

Refraktif Cerrahi Sonrası Retinada Dev Yırtık*

Giant Retinal Tear after Refractive Surgery

Nilüfer KOÇAK¹, Süleyman KAYNAK², Hakan F. ÖNER³, Güray ÇİNGİL²

ÖZ

Olgu Sunumu: Refraktif cerrahi sonrası dev retina yırtığı gelişen bir olguda retinal yırtık nedenleri ve tedavisinin tartışılması amaçlandı.

Anahtar Kelimeler: Dev retina yırtığı, refraktif cerrahi, yüksek miyopi.

ABSTRACT

Case Report: The etiology and treatment of giant retinal tear after refractive surgery was discussed.

Key Words: Giant retinal tear, refractive surgery, high myopia.

Ret-Vit 2005;13:Özel Sayı 69-71

GİRİŞ

Dev retina yırtığı vitreus tabanının arka kenarı boyunca dairesel olarak uzanan 90 dereceden büyük yırtıktır. Dev retina yırtığı %70 idiopatik, %20 travmatik, %10 korioretinal dejenerasyonlar, Stickler-Wagner sendromu, yüksek miyopi, Marfan sendromu, prematür retinopatisi, aşırı krioterapi veya fotokoagülasyon sonrası görülebilmektedir¹⁻³. Travmatik olmayan dev retina yırtığı erkeklerde daha sık (%82) görülmektedir¹. Bu hastaların diğer gözlerinde dev retinal yırtık olma ihtimali literatürde %13 olarak bildirilmiştir¹.

Geliş Tarihi: 25/03/2005

Received: March 25, 2005

- * Bu çalışma TOD. Tıbbi Retina ve Vitreoretina Cerrahi Birimleri ortak toplantısı 15 Ocak 2005 Antalya'da sunulmuştur.
- 1- Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD, İzmir, Uzm. Dr.
 - 2- Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD, İzmir, Prof. Dr.
 - 3- Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD, İzmir, Doç. Dr.

- 1- M.D., Dokuz Eylül University Medical Faculty Ophthalmology Department İzmir / TURKEY
KOÇAK N., nkocak@yahoo.com
- 2- M.D., Proffesor, Dokuz Eylül University Medical Faculty Ophthalmology Department İzmir / TURKEY
KAYNAK S., retina@retina-gm.com
ÇİNGİL G.
- 3- M.D., Associate Proffesor, Dokuz Eylül University Medical Faculty Ophthalmology Department İzmir / TURKEY
Correspondence: M.D. Nilüfer KOÇAK
1173 Sokak No: 29 D: 3 Karşıyaka / İZMİR

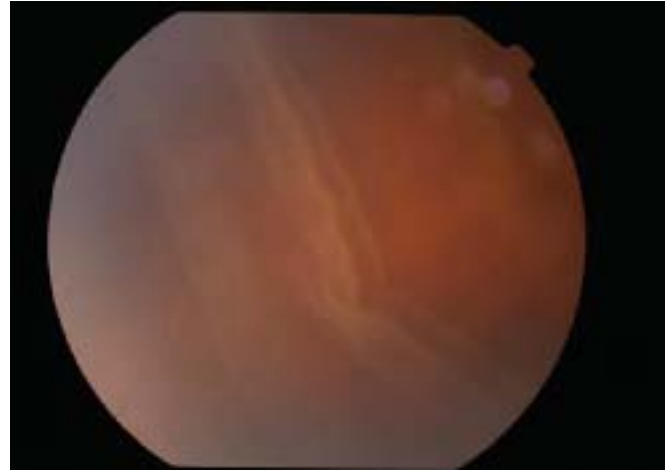
OLGU SUNUMU

Sağ gözde 10 gündür bulanık görme şikayeti ile kliniğimize refere edilen 24 yaşında erkek hastanın bir yıl önce başka bir klinikte her iki gözüne yüksek miyopinin düzeltilmesine yönelik ön kamara fakik göziçi lens (GİL) (Artisan®) implantasyonunun yapıldığı öğrenildi. Hastanın epikrizinden, cerrahiden üç gün sonra sağ gözündeki lensin desantralizasyonunun düzeltildiği, bir ay sonra ise her iki gözüne astigmatik düzeltme amacıyla arkuat keratotomi yapıldığı öğrenildi.

