

Komplike Retina Dekolmanlarında Silikon Yağı*

Relja Zivojnovic¹

Dekolmanlı gözlerde, retina yatıştırılsa bile, proliferatif sürecin ve membranların oluşumu için yeterli materyal olan, hücre kalıntıları ve diğer materyaller kalabilir. Bu kalan materyallerin proliferatif süreci başlatması her an için beklenmelidir. Bu gibi olgularda, silikon kullanılmadan önce, hemorajileri temizlemek ve gözü olabilecek en temiz hale getirmek son derece önemlidir. Arka segmentin kompartmanlara bölünmesi yeni membran oluşumu için olanak sağlayacaktır. Tekrar ayrılmayı nasıl önleyebiliriz? Bence ilk önce gereksiz yere radikal cerrahi yapmaktansa, olabildiğince travmatik olmayan bir cerrahi düşünmeliyiz. Yakın takip ve iyi zamanlama tekrar ayrılma için çok önemlidir. Silikonun erken alınması birçok problemi önleyebilir.

Farmakolojik tedavi pek çok toplantının ana konusu olmaya devam etmektedir. Ama ben gerçekten çok büyük fayda görmüyorum ve yakın bir gelecekte böyle bir gelişmeyi sadece diliyorum.

Sonuçlarına bakıldığında en iyi netice travmatik grupta, en düşük sonuçlar diabetik grupta alınmaktadır. Fakat bunların hepsi rölatifdir ve ne tip bir olgu tedavi ettiğiniz önemlidir. Eğer çok düşük seviyelerde endikasyon koyan ve sadece ışık hissi olan olguları opere ediyorsanız, repropoliferasiyondan ötürü nüksleriniz fazla olacaktır.

Vitrektomiyle kontrakte vitreus, normal vitreusa göre daha kolay ortadan kaldırılabilir. Bu sayede büyük yırtıklar kenarındaki kontraksiyon ortadan kaldırılır veya flep kenarları ve hatta flebin tamamı alınabilir. Bazı olgularda bu dönmüş flep kenarlarında alınmasında zorluk gösteren membran kalıntıları endodermi ile tahrip edilebilir.

Bunun gibi ileri PVR'lı olgular bile perflorokarbon kullanılmadan opere edilebilirler. Periferik vitrektomiden sonra, modifiye tırmıklar ile membranın kenarı bulunup retina yüzeyinden havalandırılır ve forsepsle tutulup retinanın tüm yüzeyini kaplayan membran, makas kullanılmaksızın, mümkün olduğunca tek parça halinde kaldırılmaya çalışılır. Makas kullanılırsa bir miktar membran artığı retina yüzeyinde kalabilir. Membran peeling esnasında retinal damarlara dokunmamak ve kanamaya sebep olmamak son derece önemlidir. Silikon uçlu backflush flüt iğne sadece retina yüzeyini temizlemek için değil, hem retinanın mobilizasyonunu kontrol etmek, hem de retinal katlantıları ortaya koymak için son derece yararlı bir alettir. Bu sayede retinanın tam durumunu değerlendirebilir ve bazen görünmeyen membranları ortaya çıkarabilirsiniz. Bunlar tamamen ortadan kaldırıldıktan sonra, saat 6 hizasından periferik iridektomi yapılır, bu geniş pupilli hastalarda zorluk gösterebilirden dolayı yapılması çok önemlidir. Bu aşamadan sonra infüzyon kanülünden silikon enjekte edilirken subretinal sıvı mevcut geniş yırtıktan kolayca alınır. Geniş çökertmenin arkasına 2-3 sıra 360° endofotokoagülasyon yapılır.

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

1 Dr., Antwerp, Belçika

leri ile birlikte büyük yırtıklar ve geniş dev yırtıklar gelişebilir. Lensin alınmasından sonra, yüksek retina dekolmanı ile karşılaşırırsınız, bu olgularda çalışmak oldukça zordur, önce membranlar içinde bir tünel açarak retinaya ulaşılır. Çoğunlukla kontrakte bir retina ile karşılaşılır ve optik siniri görmek mümkün olmaz. Perflorokarbonlar bir miktar verilerek yapılan mekanik masaj epiretinal membranların açılmasına yardım eder ve retina nisbeten mobilleşir. Bu safhada vitreus bazının alınmasına geçilir. Daha sonra yabancı cismin oluşturduğu sirkumferal skar dokusunda retinotomi yapıp yapmamaya karar vermelisiniz. Ben genellikle perflorokarbon vermeden tüm membranları ortadan kaldırmayı tercih ediyorum. Ancak bazen görünmeyen membranlar perflorokarbon enjeksiyonundan sonra izlenir ve ortadan kaldırılabilir. Ama bu esnada yırtıklara veya mevcut yırtıkların büyümesine neden olabilirsiniz ve retina altına perflorokarbon kaçabilir.

