

Retina Dekolmanlarında Primer Retinal Cerrahi Sonuçlarının Prospektif Olarak İncelenmesi

Coşar BATMAN¹, Osman ÇEKİÇ¹, Özlem ASLAN¹, Solmaz ÖZALP¹, Orhan ZİLELİOĞLU¹

ÖZET

Amaç: Pirimer retina dekolman cerrahisi sonuçlarını prospektif olarak incelemek.

Yöntem: Pirimer retina dekolmanı nedeni ile retinal cerrahi uygulanan 108 hasta, prospektif olarak 8 ay süre ile takip edildi. Hastaların ameliyat öncesi ve 8 aylık takip süresi sonundaki muayene bulguları düzenli olarak kaydedildi ve pirimer operasyon sonucu görülen retinal yatışıklık pirimer başarı olarak kabul edildi.

Bulgular: Takip süresi sonunda 108 hastanın 84'ünde (%77), pirimer operasyon sonrası retina yatışık olarak saptandı. 24 gözde ilave vitreoretinal cerrahi prosedürler uygulandı. Son muayenede, 6 hastada retina dekole olarak tespit edildi. Tüm cerrahi müdaheler sonrası anatomik başarı %94.4 olarak bulundu.

Tartışma: Pirimer retinal cerrahiden sonra, bütün preoperatif faktörler göz önüne alındığında başarısızlığı etkileyen en önemli faktör, yeni ya da önceden saptanamamış yırtıklardır.

ANAHTAR KELİMELELER: Pirimer retina dekolmanı, vitreoretinal cerrahi, nüks retina dekolmanı, retina dekolmanı komplikasyonları, retinal cerrahi başarısızlık nedenleri.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF PRIMARY RETINAL DETACHMENT SURGERY PROSPECTIVELY

Purpose: To evaluate the results of primary retinal detachment surgery prospectively.

Method: One hundred and eight consecutive patients undergoing surgery for primary retinal detachment over an eight month period were studied. Data records were completed after surgery and at final follow-up. The term primary success was used to describe persisting retinal detachment after a single operation.

Results: Eighty-four patients (77%) had persisting retinal detachment after a single procedure. Of the 24 patients who required further surgery, retina remained still detached in 6 patients at final follow-up. The final anatomical success rate was 94.4%.

Conclusion: New or missed breaks were the major causes of failure of primary surgery. No other preoperative factors appeared to predict failure to reattach the retina. **Ret-vit 2000; 8: 59-63.**

KEY WORDS : Primary retinal detachment, vitreoretinal surgery, recurrent retinal detachment, complications of retinal detachment, causes of failure at the retinal surgery.

GİRİŞ

Geçmişte skleral çökertme ya da çevreleme, kriyoterapi ve eksternal subretinal sıvı drenajı gibi konvansiyonel yöntemler uygulanan retina dekolman cerrahisinde, son yıllarda büyük ilerlemeler kaydedilmiştir¹. Günümüzde pars plana vitrektomi ile birlikte sıvı-gaz değişimi ve uzun süreli intraoküler gazlar², endolazer ve indirek lazer retinopeksi, sıvı perfluorokarbonlar³ ve silikon yağının⁴ kullanılması ile karakterize vitreoretinal cerrahi yöntemleri giderek artan bir sıklıkla uygulanılmaya başlamıştır ve primer retina dekolmanları internal girişim ile tedavi edilmektedir^{5,6}. Tüm bu gelişmelere rağmen konvansiyonel retina dekolman cerrahisi, retina dekolman tedavisindeki yerini korumaktadır⁷.

Çalışmamızda, kliniğimizde uyguladığımız primer retina dekolman cerrahisinin 8 aylık sonuçları prospektif olarak incelenmiştir.

YÖNTEM VE GEREÇ

SSK Ankara Göz Hastanesi'nde 8 aylık bir süre içinde primer retinal cerrahi uygulanan tüm regmatojen retina dekolmanları çalışma kapsamına alınmıştır. Bütün cerrahi müdahaleler, vitreoretinal cerrahi seksiyonunda görevli 4 uzman doktor tarafından uygulanmıştır.