Hastanın refraktif cerrahi öncesi en iyi düzeltilmiş görme keskinliğinin sağ gözde 0.3 (-21 D -1.50 D a 95°), sol gözde 0.2 (-22 D -1.50 D a 100°) olduğu, ameliyat sonrasında en iyi düzeltilmiş görme keskinliğinin sağ gözde 0.9 (-0.50 D -0.50 D a 100°), sol gözde 0.7

(-0.75 D -0.75 D a 100°) olduğu epikrizinde belirtiliyordu.

Hastanın oftalmolojik muayenesinde, görme keskinliği sağ gözde el hareketi, sol gözde tashihle 0.7 düzeyinde idi. Biyomikroskopik bakışında her iki gözde ön kamara fakik GİL mevcuttu ve kristalin lens saydamdı (Resim 1a-1b). Sağ gözde ön vitreusda pigment hücreler görüldü. Göziçi basınçları sağ gözde 9 mmHg, sol gözde 15 mmHg olarak ölçüldü. Fundus bakışında sağ gözde temporal kadranda yaklaşık 190° dev retina yırtığı saptandı (Resim 2). Sol gözün indentasyonlu yapılan fun-



Resim 2: Sağ göz, renkli fundus fotoğrafı.

duş bakışında, periferik retinada herhangi bir riskli ince alan görülmedi.

Hastanın sağ gözüne kristalin lens ve ön kamara fakik GİL'i korunarak dairesel skleral band, pars plana vitrektomi (PPV), yırtık kenarlarından geçecek şekilde 360° endolazer ve silikon (5000 cst) cerrahisi uygulandı. Cerrahi bitiminde sklerotomi alanlarına krioterapi yapıldı.

Ameliyat sonrası 1. ay kontrolünde sağ gözde görme keskinliği 2 metreden parmak sayma düzeyinde idi. Biyomikroskopik bakışında ön kamara temizdi. Ön kamara lense santralizeydi, kristalin lens saydamdı. Göziçi basınç 14 mmHg idi. Fundus bakışında retina yatıştı.

Hastanın Stickler-Wagner sendromu açısından yapılan konsültasyonlarında pozitif bir bulgu saptanmadı.

TARTIŞMA

Yüksek miyopinin düzeltilmesinde fakik ön kamara lensleri çok sık olarak kullanılmaktadır^{4,5}. Bu cerrahinin uzun dönemde korneal endotel, iris, kristalin lens, uvea ve retina üzerindeki etkileri sonucu konulan lensin çıkarılması gerekebilmektedir. Özellikle yüksek miyopinin tek başına retina üzerine etkisi düşünüldüğünde refraktif cerrahinin getirdiği ek riskler göz ardı edilmemelidir. Cerrahi sırasında oluşabilecek geçici hipotoni vitreusda hareketlenmeye, arka hyaloidin retinayı çekmesine ve ince retina alanlarında yırtık, klinik olarak saptanmayan vitreoretinal çekintilerin artmasına devamında RD'na neden olabilmektedir⁶.

Miyopinin -6 D'nin üzerinde olduğu durumlarda RD insidansı %3.2 olarak bildirilmiştir^{5,7}. Emetropolarla kıyaslandığında RD riski -15 D- -20 D'nin üzerindeki miyopilerde 15-110 kez arttığı gösterilmiştir⁵. Patolojik miyopisi olan kişilerde katarakt ameliyatı sonrasında RD insidansı %0.4-%5 olarak bildirilmiştir¹. Retina dekolmanı olan hastaların %40'ında -8 D'nin üzerinde miyopi olduğu saptanmıştır⁸. İlk fakik ön kamara GİL implantasyonlarında retina dekolman insidansı %0.84-%61 olarak belirtilmiştir⁵. Ruiz-Moreno ve ark.⁵ fakik ön kamara GİL implantasyonu yapılan 98 miyop hastanın 166 gözünü değerlendirdikleri çalışmada ortalama 17 ay sonra 8 (%4.8) gözde RD izlenmiştir. Çalışmanın sonucunda hastaların retina cerrahisi sonrasında görme keskinliklerinin arttığı, ön kamara lense ile ilgili cerrahi sonrasında problem gelişmediği bildirilmiştir. Budo ve ark.⁴ bildirdikleri



Resim 1a: Sağ göz ön segment fotoğrafı.



