

Afak Retina Dekolmanı Klinik Özellikler ile Anatomik ve Görsel Sonuçlar

Berati HASANREİSOĞ LU¹, Ahmet AKSÜNGER², Meral OR¹ Merih ÖNOL³,
H. Haluk AKBATUR³, Fikret AKATA³, Mehmet ÜNAL³, Kamil BİLGİHAN⁴, Gökhan GÜRELİK⁵

ÖZET

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Kliniğinde 1984-1995 (Haziran) tarihleri arasında Afak Retina Dekolmanı (ARD) tanısıyla ameliyat edilen ve en az 6 ay (ortalama=39±24.8 ay) takip edilen 340 olgunun klinik özellikleri ile anatomik ve görsel sonuçları değerlendirildi. Olguların 272'sine (%80) intrakapsüler katarakt ekstraksiyonu (İKKE), 68'ine (%20) ekstrakapsüler katarakt ekstraksiyonu (EKKE) uygulanmıştı. Olguların 241'i (%70.8) erkek, 99'u (%29.2) kadın olup, yaş ortalaması 55.4 ± 14.6 idi. 64 olguda (%18.8) yırtık bulunamazken, yırtık bulunan olgularda yırtığın yerleşimi en sık üst temporal (%35.5) ve üst nazal (%34.4)'de idi. 268 olguda (%78.8) retina dekolmanı 3 kadran veya total olup, makula tutulumu 285 olguda (%83.8) ve grade-C3-D PVR ise 73 olguda (%21.5) mevcuttu. Anatomik başarı 289 olguda (%85), postoperatif 1/10 ve üzeri görme keskinliği ise 223 olguda (%65.6) sağlanmıştır. Anatomik ve görsel sonuçlar semptom süresinin 3 ayın üzerinde olduğu grupta, preoperatif görme keskinliğinin 1/10'un altında olduğu grupta, total retina dekolmanı olan grupta, yırtığın bulunmadığı grupta ve grade C3-D PVR'si olan grupta düşük bulunmuştur. (p<0.05). Klinik özellikler ile anatomik ve görsel sonuçlar açısından EKKE ve İKKE uygulanmış gruplar arasında farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Anahtar Kelimeler : Afaki, retina dekolmanı, katarakt, afakik retina dekolmanı

SUMMARY

APHAKIC RETINAL DETACHMENT

CLINICAL CHARACTERISTICS AND ANATOMIC AND VISUAL RESULTS

We reviewed clinical characteristics, anatomic and visual results of 340 aphakic retinal detachment patients of at least 6 month follow-up (Mean=39±24.8 month) who underwent surgery between 1984-1995 (June) in Gazi University Medical Faculty Department of Ophthalmology. 272 of 340 patients (%80) had ICCE previously and 68 of 340 patients (%20) had ECCE. 241 of 340 patients (%70.8) were male and 99 of 340 patients (%29.2) were female. Mean age was 55.4±14.6. In 64 patients (%18.8), there was no detected retinal breaks. Superior temporal breaks (98/276=%35.5) and superior nasal breaks (95/276=%34.4) were found to be the most frequent localisations in the regmatogenous retinal detachment were present. We found macular involvement in 285 patients (%83.8) and presence of PVR Grade-C3-D in 73 patients (%21.5). Anatomic success rate was found 289 of 340 patients (%85) and 223 of 340 patients (%65.6) had a postoperative visual acuity 1/10 or more. Patients in groups with a detachment period longer than 3 months, presence of PVR grade-C3-D, total retinal detachment, no detected retinal breaks and preoperative visual results (P<0.05). In comparison with clinical characteristics, anatomic and visual results no statistical significant differences were found between ICCE and ECCE groups (p>0.05). Ret-vit 1996;1:475-81

Key Words : Aphakia, retinal detachment, cataract aphakic retinal detachment

Retina dekolmanı (RD) katarakt cerrahisinin en önemli komplikasyonlarından biri olup, katarakt cerrahisindeki gelişmelere paralel olarak görülme oranı azalmasına rağmen tüm de-

kolmanların %23-40'ını oluşturmaktadır^{1,3-6}. Katarakt cerrahisinden sonra görülen RD, etyopatogenez ve klinik olarak farklılıklar göstermektedir²⁻⁵.

