

Konjunktivaşalazisde Klinik Özellikler

Halit Oğuz (*), Sezin Karadede (**), Tacettin Gürkan (***)

ÖZET

Amaç: Konjunktivaşalazis ("conjunctivochalasis") yaşlılarda sık görülen ancak genellikle gözden kaçan bir konjunktiva hastalığıdır. Çalışmamızda konjunktivaşalazis tanısı konulan olgularımızın semptom ve bulgularının sunulması ve hastalığın irdelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Gözlerinde yanma, batma, yabancı cisim hissi, yorulma, kızarıklık, yaşarma ve sulanma yakınmalarıyla kliniğimize başvuran 39 olgunun oftalmolojik muayeneleri yapıldı. Bu olguların 74 gözünde konjunktivaşalazis tanısı konuldu. Ayrıca patolojiye eşlik eden diğer oküler yüzey hastalıkları değerlendirildi.

Bulgular: Bütün olgularda alt bulber konjunktiva glob ile kapak kenarı arasında gevşekti ve katlantılar gösteriyordu. Konjunktivaşalazisli gözlerin ayrıca 18'inde (%24.3) pinguekula, üçünde (%4.05) pterijium saptandı. Bilateral konjunktivaşalazisli üç olguda da ek patoloji olarak dermatoşalazis gözlemlendi. Semptomları olan konjunktivaşalazisli hastaların hepsi topikal yapay göz yaşı ve steroid (florometalon veya rimeksolon) tedavisinden yararlandılar, yakınmaları azaldı veya tamamen kayboldu.

Sonuç: Konjunktivaşalazisli olgular genellikle kuru göz semptomları ve/veya epifora yakınmalarıyla başvurumaktadırlar. Konjunktivaşalazis titiz bir oftalmolojik muayenede gözden kaçmayan, medikal ve cerrahi tedavisi olan bir hastalıktır.

Anahtar Kelimeler: Konjunktivaşalazis, kuru göz, epifora

SUMMARY

Clinical Characteristics of Conjunctivochalasis

Purpose: Conjunctivochalasis is a conjunctiva disorder in which it is frequently seen in elderly cases, but usually overlooked. In the present study we aimed to present the symptoms and signs of the patients with conjunctivochalasis, and to discuss the disorder.

Methods: The 39 cases applied to our clinic with the symptoms such as burning, foreign body sensation, stinging, dryness, ocular fatigue, redness, and tearing. In ophthalmologic examinations of them, conjunctivochalasis was diagnosed in the 74 eyes. Other ocular surface disorders were evaluated associated with the conjunctivochalasis.

(*) Yrd. Doç. Dr., Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa

(**) Prof. Dr., Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa

(***) Araş. Gör. Dr., Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Not: Bu çalışmadaki bulguların bir kısmı 23-26 Eylül 2001 tarihlerinde İzmir'de yapılan TOD XXXV. Ulusal Oftalmoloji Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

Mecmuaya Geliş Tarihi: 19.10.2001
Kabul Tarihi: 11.11.2001

Results: In all cases, the inferior bulber conjunctiva between globe and the lower eyelid was redundant and was showing foldings. We noted that 24.3% (18 eyes) of eyes with conjunctivochalasis were associated with pinguecula and 4.05% (three eyes) with pterygium. We also observed bilateral dermatochalasis in three cases with bilateral conjunctivochalasis. We noted that all symptomatic patients experienced decrease or relief of symptoms after topical artificial tears and steroid (fluoromethalon or rimexolon) treatments.

Conclusions: The patients with conjunctivochalasis apply to clinic with dry eye symptoms and/or epiphora complaints. Conjunctivochalasis, in which there is both medical and surgical treatment methods for it, cannot be overlooked in a meticulous ophthalmologic examination.

Key Words: Conjunctivochalasis, dry eye, epiphora

GİRİŞ

İlk defa konjunktivaşalazis terimi 1921 yılında Braunschweig (1) ve daha sonra 1942'de Hughes tarafından glob ile alt kapak arasında bol, gevşek, katlantılı, nonödematöz alt bulber konjunktivayı tanımlamak için kullanılmıştır (2). Konjunktivaşalazis ("Conjunctivochalasis") terimi Yunanca'dan alınmış olup "konjunktivanın gevşemesi" anlamına gelmektedir. Sıklıkla yaşlılarda ve genellikle bilateral olarak görülür. Alt kapağın iç, santral veya dış kısmında lokalize olabilir (2).

Konjunktivaşalazisde hastalar asemptomatik olabileceği gibi çeşitli klinik semptomlarla da başvurabilirler. Konjunktivaşalazis hafif şekillerinde hem gözyaşı menisküsü ile etkileşerek, onu ortadan kaldırarak veya bozarak hem de göz kapağı kırpmaya refleksini etkileyerek gözyaşı stabilitesini bozabilir (Şekil 1 A). Orta derecedeki şekillerinde punktumu tıkayarak gözyaşı dış akımını bozabilir ve epifora şikayetlerine yol açabilir (Şekil 1 B). Ciddi şekillerinde ise gece oluşan lagofthalmi ve delen gibi sorunlara yol açabilir (2-5).