Resim 1b: Sol göz ön segment fotoğrafı.

Artisan® lens implante edilen en geniş seride 2 (%0.8) gözde RD görülmüştür. Çalışmada RD yönünden, yüksek miyop hastaların emetrop kişilere göre daha fazla riskli oldukları, fakik ön kamara GİL cerrahisinin tek başına RD için risk olabileceğinin halen tartışmalı olduğu belirtilmektedir.

Dev retina yırtıklarının cerrahisinde vitreus tabanını desteklemesi için dairesel skleral band, PPV, 360° endolazer ve silikon tamponadı tercih edilmektedir^{2,6}. Yırtığın kenarlarına ve retinanın diğer kadranslarına yapılacak etkili lazer fotokoagülasyonun retinal adhezyonu artırarak yeni yırtık oluşumlarını azalttığı düşünülmektedir^{2,6}. Her ne kadar dairesel skleral bandın dev retina yırtığında vitreus tabanını desteklediğini belirten çalışmalar olsada karşıt görüş olarak dairesel bandın özellikle fakik hastalarda PPV sırasında periferik retinanın kristalin lense yakınlaşması sonucu vitreusun yeterince alınamadığı düşünülmektedir.

Dev retina yırtıklarında, PPV sonrası internal tamponad olarak kullanılan silikon yağının 5000 cst olarak tercih edilmesinin, silikon yağının retinaı yatışık tutma etkisi yönünden cerrahi başarıyı arttırdığı belirtilmektedir⁹. Ayrıca alt kadrans yırtıklarında, cerrahi sonrası yüzüstü yatma güçlüğü olan hastalarda, afak operatuar olan hastalarda ağır silikon yağının kullanılması daha etkin görülmektedir⁹. Klasik cerrahi yaklaşımın yanısıra dev retina yırtığında periferik retinadaki vitreoretinal çekintilerin tamamen temizlenebilmesi için dairesel skleral band konmasının ardından kristalin lensin saydam olmasına rağmen fakoemülsifikasyon ile alınması ve PPV sonrasında silikon yağ enjeksiyonu tercih edilebilir. Refraktif cerrahi sonrası ön veya arka kamara fakik lens konulan hastalarda ise GİL ile birlikte kristalin lensin alınması tercih edilebilir. Katarakt cerrahisi ile birlikte PPV planlanan hastalarda ameliyat sırasında gelişebilecek korneal kırışıklıklar, geniş korneal kesiyeye bağlı oluşabilecek hipotoni, ön kamara formasyonu için kullanılan viskoelastikler PPV sırasında görüntü kalitesinde azalmaya neden olabilirler. Bu nedenle cerrahi planı sırasında olabilecek riskler göz önünde tutulmalıdır. Dev retina yırtıklarında etkin PPV sonrası endolazer fotokoagülasyon ile yapılacak yeterli adhezyon silikon yağının geri alınmasının ardından görülebilecek nüks RD ihtimalini büyük oranda azaltmaktadır.

