

Behçet Hastalığı Olan Katarakt Olgularında Fakoemülsifikasyon Sonuçları

Ahmet Özer (*), Leyla Niyaz (*), Nazmiye Erol (*), Hikmet Başmak (*)

ÖZET

Amaç: Behçet hastalığı olan katarakt olgularında fakoemülsifikasyon ve intraoküler lenslerin (İOL) güvenilirliğini ve etkinliği araştırmak.

Yöntem: 2002-2007 yılları arasında fakoemülsifikasyon ve hidrofobik katlanabilir İOL implantasyonu yapılan 21 Behçet olgusunun 28 gözü incelendi. Bütün olguların sistemik immünesupresif tedavi ile ameliyattan önce en az 3 ay süre ile remisyonda olmasına dikkat edildi. Ameliyat öncesi hiçbir özel müdahale uygulanmadı. Bütün ameliyatlarda şeffaf korneal kesi, kapsül içi monoblok katlanabilir hidrofobik akrilik İOL yerleştirilmesi şeklinde standart teknik kullanıldı. Ameliyat sonrası bulgular, ilk bir hafta her gün, ilk bir ay her hafta ve sonra ayda bir olmak üzere değerlendirildi. Ameliyat sonrası en iyi görme keskinlikleri, komplikasyonlar, inflamasyon derecesi kaydedildi.

Bulgular: Olguların ortalama yaşı 39.6 ± 12.8 yıldır (16-58). Ortalama ameliyat sonrası takip 36.7 ± 13.9 aydır (12-79). Ameliyat sonrası görme bütün gözlerde arttı ve 18 gözde 0.3 logMAR ve üzerindedir. Ameliyat sonrası 13 gözde hafif ve iki gözde ağır fibrinoid üveit görüldü. 15 gözde arka kapsül opasitesi gelişti ve hepsinde Nd-YAG kapsülotomi uygulandı. 4 gözde kistoid makula ödemi, 3 gözde arka sineşi, 2 gözde kapsül fimozis ve 1 gözde persistan kornea ödemi görüldü.

Sonuç: Ameliyat öncesinde remisyonda olan Behçet hastalarında dikkatli cerrahi ve ameliyat sonrası yakın takip yapıldığında fakoemülsifikasyon ve kapsül içi lens implantasyonu cerrahisi güvenli ve etkili bir katarakt tedavisi yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, üveit, katarakt, fakoemülsifikasyon, enflamasyon

SUMMARY

The Results of Phacoemulsification in Cataract Patients with Behçet's Disease

Background: To evaluate the safety and efficacy of phacoemulsification with intraocular lens implantation (IOL) in patients with Behçet's disease.

(*) Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı
Yazışma adresi: Doç. Dr. Ahmet Özer, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı Eskişehir E-posta: aozero@ogu.edu.tr

Mecmuaya Geliş Tarihi: 18.06.2009
Düzeltilmeden Geliş Tarihi: 18.06.2009
Kabul Tarihi: 01.07.2009

Methods: Twenty-eight eyes of 21 patients with Behçet's disease that had phacoemulsification with hydrophobic foldable IOL implantation between 2002 and 2007 were retrospectively analyzed. All eyes were in remission with systemic immunosuppressive treatment for at least 3 months before surgery. Any particular pre-operative training procedure was not used. All surgeries were completed using a standardized phacoemulsification with clear corneal incision, and in-the-bag monoblock foldable hydrophobic acrylic IOL implantation. Postoperative findings were evaluated daily in first week, weekly in first month and then monthly after surgery. Postoperative best-corrected visual acuity, complications, degree of postoperative inflammation were determined.