Çalışmamızda kliniğimizde konjunktivaşalazis tanısı konulan olguların semptom ve bulgularının sunulması ve literatür ışığında irdelenmesi amaçlanmıştır.

OLGULAR ve YÖNTEM

Çalışmamız Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalında konjunktivaşalazis tanısı konulan yaşları 42-71 arasında (ortalama±standart sapma; 61.26±9.2) olan 16'sı kadın ve yaşları 25-83 arasında (56.9±14.07) olan 23'ü erkek toplam 39 olgunun 74 gözünü kapsamaktadır. Hastalar kliniğimize başvurduklarında ayrıntılı anamnezleri alındı ve oftalmolojik muayeneleri yapıldı. Biyomikroskopik muayenede özellikle glob ile alt kapak kenarı arasındaki bulber konjunktiva tüm kapak boyunca değerlendirildi. Alt kapak ile glob arasında gevşek, bol ve yer yer kıvrımlar gösteren alt bulber konjunktiva saptandığında konjunktivaşalazis tanısı konuldu. Tipik konjunktivaşalazisli olguların fotoğ-

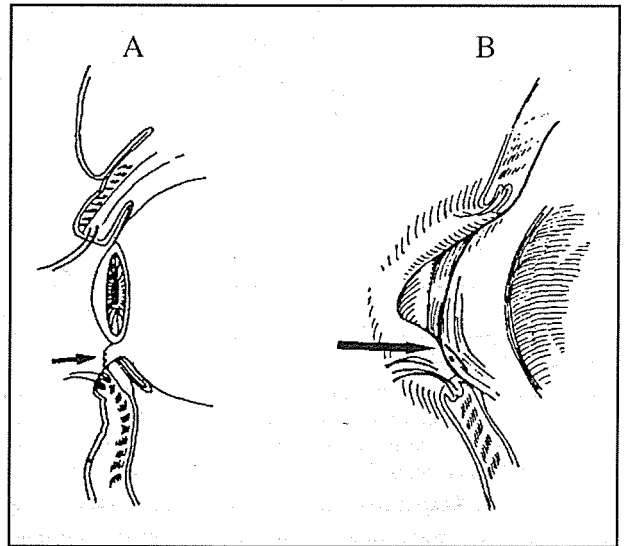
rafları alındı. Yine bazı olgularda floreseinle gözyaşı boyanarak gevşek veya sarkık konjunktiva kıvrımları, katlantıları daha belirgin hale getirilerek fotoğraflandı. Oftalmolojik muayenede konjunktivaşalazis saptandıktan sonra ise hastalık LIPCOF evrelemesine (Tablo 1) (2,6) göre evrelendirildi. Meller ve arkadaşları (2) tarafından diğer bir evreleme sistemi geliştirilmiştir. Bu evreleme sistemi daha ayrıntılıdır (Tablo 2). Ancak çalışmamızda daha basit ve pratik olan LIPCOF evrelemesi kullanılmıştır.

Şekil 2 ve 3'de konjunktivaşalazisli iki olgumuzun renkli ve floreseinli resimleri görülmektedir.

BULGULAR

Kliniğimizde konjunktivaşalazis tanısı konulan 39 olgunun 11'i asemptomatik iken, 18 hasta gözlerinde

Şekil 1. Konjunktivaşalazisin sebep olduğu göz yaşarmasının mekanizmasının şematik olarak gösterilmesi. A: Bol konjunktiva alt gözyaşı menisküsünü etkilemektedir (okla gösterilmektedir). B: Bol konjunktiva alt punktumu tıkamaktadır (okla gösterilmektedir).



Tablo 1. LIPCOF evrelemesi (2,6)

Evre	Kıvrımların sayısı ve gözyaşı menisküsü yüksekliği ile ilişkisi
0	Dirençli olmayan kıvrım
1	Tek, küçük kıvrım
2	İkiden daha fazla ve gözyaşı menisküsünden daha yüksek olmayan kıvrımlar
3	Çok sayıda ve gözyaşı menisküsünden daha yüksek olan kıvrımlar

yanma, batma, yabancı cisim hissi, kırmızılık, yorulma yakınmaları ile başvurmuşlardı. Kalan 10 hastada bu yakınmalara ek olarak gözlerde yaşarma, sulanma yakınması da vardı. 39 olgunun 35'inde konjonktivaşalazisin bilateral olduğu, dört olgunun ise yalnızca bir gözlerinde konjonktivaşalazis olduğu görüldü. Bilateral konjonktivaşalazisli olguların dördünde gözler arasında konjonktivaşalazisin evreleri bakımından farklılık olduğu saptandı. LIPCOF evrelemesine göre konjonktivaşalazisli gözlerin dağılımı Tablo 3'de gösterilmiştir. Tabloda da gösterildiği gibi evre 1 en fazla (%47.3) gözlenmiştir. Bunu sırasıyla evre 2 (%44.6) ve evre 3 (%8.1) konjonktivaşalazisli gözler izlemektedir.

