

RETİNA DEKOLMANI CERRAHİSİNİ TAKİBEN GELİŞEN RESTRIKTİF TROPYA: OLGU SUNUMU

Titap YAZICIOĞLU¹, Yusuf ÖZERTÜRK¹, Nevzat GÜLTEKİN¹, Serhun TACER¹

Retina dekolmanı ameliyatı sonrası sıklıkla geçici olarak oluşan kas dengesizliğinin kalıcı olarak da olduğu gözlenmiştir. Reoperasyonlar ve kas altına geniş skleral eksplantların yerleştirilmesi bu duruma sebep olan en önemli faktörlerdir. Çalışmamızda skleral “buckle” materyaline bağlı olarak gelişen restriktif tropyalı bir olgu kozmetik amaçla ameliyat edildi. Olgunun preoperatif muayenesinde sağ esotropya mevcut olup Hirschberg 45° üzerinde, Krinsky 90 prizm diyoptri üzerindeydi. Göz hareketleri tüm bakış yönlerinde kısıtlıydı. Genel anestezi altında traksiyon testi pozitifdi. Ameliyat sırasında saptanan konjonktiva, tenon kapsülü ve kas arasındaki anormal yapışıklıklar kısmen temizlendi.

Anahtar kelimeler: Restriktif tropyalı, retina dekolmanı, skleral buckling

RESTRICTIVE TROPIAS FOLLOWING RETINAL DETACHMENT SURGERY: CASE REPORT

Although extraocular muscle dysfunction often occurs temporarily after retinal detachment surgery, permanent muscle imbalance has also been observed after all types of retinal detachment surgery. Reoperations and the placement of large scleral exophts beneath muscles are known the most important factors that cause this condition. Because of cosmetic reasons, we operated a patient who developed restrictive tropias, due to scleral buckle material, following retinal detachment surgery. Preoperative examination was right esotropia that Hirschberg was over 45°, Krinsky was over 90 prism dioptre. There was restriction in all fields of gaze. Forced duction test under general anesthesia was positive. The abnormal adhesions observed between conjunctiva, Tenon's capsule and muscle were removed during the operation.

Keywords: Restrictive tropias, retinal detachment, scleral buckling

Retina dekolmanı cerrahisinde kullanılan skleral buckle materyaline ait geç komplikasyon olarak heterotropya gelişebilir¹⁻³. Reoperasyonlar ve kasın altına yerleştirilmiş geniş skleral eksplantlar bu duruma neden olarak bilinen en önemli faktörlerdir^{4,5}.

Burada retina dekolmanı ameliyatından sonra esotropya gelişen bir olgumuzdan bahsedeceğiz.

OLGU

Sağ gözde içe kayma şikayeti ile Şubat 2001 tarihinde kliniğimize başvuran 65 yaşındaki kadın hastanın öz geçmişinde, sağ gözünden 8 yıl önce katarakt ameliyatı olduktan 4 ay sonra dekolman ameliyatı geçirdiği ve 1 yıl önce de üst temporal kadranda “sponge” açığa çıkması nedeniyle tekrar ameliyat edilerek “sponge”un alındığı belirtilmekteydi.

Hastanın yapılan muayenesinde görme ışık hissi sağ gözde (+), solda tashihle 0.3 olup; ön segment doğal, fundus muayenesinde sağda glial proliferasyon, solda dejeneratif miyopi bulguları vardı. Sağ esotropya, Hirschberg 45° üzerinde, Krinsky 90 prizm diyoptri üzerinde olup glob hareketleri tüm bakış yönlerinde kısıtlıydı (Resim 1).

¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Göz Kliniği

a) Ameliyat öncesi göz hareketlerinin değerlendirilmesi



b) Ameliyat sonrası göz hareketlerinin değerlendirilmesi

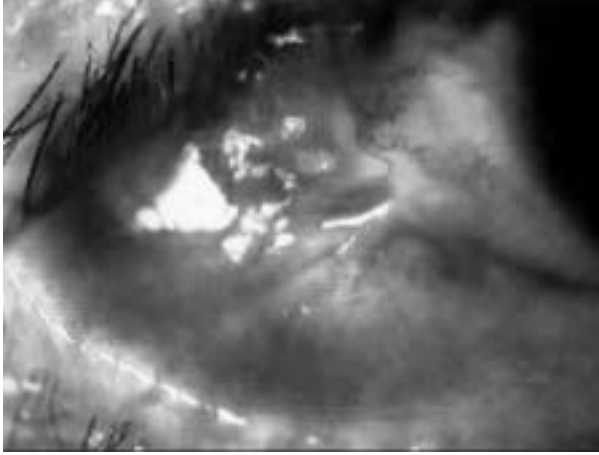


Resim 1. Olgunun a) Ameliyat öncesi b) Ameliyat sonrası primer bakış pozisyonu ve glob hareketlerinin değerlendirilmesi

a) “Sponge” (ok işareti ile gösterilen)



b) Symblefaron oluşumu



Resim 2. a) Üstteki resimde açığa çıkan temporaldeki “sponge” okla gösterilmekte; b) Alttaki resimde ise ilk ameliyatından sonra gelişen symblefaron görülmektedir

Genel anestezi altında traksiyon testi pozitif olan hastanın ameliyatında konjonktiva, tenon kapsülü ve kas arasında anormal yapışıklık saptandı. Bu dokular kısmen temizlendi. Ayrıca alt rektusun kroşe ile traksiyona alındığı sırada kopması nedeniyle, kopan kısım normal yerine sütüre edilmeğe çalışıldı.

Postoperatif 3. ayda yapılan muayenesinde Hirshberg 25° saptandı, ancak hastada symblefaron gelişti (Resim1, 2). 2. kez ameliyat edilen hastaya sağ iç rektus geriletme, dış rektus kısaltma ameliyatı ile birlikte symblefaron ayrılması uygulandı. Bu ameliyattan 1 ay sonra globun orta hatta kadar hareket edebildiği ve Hirshberg’in 15° dereceye düştüğü saptandı (Resim1).

TARTIŞMA

Retina dekolmanı ameliyatından sonra ekstraoküler kaslarda yaklaşık %50 oranında, sıklıkla geçici olan hareket bozukluğu gelişebilir. Bundan sorumlu olan başlıca nedenler olarak:

1. Kas liflerinin direkt hasarı veya sinirin hasarı sonucu kas paralizisi,
2. Skleral eksplantın mekanik engeli,
3. Adalenin kesilip tekrar sütüre edilmesi,
4. Travmaya bağlı yapışıklık bilinmektedir.

Ayrıca postoperatif kas dengesizliği uygulanan ameliyatın tipine, diatermi veya krioterapi seçimine, skleral “buckle” materyalinin tipi ve lokalizasyonuna, ekstraoküler kasların disinsersiyonuna, skleral “buckle” materyalinin ebadına ve reoperasyonlara da bağlıdır¹⁻³.

Krioterapi veya traksiyon sütürlerine bağlı kas hasarı sonucu veya skleral “buckle”a bağlı mekanik değişikliklerin sorumlu tutulduğu bir çalışmada bu oran %33 olarak bildirilmiştir².

Krioterapinin transkonjonktival uygulandığı durumlar hariç, dekolman ameliyatlarının bütün tiplerinde kalıcı kas dengesizliği görülebilir. Cerrahi tekniğin değişmesi ile birlikte insidans da giderek değişmiştir. 1975’de %50 iken, daha sonraki çalışmalarda primer skleral “buckle” ameliyatından 6 ay sonra %23-40 oranında bildirilmiştir².

