

GOZYAŞI FILMI ANOMALİLERİ

5. Gözyaşı bezinin travmatik, inflamatuar veya neoplastik lezyonları :

6. Nöroparalitik :

- a — VII. sinirin ve genikulat ganglionun lezyonları
- b — Süperfisiel petrosal sinir lezyonları
- c — Sfenopalatin ganglion ve lakrimal dalın lezyonları
- d — Trigeminusun Gasser ganglionu ile birlikte lezyonları

7. Beslenmeye bağlı ve zayıflamaya giden hastalıklar :

- a — Tifüs
- b — Kolera
- c — Açlık
- d — Askorbik asit ve B₁₂ Vitamini eksikliği

B) **Fazlalığı :** Bu grupta spesifik bir hastalık yoktur. Oküler yüzeyin ve adnekslerin enfiamasyon ve irritasyonu sonucu preoküler gözyaşı filminin aköz komponentinin salgılanmasında artış olabilir. Bu tip hastalarda alt kapak cildinde bazen ileri düzeylere varan dermatit görülebilir. Oküler inflamasyonun kontrolü ve epifora ortadan kalktıktan sonra, dermatit tedaviye gerek kalmadan spontan iyileşir. Dermatitin nedeni muhtemelen gözyaşındaki inflamatuar mediatörlerdir.

III) MÜSİN TABAKASININ ANOMALİLERİ

A) **Eksikliği :** Bu gruptaki patolojiler nedeniyle konjonktivanın Goblet hücrelerinde azalma olması sonucu müsin eksikliğinden dolayı, gözyaşı stabilitesi azalır. Başlıca primer patolojiler şunlardır:

- **A Hipovitaminozu :** Konjonktiva ve kornea epitelinin basal membranında mikrovillillerde azalma ve glikokaliks yapısında bozulma görülmüştür. Bu nedenle müsin defektinin primer mi, sekonder mi olduğu tartışılmaktadır. Konjonktiva epiteli keratinize olur. Genellikle temporalde, tabanı limbusa, tepesi dış kantüs yönünde köpüklü üçgen şeklinde bir bölge (Bitot noktası) ortaya çıkar. Hastlığın ileri döneminde çift taraflı ağrısız kornea ulkusu görülebilir. Kornea giderek yumuşar ve nekroze olur (keratomalazi)²².
- **Skatrisiel pemfigus (selim müköz membran pemfigusu) :** Göz, gastrointestinal ve genitoüriner sistemin müköz membranlarını ve cildi etkileyen kronik progressif bir hastaluktur. Gerçek pemfigus vulga-

riste sistematik bulgular olmadan göz bulguları oldukça nadirdir ve göz bulguları hafiftir. Oysa ki oküler pemfigusta göz bulgularının çok ağır seyretmesine karşılık, yaşama yönelik komplikasyonların daha az görülmesi, hastalığın "selim" müköz membran pemfigusu olarak isimlendirilmesine yol açmıştır⁶. Hastalık genellikle 60 yaş civarında başlar. Kadınlarda erkeklerde oranla iki kez daha sıkır. Oküler lezyonların cilt lezyonlarından 10 yıl önce görülebileceği gibi, diğer lezyonlardan 20 yıl sonra da ortaya çıkabilir. Olguların % 50'sinde cilt lezyonu görülmez, göz tutulması ise % 70-75 olguda söz konusudur³³. Genellikle bilateraldir. Tek taraflı tutulma çok nadirdir. İkinci göz genellikle birinciden 2 yıl sonra tutulur¹⁰.

Histolojik olarak konjonktivada submukozal nedbeleşme ve vaskülarizasyon görülür. Konjonktiva epitelinde, kronik inflamasyona cevap olarak destrüksiyon ve Goblet hücrelerinde her alevlenme döneminden sonra bir miktar daha azalma görülür. Bunun sonucu başlangıçta Goblet hücrelerinin salgıladığı müsin tabakasının eksikliğinden dolayı gözyası filminin stabilitesi bozulurken, konjonktivadaki nedbeleşme arttıkça esas ve yardımcı gözyası bezlerinin kanallarının tikanması sonucu aköz tabakasının eksikliği de tabloya ilave olur^{18, 22}. Ancak bazı araştırmacılar bu hastalarda konjonktiva epitelinde mitotik aktivitenin normal kişilere oranla 4 kez daha fazla olduğunu ve primer patolojinin oküler yüzeyin bazulması, bunun sonucu gözyası filmındaki anomalinin sekonder olarak ortaya çıktığını savunmaktadır³⁰.