Results: The mean age of the patients was 39.6 ± 12.8 years (range 16 to 58 years). The mean postoperative follow-up was 36.7 ± 13.9 months (range 12 to 79 months). Postoperative visual acuity increased in all eyes and was 0.3 logMAR or better in 18 eyes. Thirteen eyes had mild and two eyes had severe fibrinous uveitis postoperatively. Posterior capsule opacification occurred in 15 of eyes and Nd-YAG capsulotomy was required in all. Cystoid macular oedema was seen in 4 eyes, posterior synechiae formation was seen in 3 eyes, capsular phimosis was seen in 2 eyes, persistent corneal oedema was seen in one eye.

Conclusions: With diligent surgery and close postoperative follow up, phacoemulsification with in the bag intraocular lens implantation is safe and efficient method for cataract management in patients with Behçet's disease who are in remission preoperatively.

Key Words: Behçet's disease, uveitis, cataract, phacoemulsification, inflammation

GİRİŞ

Behçet Hastalığı'nda görme azalmasına yol açan birçok neden söz konusu olup bu nedenlerden birisi de katarakttır (1-3). Diğer katarakt türlerinde olduğu gibi Behçet Hastalığı'na bağlı katarakt olgularının tedavisi de cerrahi yöntemlerle yapılmaktadır (1-5). Üveitik katarakt olgularında ekstrakapsüler veya fakoemülsifikasyonla katarakt cerrahisi yanında vitrektomi ile kombine lensektomi ameliyatları uygulanabilecek cerrahi girişimlerdir (6-9). Antiinflamatuar tedavilerin yetersiz olduğu dönemlerde üveitik katarakt ameliyatlarında önemli komplikasyonlarla karşılaşılmaktaydı. Günümüzde üveitin ve komplikasyonların kontrolü, kullanılan ilaçlar, cerrahi teknikler ve malzemelerdeki gelişmeler ile üveitik kataraktların tedavisinde daha yüz güldürücü sonuçlar alınmaktadır (2-11). Fakoemülsifikasyonla katarakt tedavisinde küçük kesilerin kullanılması, göz içi basınç değişiminin daha stabil olması, opaklaşmış lensin irisle temas ettirilmeden kapsül içinde temizlenmesi, göz içi lensi (GİL)'nin kapsül içine konularak irisle temasının çok az düzeyde olması, çoğu olguda dikiş kullanılmaması gibi faktörler ameliyat sonrası inflamasyonun daha az ortaya çıkmasına neden olmaktadır (4-9).

Bu çalışmada fakoemülsifikasyonla lens ekstraksiyonu uygulanan Behçet Hastalığı'na bağlı kataraktlı olgularda ameliyat sonrası inflamasyon düzeyi, düzeltilmiş en iyi görme keskinlikleri ve diğer klinik bulgular değerlendirildi.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmada kliniğimizde 2002-2007 yılları arasında fakoemülsifikasyon ve hidrofobik katlanabilir İOL implantasyonu yapılan 21 Behçet Hastalığı olgusunun 28 gözü incelendi. Bütün olguların göz inflamasyon bulguları sistemik immünesupresif tedavi (2 mg/kg/gün Azatiyoprin tb, Imuran®, Glaxo Smith Kline) ile kontrol altındaydı. Ameliyat öncesi olguların en az 3 aylık bir dönemde aktif inflamasyon bulguları göstermemiş olmasına dikkat edildi. Göz içi basınç (GİB) yüksekliği gösteren olgular çalışmaya alınmadı. Hastalar çalışma hakkında bilgilendirilerek onayları alındı. Ameliyat öncesi için özel bir lokal tedavi yaklaşımı uygulanmadı. Ameliyatta fako uç girişi için temporal kadrandan şeffaf korneal insizyon, yan girişler için ana girişin 60°şar derece sağ ve sol yanları kullanıldı. Gereken olgularda iris lens yapışıklıkları spatül yardımı ile açıldı, kapsülöresis için yeterli pupil açıklığı olmayan olgularda dört veya beş adet çengelli iris ekartörü kullanılarak pupilla genişletildi. Matür kataraktı olan olgularda ön kapsül tripan mavisini ile boyanarak kapsülöresis yapıldı. Kapsülöresisi takiben nükleusta " + " şeklinde oluk oluşturuldu. Daha sonra nükleus bölünerek nükleus parçacıkları kapsül içinde fakoemülsifikasyonla temizlendi. Yumuşak nükleuslu olgularda nükleus temizliği oluklar oluşturulmadan yapıldı. Çift girişli irrigasyon aspirasyon yöntemi ile korteks temizliğinden sonra kapsül içi viskoelastik madde ile doldurularak