Görüntüyü engelleyen ortam opasiteleri, arka retinal yırtıklar, dev retinal yırtıklar ya da konvansiyonel cerrahi ile yırtıkların kapanma-

sının mümkün olamayacağı derecede proliferatif vitreoretinopati (PVR) saptanan gözlerde internal girişim uygulandı. Ayrıca üst retinal yırtıklarla birlikte büllöz retina dekolmanı⁵ tespit edilen olgularda da sınırlı olarak internal girişim tercih edildi. Konvansiyonel cerrahi uygulamaları ise kriyoterapi, skleral çevreleme ya da çökertme yöntemleri, subretinal sıvı drenajı ve gerekli durumlarda intravitreal hava enjeksiyonları idi.

Çalışma kapsamına alınan 108 gözde primer cerrahi öncesi ön ve arka segment bulguları, vitreus ve retina patolojileri, retinal yırtık özellikleri, makülanın durumu, PVR derecesi⁸, görme keskinliği ve göz içi basınç değerleri yanısıra ameliyat esnasında uygulanan teknikler ve gelişen komplikasyonlar, 8 aylık takip süresi sonunda ise yine ön ve arka segmentin ayrıntılı muayenesi, anatomik başarı, cerrahi başarısızlık nedenleri, komplikasyonlar ve görme keskinlikleri kaydedildi.

Verilerin analizinde ki-kare testi kullanıldı.

SONUÇLAR

Çalışma kapsamına alınan 108 olgunun yaşları 22-72 arasında olup, ortalama yaş 54,3 yıl olarak tespit edildi. 75 erkek, 33 kadın olgunun ameliyat öncesi özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

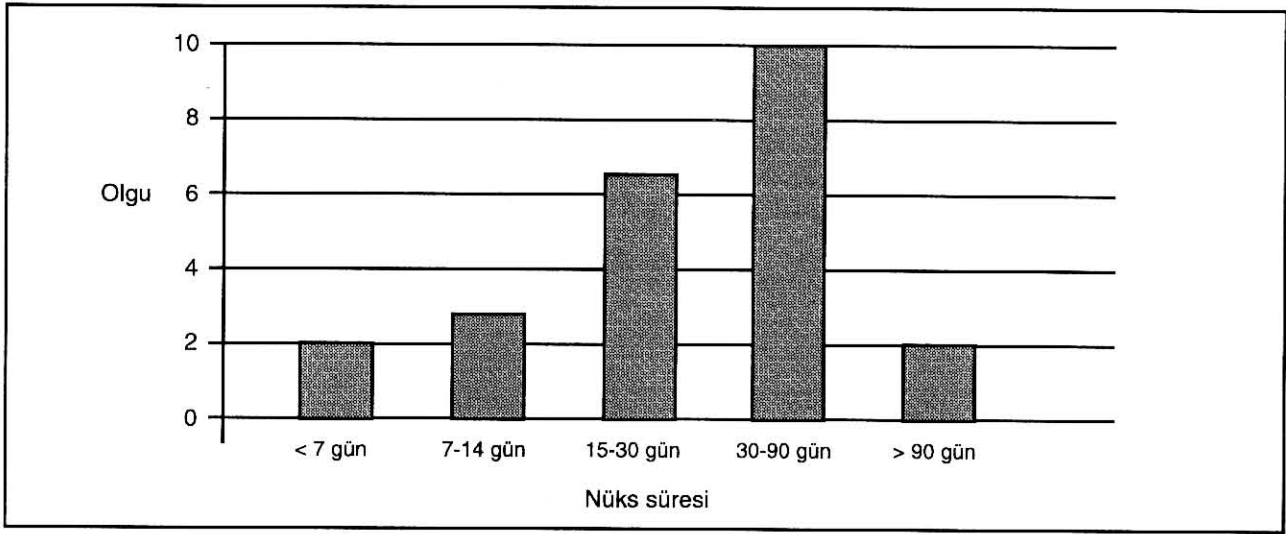
72 gözde konvansiyonel retina dekolman cerrahisi uygulandı. Bunların tümünde subretinal sıvı drenajı, 67'sinde intravitreal hava enjeksiyo-