Göz tutulması klinik olarak müköz sekresyonla seyreden kronik unilateral konjonktivitle başlar. İç açıda ve alt kapağın ortasında konjonktivada küçük yuvarlak eritem sahaları ve büller dikkati çeker. Bu bölgelerde epitel Rose Bengal ile boyanır. Diğer bir bulgu yüzeyel damarların etrafında biomikroskopun slit ışığı ile görülebilen beyaz strialardır. Bunlar konnektif dokudaki bozukluğun erken dönemidir ve hastalığın ileri dönemlerinde kontraktürlere yol açarlar. Erken dönemde hastalık genellikle gözden kaçar ve hastalar aylarca kronik veya rekürran tek taraflı konjonktivit tanısı ile izlenirler. İleri dönemlerde alt forniks'in daraldığı ve konjonktivanın parlaklığını kaybettiği görülür. Daha ileri dönemlerde semblefaronlar oluşur, ve hastalık entropium, trikiazis, distikiazis, xerozis, yüzeyel keratinizasyon, ankiloblefaron ile sonuçlanır.

Uzun süre lokal fosfolin iodid kullanan hastalarda, ilaçın kullanıldığı gözde tek taraflı edinsel oküler pemfigus gösterilmiştir. Histolojik bulgular hemen hemen aynıdır. Tek taraflı olması ve sistemik lezyon göstermemesi ile gerçek oküler pemfigustan ayrıılır²⁵.

GOZYASI FILMI ANOMALILERI

- Stevens - Johnson Sendromu
- Trahom
- Oküler yüzeyin fiziksel, kimyasal yanıkları,
- Yağlı damla ve "pomatlar", müsin eksikliğine yol açan diğer nedenlerdir.

B) Fazlalığı : Müsin sekresyonunu primer olarak artıran spesifik bir göz hastalığı olmamakla birlikte, bazı oküler inflamasyonlarda klinik olarak artmış müsin sekresyonu görülmektedir. En belirgin örnek vernal konjonktivittir. Hastalıkın aktif dönemlerinde steroid veya disodium kromoglikat ile kontrol altına alınabilen krem renkte koyu kıvamlı sekresyon görülür.

IV) EPİTELİOPATİLER

Gözyaşı miktarı normal olmasına rağmen epiteldeki bazı defektler gözyasının oküler ön yüzeyde homojen dağılımını bozar. Kornea yüzeyinin düzgünliği akut ya da kronik bir hastalıkla bozulmuşsa, gözyaşı filmi dağılımı bozulur. Gözyaşı ile örtülemeyen alanda kuruma, ülserasyon ve enfeksiyon ortaya çıkabilir. Kornea epitelinin bozulduğu diğer bir durum keratoplastidir. Alıcı ve verici korneaların birleşme yerlerinde ve sütürlerin etrafında düzensiz olan kornea epitelinin bu bölgelerinde gözyaşı filmi dağılımı da bozulmuştur. Çukur olan bölgelerde gözyaşı göllenirken, tımsık bölgelerde gözyaşı filmi incelmiştir. Bu kornealarda:

- Gözyaşı filmi, kalın olduğu bölgelerde epitel proliferasyonunu provoke etmesi, ince olduğu bölgelerde ise zaten denerve olmuş olan epitelin rejenerasyonunu bazması.
- Epitel rejenerasyonunun dikey yönde yatay yönden daha fazla olmasından dolayı kornea merkezinden periferiye doğru "girdap" şeklinde yayılan epitel defektleriyle karakterize olan ve bu nedenle "Hurrican Keratiti" olarak isimlendirilen bir keratit ortaya çıkar¹⁴.