Silikon ile olan komplikasyonların genel nedenleri nelerdir? Cerrahi sırasındaki komplikasyonların en sık nedeni, vitrektominin tam olmayışıdır. Birçok cerrah vitreus kalıntılarını ve fibrotik doku kalıntılarını bırakırlar. Eğer silikon kullanılıyorsa, reprojelasyon daha çok olacaktır. Çünkü, reprojelasyon silikon kabarcığı altında, sıvı altında olduğundan daha fazla olur. Silikon traksiyon varlığında, sıvıdan daha etkindir. Silikon katı bir kabarcık gibi davranır ve retina ayrılmak için yer bulamaz. Fakat daha kolay yırtılır. Silikon kabarcığı yüzey gerilimine bağlı olarak, ön kamaraya geçebilir veya retinayı yırtarak retina altına kaçabilir. En sık intraoküler komplikasyon silikonun retina altına kaçmasıdır. Eğer cerrahiden birkaç gün sonra retina altında silikon görürseniz, bu cerrahi esnasında kaçmış silikondur. Bu her zaman aynı sebepten, yani traksiyonun tam olarak ortadan kaldırılmamasından olur. Eğer traksiyonu tam olarak ortadan kaldırırsanız, çok büyük yırtığınızda olsa, büyük retinotominizde olsa, böyle birşeyle karşılaşmazsınız. Böyle bir durumda silikonu geri alıp, traksiyonu ortadan kaldırıp, retinayı mobil hale getirmeye dikkat etmek gereklidir.

Kapsül bakiyelerinin tam olarak ortadan kaldırılamaması da diğer komplikasyonların oluşmasına neden olmaktadır. Dikkat ettiğimde birçok hastada saat 6 daki iridektomi arka-

sında kapsül bakiyelerinin varlığını görüyorum. Erken dönemde bunu farkederseniz, küçük bir müdahale ile iridektomiye açabilirsiniz. Eğer farketmezseniz, hastayı birkaç hafta sonra yüksek göz tansiyonlu, ağrılı ve diğer birçok problemle birlikte bulabilirsiniz. Birkaç ayda göz içi basıncı artmasada korneopati gelişebilir.

Tam olmayan vitreus bazı ve doku artıklarının yetersiz vitrektomi ile temizlenmemesinde komplikasyonlara yol açmaktadır.

Çok arkadan retinotomi yapanlar, eğer anterior flebi kaldırmazlarsa problemle karşılaşır. Nadiren cerrahiden 6 ay veya bir sene sonra rubeozisli, anterior flebin kontrakte olup, iris ve siliyer cisimcikle birlikte fibrotik proliferasyon oluşturduğunu görmekteyim. Eğer retinotomi tam yapmazsanız yani tam 360° yapmazsanız, çok daha erken büyük yırtıklı, periferel tekrar ayrılmalarla, reprojelasyonla karşılaşabilirsiniz.

Yine yetersiz membran peeling yapılması, membranların tamamen temizlenmeden silikonun enjekte edilmesi tekrar ayrılmalara neden olacaktır.

Diabetik gözlerde silikon enjekte edildiğinde, eğer silikon arkasında, kan, doku kalıntısı ve membran bırakırsanız diğer gözlere oranla çok daha fazla problemle karşılaşırırsınız. Çünkü özellikle genç diabetikler, hemen proliferasyona eğilimlidirler. Bizim 10-15 yıl önceki tecrübümüzde diabetiklerde çok fazla reprojelasyon olması nedeni ile silikon uygulamasını bir an bırakmıştık. O zamanki tekniğimizde segmentasyon yapar ve birçok doku adacıkları bırakırdık. Özellikle disk altında kesilip bırakılan stalklardan reprojelasyonu çok gördük. Özellikle genç hastalarda bira-kılan stalklar, cerrahiden birkaç hafta sonra, korkunç reprojelasyon yaratabilir. Şimdi farkına vardık ki, stalkın bırakılması çok risklidir. Günümüzde retinayı güzelce temizliyoruz, ameliyat sonrası kanamayı önlemek için endodiatermi uyguluyoruz. Ameliyat sonrası olan tekrar kanamaları da derhal tekrar ameliyata alıyoruz. Çünkü çok az miktardaki koagüle kan bile organize olacak ve aynı doku adacıklarının yarattığı problemleri doğuracaktır.