Tablo 3. Konjonktivaşalazisli olgularımızın evrelere göre dağılımı

Evreler	Göz sayısı (n)	%
Evre 0	-	-
Evre 1	35	47.3
Evre 2	33	44.6
Evre 3	6	8.1
Toplam	74	100

Konjonktivaşalazisli gözlerin 18'inde (%24.3) pinguekula, üçünde (%4.05) pterijium saptanmıştır. Bilateral konjonktivaşalazisli üç olgu da ek patoloji olarak dermatoşalazis gözlenmiştir.

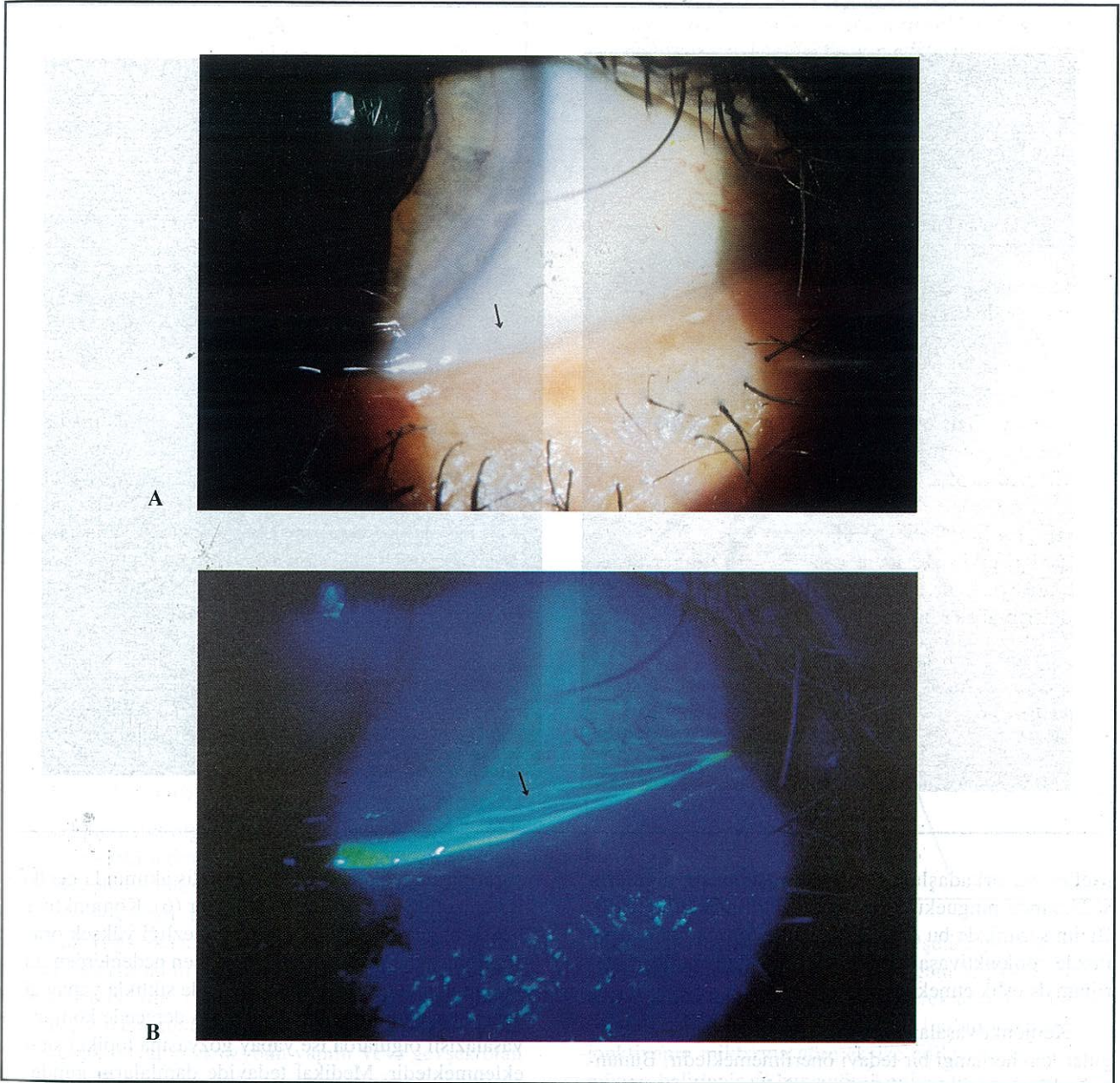
Konjonktivaşalazis tanısı konulan semptomatik hastalara topikal yapay gözyaşı ve steroid (florometalon veya rimeksolon) tedavisi günde üç veya dört defa olmak üzere üç hafta süreyle uygulandı. Tedavi sürecinde ve bitiminde hastaların hepsi tıbbi tedaviden yarar gördüklerini ve semptomlarda hafifleme olduğunu veya tamamen kaybolduğunu bildirdiler. Bizim olgularımızın hiçbirinde cerrahi tedaviye başvurulmadı.