Bu çalışmada ARD tanısıyla cerrahi uygulanan olgulara ait klinik özellikleri, anatomik ve fonksiyonel sonuçları incelemeyi amaçladık.

1. Pro.Dr. Gazi Üni. Tıp Fak. Göz Hast. ABD
2. Yrd. Doç. Dr. Dicle Üni. Tıp Fak. Göz Hast. ABD.
3. Doç. Dr. Gazi Üni. Tıp Fak. Göz Hast. ABD.
4. Yrd. Doç. Dr. Gazi Üni. Tıp Fak. Göz Hast. ABD.
5. Dr. Gazi Üni. Tıp Fak. Göz Hast. ABD.

Süre	EKKE	İKKE	Toplam
1 yıldan az	27/68=%39.9	109/272=%40.1	136/340=%40
1-5 yıl	22/68=%32	83/272=%30	105/340=%30.8
5 yıldan<	19/68=%28.1	80/272=%29.4	99/340%29.1

Tablo 1. Katarakt ekstraksiyonu ile retina dekolmanı arasında geçen süre

GEREÇ ve YÖNTEM

1984-1995 (Haziran) tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Kliniğinde ARD tanısıyla ameliyat edilen ve en az 6 ay takip edilen 340 olgu retrospektif olarak incelendi. Katarakt cerrahisinden önce RD'lı olan olgular, perforan göz yaralanması sonucu katarakt cerrahisi uygulanmış olgular, nüks veya opere RD'lı olgular ve konjenital kataraktlı olgular çalışma kapsamına alınmadı.

Hastaların rutin göz muayenelerinden sonra indirekt oftalmoskopi ve Goldmann'ın üç aynalı kontakt lensi ile göz dibi muayeneleri yapılmıştır. 331 olgu katarakt cerrahisini başka bir merkezde olmuşlardı ve katarakt cerrahisine ait epikrizleri olmadığından cerrahi esnasındaki vitreus kaybı gibi özellikler değerlendirilemedi.

Olguların 241'i erkek (%70.8), 99'u kadın (%29.2) olup, yaş ortalaması 55.4±14.6 idi. Olgular en az 6 ay en çok 120 ay, ortalama=39±24.8 ay takip edilmiştir.

Olguların %80'inde (272 olgu) İKKE, %20'inde (68 olgu) EKKE uygulanmıştı. EKKE yapılmış olguların %22'sinde arka kapsül perfore idi ve 3'üne ise (3/68=%4.5) YAĞ kapsülötomisi uygulanmıştı.

Çalışma retrospektif olduğu için PVR'li olgular "Retina Cemiyeti Terminoloji Komitesinin" 1983 kriterlerine göre derecelendirilmiştir⁷. Tüm olguların ayrıntılı fundus çizimleri yapılmıştır. Retina dekolmanının genişliği

Süre	> 1 ay	1-3 ay	3 ay ve<
Sayı	54	112	174
%	15.8	32.9	51.3

Tablo2. Semptom süresi

1 kadran, 2 kadran, 3 kadran ve total olarak derecelendirilmiştir. Olgular yırtık sayısı, yeri anatomik ve görsel başarı ve komplikasyonlar yönünden değerlendirildi.

Olgulara retina ve vitreusun durumuna göre; çevresel skleral çökertme, çevresel+lokal skleral çökertme, kriopeksi, endofotokoagülasyon, retina altı sıvı drenajı perflorokarbon/silikon yağı tamponadı yöntemlerinden biri/birkaçı uygulanmıştır.

Retinanın yatışık olması anatomik başarı, 1/10 ve üzeri görme keskinliği görsel başarı olarak değerlendirildi. İstatiksel işlemlerde X² ve testi kullanıldı.

BULGULAR

Erkek/kadın oranı=2.43'tür. Yaş ortalaması 55.4±14.6 olarak saptanmıştır.

