

Travma Sonrası Işık Görmeyen Olgulara Yaklaşım*

Approach to Eyes with No Light Perception Vision after Trauma

Güngör SOBACI¹

ÖZ

Bu derleme yazısında, ışık hissi alınmayan oküler travmalı olguya yaklaşımda dikkat edilmesi gerekli hususlar, güncel kaynakça ve yazarın klinik tecrübesi doğrultusunda irdelenmektedir. İlk başvurusunda görmesi P (-) olan travmalı gözün primer tamiri ile P (+) görebileceği, enükleasyon/evissserasyon kararının primer tamirin mümkün olamadığı ve ışık hissi kesin olarak alınmayan gözler için kabul edilebileceği; bununla birlikte, primer tamir sonrasında P (-) olsa bile zamanında uygulanacak ileri vitreoretinal cerrahi yöntemlerle ile anatomik bütünlüğü sağlanabilen olgularda görsel kazanımlar elde edilebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Travma, göz, ışık hissi yokluğu, tedavi.

ABSTRACT

In this review, critical issues in approaching the traumatized eye presenting with no light perception (NLP) are discussed in the light of recent literature and the author's clinical experience. It should not be forgotten that an eye with NLP might gain LP vision after primary repair, that the decision for enucleation/evisceration should be reserved only for irreparable eyes with NLP, and that visual gain might be obtained in those eyes that undergo timely advanced vitreoretinal surgery.

Key Words: Trauma, eye, no light perception, treatment.

* Bu çalışma TOD 2011 Ulusal Oftalmoloji Kongresi'nde sunulmuştur.

1- M.D. Professor, Gülhane Military Medical Academy Ophthalmology Department, Etlik Ankara/TURKEY
SOBACI G., gsobaci@gata.edu.tr

Geliş Tarihi - Received: 05.04.2012
Kabul Tarihi - Accepted: 12.04.2012
Ref-Vit 2013;21:1-4

Yazışma Adresi / Correspondence Address: M.D. Professor,
Güngör SOBACI
Gülhane Military Medical Academy Ophthalmology Department Etlik
Ankara/TURKEY

Phone: +90 312 304 58 56
E-Mail: gsobaci@gata.edu.tr

GİRİŞ

Göz yaralanmalarında ilk girişimde primer sütürasyon ile öncelikle gözün anatomik bütünlüğünün sağlanması, sonrasında ise erken ya da geç dönemdeki girişimlerle gözün fonksiyonel bütünlüğün tamamlanması esastır.¹ Göz yaralanmalı olgularda başlangıç görme düzeyi olarak primer tamir sonrasında elde edilen görme düzeyi esas alınarak hastaya uygulanacak ileri tedavi yaklaşımları için yaralanma serileri arasında standardizasyon sağlanabilir. Alışlagelen öğretilerde, primer sütürasyonla anatomik bütünlüğü temin edilemeyecek durumda olan (travmatik evisse-re) ya da primer tamir sonrasındaki muayenelerinde ışık algılama dahil görme kazancı sağlanabilmesi olanaksız görülen olgularda sempatik oftalmi riskine karşın 7-14 gün içinde eviserasyon/enükleasyon uygulanması önerilmektedir.¹

Günümüzde, temelde steroidlerin postravmatik dönemde yoğun kullanımını işaret eden nedenlerle geçmiştekine göre sempatik oftalmi riski azalmış görünmekte ve bu gözlerin enükleasyonu tartışma konusu olmaya devam etmektedir. Bununla birlikte sempatik oftalmi geliştiğinde bile güncel immünosüpresiflerin erken ve etkin kullanımı ile başarılı sonuçlar alınabilmektedir.²