kapsül içine tek parça, hidrofobik, akrilik katlanabilir lens (Acrisof®, Alcon) konuldu. Aspirasyon irrigasyon ile viskoelastik madde temizliğini takiben kornea ödemlendirilerek yara yeri sızdırmazlığı sağlandı. Subkonjonktival antibiyotik (seftriakson) ve kortikosteroid (deksametazon) yapılarak ameliyat sonlandırıldı. Ameliyat sonrası olgulara % 0.3'lük ofloksasin damla (Exocin®, Allergan) günde 4 kez ve %0.1'lik deksametazon damla (Onadron®, İ.E.Ulagay) günde 6 kez olmak üzere başlandı. Ofloksasin damla iki hafta süreyle aynı dozda kullanılıp, kesildi. Deksametazon damla ikinci hafta günde 4 kez, üçüncü hafta günde iki kez, dördüncü hafta günde bir kez olmak üzere toplam dört hafta süreyle kullanıldı. Gereken olgularda tedaviye midriyatik sikloplejik damlalar eklendi. Olguların ameliyat sonrası ilk hafta her gün, ilk ay haftada bir daha sonra ayda bir olmak üzere kontrolleri yapıldı, biyomikroskopik muayene ile ön kamara hücre ve bulanıklık durumu, korneal ödem durumları değerlendirildi, pnömotometre ile GİB'ları ölçülerek kaydedildi.

Ön kamara hücre değerlendirilmesi tablo I, ön kamara flare değerlendirilmesi tablo II, korneal ödem değerlendirilmesi tablo III'deki ölçütlere göre yapıldı (2).

Sonuçlar SPSS ver. 10.0 paket programı ile değerlendirildi. Veriler "t testi" ve X2 ve varyans analizi ile karşılaştırıldı. p<0.05 olması anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Olguların 9'u kadın (11 göz) 12'i erkek (17 göz) olup yaş ortalaması 39.6±12.8 yıl (16-58) idi. Ameliyat sonra-

Tablo I. Maksimum aydınlatma ve büyütme ile yapılan biyomikroskop muayenesinde 1mm x 10mm boyutlarındaki çizgisel ışıktaki hücre sayısına göre ön kamara hücre düzeyi derecelendirmesi

Derece	Hücre Sayısı
0	5↓ hücre
+	5-10 hücre
++	11-20 hücre
+++	21-50 hücre
++++	50 ↑ hücre

Tablo 2. Biyomikroskop muayenesine göre ön kamara flare derecelendirmesi

Derece	Flare Düzeyi	Muayenedeki Özellik
0	Yok	-
+	Hafif	İris Detaylarında Hafif Bulanma
++	Orta	Plastik Aköz Görünümü Olmak Üzere
+++	Şiddetli	Plastik Aköz Görünümü
++++	Ağır	Fibrinoid Reaksiyon