V) KAPAK - KİRPİK - GLOB İLİŞKİLERİNDE ANOMALİ

Gözyaşı sekresyonu normal olduğu halde, gözyaşı yetersizliği semptomları görüldüğünde, kapak-glob ilişkisi dikkatle incelenmelidir. Trikiazis, distikiasiz, entropium, ektropium, nocturnal lagoftalmi, kırpma anomalileri olduğunda gözyaşı filmi kornea ve konjonktivayı örtmeye yeterli olmayıabilir.

KAYNAKLAR :

1. Altuğ H., Sezer N., Sözen N.: Sjögren Sendromu Vak'aları. VIII. Türk Oftalmoloji Milli Kongresi, 1966.
2. Avisar R., Menach R., Shaked P., Rubinstein J., Machtey I., Savir H.: Lysosome content of tears in patients with Sjögren's Syndrome and rheumatoid arthritis. Am. J. Ophthalmol. 73; 148 — 151, 1979.
3. Başerer T., Oğuz V., Çiçekdağı M., Firozmend F.: Timolol maleatın gözyaşı sekresyonu üzerine olan etkisinin araştırılması. T. Oft. Gaz. 17; 407 — 411, 1987.
4. Baum J.: Clinical manifestations of dry eye states. Trans. ophthalmol. Soc. U. K. 104, 415 — 423, 1985.
5. Bengisu Ü.: Göz Hastalıkları (2. bası). Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., 1985.
6. Böke von W.: Erkrankungen der Bindegewebe. Lehrbuch und Atlas der Augenheilkunde (Axenfeld T.), 17—0 208, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, 1980.
7. Cohen K. L.: Sterile corneal perforation after cataract surgery in Sjögren's syndrome. Brit. J. Ophthalmol. 66 : 179 — 182, 1982.
8. Conrads H., Winterhoff D., Strotmann U.: Wert und Unwert von Konservierungsmitteln in Augentropfen. Klin. Mbl. Augenheilk. 184: 223 — 237, 1984.
9. Deluise W. P., Tabbara K.F.: Quantitation of tear lysosome levels in dry-eye disorders. Arch. Ophthalmol. 101 : 634 — 635, 1983.
10. Foster C. S.: Preocular tear film abnormalities: Diagnosis and Treatment. Current Management in Ophthalmology (Edited by Koch D. D., parke II D. W., Paton D.) 23 — 55, Churchill Livingstone, New York, 1983.
11. Gilbard J. P., Farris L., Santamaria II J.: Osmolarity of tear microvolumes in keratoconjunctivitis sicca. Arch. Ophthalmol. 96 : 677 — 681, 1978.
12. Gold D. H.: Ocular manifestations of connective tissue diseases. Clinical Ophthalmology (Edited by Duane T. D.) Volume 5 ; Chap 26, Harper Row Publishers, Inc. London, 1976.
13. Grayson M.: Diseases of the cornea. Chap 13. The C. V. Mosby Company London, 1979.
14. Hoffmann F.: Zur Pathogenese der Hurican-Keratitis. Klin. Mbl. Augenheilk. 189 : 442 — 444, 1986.
15. Holly F. J., Lemp M. A.: Tear Physiology and dry eyes. Surv. Ophthalmol. 22 : 69 — 87 1977.
16. Lambert D. W. : Dry eye and tear deficiency. Littl, Brown and Company (Inc), 123 — 130, 1981.
17. Lemp M. A.: Diagnosis and Treatment of Tear Deficiencies. Clinical Ophthalmol (Edited by Duane T.) Vol 4, Chap 14. Harper Row Publishers, London, 1978.