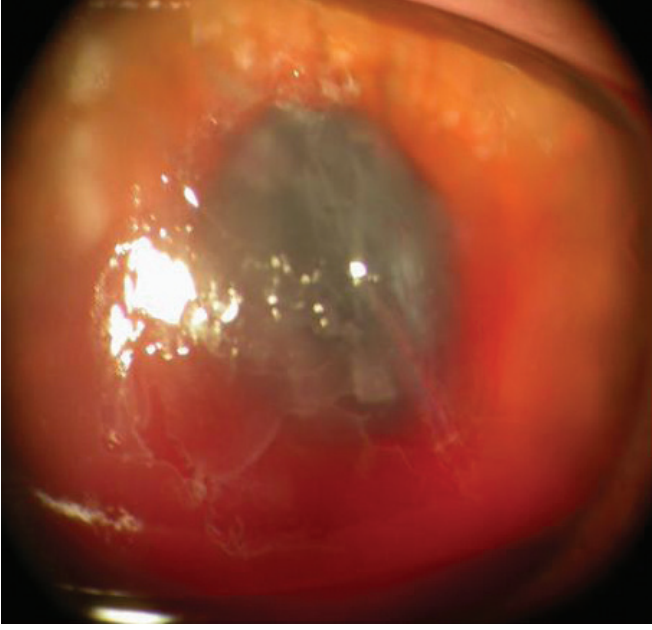
Geçmiştekine kıyasla, göz yaralanmalı olgularda yerinde, hızlı, etkin ve gerektiğinde ileri cerrahi yöntemler uygulanarak daha başarılı sonuçlar elde edilebilmesi mümkündür. Ancak, dünden bugüne değişmemiş gözükten şey, görme keskinliği düzeyinin, özellikle görme hissinin varlığı ya da yokluğunun temel prognostik değer olmaya devam etmesidir. Nitekim, Kuhn ve ark.,³ tarafından geniş bir yaralanma serisinden derlenen ve görsel prognoz için güncel uygulama pratiğimizde temel alınan değerlendirme tablosu'nda (Oküler Travma Skoru) en önemli ciddiyet skoru (-40 puan ile) ışık hissinin alınmaması olmuştur.

IŞIK GÖRMEYEN GÖZE/GÖZLERE TIBBİ YAKLAŞIM

Yaralanmalı hastanın gözünde- şuuru açıksa- görme hissi muayenesi öncelikli olmalıdır. Bu maksatla, kuvvetli bir el lambası tercihan indirek oftalmoskop aydınlatması 20 cm kadar yakından tutulmalı ve bu esnada diğer göz mutlak bir kapatma altında iken hasta sorgulanmalı, görüntü yanılgılarından kaçınmak üzere gerektiğinde ısrarcı, simülatif (sözel uyarılarla: ışık tuttuğu ya da tutmadığı halde aksini söyleyerek) uyarılarla görme keskinliği düzeyi kaydedilmelidir.

Tablo: Kuhn ve ark.,¹ tanımladığı oküler travma skorlama için kullanılan prognostik değişkenler, skorlama aşamaları ve OTS çalışmasındaki skorlar.

