün önce başlayan görme azalması şikayetiyle başvurdu. Hastanın hikayesinde 2000 yılında katarakt ve glukom birlikteliği nedeniyle

**Başvuru tarihi:** 25.6.2009 **Kabul tarihi:** 2.1.2010

**İletişim:** Dr. Mehmet Orçun Akdemir. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Göz Kliniği, Cevizli Mevkii, Kartal 34890 İstanbul.

**Tel:** +90 - 216 - 441 39 00 **e-posta:** doktorcum@yahoo.com

**Tablo I.** Travma dışı spontan hifema nedenleri<sup>[2]</sup>**Oküler hastalıklar****İris anormallikleri**

- Mikrohemanjiyomlar
- Malign-benign tümörler
- Neovaskülarizasyon
- Persistan pupiller membran
- Diğer oküler nedenler
- Psödoeksfolyasyon sendromu
- Retrolental fibroplazi
- Persistan hiperplastik primer vitreus
- Retinoskizis
- Akut primer açılı kapanması glokomu

**Enflamatuvar / Enfeksiyöz hastalıklar**

- Üveit
- Mikrobiyal keratitler
- HZV enfeksiyonu

**Cerrahi (Geç dönem komplikasyonları)**

- Swan sendromu
- UGH sendromu
- İris destekli göziçi lensi

**Sistemik hastalıklar****Hematolojik**

- Orak hücreli anemi
- Akut lenfoblastik / miyelositik lösemi
- Lenfomalar

**Romatolojik**

- Reiter sendromu
- Ankilozan spondilit

fakotrabeektomi ameliyatı olduğu, daha sonra 2004 yılından başlayarak gözünde 4 kez spontan hifema geliştiği, ancak bu kanamaya ilişkin etyoloji saptanamadığı öğrenildi. Hasta kliniğimize başvurduğunda kardiyolojik nedenlerden dolayı sistemik olarak asetilsalisilik asit 100 mg ve sağ gözüne dorzolamid ve timolol kombinasyonu 2x1, brimonidine 2x1 kullanmaktaydı.

Hastanın yapılan biyomikroskopik muayenesinde sol göz doğaldı. Sağ gözde total hifema mevcuttu ve hifema nedeniyle ön kamara yapıları seçilemiyordu. Üst temporalde sığ bir blebi mevcuttu. Hastanın aplanasyon tonometresi ile ölçülen göz içi basıncı 32 mmHg idi. Hastanın daha önceki hikayesi değerlendirilerek, kliniğimize yatırılıp tedavisine başlandı. Tedavisinde dorzolamid ve ti-

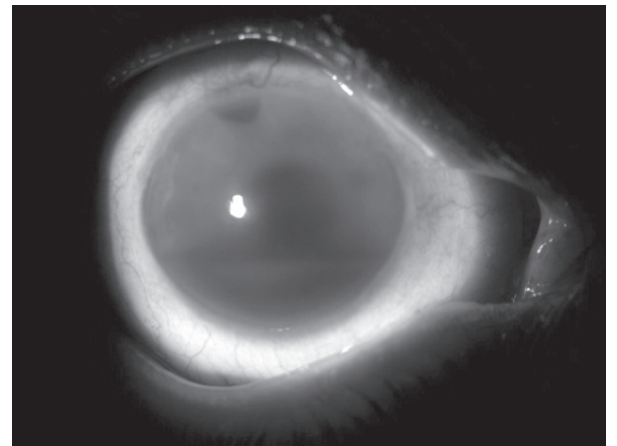
molol kombinasyonu 2x1, brimonidine 2x1, asetozolamid 3x250 mg, prednizolon asetat 6x1, siklopentolat 3x1 başlanarak 45 derecelik eğimle yatış pozisyonunda yatması sağlandı.