Tablo 3. Biyomikroskop muayenesine göre korneal ödem derecelendirmesi

Derece	Muayenedeki Özellik
0	Ödem yok
+	Hafif epitelial ödem
++	İris ve ön kamara detaylarının görülmesini etkilemeyen ödem
+++	İris ve ön kamara detaylarının görülmesini etkileyen ödem
++++	İris ve ön kamaranın görülmesini engelleyen ödem

sı takip süresi ortalama 36.7±13.9 aydı (12-79). Ameliyat sonrası görme düzeyi bütün gözlerde artış gösterdi. Görme düzeyi 18 gözde 0.3 logMAR ve üzerindedi. Ameliyat sonrası 13 gözde hafif ve iki gözde ağır fibrinoid üveit bulguları görüldü. 15 gözde arka kapsül opasitesi gelişti ve hepsinde Nd-YAG kapsulotomi uygulandı. 4 gözde kistoid makula ödemi, 3 gözde arka sineşi, 2 gözde kapsüller fimozis ve 1 gözde persistan kornea ödemi görüldü. Tablo IV'de olguların ameliyat sonrası ön kamara hücre ve flare düzeyleri ile korneal ödem durumları gösterilmiştir. Olguların ameliyat öncesi görme düzeyi ortalama 0.79±0.36 logMAR, ameliyat sonrası 7. gün 0.26±0.11 logMAR olup anlamlı düzeyde artış görüldü. (p<0.001) Ameliyatlar sırasında üç gözde sineşilerin açılması sırasında hafif ön kamara hemorajisi görüldü. Bunların dışında bir komplikasyonla karşılaşmadı. Ameliyat sonrası ilk hafta içerisinde 13 gözde hafif 2 gözde ağır fibrinoidli üveit bulguları gelişti. Ağır fibrinoid reaksiyon gelişen olguların dışındaki olguların inflamasyon bulguları saat başı steroidli damla ile geriledi, fibrinoidleri kayboldu. Ağır fibrinoid reaksiyon gösteren olgulara bulguların steroid tedavisine cevap vermemesi ve ikinci haftaya kadar uzaması nedeni ile intrakameral doku plazminojen aktivatörü (tPA) uygulandı. Bu işlem için olgularda 0.1 mL ön kamara sıvısı alınarak, 0.1 mL (25 mg) tPA intrakameral verildi. Yaklaşık 5-6 saatte fibrinoid reaksiyon tümüyle kayboldu. Olguların takiplerin-

de fibrinoid reaksiyon tekrar gelişmedi. Takipler sırasında 15 gözde arka kapsül opasitesi gelişti ve bütün olgulara Nd-YAG lazer kapsülotomi uygulandı. Arka kapsül opasitesi gelişme süresi ortalama 8.9 ± 1.9 ay idi. Dört olguda kistoid maküla ödemi, 3 olguda arka sineşi, 2 olguda kapsüller fimozis, 1 olguda tedaviye dirençli korneal ödem görüldü. Kapsüller fimozis olgulara Nd-YAG lazer uygulandı ve görme düzeyinde artış sağlandı. Çalışmamızda topikal beta blokör ile kontrol altına alınabilen 3 olgu dışında GİB artışına rastlanmadı. Ameliyat öncesi ortalama 18.3 ± 3.8 mmHg olan GİB değerleri takipler sırasındaki ölçümlerde anlamlı değişim göstermedi. ($p > 0.05$)