DRY EYE SYNDROME

19. Lemp M. A., Gold J. B.: An in vivo study of the corneal surface in keratoconjunctivitis sicca. Trans. Ophthalmol. Soc. U.K. 105, 436 — 438, 1985.
19. Lemp M. A., Gold J. B.: An in vivo study of the corneal surface in keratoconjunctivitis sicca. Trans. Ophthalmol. Soc. U.K. 105, 436 — 438, 1985
20. Leopold I. H.: The Lacrimal Apparatus, Monograph I, The dry eye: tear film and dry eye syndromes. (Office Seminars in Ophthalmology) Allergan Pharmaceuticals, Inc. 1978.
21. Mackie I. A., Seal D.V.: Diagnostic implications of tear protein profiles. Brit. J. Ophthalmol. 68 : 321 — 324, 1984.
22. Newell F. W.: Ophthalmology (Fourth Edition). Chap 28. C. V. Mosby Company, Saint Luis, 1978.
23. Norn M.: The effects of drugs on tear flow. Trans. ophthalmol. Soc. U.K. 104: 410, 1985.
24. Neuer von A.: Traenenorgane. Lehrbuch und Atlas der Augenheilkunde (Edited by Axenfeld T.) Gustav Verlag Stuttgart, 1980.
25. Patten J.T., Cavanagh H. D., Allansmith M.R.: Induced ocular pseudopemphigoid. Amer J. Ophthalmol 82 : 272 — 276, 1976.
26. Royer J.: L 'oeil sec. Klin. Mbl. Augenheilk. 186 : 436 — 441, 1985.
27. Seal D.V.: The effect of aging and disease on tear constituents. Trans. ophthalmol. Soc. U. K. 104 : 355 — 362, 1985.
28. Serdarevic O. N., Koester C. J.: Colour wide field specular microscopic investigation of corneal surface disorders. Trans. ophthalmol. Soc. U. K. 104 : 39 — 445, 1985.
29. Stalting R. D., Waring G. O.: Diagnosis and management of tear film dysfunction. Corneal Disorders (Edited by Leibowitz H. M.) Chap 8, W. B. Saunders Company, London, 1984.
30. Thoft R. A.: Relationship of the dry eye to primary ocular surface disease. Trans. ophthalmol. Soc. U. K. 104 : 452 — 457, 1985.
31. Török M., Berta A.: Sjögren Syndrom im Kindesalter. Klin. Mbl. Augenheilk.
32. Vaughan D., Asbury T.: Göz Hastalıkları. 6. Bölüm Kitabevi Yayınları, Ankara, 1978.
33. Whitmore P. V.: Skin and mucous membrane disorders. Clinical Ophthalmology (Edited by Duane T.) Vol 5. Chap 27, Harper Row Publishers, Inc, London, 1976.
34. Wilson, F. M.: Adverse external ocular effects of topical ophthalmic Medications. Surv. Ophthalmol. 24 : 57 — 88, 1979.

Bir tabletin gerisinde...



Ağrınızı dindirmek, gerginliğinizi azaltmak, bir hastalığınızı tedavi etmek için aldığınız bir tablet...

Bu tabletin gerisinde sağlığınıizi korumak, sağlığınıizi size yeniden

kazandırmak için çalışan on binlerce insan var. Araştırmada, laboratuarda, üretimde, kalite kontrolünde titizlikle çalışan binlerce uzman.