Tablo 2. Konjonktivaşalazis için yeni evreleme sistemi (2)

Lokalizasyon	Gözyaşı Menisküsü ile Kıvrımların İlişkisi	Punktal Oklüzyon	Aşağı Bakışta Değişiklikler	Dijital Basınçla Değişiklikler
0	A	O+	G↑	P↑
1	B	O-	G↔	P↔
2	C		G↓	P↓
3				
0: Yok	A:<Gözyaşı menisküsü	O+ = Punktum tıkanıklığıyla birlikte nazal lokalizasyon	G↑ = Aşağı bakışta şalazisin yüksekliği ve derecesi artar	P↑ = Dijital basınçla şalazisin yüksekliği ve derecesi artar
1: Bir bölgede	B:= Gözyaşı menisküsü	O- = Punktum tıkanıklığı olmaksızın nazal lokalizasyon	G↔ = Hiç farklılık olmaz	P↔ = Hiç farklılık olmaz
2: İki bölgede	C:>Gözyaşı menisküsü		G↓ = Aşağı bakışta şalazisin yüksekliği ve derecesi azalır	P↓ = Dijital basınçla şalazisin yüksekliği ve derecesi azalır
3: Tüm kapak boyunca				

Bu evreleme sisteminde bol konjonktivanın derecesi şu şekilde evrelenir. Evre 1=Bir bölgede, 2= İki bölgede, 3= Tüm kapak boyunca bol konjonktiva vardır. Evre 1 ve 2 için daha ileri olarak bir evreleme yapılabilir. Konjonktivaşalazis alt kapağın temporalinde, ortasında (limbusun hemen alt kısmında) ve nazal kısmında olmak üzere sırasıyla T,M,N şeklinde isimlendirilebilir. Her bölge için (T,M,N) gözyaşı menisküsünün yüksekliği ile kıvrımların yüksekliği karşılaştırılarak daha ileri bir tanımlama yapılabilir. Kıvrımların yüksekliği gözyaşı menisküsünden küçük ise A, eşit ise B ve daha büyük ise C olarak tanımlanır. Nazalde lokalize olan konjonktivaşalazis için şalazisin derecesi onun alt punktumu tıkayıp tıkanmadığına göre değerlendirilir. Her lokalizasyondaki şalazis için şalazisin yüksekliği gözyaşı menisküsü yüksekliği ile karşılaştırılarak daha ileri bir evreleme yapılabilir. Gözyaşı menisküsünden daha küçük ise G↓, yükseklikleri aynı ise G↔, ve şalazisin boyu daha yüksek ise G↑ şeklinde evrelenir. Yine dijital basınçla daha kötü oluyorsa P↑, aynı kalıyorsa P↔, küçülüyorsa P↓ şeklinde evrelenir.

Şekil 2. Alt kapak kenarında konjunktiva kıvrımlarının görüldüğü bir olgunun renkli (A) ve floreseinli resmi (B) (Konjunktiva katlantıları oklarla gösterilmektedir).