TARTIŞMA

Behçet hastalığı, tekrarlayan oral aftlarla beraber genital ülser, göz ve cilt lezyonları, nörovasküler bulgular ve artrit gibi sistemik belirtilerin eşlik ettiği, nökslerle seyreden, inflamatuvar ve kronik bir hastalıktır. Katarakt, Behçet Hastalığı'nda görme azalmasına yol açan önemli nedenlerden birisi olup diğer katarakt türlerinde olduğu gibi tedavisi cerrahidir (1-5). Antiinflamatuvar tedavilerin yetersiz olduğu dönemlerde üveitik katarakt ameliyatlarında önemli komplikasyonlarla karşılaşılmaktayken, günümüzde üveitin ve komplikasyonların kontrolü, kullanılan ilaçlar, cerrahi teknikler ve malzemelerdeki gelişmeler ile daha yüz güldürücü sonuçlar alınmaktadır (8-12). Ameliyat sonrası inflamasyon kontrolü için değişik yaklaşımlar söz konusudur. İnflamasyon kontrolü için önemli yaklaşımlardan birisi ameliyat öncesi dönemde en az üç aylık bir süre içinde aktif üveit bulgularının kontrol altında olmasıdır. Çalışmamızda olguların ameliyat öncesi dönemde inflamasyon bulgularının sistemik immunosupresif tedavi ile kontrol altında olması sağlandı. Bu amaçla sistemik azatiyoprin kullanıldı. Azotioprin bir purin nükleosid analogu olup bağışıklık sisteminde inflamatuvar yanıtın son kademesini, yani yanıt oluşturan hücreleri etkiler. Periferik T ve B lenfositlerin sayısını, interlökin-2 sentezini ve Ig M üretimini azaltır. Behçet Hastalığı'nın yanı sıra organ nakillerinde, romatoid artrit, psöriatik artrit ve Reiter sendromunda da kullanılır (13). Katarakt ameliyat sonrası inflamasyonu azaltmak amacıyla uygulanan bir başka yaklaşım ise ameliyat öncesi gerek topikal gerekse sistemik kortikosteroid kullanımınıdır (2-12). Ancak çalışmamızda ameliyat öncesi herhangi bir kortikosteroid tedavi protokolü uygulanmadı. Olgularımızda ameliyat sonrası dönemde ön kamarda hücre varlığı ile kendini gösteren inflamasyon bulguları steroidli damlalar ile geriledi. Ameliyat sonrası ilk hafta içerisinde 13 gözde hafif 2 gözde ağır fibrinoidli

üveit bulguları gelişti. Hafif fibrinoid reaksiyon gelişen olguların inflamasyon bulguları saat başı steroidli damla ile geriledi, fibrinoidleri kayboldu. Ağır fibrinoid reaksiyon gösteren olgularda inflamasyon bulgularının şiddetli olması, ameliyat sırasında miyotik pupil nedeniyle iris çengellerinin kullanılmasına bağlandı. İris çengellerinin kullanıldığı, arka sineşilerin açıldığı, spatülle pupil genişletmeye yönelik işlemlerin uygulandığı diğer olgularda da ön kamara reaksiyonları daha belirgindi. Daha önce yapılan çalışmalarda da belirtildiği gibi irisle temasın olduğu girişimlerde kan aköz bariyerinin bozulması nedeniyle daha yoğun inflamasyon bulguları oluşmaktadır (14-16). Ameliyat sonrası oluşan inflamasyon bulguları topikal steroid dozunun artırılması, gerektiğinde sistemik steroidlerin ve immunosupresiflerin tedaviye eklenmesi ile kontrol altına alınabilir. Ancak bazen fibrinoid reaksiyonlar tedaviye direnç gösterebilir. Bu gibi durumlarda aminokaproik asit ve doku plazminojen aktivatörü (tPA) gibi maddeler tedaviye eklenebilir (17,18). Çalışmamızdaki ağır fibrinoid reaksiyon gösteren olgunun bulguları da ön kamara tPA verilmesi ile düzeldi. Çalışmamızda olgularımızın hiçbirinde iris yakalanmasına rastlanmadı. Bu durumun GİL'in kapsül içi yerleştirilmesi nedeni ile iris ile temasının minimal olmasından kaynaklandığını düşünüyoruz. Çalışmamızda en sık karşılaşılan komplikasyon arka kapsül opaklaşmasıydı. Literatürde de arka kapsül opaklaşması sıklıkla rastlanılan bir durumdur (3-5). Arka kapsül opaklaşmasını engellemeye yönelik olarak şimdiye kadar çok çeşitli tedavi yöntemleri denenmiş ancak etkin bir sonuç alınmamıştır (19-22). Üveitik kataraktlı olgularda inflamasyon bulgularının daha belirgin olması arka kapsül opasitelerinin daha sık ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Çalışmamızda arka kapsül opasitesi gelişen olgulara Nd-YAG lazer kapsülotomi uygulandı ve lazer sonrası topikal steroid tedavisi ile kontrol altına alınmayan inflamasyon olmadı. Kapsüller fimozis üveitik kataraktlı gözlerde karşılaşılabilen, kapsülle ilgili bir diğer komplikasyondur. Ön kapsül açıklığı ileri derecede azalarak görme azalmasına neden olabilir. Ancak Nd-YAG kapsülotomi ile bu tür olgularda da olumlu sonuçlar alınmaktadır. Çalışmamızda görülen iki kapsüller fimozisli olguda Nd-YAG kapsülotomi ile görme artışı sağlandı. Üveitik katarakt olgularında rastlanılan bir diğer istenmeyen durum göz içi basınç yükselmesidir. GİB artışı inflamasyona, açının inflamatuvar materyalle tıkanmasına, periferik ön sineşiye veya steroid kullanımına bağlı olarak görülebilir. Çalışmamızda topikal β blokör ile kontrol altına alınabilen 3 olgu dışında GİB artışına rastlanmadı. İnflamasyonu kontrol altına alınmış olgularda antiinflamatuvar tedavi için idame tedavide GİB basıncı üzerine daha az etkili kortikosteroidler kullanılabilir (23).