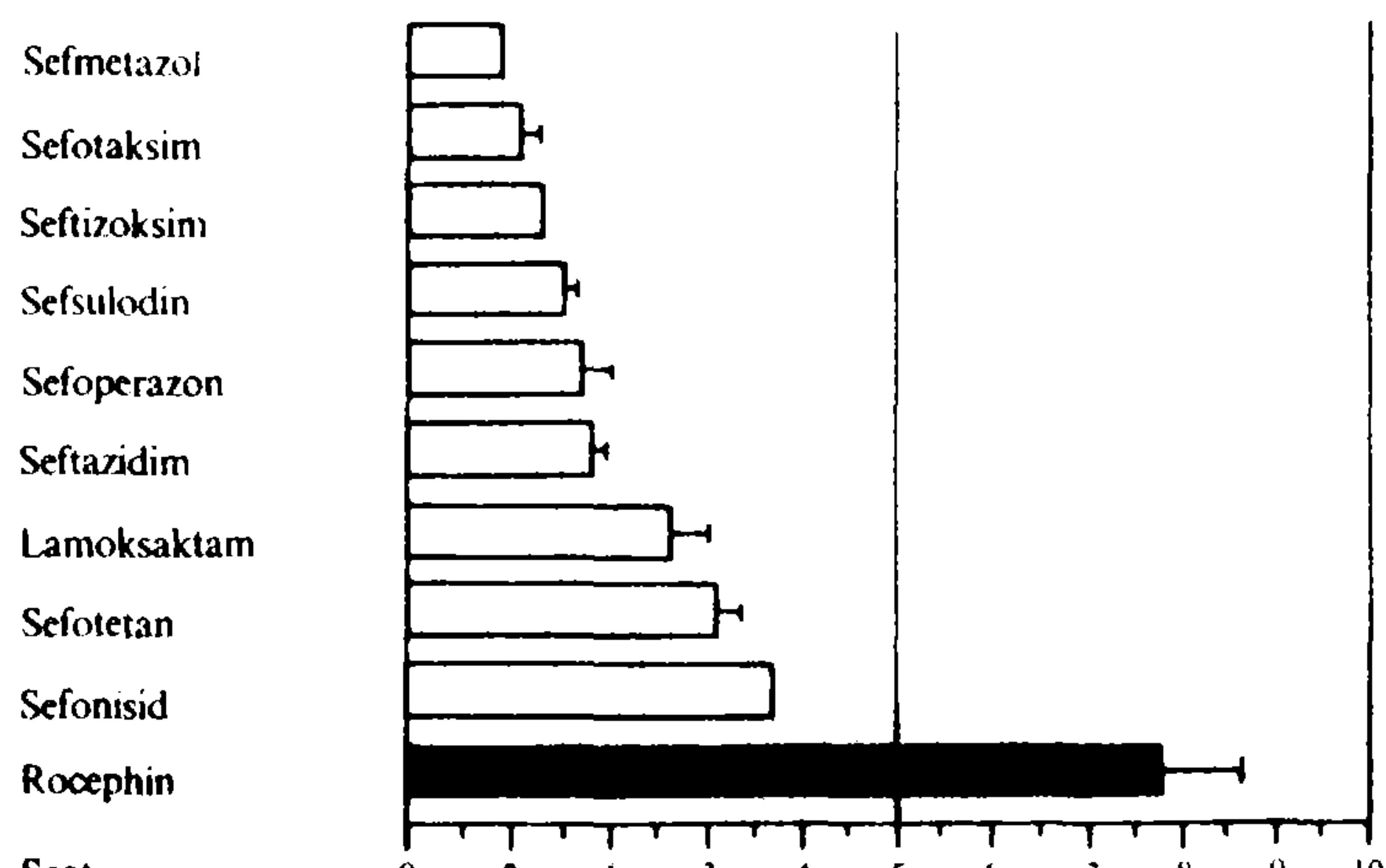
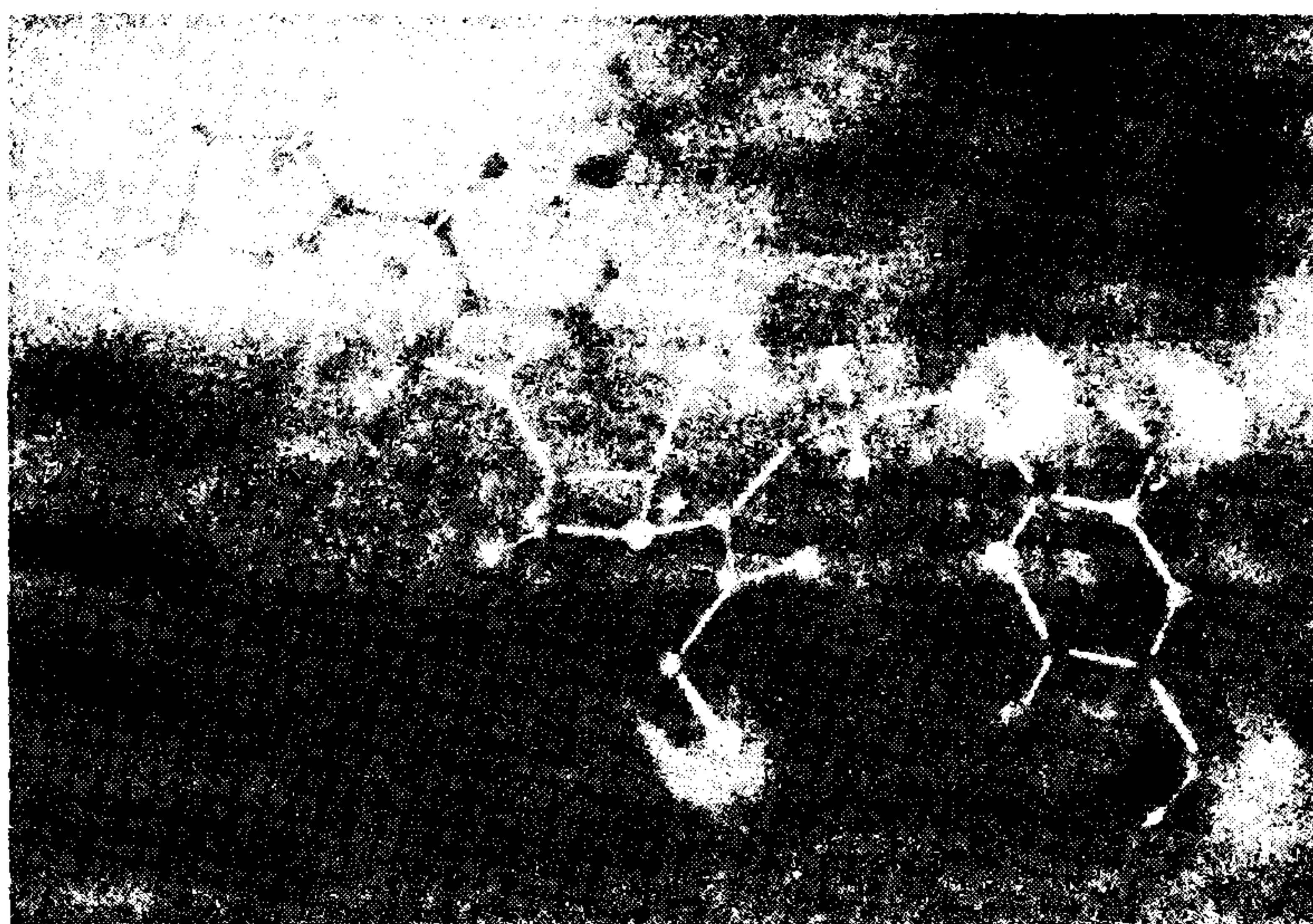
Pfizer 1849'dan bu yana 12 araştırma merkezi ve 40'dan fazla imalat tesisindeki 40.000'in üstünde çalışanı ile 69 ülkede insan sağlığına hizmet ediyor. Yalnızca 1985'de araştırmaya ayırdığı 300 milyon dolar, Pfizer'in yeniliğe, tıbbın gelişmesine verdiği büyük önemini kanıtlıdır.