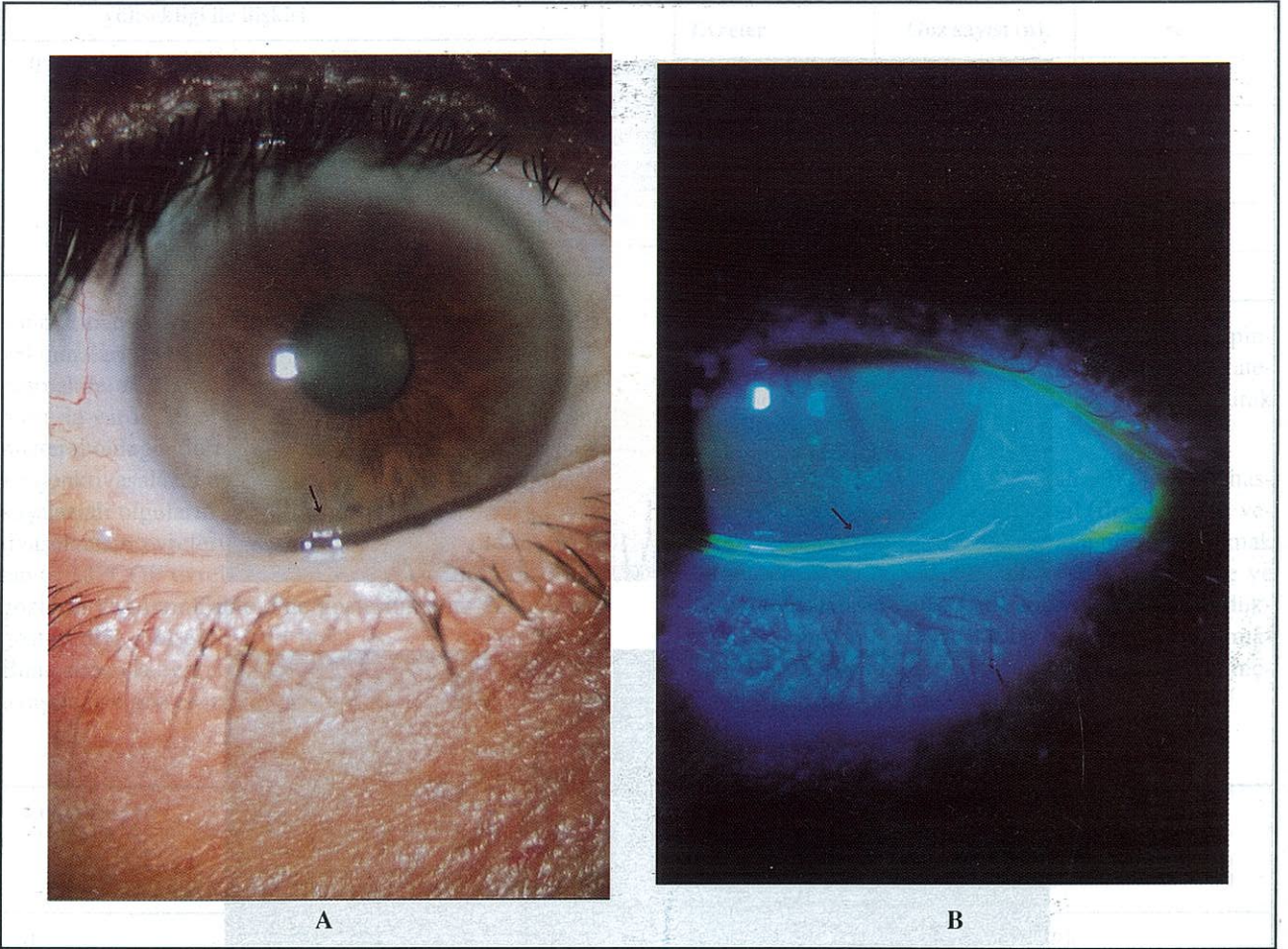


TARTIŞMA

Konjunktivaşalazisin yaşlılığa bağlı olarak gelişen bir patoloji olduğu ileri sürülmüştür (1,2). Etyopatogenezi hakkında ise çok sayıda ve henüz tam olarak netlik kazanmamış hipotezler vardır. Etyopatogeneizde ilk olarak inflamasyon suçlanmıştır (2). Ayrıca kuru göz ve konjunktivaşalazis arasındaki ilişki dikkat çekmiş ve bu birliktelik üzerinde durulmuştur. Çünkü konjunktivaşalazis ile dermatoşalazis arasında ve dermatoşalazis ile de kuru göz arasında yakın ilişki vardır (2,7). Bizim kon-

jonktivaşalazisli üç olgumuzda bilateral dermatoşalazis gözlenmiştir. Yine konjunktivaşalazisin kendisi de gözyaşı stabilitesini bozabilmektedir (2,8,9). Bunun sonucu olarak hastalar kuru göz semptom ve bulguları ile başurmaktadır. Konjunktivaşalazis ile pinguekulanın birlikteliğinin gösterilmesi (5) elastotik dejenerasyonun da konjunktivaşalazisin etyopatogenezinde rol oynayabileceğini düşündürmüştür. Çünkü elastotik dejenerasyon pinguekula ve pterijiumun ortak histopatolojik özelliğidir (10,11) ve aktinik hasarın bir göstergesidir (10).

Şekil 3. Alt kapak kenarında konjonktiva kıvrımlarının görüldüğü bir olgunun renkli (A) ve floreseinli resmi (B) (Konjonktiva katlantuları oklarla gösterilmektedir).