Ekstraoküler kas altına yapılan yüzeysel diatermi adezyonlara bağlı kas dengesizliğinin en sık sebebidir. Krioterapi sonrası adezyonlar daha az risk taşır. Kaslara uygulanan traksiyon veya krioterapi ile kas fibrillerinin hasarı postoperatif erken dönemde geçici kas dengesizliği oluşturabilir². “Buckle” materyali özellikle kasın insersiyon yerine yakınsa ve radial olarak yerleştirilmişse, dairesel yerleştirilene göre daha ciddi sorun yaratacağı bildirilmiştir; ancak yakın zamanda yapılmış bir çalışmada bunun aksi belirtilmiştir^{2,6}. Skleral “buckle” materyalinin olmadığı durumlarda da epibulbar skarlaşma nedeniyle restriktif şaşılık oluşabilir².

Reoperasyonlar ile kas dengesizliği arasında büyük bir ilişki vardır. Bir çalışmada tek operasyon sonrası kas dengesizliği %11 iken, 2-3. operasyonlardan sonra %35 olarak belirtilmiştir. Reoperasyon sonrası ameliyat edilen gözde alt rektusu içeren kontraktür ve kısıtlanmaya bağlı hipotropya çok sık karşılaşılan bir durumdur^{2,3}.

Çalışmamızdaki olgunun önceki ameliyatları başka kliniklerde gerçekleştirilmiş olduğundan, ameliyatları ile ilgili ayrıntılı bir bilgiye sahip değildik. Ancak ameliyat sırasında olgumuzda karşılaştığımız 4 rektus, özellikle iç ve alt rektus, kasındaki ileri derecede fibrozis, “buckle” materyalinin üst temporalde ve biraz anteriorda yerleştirilmiş olduğunun gözlenmesi, dairesel yerleştirilen serklaj bandına göre daha fazla motilite kısıtlılığı yaptığı fikrini doğrulamaktaydı. Olgumuzda traksiyon testinin abdüksiyon ve addüksiyonda pozitif olması, rektus kasları, sklera ve konjonktiva arasında adezyonların geliştiğinin görülmesi ise kasın direk olarak veya traksiyon sütürleri ile aşırı ve uzun süreli gerilmesi ya da cerrahi travmaya reaksiyon olarak kasın konjonktivaya fiksasyonu ve ayrıca reoperasyonların glob hareketlerinde daha fazla kısıtlılık yapacağı düşüncesini desteklemektedir. Bu durumda ortaya



çıkacak diplopinin de önemli bir sorun olacağı bilinmekteyse de olgumuzda çok düşük olan görme düzeyleri nedeniyle böyle bir sorunla karşılaşılması.

Retina dekolmanı ameliyatı komplikasyonlarından biri de kas liflerinin zayıflamasıdır. Olgumuzda alt rektus kasının kroşe ile traksiyona alındığı sırada kopması bunu doğrulamaktadır. Bu tip olgularda ya çok fazla rezeksiyon yapılmalı (8 mm'den fazla), fakat bu teknik olarak hem riskli hem de güçtür, ya da diğer gözün ameliyat edilmesi gerekmektedir. Bu nedenle bu gibi olgularda ortofori sağlamanın güç olacağı düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Hamlet YJ, Goldstein JH, Rosenbaum JD. Dehiscence of lateral rectus muscle following intrascleral buckling procedure. *Ann of Ophthalmol* 1982; 14: 694-7.

2. Michels RG, Wilkinson CP, Rice TA. Complications of retinal detachment. In: *Retinal Detachment*. Philadelphia, Mosby Company, 1990: 1024-6.

3. Sewell JJ, Knobloch WH, Eifrig DE. Extraocular muscle imbalance after surgical treatment for retinal detachment. *Am J Ophthalmol* 1974; 78: 321-3.

4. Spencer AF, Newton C, Vernon SA. Incidence of ocular motility problems following scleral buckling surgery. *Eye* 1993; 7(6): 751-6.

5. Mets MB, Wendell ME, Gieser RG. Ocular deviation after retinal detachment surgery. *Am J Ophthalmol* 1985; 99: 667-72.

6. Smiddy WE, Loupe D, Michels RG, Enger C, Glaser BM, Debustros S. Extraocular muscle imbalance after scleral buckling surgery. *Ophthalmol* 1989; 96: 1485-9.