Pfizer 1957'den beri Türkiye'de, ülkemiz insanların sağlığına en büyük değeri vererek, en yüksek standartlar ve en ileri teknolojilerle çalışıyor. 150 yıla yaklaşan Pfizer tecrübesi, Pfizer uzmanlığıyla. Ağrınızı dindirmek, sağlığınıizi korumak, ömrümüzü uzatmak için çalışan doktorlarımızın yanında.

PFIZER İLAÇLARI A.Ş.

Pfizer

“Sağlık hizmetinde ilim”



Degisik sefalosporinlerin yanlanma omurleri İlk uzun etkili β -laktam antibiyotik

İşte 6 nedenle, 2010'da 100.000'inci hastaneye ulaşım ve alıp poni... tah

1 Güven

İşte 100.000'inci hastaneye ulaşım ve alıp poni... tah

3 Geniş kapsama

İşte 100.000'inci hastaneye ulaşım ve alıp poni... tah

Büyük green-poziitif ve green-negative uyarıları süsiyara karşı 24 saat süre ile etkinlik

4 Uygun kullanım alanı¹

İşte 100.000'inci hastaneye ulaşım ve alıp poni... tah

5 Kullanılmış emniyet¹

Bir aksiyonuninden beklenenden daha düşük yan etki

6 Ekonomik

Uygulama maliyetini düşürerek önemli ekonomi...
hastane dışında da uygulanabilmesi ilave ekonomi sağlar

