

Konjenital Retinoskizis ile Komplike Retina Dekolmanının Yüksek Çökertme Tekniği ile Tedavisi*

Yusuf ÖZERTÜRK¹, Suphi ACAR², Ferda ÇİFTÇİ³,
İbrahim ERDOĞAN⁴

ÖZET

Konjenital retinoskizisle komplike 14 retina dekolman vakası eksternal drenaj, intravitreal steril hava kullanılarak ameliyat edildi. Vakaların hepsinde retina yatışması elde edildi. Vakaların %72 sinde retinoskizis kisti kollabe aldı. %28 de kollaps olmadı. Preoperatif olarak vakaların %57 sinde görme ışık hissi seviyesinde, %43 ünde el hareketleri seviyesinde iken, postoperatif bir sene sonra görme %57 vakada parmak sayar, %43 ünde 0.2 - 0.7 seviyesindeydi. Konjenital retinoskizisle komplike retina dekolmanının tedavisinde cerrahi endikasyonlar ve kullanılan teknik tartışıldı.

Anahtar kelimeler: Konjenital retinoskizis, komplike retina dekolmanı, yüksek skleral çökertme tekniği

SUMMARY

HIGH BUCKLING TECHNIQUE in CONGENITAL RETINOSCHISIS COMPLICATED WITH RETINAL DETACHMENT

14 cases of retinal detachment complicated with congenital retinoschisis were operated by using external drainage of subretinal fluid, sterile air injection in to the vitreous, cryopexy and high scleral buckle technique. Retinas were flat in all of the cases. Retinoschisis cysts collapsed in 72% of cases and in 28% failed. While preoperatively in 57% of cases had a vision of perception to projection, and in 43% hand motion, one year after. Postoperatively, in 57% of cases have a vision of counting finger, and in 43% 4/20 to 14/40. We have discussed the surgical indications and techniques in the treatment of retinal detachment complicated with congenital retinoschisis. *Ret-vit 1994; 2: 43-7*

Key Words: Congenital retinoschisis, complicated retinal detachment, high scleral buckle technique

Geliş:7.10.1993

Kabul:25.1.1994

Yazışma: Yusuf Özertürk, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göz Hastalıkları ABD İSTANBUL

*5.11.1991 tarihinde TOD İstanbul Şubesinin aylık bilimsel toplantısında tebliğ edilmiştir.

1 Doç Dr GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göz Hastalıkları ABD

2 Yrd Doç Dr GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göz Hastalıkları ABD

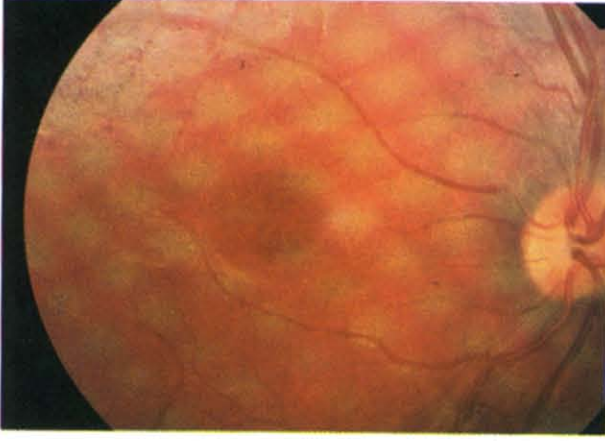
3 Uz Dr GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göz Hastalıkları ABD

4 Uz Öğr GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göz Hastalıkları ABD

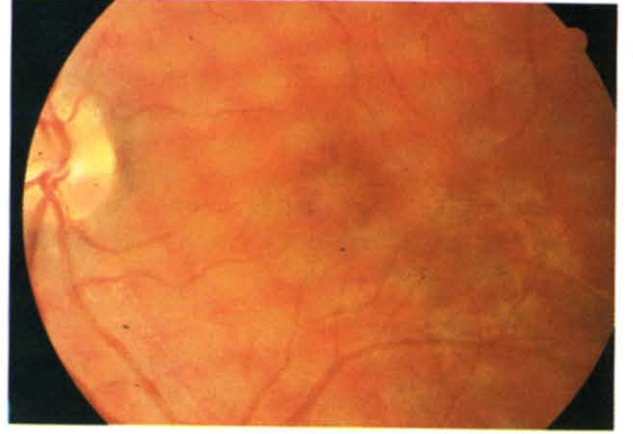
Konjenital vitreus peçesi, retinanın kistik hastalığı, herediter retinal hastalık, juvenil retinoskizis, sekse bağlı juvenil retinoskizis, x-e bağlı juvenil retinoskizis olarak adlandırılan konjenital retinoskizis, hayatın erken devrelerinde gelişen, gerçekte doğumdan itibaren bulunan bilateral olarak görülen nadir bir hastalıktır. Genellikle x- genine bağlı resessif bir geçiş özelliği göstererek hemen hemen daima erkeklerde görülür. Literatürde şimdiye kadar sadece bir kadında görüldüğü bildirilmektedir.¹⁻³