Çalışmamızda 4 olguda kistoid maküla ödemi görüldü. Kistoid maküla ödeminin tedavisine yönelik olarak çeşitli yaklaşımlar söz konusudur (24-26). Olgularımızda topikal kortikosteroid ve kortikosteroid dışı ilaçlar ile yanıt alınamaması üzerine intravitreal triamsinolon tedavisi uygulandı. Ancak olgularımızda kistoid maküla ödemi düzelmesine rağmen görme düzeylerinde bir artış meydana gelmedi.

Sonuç olarak, ameliyat öncesinde inflamasyon bulguları kontrol altına alınmış Behçet hastalarında dikkatli cerrahi ve ameliyat sonrası düzenli takipler ile fakoemülsifikasyon ve kapsül içi lens implantasyonu cerrahisi güvenli ve etkili bir katarakt tedavisi yöntemidir.

KAYNAKLAR

1. Kansu T, Kadayıfçılar S. Visual aspects of Behçet's disease. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2005; 5: 382-8.
2. Süllü Y, Oge I, Erkan D. The results of cataract extraction and intraocular lens implantation in patients with Behçet's disease. *Acta Ophthalmol Scand* 2000; 78: 680-3.
3. Kadayıfçılar S, Gedik S, Eldem B, Irkeç M. Cataract surgery in patients with Behçet's disease. *J Cataract Refract Surg* 2002; 28: 316-20.
4. Berker N, Soykan E, Elgin U, Ozkan SS. Phacoemulsification cataract extraction and intraocular lens implantation in patients with Behçet's disease. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging* 2004; 35: 215-8.
5. Kawaguchi T, Mochizuki M, Miyata K, Miyata N. Phacoemulsification cataract extraction and intraocular lens implantation in patients with uveitis. *J Cataract Refract Surg* 2007; 33: 305-9.
6. Özer A, Kara S, Yıldırım N, Erol N, Yurdakul S. Üveitik kataraktlı olgularda fakoemülsifikasyon sonuçlarımız. *MN Oftalmoloji* 2006; 13: 23-27.
7. Akçetin TA, Akkan F, Eltutar K. Üveitli hastalarda fakoemülsifikasyon yöntemiyle katarakt cerrahisi özellikleri ve sonuçları. *T Oft Gaz* 2005; 35: 113-117.
8. Ganesh SK, Babu K, Biswas J. Phacoemulsification with intraocular lens implantation in cases of pars planitis. *J Cataract Refract Surg* 2004; 30: 2072-6.
9. Androudi S, Ahmed M, Fiore T, Brazitikos P, Foster CS. Combined pars plana vitrectomy and phacoemulsification to restore visual acuity in patients with chronic uveitis. *J Cataract Refract Surg* 2005; 31: 472-8.
10. Tutkun İT, Yayıoğlu RA, Urgancıoğlu M. Nonsteroid Anti-İnflamatuvar İlaçların Oftalmolojide Kullanımı. *T Oft Gaz* 1999; 29: 86-96.
11. Wadood AC, Armbrrecht AM, Aspinall PA, Dhillon B. Safety and efficacy of a dexamethasone anterior segment drug delivery system in patients after phacoemulsification. *J Cataract Refract Surg* 2004;30:761-8.