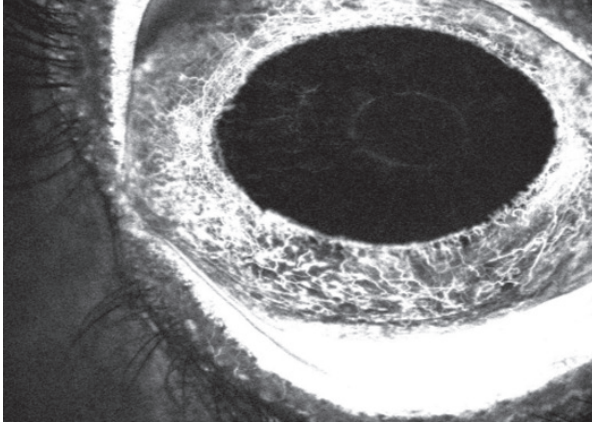
Kliniğimizdeki 3. gününden sonra tonusta yeterli düşme sağlanamaması (27 mmHg) ve hifemanın yeterince temizlenememesi üzerine, hastadan onam formu alınarak ön kamara aspirasyonu planlandı (Şekil I). Simko kanül ile ön kamaradaki hifema temizlendi. Sonrasında tedaviye lomefloksasin 12x1 eklenerek takibe devam edildi.

Hastanın kliniğimizde yatışı sırasında hematoloji ve dahiliye konsültasyonları detaylı incelemelerle beraber gerçekleştirildi. Hastanın hematolojik ve romatolojik incelemesinde anormallik saptanmadı.

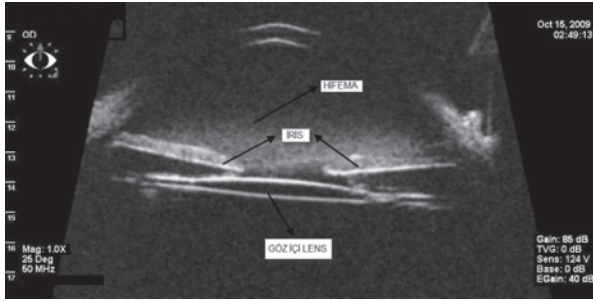
Taburcu edildikten 2 gün sonraki takip muayenesinde ön kamarada yoğun hücre mevcuttu ve göz içi basıncı 32 mmHg'ye çıkmıştı. Bunun üzerine prednizolon asetat dozu 12x1 olarak artırıldı. 2 gün sonrasındaki muayenesinde ise ön kamarada eser hücre mevcuttu, vitre bulanıklığı azalmıştı ve göz içi basıncı 14 mmHg'ye düşmüştü.

Ön kamarada hücrelerin ve vitre bulanıklığının azalmasıyla birlikte ön segment yapıları biyomikroskopik muayenede ayrıntılı şekilde incelendi. Hastaya ön segment anjiyografisi, fundus floresin anjiyografisi ve ön segment ultrason biyomikroskopisi (UBM) yapıldı. İris anjiyografisinde vasküler bir patolojiye rastlanmadı (Şekil II). Vit-

**Şekil I.** Tedavinin üçüncü günündeki biyomikroskopisi.



Şekil II. İris anjiyografisi.



Şekil III. Olgunun UBM görüntülemesi.

re bulanık olmasına rağmen fundus floresein anjiyografisinde de vasküler bir patolojiye rastlanmadı. Yapılan ultrason biyomikroskopisinde ön kamaraya yapıları doğal olarak görülmekteydi. Lens ile iris arasında belirgin bir temas yoktu. Kitlesel bir lezyona rastlanmadı (Şekil III).

### TARTIŞMA

Spontan hifema bir çok farklı nedene bağlı olarak oluşabilmektedir Ancak, üveit nedeniyle oluşan spontan hifema nadiren görülmektedir. Spontan hifema literatürde çok az sayıda olgu şeklinde sunulmaktadır. Önemli bir spontan hifema nedeni olarak iris mikroanjyomlarını ve vasküler malformasyonlarını (Cobb's tuft) belirtmekte fayda vardır. Çeşitli yayınlarda spontan hifema nedeni olarak iris vasküler patolojileri bildirilmektedir. [3-5] Cobb bu vasküler malformasyonu ilk olarak 1969'da tanımlamış ve 60'lı yaşlardaki en önemli spontan hifema nedeni olduğunu belirtmiştir. [6-8]

Bagnis ve ark. [9] varfarin tedavisiyle beraber olan spontan hifema olgusu yayınlamışlardır. Olgula-

rının yüksek doz varfarin tedavisi aldığını ve bunda yüksek derecede antikoagülyasyona neden olduğunu belirtmişlerdir. Antikoagülan tedavisiyle gelişen spontan hifema olguları oldukça nadirdir. Bunların içinden aspirin ile oluşan spontan hifema olgusu literatür araştırmalarımıza göre bir olguda sunulmakta, bu olguda da aspirin ile beraber etanol kullanımı olduğu belirtilmektedir. [10] Olgumuz kardiyolojik nedenlerle aspirin kullanmaktaydı, ancak etanol kullanımı mevcut değildi.