(Tab.1)'de katarakt ekstraksiyonu ile retina dekolmanı gelişimi arasında geçen süre görülmektedir.136 olguda (%40) ilk bir yıl içinde retina dekolmanı gelişmişti. İKKE yapılmış olguların %41.5'unda (113), EKKE yapılmış olguların ise %39.9'unda (27 olgu) ilk bir yılda

		> 0.1	0.1-0.4	0.5 ve<
Preop	EKKE	55/68=%80.8	9/68=%13.2	4/68=%5.8
	İKKE	228/272=%83.8	38/272=%13.9	6/272=%2.2
	Toplam	283/340=%83.2	47/340=%13.8	10/340=%3
Postop	EKKE	24/68=%35.2	42/68=%61.7	2/68=%3
	İKKE	93/272=%34.2	166/272=%61	13/272=%4.7
	Toplam	117/340=%34.4	208/340=%61.2	15/340=%4.4

Tablo 3. Preoperatif ve postoperatif görme keskinlikleri

	Yok	Tek yırtık	BFY*	Dev yırtık	Dializ
EKKE	13/68	24/68	26/68	2/68	3/68
	%19.2	%35.2	%38.2	%2.9	%4.4
İKKE	51/272	102/272	100/272	12/272	7/272
	%18.7	%37.5	%36.7	%4.4	%2.6
TOPLAM	64/340	126/340	126/340	14/340	10/340
	%18.8	%37.1	%37.1	%4.1	%2.9

Tablo 4. Yırtık sayısı

* : Birden fazla yırtık

	ÜT	ÜN	AT	AN
EKKE	19/55=%34.5	18/55=%32.7	9/55=%16.3	9/55=%16.3
İKKE	79/221=%35.7	77/221=%34.8	39/221=%17.6	26/221=%11.8
Toplam	98/276=	95/276=%34.4	48/276=%17.4	35/276=%12.7

Tablo 5. Yırtık saptanan olgularda yırtıkların kadranslara dağılımı

ÜT : Üst Temporal, ÜN : Üst Nazal, AT : Alt Temporal, AN : Alt Nazal

	1 Kadran	2 Kadran	3 Kadran	4 Total
EKKE	4/68=%5.8	11/68=%16.1	26/68=%38.2	27/68=%39.7
İKKE	10/272=%3.6	47/272=%17.2	100/272=%36.7	115/272=%42.2
Toplam	14/340=%4.2	58/340=%17	126/340=%37.1	142/340=%41.7

Tablo 6. Retina dekolmanının genişliği

RD gelişmişti. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0.05$). Olguların %72'sinde (245 olgu) ilk 5 yıl içinde retina dekolmanı gelişmişti.

(Tab.2)'de olguların semptom süreleri görülmektedir. 286 olguda (%84.2) semptom süresi 1 ayın üzerinde saptanmıştır. Ortalama semptom süresi 6.2 ± 3.5 aydır.

(Tab.3)'de olguların preoperatif ve postoperatif görme keskinlikleri sunulmuştur. Preope-

ratif

283 (%83.2) olguda 1/10'un altında görme keskinliği mevcuttu. Postoperatif 1/10 ve üzeri görme keskinliği 223 (%65.6) olguda sağlanmıştır. İKKE grubunda 179 olguda (%65.8), EKKE grubunda 44 olguda (%64.7) postoperatif 1/10 ve üzeri görme keskinliği elde edilmiştir. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanamadı ($p>0.05$).

(Tab.4)'de yırtık sayısı görülmektedir. Ol-

		EKKE	İKKE	Toplam
Makula	Dekole	58/68=%85.3	227/272=%85.3	285/340=%83.8
	Değil	10/68=%14.7	45/272=%16.5	55/340=%16.2
PVR	Yok	18/68=%26.4	84/272=%30.8	102/340=%30
	A-C2	32/68=%47.2	133/272=%48.9	165/340=%48.5
	C3-D	18/68=%26.4	55/272=%20.3	73/340=%21.5

Tablo 7. Makula ve retinanın durumu

Latis dejenerasyon	72 (%21.2)
Myopi	23 (%6.7)
Travma	13 (%3.8)

Tablo 8. Afakiye eşlik eden risk faktörleri

guların 64'ünde (%18.8) yırtık bulunmazken, 126'ında (%37.1) tek yırtık, 126'ında ise (%37.1) birden fazla yırtık saptanmıştır.

(Tab.5)'de yırtık saptanan olgularda yırtıkların kadranslara dağılımı görülmektedir. En fazla yerleşim üst temporal ve üst nazal kadrandadır (98 olgu-%35.5- ve 95 olgu-%34.4-). Yırtık sayısı ve yerleşimi açısından İKKE ve EKKE uygulanmış gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

(Tab.6)'da dekolmanın genişliği görülmektedir. 142 olguda (%41.7) total retina dekolmanı mevcuttu.