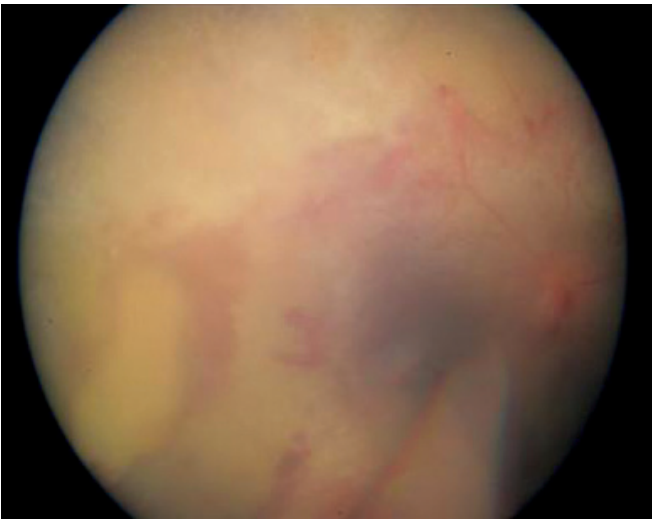
1. Basamak: Değişken ve ham puanlar	Değişkenler		Ham puanlar			
	A. Başlangıç görme keskinliği					
		Işık hissi yok	60			
		Işık hissi/ el hareketi	70			
		1/200 - 19/200	80			
		20/200 - 20/50	90			
		≥ 20/40	100			
	B. Rüptür		-23			
	C. Endoftalmi		-17			
	D. Perforan yaralanma		-14			
	E. Retina dekolmanı		-11			
	F. RAPD		-10			
2. Basamak: Ham puanlarının toplanması: A+B+C+D+E+F						
3. Basamak: Ham noktaların OTS'na dönüştürülmesi ve sonuç görme kategorilerinin ihtimalinin hesaplanması.						
Ham puan toplamı	OTS	Işık hissi yokluğu	Işık hissi/el hareketi	1/200-20/50	20/200-20/50	≥ 20/40
0-44	1	74	15	7	3	1
45-65	2	27	26	18	15	15
66-80	3	2	11	15	31	41
81-91	4	1	2	3	22	73
92-100	5	0	1	1	5	94



Resim 1: Işık hissi olmayan rüptürlü, Relatif afferen pupil defektli zon-III yaralanmalı olgu görünümü.

Görme keskinliği muayenesinde hastadan alınan ifadelerin subjektif olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle, mümkünse ilk girişim sürecinde bir başka oftalmolog tarafından da değerlendirilmesi istenmelidir. Kapalı yaralanmalarda göz içindeki yoğun hemoraji ve ciddi zon-III kontüzyon, total retina dekolmanı, ciddi optik sinir travması, bazen yoğun kemozis ve açık yaralanmalarda bunlarla beraber yoğun göz içi enflamatuvar içerik ve göz içi yabancı cismi varlığı görme düzeyinin P (-) olmasında sorumlu faktörlerden biri olabilmektedir.

Bazen bu durumdaki olgulara uygulanan flaş ışık uyaranlarla elde edilen VEP ve ERG yanıtları dahi P (-) görmeyi destekleyecek düzeyde anormal alınabilmektedir. Bu olgularda görme düzeyi hakkında kararın verilebilmesi için intraoperatif bulguların dikkate alınması gerektiği açıktır.



Resim 2: Vitreoretinal cerrahi uygulaması sonrası.

Görme düzeyine bakılmaksızın acil müdahalede bulunmak zorunda kalan hekimin, hastanın bilinci yerine geldiğinde görme ifadesini sorgulayarak kayıt altına alması, yaralanmalı olan gözü için hastayı bilgilendirmesi ve enükleasyon/evisserasyon uygulanmak zorunda kalılabileceğini göz önünde bulundurarak hastanın/yakınının bilgilendirilmiş onayını alması gerektiği konusu medikolegal bir zorunluluktur.

İŞIK GÖRMEYEN GÖZDE TEDAVİ SONUÇLARI

OTS çalışmasından çıkarılan ilgili tablo incelendiğinde (Tablo), travmalı olguların görme sonuçlarının rüptürdeki ve endoftalmidekinden çok daha kötü etkilenebildiği anlaşılmaktadır.³ OTS çalışmasında Kategori-1 de yer alan [hemen hepsi P (-)] olguların %74'ünde görme elde edilemezken %15'inde ışık ve el hareketleri, %7'sinde 0.1 altı görme, %3'ünde 0.2-0.4 arası görme ve %1'inde 0.5'ten fazla görme keskinliği sağlanabilmiştir.³ Bu durum bizim serimizde %64, %29, %7 olup 0.2'den fazla sonuç görme sağlanan olgumuz yoktur.⁴