Tablo 1. Olguların ameliyat öncesi özellikleri

	Olgu sayısı	%
> 5 D Miyopi	21	19.4
Tek retinal yırtık	62	57.4
İnferior retinal yırtık*	34	31.4
Posterior retinal yırtık**	8	7.4
Fakik	84	77.7
Makula etkilenmemiş	4	3.7
PVR grade C3 ve üzeri	26	24.0

* Ora serrata'dan 10 mm gerideki yırtıklar

** Saat 3 kadrından daha alt kadrandaki yırtıklar



Figür 1: Toplam 24 gözde pirimer retina dekolman cerrahisini takiben nüks süreleri.

nu, 7 gözde ise internal hava tamponadı ile birlikte pirimer vitrektomi yapıldı. İlk operasyondan sonra retinal yatışma oranı % 77 olarak tespit edilmiş olup, 24 gözde (%22.2) nüks retina dekolmanı görüldü. Olguların büyük çoğunluğunda cerrahiden sonraki ilk 4 haftada nüks saptandı. Nüks süreleri figür 1 de gösterilmiştir.

Son kontrolde toplam 6 hastada retina dekolle durumda olup, bunların 4'ünde şiddetli PVR, 2'sinde keratopati tespit edildi ve tümü inoperable olarak değerlendirildi.

Operatif ve postoperatif komplikasyonlar Tablo 2 ve 3 de gösterilmiştir.

Pirimer cerrahinin başarısız olmasının nedenleri figür 2'de gösterilmiştir. Preoperatif faktörlerle, başarısız cerrahi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p > 0.05$). Ancak en sıklıkla çöktürmenin yetersiz kaldığı, kapatılamamış kabarık yırtıklar nüks nedeni olarak saptanmıştır ($\chi^2 = 0.619$, $p > 0.05$) Preoperatif ve postoperatif görme keskinlikleri ise tablo 4 de gösterilmiştir.

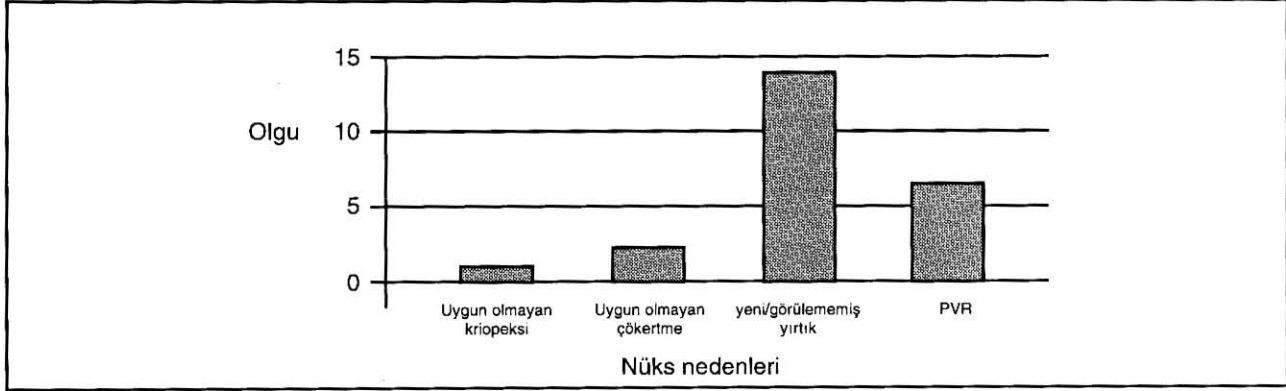
Tablo 2. Olgularda operatif komplikasyonlar

Cerrahi Teknik	Olgu sayısı	%
Konvansiyonel cerrahi	74	68.5
Retinal inkarserasyon	1	1.3
Drenaj bölgesinden subretinal hemoraji	3	4.0
Drenaj bölgesinden vitreus hemorajisi	1	1.3
Tam olmayan SRS drenajı	5	6.7
Drenaj esnasında retinotomi	1	1.3
Vitreoretinal cerrahi	34	31.4
Lens teması	3	8.8
Koroidea hemorajisi	1	2.9
İatrojenik retinotomi	1	2.9
Uygun olmayan retinotomi	2	5.8
Vitreus hemorajisi	1	2.9

SRS: subretinal sıvı.