(Tab.7)'de makula ve retinanın durumu görülmektedir. 285 olguda (%83.8) makula dekolmanı idi. 238 olguda ise (%70) PVR mevcuttu. 73 olguda (%21.5) grade-C3/D PVR mevcuttu. Dekolman genişliği ile makula ve retinanın durumu açısından İKKE ve EKKE grupları arasında farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

(Tab.8)'de afakiye eşlik eden diğer risk faktörleri görülmektedir. Latis dejenerasyon %21.2 (72 olgu) ve -6D'nin üzerinde myopi %7.6 (26 olgu) en sık rastlanan risk faktörleri olmuştur. 13 olguda ise (%3.8) afaki sonrası künt travma mevcuttu.

8 olguda (%2.3) diğer gözde retina yırtığı, 38 (%11.2) olguda ise retina dekolmanı mevcuttu veya dekolman cerrahisi geçirmişlerdi. Tüm olguların %17'si (58) bilateral afak idi. Bu olguların 18'inde (18/58=%31) diğer gözde retina dekolmanı mevcuttu veya takip süreci içinde retina dekolmanı gelişmişti. 4'ünde ise (4/58=%6.9) diğer gözde retinal yırtık saptanmıştı. Bilateral afak olup diğer gözünde retinal yırtık veya dekolman bulunan olguların 34'ünde ise (34/58=%58.6) latis dejenerasyonu mevcuttu ve bu olguların 16'sına profilaktik fotokoagülasyon yapılmıştı.

(Tab.9)'da olgulara uygulanan cerrahi girişim yöntemleri görülmektedir. Tüm olgulara çevresel skleral çökertme uygulanmış olup, grade C3-D PVR'si olan olguların tümüne ve vitreus bulanıklığı mevcut olan 5 olguya PPV girişimi uygulanmıştır. PPV uygulanan olgu-

Cerrahi Yöntem	Sayı	%
Çevresel Çökertme	340	100
Lokal Çökertme	37	11
Kriopeksi	270	75
Retina altı sıvı drenajı	220	65
Hava/Gaz Tamponadı	38	11
PPV+İnternal Tamponad	78	23
-Hava	14/78	4.1
-Gaz	28/78	8.2
-Silikon yağı	19/78	5.5
-Sıvı perflorokarbon/ Silikon değişimi	17/78	5

Tablo 9. Uygulanan cerrahi yöntemler

larda internal tamponad olarak hava/gaz/silikon yağı maddeleri kullanılmıştır.

İlk cerrahi girişim ile 255 olguda (%75), ikinci ve üçüncü cerrahi girişimler ile 289 olguda (%85) anatomik başarı sağlanmıştır. Nüks retina dekolmanı oranımız %23.6 (80 olgu) olup, 5 olguda ilk cerrahi girişim esnasında retinal yatışma sağlanamamıştır. Nüks RD'lı 80 olgunun 34'ünde (%42.5) ikinci/üçüncü cerrahi girişim ile anatomik başarı sağlanmıştır.

Anatomik ve görsel başarı grade C3-D PVR'si olan grupta, dekolman süresinin 3 ayın üzerinde olduğu grupta, total RD olan grupta, preoperatif görme keskinliğinin 1/10'un altında olduğu grupta ve yırtığın bulunmadığı grupta düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Anatomik ve görsel başarı açısından İKKE ve EKKE uygulanmış gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

(Tab.10)'da komplikasyonlarımız görülmektedir. 68 olguda (%20) komplikasyon gelişmiştir. En sık görülen peroperatuar komplikasyon göz içi basıncında artma (18 olgu-%5.2), postoperatuar erken komplikasyon vitritis (23 olgu-%6-) ve postoperatuar geç komplikasyon ise PVR (40 olgu-%11.7-) olmuştur.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Günümüzde katarakt cerrahisindeki gelişmeler retina dekolmanı riskini giderek azalt-