Fong ve ark. [1] farklı nedenlerle üveit geçiren hastalarda gelişen spontan hifema olguları bildirmişlerdir. Bu olguların Reiter sendromu, juvenil kronik artrit, ankilozan spondilit, idiyopatik anterior üveit ve herpes simpleks nedeniyle takip edilen hastalar olduklarını belirtmektedirler. Bu hastaların üçünde ön kamarada yeni damar oluşumları olduğunu, iki hastanın nonsteroid anti inflamatuvar ilaç kullandığını ve bir hastada ise bunlardan hiçbirinin bulunmadığını belirtmişlerdir. Nonsteroid antiinflamatuvar ilaç kullanımına bağlı spontan hifema olguları oldukça az sayıda bildirilmesine rağmen spontan hifema gelişen olgularda nonsteroid antiinflamatuvar ilaç kullanımı sorgulanmalıdır.

Shimada ve ark. [2] 5 yaşında bir olguda üveit ile birlikte görülen spontan hifema olgusunu sunmuşlardır. Yaptıkları araştırma sonucunda spontan hifemanın juvenil romatoid artrite bağlı kronik iridosiklite ikincil olarak geliştiğini saptamışlardır. Bu nedenle spontan hifema olgularında, hifemanın çekilmesini takiben ön segmentte vaskülopati odağını saptamak açısından iris floresein anjiyografisi yapılması uygun bir yaklaşım olacaktır.

Bizim olgumuzda, ön segment anjiyografisinde vasküler bir defekt saptanmamıştır. Yine ultrason biyomikroskopisi de ön kamaraya tekrarlayan kanama odağını göstermek açısından değerli bir klinik yöntemdir. Özellikle iris ardında, silyer cisim patolojilerini tanımlamak açısından diğer ön segment görüntüleme yöntemlerinden daha üstündür. Olgumuzda rezorpsiyon sonrası vaskülopati ve iris ardında patolojik oluşum açısından somut bir bulguya rastlamadık. Dolayısıyla spontan hifema etyolojisi açısından yoğun steroid ile baskıladığımız üveiti sorumlu tutmaktayız. Üveit, bu nedenle

spontan hifemalı olgularda akılda bulundurulması gereken bir oküler hastalıktır.

#### KAYNAKLAR

1. Fong DS, Raizman MB. Spontaneous hyphema associated with anterior uveitis. *Br J Ophthalmol* 1993;77(10):635-8.
2. Shimada Y, Horiguchi M, Okubo T. Bilateral spontaneous hyphema with uveitis in a young girl. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 2004;41(2):114-5.
3. Bakke EF, Drolsum L. Iris microhaemangiomas and idiopathic juxtafoveolar retinal telangiectasis. *Acta Ophthalmol Scand* 2006;84(6):818-22.
4. Puri P, Chan J. Cobb's tufts: a rare cause of spontaneous hyphaema. *Int Ophthalmol* 2001;24(6):299-300.
5. Fechner PU. Spontaneous hyphaema with abnormal iris vessels. *Br J Ophthalmol* 1958;42(5):311-3.
6. Cobb B. Vascular tufts at the pupillary margin: a preliminary report on 44 patients. *Trans Ophthalmol Soc U K* 1969;88:211-21.
7. Coleman SL, Green WR, Patz A. Vascular tufts of pupillary margin of iris. *Am J Ophthalmol* 1977;83(6):881-3.
8. Blanksma LJ, Hooijmans JM. Vascular tufts of the pupillary border causing a spontaneous hyphaema. *Ophthalmologica* 1979;178(6):297-302.
9. Bagnis A, Lai S, Iester M, Bacino L, Traverso CE. Spontaneous hyphaema in a patient on warfarin treatment. *Br J Clin Pharmacol* 2008;66(3):414-5.
10. Kageler WV, Moake JL, Garcia CA. Spontaneous hyphema associated with ingestion of aspirin and ethanol. *Am J Ophthalmol* 1976;82(4):631-4.