12. Meacock WR, Spalton DJ, Bender L, et al. Steroid prophylaxis in eyes with uveitis undergoing phacoemulsification. *Br J Ophthalmol* 2004; 88: 1122-4.
13. Jabs DA, Rosenbaum JT, Foster S, et al. Guidelines for the use of immunosuppressive drugs in patients with ocular inflammatory disorders: Recommendations of an expert panel. *Am J Ophthalmol* 2000; 130: 492-513.
14. Kuchle M, Naumann GO. Intraocular inflammation after cataract surgery. *Ophthalmology* 2003; 110: 1269-70.
15. Nguyen NX, Kuchle M, Naumann GO. Quantification of blood-aqueous barrier breakdown after phacoemulsification in Fuchs' heterochromic uveitis. *Ophthalmologica* 2005; 219: 21-5.
16. Berker N, Soykan E, Elgin U, Ozkan SS. Phacoemulsification cataract extraction and intraocular lens implantation in patients with Behçet's disease. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging* 2004; 35: 215-8.
17. Jabbur NS. Excessive fibrin after cataract surgery associated with aminocaproic acid use. *J Cataract Refract Surg* 2003; 29: 1636-7.
18. Erol N, Ozer A, Topbas S, Yıldırım N, Yurdakul S. Treatment of intracameral fibrinous membranes with tissue plasminogen activator. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging* 2003; 34: 452-456.
19. Alio JL, Chipont E, BenEzra D, Fakhry MA; International Ocular Inflammation Society, Study Group of Uveitic Cataract Surgery. Comparative performance of intraocular lenses in eyes with cataract and uveitis. *J Cataract Refract Surg*. 2002; 28: 2096-108.
20. Özer A, Erol N, Şahin A, Başmak H. Ön ve arka kapsül opaklaşmasında ön kapsül temizliğinin sonuçları. *Glo-Kat* 2008; 3: 193-195.
21. Abela-Formanek C, Amon M, Schild G, et al. Inflammation after implantation of hydrophilic acrylic, hydrophobic acrylic, or silicone intraocular lenses in eyes with cataract and uveitis: comparison to a control group. *J Cataract Refract Surg* 2002; 28: 1153-9.
22. Tassignon MJ, De Groot V, Vrensen GF. Bag-in-the-lens implantation of intraocular lenses. *J Cataract Refract Surg* 2002;28:1182-8.
23. Özer A, Erol N, Yıldırım N, Yurdakul S. Komplike olmayan ön üveit olgularında deksametazon %0.1, florometalon %0.1 ve rimeksolon %0.1 damlanın inflamasyon ve gözüçi basıncı üzerine etkileri. *T Oft Gaz* 2001; 31: 40-46.
24. Rho DS. Treatment of acute pseudophakic cystoid macular edema: Diclofenac versus ketorolac. *J Cataract Refract Surg* 2003;29:2378-84.
25. Marullo M, Perilli R, Balestrazzi E. Intravitreal triamcinolone in cystoid macular edema due to uveitis and repeated surgery after a penetrating trauma. *Eur J Ophthalmol* 2004;14:581-3.
26. Muccioli C, Belford R. Cataract surgery in patients with uveitis. *Int Ophthalmol Clin* 2000; 40:163-73.