Travmatik olmayan dev retina yırtığı olan olguların diğer gözünde retina yırtığı olma ihtimali %60, RD olma ihtimali %17 olarak bildirilmektedir^{1,7}. Hastaların diğer gözlerinde yırtık veya dekolmanın ortalama dört yıl içinde görüldüğü, bu nedenle bir gözünde dev retina yırtığı olan hastaların beş yıl süre ile düzenli olarak takip edilmeleri önerilmektedir^{1,87}. Bu oranlar göz önüne alındığında diğer gözün profilaksisi için retina periferindeki küçük retinal holler ve yırtıklar için krioterapi, ekavatorun arkasındaki lezyonlar için lazer fotokoagülasyon önerilmektedir^{1,7}. Eğer hastada Stickler-Wagner sendromu varsa, diğer gözde yüksek miyopi (-10 D ve üzeri) varsa ve retinada basmakla beyaz lezyonlar mevcutsa bu gözlere profilaktik dairesel skleral band önerilmektedir¹. Bir gözünde dev retina yırtığı nedeniyle cerrahi olan 48 hastanın diğer gözlerine aynı seansda profilaktik 360 periferik krioterapi yapılmış⁷. Ortalama 18 ay sonra bir gözde (%2) retina yırtığı, üç gözde (%6) RD görülmüştür. Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde hastalığın doğal seyirinde retinal yırtık ihtimali %60 oranındayken kendi

serilerinde bu oranın (%8) profilaksi tedavisiyle oldukça azaldığı bildirilmiştir.

Bir gözünde dev retina yırtığı olan bir hastanın Stickler-Wagner sendromu yoksa, diğer gözün retinasında ince alan yoksa, retinada basmakla beyaz lezyonlar görülmüyorsa, retinal hol, yırtık, dializ izlenmiyorsa bu gözlere profilaktik tedavi önerilmemektedir¹. Çünkü yapılacak tedavi klinik olarak görülmeyen olası vitreoretinal çekintileri arttırarak yeni yırtık oluşumuna neden olabilmektedir. Böyle olgularda yapılacak en iyi koruma hastanın en az beş yıl süresince düzenli takibi olacaktır. Bizim hastamızda diğer gözünün indentasyonlu fundus muayenesinde riskli bir alan izlemediğimiz için profilaktik tedavi düşünülmedi ve hasta yakın takibe alındı.

Ön kamara fakik GİL bulunan ve vitreoretinal cerrahi gereken hastalarda, eğer hastanın kristalin lensi saydamsa aynı seansda geniş korneal kesi yapmamak için refraktif GİL'in yerinde tutulmasını tercih etmekteyiz. Cerrahi sırasında kristalin lens korunurken retina periferinin yeterince temizlendiğinden emin olunmadığı durumlarda lensin alınması gündeme gelebilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Freeman HM.: Fellow eye of non-traumatic giant retinal breaks. In: Ryan SJ, ed. Retina, Vol 3. St. Louis: Mosby, 2001;2366-2370.
2. Ambresin A, Wolfensberger TJ, Bovey EH.: Management of giant retinal tears with vitrectomy, internal tamponade, and peripheral 360° retinal photocoagulation. Retina 2003;23:622-628.
3. Lash SC, Williams CPR, Luff AJ, et al.: 360 degree giant retinal tear as a result of presumed nonaccidental injury. Br J Ophthalmol 2004;88:152-157.
4. Budo C, Hessloehl HJ, Izak M, et al.: Multicenter study of the Artisan phakic intraocular lens. J Cataract Refract Surg 2000; 26:1163-1171.
5. Ruiz-Moreno JM, Alio JL, Perez-Santonja JJ, et al.: Retinal Detachment in Phakic Eyes With Anterior Chamber Intraocular Lenses to Correct Severe Myopia. Am J Ophthalmol 1999;127:270-275.
6. Scott IU, Murray TG, Flynn HW, et al.: and the Perfluoron Study Group. Outcomes and complications associated with giant retinal tear management using perfluoro-n-octane. Ophthalmology 2002;109:1828-1833.
7. Wolfensberger TJ, Aylward GW, Leaver PK.: Prophylactic 360° cryotherapy in fellow eyes of patients with spontaneous giant retinal tears. Ophthalmology 2003;110:1175-1177.
8. Rizzo S, Belting C, Genovesi-Ebert F.: Two cases of giant retinal tear after implantation of a phakic intraocular lens. Retina 2003;3:411-413.
9. Wolf S, Schon V, Meier P, et al.: Silicone oil-RMN3 mixture ("heavy silicone oil") as internal tamponade for complicated retinal detachment. Retina 2003; 23: 335-342.