

Pars Plana Vitrektomi ve Dekolman Cerrahisi Endikasyonları*

Meral Or¹

Klasik dekolman cerrahisi genelde göz dışı bir yaklaşım olup, pars plana vitrektomi (PPV) yöntemleri ile göz içine girmeyi gerektirecek durumlara müdahale etmeden önce yeterli dekolman cerrahisi uygulamaları ile klasik yöntemi iyi kavramak ve uygulayabilmek gerekir. İşte o zaman dekolman cerrahinin göz içinde çalışma endikasyonları kendiliğinden ortaya çıkar. Bir retina cerrahisi dekolman ameliyatında lokal veya çevresel çökertmeyi, boşaltıcı ponksiyon ile subretinal sıvının drenajını ne zaman ve nasıl uygulayacağını, yırtığın kapatılmasını ne şekilde yapacağını, göz içine hava ve gaz gibi maddeleri habbe oluşturmadan ve yeterli miktarda vermeyi, gerektiğinde daha yeni bir kavram olan pnömoretinopeksiyi uygulayabilmelidir.^{1,2}

Bir dekolman cerrahisinde PPV uygulamasının kesin endikasyonu yoktur. PPV uygulamasına baştan karar verilebildiği gibi, ameliyatın gidişi sırasında ortaya çıkan komplikasyonlar sonucu da karar verilebilir. Amaç retinanın yatışmasıdır. Örneğin dekolman cerrahisinde farmakolojik ajanlarla düzilemeyen miozis oluşması, yırtık, hemoraji, retina deliği oluşturan sklera perforasyonu veya boşaltıcı ponksiyon komplikasyonlarının ortaya çıkması, retinanın ameliyat sırasında yatıştırılmaması, yırtık bulunmaması gibi sebepler göz içine girilmesini gerektirebilir.^{1,3}

İleri derecede PVR varlığı, travmatik, göz içi yabancı cisim ile birlikte dev devrik, traksiyonel, psödo-fak-afak, göz içine lens veya intraoküler lensin düşmesi ile birlikte olan dekolmanlar, arka yerleşimli yırtıklar, makula deliği, lokal anestezide yanlılıkla sklera perforasyonu, kolobom ile birlikte dekolman, akut retinal nekroz ve retinanın nekrotizan inflamasyonları gibi durumlar baştan göz içine girilme endikasyonunun konulduğu durumlardır.^{4,5}

PVR sınıflandırılması çeşitli şekillerde yapılmıştır. Dekolman cerrahisi ve PPV uygulayacak bir cerrah PVR sınıflandırılmasını ve değerlendirilmesini de bilmek durumundadır.

1983 RETİNA CEMİYETİ PVR SINIFLANDIRILMASI⁶

EVRE	KLİNİK
A(HAFİF)	Vitreus bulanıklığı, pigment toplulukları
B(Orta)	Retina buruşukluğu, yırtık kenarının kıvrılması, retina sertliği damarlarda kıvrım artması
C(Ağır)	Tüm kalınlığınca retina kıvrımları
C1	Bir kadranda
C2	İki kadranda
C3	Üç kadranda
D(Masif)	Dört kadranda sabit retina kıvrımları
D1	Açık huni
D2	Dar huni
D3	Kapalı huni

* 24-26.9.1993 tarihinde Ankara'da düzenlenen 1.Uygulamalı Vitreoretinal Cerrahi Kursu'nda sunulmuştur

1 Doç.Dr. Gazi ÜTF Göz Hast ABD,

1989 Cologne sınıflandırması ve 1989 silikon çalışma gurubunun sınıflandırmalarından sonra 1991 de Machamer ve ark tarafından Modifiye bir sınıflandırma daha yapılmıştır.⁷

1991 YENİLENMİŞ PVR SINIFLANDIRILMASI

Evre A	Vitreus bulanıklığı, pigment birikimi, retina altında pigment topluluğu
Evre B	İç retina yüzeyinde buruşma, retinada kalınlaşma damar kıvrımları artması, yırtığın kenarlarının kıvrılması, vitreus hareketinin azalması
Evre CP 1-12(Ekvatorun arkası)	Fokal, diffüz, çevresel tüm kalınlığınca katlantılar, subretinal bantlar
Evre CA 1-12(Ekvatorun önü)	Fokal, diffüz, çevresel tüm kalınlığınca katlantılar, subretinal bantlar, öne yer değiştirme, vitreusta bantlar + kondansasyon