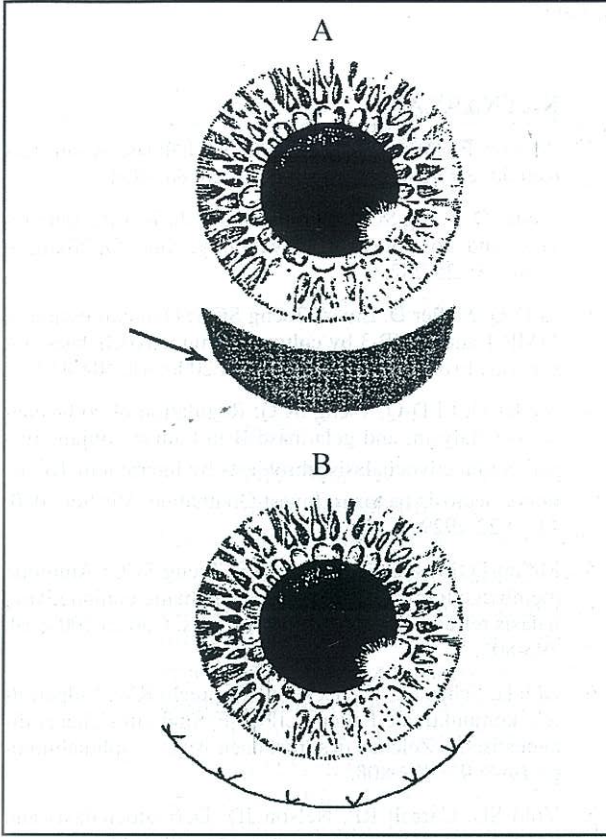
Meller ve arkadaşları konjonktivaşalazisli olguların %25.5'inde pinguekula olduğunu bildirmektedirler (5). Bizim serimizde bu oran %24.3'dür. Ayrıca bizim serimizde konjonktivaşalazisli gözlerin üçünde tabloya pterijium da eşlik etmektedir.

Konjonktivaşalazis tanısı konulan asemptomatik olgular için herhangi bir tedavi önerilmemektedir. Bununla birlikte semptomatik hastalar için medikal ve/veya cerrahi tedavi yöntemleri vardır. Gözyaşı stabilitesinde bozulma kuru gözün tipik semptomları olan yanma, yabancı cisim hissi, gözün uzun süre kullanılmasından sonra yorulması ve hatta ciddi olgularda ağrı ve fotofobi yakınmaları ile kendini göstermektedir (5). Hafif konjonktivaşalazisde görülen bu semptom ve bulgulara ek olarak orta derecedeki konjonktivaşalazisde gecikmiş gözyaşı klerensi de söz konusudur. Bu durumdaki olgularda konjonktivada hiperemi, kaşıntı, mukus birikimi ve sabahları gözkapaklarında yapışma yakınmaları vardır (5,9). Gözyaşı stabilitesinin bozulması refleks göz

yaşarmasına yol açabilir. Gözyaşı dış akımında gecikme ise epizodik epiforaya sebep olabilir (6). Konjonktivaşalazisli olgularda aköz gözyaşı yetmezliği yüksek oranda söz konusudur (5). Yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı semptomatik olguların tedavisinde sıklıkla yapay gözyaşına başvurulmaktadır (2,5). Orta derecede konjonktivaşalazisli olgularda ise yapay gözyaşına topikal steroid eklenmektedir. Medikal tedavide damlaların günde üç defa olmak üzere üç hafta süreyle uygulanması önerilmektedir (5,9). Bizim olgularımız da ağırlıklı olarak evre 1 ve 2'de yer aldıkları için (orta derecede konjonktivaşalazis) günde üç veya dört defa olmak üzere üç haftalık topikal yapay gözyaşı ve steroid tedavisi uygulanmıştır. Tedavi sırasında ve bitiminde hastalarımızın yakınmaları azalmış veya tamamen kaybolmuştur. Yapay gözyaşı uygulaması ile birlikte punktum oklüzyonu yapanlar da vardır (5).

Geceleyin konjonktivanın açıkta kalmasını önlemek için göz kapaklarının rondelle kapatılmasını öneren ya-

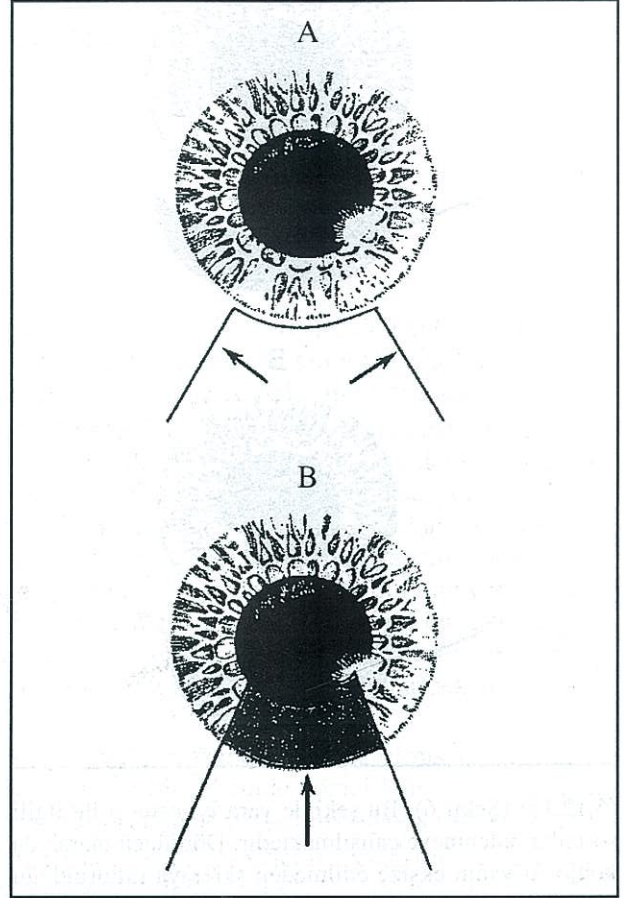
Şekil 4. Bol konjunktiva yarım ay şeklinde eksize edilir (A) ve defekt separe sütürlerle kapatılır (B).