Tablo 3. Olgularda post-operatif komplikasyonlar

Komplikasyonlar	olgu sayısı	%
Göz hareketlerinde kısıtlılık	37	34.2
Koroidea dekolmanı	3	2.7
Göz iç basınç yüksekliği	12	11.1
Silikon sponj ekspulsiyonu	6	5.5
Sığ ön kamera	2	1.8
Epiretinal membran formasyonu	7	6.4



Figür 2 : Pirimer retina dekolman cerrahisini takiben nüks nedenleri

Tablo 4. Olgularda pre ve postoperatif görme keskinlikleri

	Preoperatif	Postoperatif
P+ P+	76	27
El Hareketleri	14	7
Parmak sayma	11	14
0.1-0.3	4	52
0.4 ve daha yüksek	3	8

TARTIŞMA

Retina dekolmanında, mümkün olan en kısa sürede retinal yatışıklığın sağlanarak görme fonksiyonunun düzeltilmesi temel amaçtır. Dekolman oluşumu ile cerrahi uygulama arasında geçen süre makülayı etkilemekte ve fotoreseptör hücre beslenmesinin bozulması, operasyon sonrası görme keskinliğinin düşük kalmasına neden olmaktadır. Maküler yatışmayı takiben bir yıl süre içinde görme fonksiyonunun ilerlemesinin devam ettiği önceki çalışmalarda belirtilmiştir⁹. Anatomik başarının sağlandığı ancak daha sonra maküler pucker ve kistoid makula ödemi gelişen gözlerde ise postoperatif görme keskinliği düşük kalmaktadır¹⁰.

Çalışmamızda, olgular 8 ay süre ile takip edilerek anatomik ve fonksiyonel sonuçlar araştırılmıştır. Sekiz aylık süre sonundaki kontrolde, anatomik başarı oranı %94.4, fonk-

siyonel başarı ise %68.5 olarak tespit edilmiştir. Fonksiyonel başarının anatomik başarıdan daha düşük olması retina dekolman cerrahisinde bilinen bir gerçektir. Literatürde, son beş yılda pirimer operasyon sonucu retinal yatışma sağlanmasındaki başarı oranları çeşitli araştırmacılar tarafından %75-92 arasında bildirilmiştir^{7,11-12}. Bizim çalışmamızda bu sonuç %77 olarak saptandı. Fonksiyonel başarı yönünden incelendiğinde ise literatürdeki değerler %72-82 arasındadır^{7,11}. Pirimer retinal yatışıklığı takiben oluşan nüks nedenleri arasında yeni ya da önceden görülemediği yırtıklar ve PVR büyük çoğunluktadır. Ayrıca uygun yapılmayan çökertme ve kriyopeksi de diğer nedenlerdir. Anatomik şifayı en çok etkileyen faktör olarak PVR varlığı ve düzeyi kabul edilmektedir¹³⁻¹⁶. Literatürde PVR'nin dekolman cerrahisinden sonra ortaya çıkma sıklığı %7-10 olarak bildirilmiştir^{10,17}. Pre-retinal yüzeylerde, vitreus tabanında ve jelinde non-vasküler membranların proliferasyonu ve kontraksiyonu ile oluşan PVR'nin hafif düzeyleri yalnızca çevreleme ile tedavi edilebilirken, şiddetli olgularda vitreoretinal mikrocerrahi tekniklerinin kullanılması gerekir. Son zamanlarda tanımlanan ön PVR ise anatomik başarısızlığın en büyük nedeni olarak kabul edilmektedir^{16,18}. Bu çalışmada, PVR insidansı %6.4, persistan dekolmanların oranı

ise % 5.5 olarak bulundu. Olgularda, nükslerin en sıklıkla 30-90 gün arasında ortaya çıkması da PVR'ye bağlı olduğu izlenimini güçlendirmektedir. İlk retina dekolman cerrahisi girişimlerdeki başarısızlık nedenlerinin gösterilmesi ve kritik insidans faktörlerinin azaltılması primer operasyondaki başarı oranını arttıracaktır.