Peroperatif Komplikasyonlar	
GİB** artması	18 (%5.2)
Subretinal / preretinal hemoroji	12 (%3.5)
Koroid dekolmanı	6 (%1.7)
Yırtık altına sliikon/sıvı perflorokarbon geçmesi	5 (%1.4)
Retinanın yatışmaması	5 (%1.4)
İatrojenik yırtık	5 (%1.4)
-Ras** drenajı esnasında	1 (%0.29)
-PPV** esnasında	4 (%1.1)
Skleral perforasyon	3 (%0.9)
Retinal inkarserasyon	2 (%0.6)
Postoperatif erken komplikasyonlar	
Vitritis	23 (%6.7)
GİB artması	21 (%6.1)
Pupil blok	17 (%5)
Kapak ödemi	14 (%4.1)
Göz hareketlerinde kısıtlılık	11 (%3.2)
Korneal ödem	6 (%1.7)
İmplant enfeksiyonu	5 (%1.4)
Selülit	6 (%1.7)
Rezidü RAS	4 (%1.1)
Ön segment iskemisi	1 (%0.29)
Postkoperatif geç komplikasyonlar	
PVR	40 (%11.7)
Makula patolojisi*	20 (%5.8)
Göz hareketlerinde kısıtlılık	14 (%4.1)
Glokom	8 (%2.3)
Keratopati	5 (%1.4)
Hipotoni	2 (%0.6)
Fitizis bulbi	2 (%0.6)
Konjunktival kist	1 (%0.29)

Tablo 10. Komplikasyonlar

* Makuler hol, hiperpigmentasyon, epimaküler membran, kistoid makula ödem şekeli

** :RAS: Retina altı sıvısı, GİB: Göz içi basıncı,

PPV: Pars plana vitrektomi

maktadır. Afakide RD sıklığı %0.8-5 arasındadır. Ancak eğer cerrahide vitre kaybı olmuşsa bu oran %8-20 arasındadır. Myopik afaklarda bu oran %6.8, -10D'nin üzerinde myopisi olanlarda ise %11-40'lara ulaşmakta-

dır^{1,2,5,8-10}. Olgularımızda -6D'nin üzerinde myopi oranı %7.6 idi. Olguların büyük bir kısmı katarakt cerrahisini başka bir merkezde olmuşlardı ve epikrizleri olmadığı için vitre kaybı mevcut olgu oranını belirleyemedik.

Katarakt cerrahisinden sonra görülen RD'ları etyopatogenez ve klinik olarak fakik dekolmanlardan farklılıklar göstermektedir. Katarakt cerrahisinde vitrede meydana gelen biyokimyasal değişiklikler ve lensin alınması ile vitre hareketleri ve retinaya olan etki-çekinti mekanizmasının değişimi ve vitreoretinal-korioretinal ilişkilerin güçsüzleşmesi RD riskini arttırmaktadır. Ayrıca cerrahi girişim sonrası ortaya çıkan tepkisel iltihabın oluşturduğu vitreoretinal yapışıklıklar-ikincil membranlar da olumsuz etkilerini gösterirler^{1,2,9}.

ARD ileri yaşlarda ve erkeklerde daha sık görülmektedir. Serimizde erkek/kadın oranı=2.5'tur. ARD en sık 6. dekatta görülmüştür. Bu bulgularımız literatürde bildirilen oranlarla uyumludur^{2,8}.

ARD'larının %40-50'sinin katarakt cerrahisini takibeden iki yıl içinde geliştiği bildirilmektedir^{1,8}. Olgularımızın %40'ında (136 olgu) RD ilk yıl içinde gelişmişti. 245 olguda (%72) RD ilk 5 yıl içinde gelişmişti. Bu nedenle bu hastaların postoperatif takiplerinin daha dikkatli bir şekilde yapılması ve göz gibi muayenesinin ihmal edilmemesini vurgulamak yerinde olacaktır.

Olgularımızın %51.3'ünde semptom süresi 3 ayın üzerinde olmuştur. ARD'da semptom süresinin daha uzun olduğu çeşitli çalışmalarda da bildirilmiştir^{2,8,11,15}. Bunun nedeni özellikle tek taraflı afakide tashihin yapılamamış olması (postoperatif erken dönemde kontakt lensin takılamaması, kontakt lens intoleransı ve hasta kooperasyonunun güçlüğü gibi nedenlerle) ve gözlüğün görme alanını daraltması nedeniyle hastaların görme azalması veya görme alanlarında meydana gelen değişiklikleri farketmemeleri olmaktadır. Bu nedenle dekolman süresi daha uzun olmaktadır. Buna bağlı olarak total RD oranı, makula tutulum ve PVR oranı daha yüksek olmaktadır.