Bununla birlikte hemen hepsi teröristlerin kullandığı parça ve patlama tesirli öldürücü silahlarla ciddi mültisistem yaralanmalı ve tüm kayıtları ve izlemleri mevcut olan 88 olgunun incelendiği çalışmamızda, (P-) görme ile başvuran 14 gözden birinde 0.15, ikisinde ise ambulatuvar görme (>1MPS) sağlanabilmiştir.⁴

Resim 1-3'de OTS kategori -1 olan (en kötü prognozlu) bir olguda uygulanan vitreoretinal cerrahi yöntemlerle sonuç görmesinin 0.15 düzeyine çıktığı gösterilmektedir. Feng ve ark.,⁵ geniş bir travma serisinden seçtikleri başlangıç görmeleri P (-) olan 33 gözde uygulanan vitreoretinal girişimler sonrasında 18'inde (%54) P (+) ve üstü görme, birinde 0.5 olmak kaydıyla 6'sında (%.18) 0.1 ve üstü görme sağlanabildiğini bildirmektedirler.



Resim 3: Keratoplasti sonrası 24. ay; görme 0.15.

Bu olguların incelenmesinde, sonuç görme üzerindeki etkili 7 faktör olarak;

- 1- Rüptür,
- 2- Zon-III yaralanma,
- 3- >10 mm skleral yara,
- 4- Siliyer cisim hasarı,
- 5- Ciddi göziçi hemoraji,
- 6- Retina prolapsusu (yada kapalı PVR),
- 7- Koroid hemorajisi'ni saptanmıştır.⁵

Güncel göz yaralanma serilerinde gözlenen bu sıradışı başarı oranlarında primer cerrahi sırasında gelecekteki anatomik başarının sağlanabilmesi için erken uygulanan vitrektomi ve silikon tamponatların önemli bir yeri olduğu gözlenmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kaynakçada görme hissi yokluğunda ilgili gözde ambulatuvar (1MPS ve altı görme ile yaşamsal işlev yerine getirebilirliği) hatta işlevsel görme kazanımların elde edilebildiği gözlenmektedir.

Klinik muayeneler yanısıra intraoperatif olarak ta saptanan bulgular ışığında anatomik şifanın sağlanabileceği her gözün işlevsel kullanılabilme potansiyelinin var olduğuna inanıyoruz. Yaralanmalı gözlerde sempatik oftalmi gelişimi ötedenberi oftalmologların en korktuğu komplikasyonların başında gelir.

Bu bağlamda ilave risk faktörleri dikkate alınarak² enükleasyon kararının diğer gözün immünesinin uyarılmadığı dönemde (tercihan ilk 5 gün) verilmesi gerektiği; aksi halde immün tanımlanma için geç kalınmış olabileceği dikkate alınarak gözün prefitizik te olsa yerinde tutulmasını -gerekirse/uygunsa- prostetik kontakt lens kullanılarak estetik kaygıların giderilmesini önermekteyiz. Bununla birlikte, göz içinde özellikle yabancı cisim bırakıldığında, endoftalmi, siderozis ve sempatik oftalmi yanısıra malignite gelişebilme olasılığı akılda tutularak göz küresi yerinde bırakılan olguların düzenli kontrollerinin yapılması gerektiği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR/REFERENCES

1. Kuhn F. Strategic thinking in ocular traumatology in Kuhn F. Ocular Traumatology, Springer Verlag Berlin Heidelberg 2008;79-104.
2. Arevalo JF, Garcia RA, Al-Dhibi HA, et al. Update on sympathetic ophthalmia. Middle East Afr J Ophthalmol 2012;19:13-21.
3. Kuhn F, Maisiak R, Mann L, et al. The ocular trauma score (OTS). Ophthalmol Clin North Am 2002;15:163-5.
4. Sobaci G, Akin T, Erdem U, et al. Ocular trauma score in deadly weapon-related open-globe injuries. Am J Ophthalmol 2006;141:760-1.
5. Feng K, Hu YT, Ma Z. Prognostic Indicators for no light perception after open-globe injury: Eye Injury Vitrectomy Study American Journal of Ophthalmology 2011;4:654-62.