zarlar da vardır (2). Bizim olgularımızda bu tür tedavi gereksinimi olmamıştır.

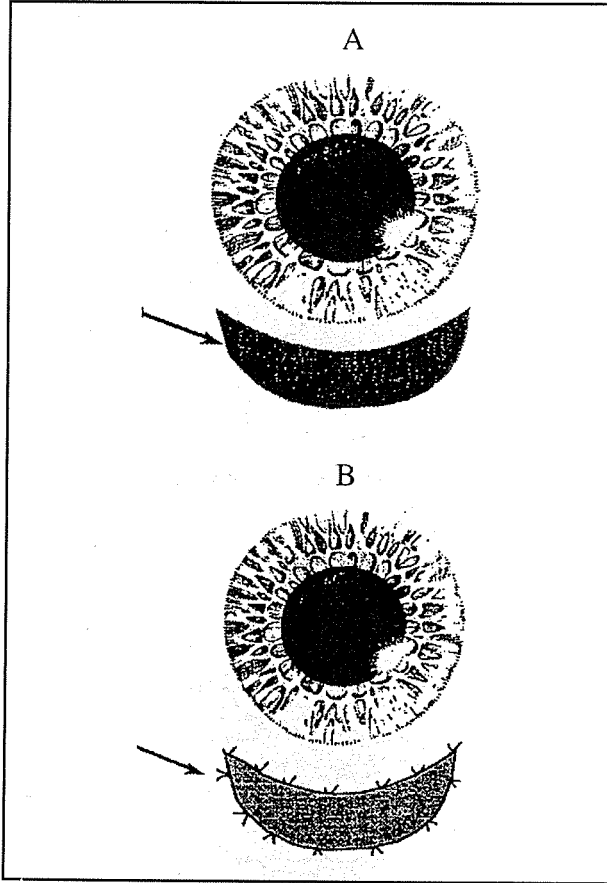
Semptomatik olgularda medikal tedavi yetersiz kaldığında cerrahi tedaviye başvurulur. Ancak epifora yakınması olan olgularda kapak gevşekliği, trikiyazis, entropium, ektropium, punktum stenozu, nazolakrimal kanal tıkanıklığı, paranasal sinüs hastalıkları, allerjik durumlar ve distroid oftalmopati ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır (1,2). Konjunktivaşalazisin cerrahi tedavisi için başvuru yöntemlerinin hemen hepsinde bol olan konjunktivanın eksizyonu yapılır veya gevşek olan bulber konjunktiva skleraya sütüre edilir. Literatürde başlıca dört yöntemle rastlanmıştır: En sık uygulandığı bildirilen teknikte limbustan 5 mm uzakta alt bulber konjunktiva ay şeklinde eksize edilir ve konjunktiva emilebilir sütürlerle kapatılır (2) (Şekil 4). Ancak absorbe olmayan 10-0 naylon sütür kullanan cerrahlar da vardır (kişisel görüşme ve gözlem; Dr. Norihiko Yokoi, Kyoto Prefectural University of Medicine, Göz Hastalıkları Kliniği, Kyoto, Japonya). Böylece naylon sütür kullanılan olgularda postoperatif inflamasyonun minimal olduğu ileri sürülmektedir. Serrano ve Mora (1) tarafından geliştirilen diğer bir teknikte ise 90 derecelik

Şekil 5. 90 derecelik inferior peritomi yapılır ve iki gevşetici insizyonla alt konjunktiva forniksine doğru kesi genişletilir (A). Konjunktiva tenondan disseke edilerek ayrılır ve korneaya doğru çekilir. Saat 6'daki limbusu geçen konjunktivanın miktarına göre eksize edilecek konjunktiva miktarı belirlenir ve buna göre konjunktiva eksize edilir (B).