ARD'nin fakik dekolmanlardan en önemli farklarından biri yırtık şekli ve yerleşimidir. Yırtıklar periferde ve çok küçük olma eğilimindedir ve meridyonal kıvrımların ucundadır. Yırtıklar sıklıkla üst nazal ve üst temporal de yerleşmiştir. Ayrıca afak gözlerde pupil düzensizliği ve dilatasyon güçlükleri, periferik korteks ve kapsül bakiyeleri nedeniyle yırtığın bulunması zorlaşmaktadır^{1,2,4,5,12}. Serimizde

yırtık yerleşimi en sık üst temporal (%35.5-98 olgu-) ve üst nazal (%34.4-95 olgu-) olmuştur. Yırtık bulunmayan olgu oranı ise %18.8 (64 olgu)'dir. Literatürde yırtık bulunmayan olgu oranı %7-37 arasında bildirilmiştir^{2-5,8,12,13}.

Katarakt ameliyatından sonra gelişen dekolmanlar hızlı ilerleme gösterirler ve PVR oranı daha yüksektir. Bu olgularda vitre likefaksiyonunun yüksek olması total RD gelişme oranının yüksek olmasını açıklamaktadır^{2-5,9}. Olgularımızın %76.8'inde (268 olgu) dekolman genişliği 3 kadran ve total idi. Buna bağlı olarak ARD'ında makula tutulumunda yüksek oranda olmaktadır. Olgularımızın %83.8'inde (285 olgu) makula dekolmanı idi. ARD'ında PVR gelişme riski de yüksektir. Nagazaki ve ark ARD'ında; katarakt cerrahisi esnasında vitre kaybı olan olgularda ve dekolman süresinin 1 ayın üzerinde olduğu olgularda PVR riskinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir¹⁴. Olgularımızın %51.3'ünde (174 olgu) dekolman süresi 3 ayın üzerinde idi ve 136 olguda ise (%40) RD katarakt cerrahisini takiben 1 yıl içinde gelişmişti. Grede-C3-D PVR bu olgularda daha sık görülmüştür. PVR oranının yüksek olması cerrahiye olumsuz yönde etkilemektedir.

Olguların %23'ünde (78 olgu) ciddi PVR (Grade-C3-D) ve vitreus bulanıklıkları nedeniyle PPV uygulanmıştır. Bu olgularda anatomik ve fonksiyonel başarı oranı daha düşük olmuştur. Ayrıca PPV uygulanan olgularda cerrahi süresinin daha uzun olması ve silikon yağı gibi tampon maddeler nedeniyle komplikasyon görülme riski de yüksektir.

Afak retina dekolmanında, özellikle bilaterale afak olgularda diğer gözde retina yırtığı/dekolmanı riski yüksek olarak bulunmuştur. Ayrıca bu olgularda yüksek oranda diğer gözde latis dejenerasyon mevcuttu. Bu nedenle bu olguların takibinin dikkatli bir şekilde yapılması ve predispozan dejenerasyon mevcut ise profliktik tedavi uygulanması yerinde olacaktır.

ARD'da anatomik başarı oranı değişik serilerde %68.7-93 olarak, görsel başarı oranı ise değişik kriterler kullanılarak (preoperatif görme keskinliğine göre artış, 1/10 ve 4/10 ve üzeri) %45-67 olarak bildirilmiştir^{2,3,5,8,15}.

Çalışmamızda anatomik başarı oranı %85 (289 olgu), postoperatif 1/10 ve üzeri görme keskinliği ise %65.6 (223 olgu) olarak saptanmıştır. Anatomik ve görsel başarı dekolman süresinin 3 ayın üzerinde olduğu grupta, total RD olan grupta, grade C3/D PVR'si olan grupta, preoperatif 1/10'un altında görme keskinliği olan grupta ve yırtığın bulunmadığı grupta

daha düşük bulunmuştur ($p < 0.05$).