1983 sınıflandırmasına göre evre C1 altındaki PVR de klasik dekolman cerrahisi uygulanabilir. C3 ün üzerinde ise genelde vitrektomi ve iç tampon maddelerin uygulaması gerekir. Ön PVR ye dikkat edilmeli, vitreus tabanı çok iyi temizlenmeli, gerektiğinde lens alınmalıdır. Proliferasyonun devam ettiği durumlarda retinotomi ve retinektomi uygulanabilir. PVR varsa pnömoretinopeksi yapmak uygun değildir.^{8,9}

PPV ve dekolman uygulaması yapacak olan cerrah ayrıca nüks olgularına nasıl müdahale edileceğini de bilmelidir. Nüks dekolmanların en önemli sebepleri yırtığın yetersiz kapatılması, gözden kaçan yırtıklar, çökertmenin yetersiz veya aşırı yapılması, kullanılan çökertme materyalinin kötülüğü, boşaltıcı ponksiyon uygulanması sonucu komplikasyon veya gerektiği halde boşaltıcı uygulanmaması olup, genelde C1 in altında PVR varsa vitrektomi cerrahisi uygulanmadan da nükslere

müdahale edilebilir. Yine de yırtığın yeri de PPV uygulanma endikasyonu için önemlidir.¹⁰ PPV uygulaması gerektiğinde ise, cerrah hava, gaz, silikon, SPK gibi iç tampon maddelerin kullanımı, komplikasyonları, uygulama özelliklerini de bilmek durumundadır.^{11,12}

Sonuç olarak dekolman cerrahisi ve pars plana vitrektomi birbirinden ayrı ameliyatlardır. Gerektiğinde birbirini tamamlayacak şekilde kullanılmalıdır. Retinanın yatışmasını sağlamak amacı ile yapılan bu uygulamalarda kesin çizgiler ve kurallar belirlemek mümkün değildir.

KAYNAKLAR

- Williams GH, Aaberg TM: Techniques of scleral buckling. In Ryan SJ: Retina The CV Mosby Co. St. Louis 1989; Vol 2 p:111-149
- Gelişken Ö, Güler, K: Pnömatik retinopeksi. Ret-Vit 1993; 21:25-31
- Fuller D, Wilson D: Translimbal iris hook for pupillary dilatation during vitreous surgery. Am J Ophthalmol 1990, 110:577
- Or M: Sıvı perflorokarbonlar ve vitreoretinal cerrahide kullanıma endikasyonları. Ret-Vit 1993; 1:15-8
- Wiedeman P, Heimann K: Proliferative vitreoretinopathy. Current opinion in ophthalmology 1992, 3:317-365
- The Retina Society Terminology Committee: The classification of retinal detachment with proliferative retinopathy. Ophthalmology 1983; 90:121-125
- Machamer R, Aaberg TM, Freeman HM, Irvine AR, Lean JS, Michels RM: An updated classification of retinal detachment with proliferative vitreoretinopathy. Am J Ophthalmol 1991; 112:159-165
- Atmaca LS, Özmert E: Proliferatif vitreoretinopatinin sınıflanması ve tedavisi. T.Oft.Gaz 1989; 19:622-6
- Wilson HN, Leaver PK: Extended criteria for vitrectomy and fluid/silicone oil exchange, Eye 1990, 4:850-4
- Önol M, Hasanreisioğlu B, Or M, Şahin Z: Regmatojen retina dekolmanlarında nüks nedenleri. T. Oft. Gaz. 1989., 19:298-304
- Özmert E: Düşük viskoziteli sıvı perflorokarbonlar: Yapısı, tipleri ve özellikleri. Ret-Vit 1993, 1:8-14
- Özmert E, Atmaca LS: Vitreoretinal cerrahide göz içi gazlar T.Oft.Gaz 1989, 19:627-36