Cerrahi tekniğe bağlı komplikasyonlar yönünden değerlendirildiğinde, konvansiyonel cerrahide yetersiz subretinal sıvı drenajı ve drenaj bölgesinden subretinal hemoraji, vitreoretinal cerrahide ise enstrümanların lense teması ve uygun olmayan retinotomi başı çekmektedir. Tüm bu sonuçları, olgulardaki çeşitlilik nedeni ile diğer çalışmalarla kıyaslamak güçtür. Gelecekte yapılacak benzer çalışmalar yukarıda belirtilen ölçütlerin etkilerini daha belirgin olarak ortaya koyacaktır.

KAYNAKLAR

1. Tasman W. History of retina 1896-1996. *Ophthalmology* 1996;103(Suppl):143-151.
2. Norton EWD. Intraocular gas in the management of selected retinal detachments. *Trans Am Acad Ophthalmol*.1973;77:85-98.
3. Chang S. Low viscosity fluorochemicals in vitreous surgery. *Am J Ophthalmol* 1987;103:38-43.
4. Scott JD. A rationale for the use of liquid silicone. *Trans Ophthalmol Soc UK* 1977;97:235-237.
5. Hakin KN, Lavin MJ, Leaver PK. Primary vitrectomy for rhegmatogenous retinal detachment. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 1993;231:344-346.
6. Gartry DS, Chignell AH, Franks WA, Wong D. Pars plana vitrectomy for the treatment of rhegmatogenous retinal detachments uncomplicated by advance proliferative vitreoretinopathy. *Br J Ophthalmol* 1973;77:199-203.
7. Günalp İ. Retina dekolmanı ve tedavisi. *Medical Network Oftalmoloji* 1994;1:109-131.
8. The Retina Society Terminology Committee. The classification of retinal detachment with proliferative vitreoretinopathy. *Ophthalmology* 1983;90:121-125.
9. Chisholm IA, McClure E, Foulds WS. Functional recovery of the retina after retinal detachment. *Trans Ophthalmol Soc UK* 1975;95:167-172.
10. Lewis H. Management of severe proliferative vitreoretinopathy. *Medical and surgical retina*. St.Louis, Mosby 1994;115-145.
11. Hasanreisoglu B, Aksünger A, Or M, ve ark. 1015 yırtıklı retina dekolmanı olgusunda klasik dekolman cerrahisi sonuçları. *Ret-vit* 1996;1:482-491.
12. Sharma T, Challa JK, Ravishankar KV, Murugesan R. Scleral buckling for retinal detachment: Predictors for anatomic failure. *Retina* 1994;14:338-343.
13. De Bustros S, Michels RG Surgical treatment of retinal detachments complicated by proliferative vitreoretinopathy. *Am J Ophthalmol* 1984;98:694-699.
14. Cowley M, Conway BP, Campochiaro PA, et al: Clinical risk factors for proliferative vitreoretinopathy. *Arch Ophthalmol* 1989;107:1147-1153.
15. Bonnet M. Clinical factors predisposing to massive proliferative vitreoretinopathy in rhegmatogenous retinal detachment. *Ophthalmologica* 1984;188:148-153.
16. Batman C, Aslan Ö, Çekiç O, ve ark. Proliferatif vitreoretinopathy ile birlikte olan komplike retina dekolmanı cerrahisinde uygulanan yöntemler ve anatomik başarısızlık nedenleri. *Ret-vit* 1997;5:86-94.
17. Lewis H, Aaberg TM. Causes of failure after initial vitreoretinal surgery for severe proliferative vitreoretinopathy. *Am J Ophthalmol* 1991;111:8-12.
18. Lewis H, Aaberg TM. Anterior proliferative vitreoretinopathy. *Am J Ophthalmol* 1988;105:277-281.