En sık görülen peroperatif komplikasyonlar GİB artması (18 olgu-%5.2-) ve subretinal/preretinal hemoraji (12 olgu-%3.5-), postoperatif erken komplikasyonlar vitritis (23 olgu-%6.7-), GİB'da artma (21 olgu-%6.1-) ve pupil blok (17 olgu-%5-), postoperatif geç komplikasyonlar ise PVR (40 olgu-%11.7-) olmuştur. GİB ve pupil blok problemi internal tamponad madde verilen olgularda gelişmiş olup medikal tedavi ve pozisyon ile tedavi edilmişlerdir. Silikon yağına bağlı pupil blok oluşumunu engellemek için ise tüm olgularda cerrahi esnasında okütom ile saat 6 hizasından iridotomi yapılmıştır. Subretinal/preretinal hemoraji ise RAS drenajı yapılan olgularda görülmüştür. Komplikasyon oranlarımız literatürde bildirilen oranlarla uyumludur^{3,5,8,13,16}. Dikkatli bir cerrahi ile bu komplikasyonları azaltmak mümkündür.

Sonuç olarak, ARD'da hastaların semptomları geç farketmeleri ve dolayısı ile hekime geç müracaat etmeleri ve vitreus değişikliklerine bağlı olarak retina dekolmanı hızlı gelişmekte, makula tutulumu ve PVR riski yüksek olmaktadır. Ayrıca pupil dilatasyon güçlüğü ve pupiller çekinti gibi nedenlerle yırtık görülme oranı daha yüksek olmaktadır. Bu nedenle anatomik ve görsel başarı daha düşük olmaktadır. ARD'ında İKKE ve EKKE yapılan gruplarda klinik ve cerrahi sonuç açısından farklılık saptanmamıştır. Ayrıca RD, olguların %40'ında katarakt cerrahisinden sonraki ilk yıl içinde geliştiğinden, hastaların bu dönem içinde göz gibi muayenelerinin dikkatli bir şekilde yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Günalp İ : Retina Dekolmanı ve Tedavisi. MN Oftalmoloji. 1994;1(2):109-131.
2. Eryıldırım S, Kaynak S, Eryıldırım A ve ark : Afak ve psödofoak dekolmanlarda anatomik ve fonksiyonel sonuçlar. MN Oftalmoloji. 1994;1(1):71-7.
3. Mesurier RL, Vickers S, Mooth-Mason S, Chignell AH : Aphakic retinal detachment. Br. J. Ophthalmol. 1985;69:737-41
4. Ashrafzadeh MT, Schepens CL, Eizenciny Het al : Aphakic and phakic retinal detachment.I : Preoperative findings. Arch. Ophthalmol. 1973;89:476.
5. Hawkins WR : Aphakic retinal detachment. Ophthalmic Surg. 1975;6:66.
6. Percival SBP, Anand V, Das SK : Prevalence of aphakic retinal detachment Br.J. Ophthalmol 1983;67:43-5.
7. The retina Society Terminology Committee : The classification of retinal detachment with proliferative vitreoretinopathy. Ophthalmology. 1983;9:121.
8. Közer L, Gücükoğlu A : Afak retina dekolmanlı olgularda diğer göz. T. Oft. Gaz. 1987;17:287-92.
9. Hagler WS : Pseudophakic retinal detachment. Trans. Am. Ophthalmol. Soc. 1982;80:45-63.

10. Gray RH, Evans AR, Constable IJ, Mc Allister IL : Retinal detachment and its relation to cataract surgery : Histopathologic study of eyes obtained postmortem. *Ophthalmology*. 1985;92:1208.
11. Törnquist R, Törnquist P, Stenkula S : Retinal detachment : A study of a population based patient material in Sweden 1971-1981-II. Preoperative findings. *Acta Ophthalmol*. 1987;65:223-30.
12. Şahin S, Avcı R, Gelişken Ö, Abadan S : Yırtıklı retina dekolmanı-II : Preoperatif bulgular XXIX. Ulusal Türk Oft.Kong. Bül. Cilt-3 1994;1117-19.
13. Singh M : Surgery of aphakic retinal detachment. *Br. J. Ophthalmol* 1988;72:820-22.
14. Nagasaki H, Ideta H, Mockizaki M, Shibato A : A case control study of risk factors for proliferative vitreoretinopathy in aphakia. *Jpn. J. Ophthalmol*. 1993;37:187-91.
15. Wilkinson CP : Pseudophakic retinal detachment. *Retina*. 1985;5:1.
16. Wilkinson CP, Jr Bradford HR : The drainage of subretinal fluid. *Trans. Am. Ophthalmol Soc* 1983;81:162-71.