inferior peritomi yapılır ve iki gevşetici insizyonla alt konjunktiva forniksine doğru kesi genişletilir (Şekil 5). Konjunktiva tenondan disseke edilerek ayrılır ve korneaya doğru çekilir. Saat 6 hizasında limbusu geçen konjunktivanın miktarına göre eksize edilecek konjunktiva miktarı belirlenir ve buna göre konjunktiva eksize edilir. Bol konjunktivanın eksizyonu yapıldıktan sonra limbusta yaklaşık 1 mm uzaklıkta konjunktiva episkleraya iki adet 10-0 naylon sütürle tutturulur. Her iki cerrahi yöntemde de fazla miktarda konjunktivanın eksize edilmesine özen gösterilmez. Böylece görülebilir skarlaşma, alt kapakta sikatrisyel entropium, alt konjunktiva forniksinde daralma, glob motilitesinde kısıtlama gibi sorunların gelişmesi önlenir (1,2). Diğer bir yöntemde de bol konjunktivanın eksizyonundan sonra oküler yüzey rekonstrüksiyonu için amniyotik membran transplantasyonu uygulaması yapılmaya başlanmıştır

Şekil 6. Bol konjunktiva yarım ay şeklinde eksize edilir (A). Oluşan defekt amniyotik membranla ve separe sütürler yardımıyla kapatılır (B).



(5,12,13) (Şekil 6). Bu şekilde yara iyileşmesi ile ilgili sorunlar önlenmeye çalışılmaktadır. Dördüncü olarak da konjunktivanın eksize edilmeden skleraya tutturulduğu bir yöntem tanımlanmıştır. Burada 6-0 Vicryl sütür ile alt bulber konjunktiva limbustan 8 mm uzakta skleraya sütüre edilir (14). Bu şekilde konjunktivanın aşırı rezeksiyonu ve böylece alt forniks daralması ve buna bağlı olarak da motilite kısıtlaması ve kornea sorunlarının önlenebileceği ileri sürülmektedir.

Sonuç olarak özellikle yaşlılarda görülen bu konjunktiva patolojisi kuru göz semptomları, oküler irritasyon ve epifora yakınmaları ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda göz önünde tutulmalıdır. Çünkü konjunktivaşalazisli olgular medikal ve cerrahi tedaviden yararlanmaktadırlar.

Not: Şekil 1,4,5,6'daki şemalar yazar ve yayınevini izni ile "Meller D, Tseng SCG. Conjunctivochalasis: Literature review and possible pathophysiology. Survey of Ophthalmology 1998; 43:225-232."den alınmıştır.

sis: Literature review and possible pathophysiology. Survey of Ophthalmology 1998; 43:225-232."den alınmıştır.

KAYNAKLAR

1. Serrano F, Mora LM: Conjunctivochalasis: A surgical technique. Ophthalmic Surg 1989; 20: 883-884.
2. Meller D, Tseng SCG: Conjunctivochalasis: Literature review and possible pathophysiology. Surv Ophthalmol 1998; 43:225-232.
3. Li D-Q, Meller D, Liu Y, Tseng SCG: Overexpression of MMP-1 and MMP-3 by cultured conjunctivochalasis fibroblasts. Invest Ophthalmol Vis Sci 2000; 41: 404-410.
4. Meller D, Li D-Q, Tseng SCG: Regulation of collagenase, stromalysin, and gelatinase B in human conjunctival and conjunctivochalasis fibroblasts by interleukin-1 β and tumor necrosis factor- α . Invest Ophthalmol Vis Sci 2000; 41: 2922-2929.
5. Meller D, Maskin SL, Pires RTF, Tseng SCG: Amniotic membrane transplantation for symptomatic conjunctivochalasis refractory to medical treatments. Cornea 2000; 19: 796-803.
6. Höh H, Schirra F, Kienecker C, Ruprecht KW: Lidparallelle konjunktivale Falten (LIPCOF) sind ein sicheres diagnostisches Zeichen des trockenen Auges. Ophthalmologie 1995; 92: 802-808.
7. Vold SD, Carroll RP, Nelson JD: Dermatochalasis and dry eye. Am J Ophthalmol 1993; 115: 216-220.
8. Liu D: Conjunctivochalasis: a cause of tearing and its management. Ophthalmic Plast Reconstr Surg 1986; 2: 25-28.
9. Prabhasawat P, Tseng SCG: Frequent association of delayed tear clearance in ocular irritation. Br J Ophthalmol 1998; 182: 666-675.
10. Jaros PA, DeLuise VP: Pinguecula and pterygia. Surv Ophthalmol 1988; 33: 41-49.
11. Li ZY, Wallace RN, Streeten BW, Kuntz BL, Dark AJ: Elastic fiber components and protease inhibitors in pinguecula. Invest Ophthalmol Vis Sci 1991; 32: 1573-1585.
12. Tseng SCG, Prabhasawat P, Lee S-H: Amniotic membrane transplantation for conjunctival surface reconstruction. Am J Ophthalmol 1997; 124: 765-774.
13. Georgiadis NS, Terzidou CD: Epiphora caused by conjunctivochalasis. Treatment with transplantation of preserved human amniotic membrane. Cornea 2001; 20: 619-621.
14. Otaka I, Kyu N: A new surgical technique for management of conjunctivochalasis. Am J Ophthalmol 2000; 129: 385-387.