Konjenital retinoskizisin oluşumu hakkında değişik fikirler ortaya atılmıştır. Kist içindeki sıvının bileşiminin dejenere vitreusunkıyla benzerlik göstermesinden, bunun bir ektopik vitreus olduğu, retina ve vitreusta dejenerasyonların görülmesi ve vitreusun kist iç duvarına sıkı yapışıklığından dolayı bir vitreus traksiyonunun sebep olduğu, müller hücrelerinde herediter bir defektin olduğu ve müller hücrelerinin disfonksiyonunun rol oynadığı ileri sürülmüştür.⁴⁻⁶ Konjenital retinoskizis foveada ve retina periferisinde genellikle alt temporal retinada görülür (Res 1-4).

Konjenital retinoskizisin seyrek rastlanan fakat ciddi bir komplikasyonu retina dekolmanıdır.⁷ Bu genellikle dış tabakanın yırtılmasıyla oluşur. İç tabakada her zaman yırtık ve delik oluşması dekolman için gerekli değildir. Konjenital retinoskizis vakalarının % 5'inde retina dekolmanı olduğu bildirilmiştir.⁸ Çalışmamızda konjenital retinoskizis ile komplike 14 retina dekolmanlı vakada drenaj, intravitreal hava enjeksiyonu, kryopeksi, ekzoplantla yüksek çökertme ve çevresel çökertme tekniği (DIKEÇ) uyguladık ve neticeleri tartıştık.



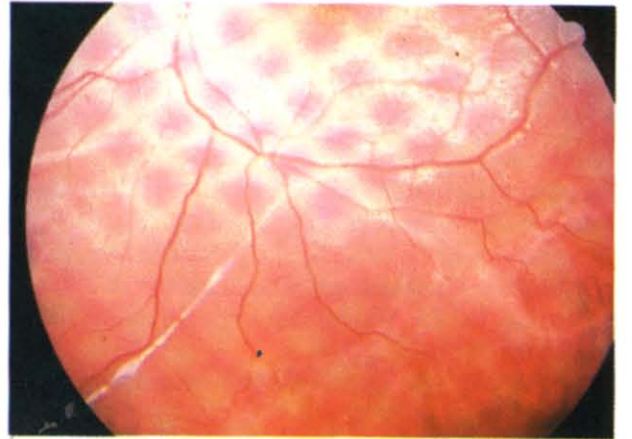
Res 1: Sağ göz fundus; foveal mikrokistler görülmekte



Res 2: Sol göz fundus; foveal mikrokistler görülmekte



Res 3: Sağ göz; alt temporal retinalarda retina dekolmanı ve skitık alanlar



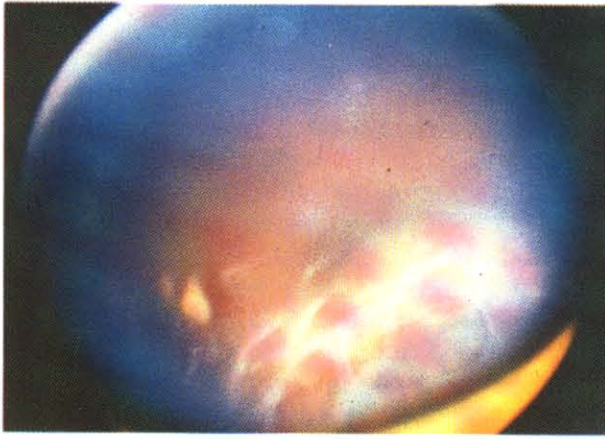
Res 4: Sol göz; alt temporal retinalarda retina dekolmanı ve skitık alanlar

GEREÇ VE YÖNTEM

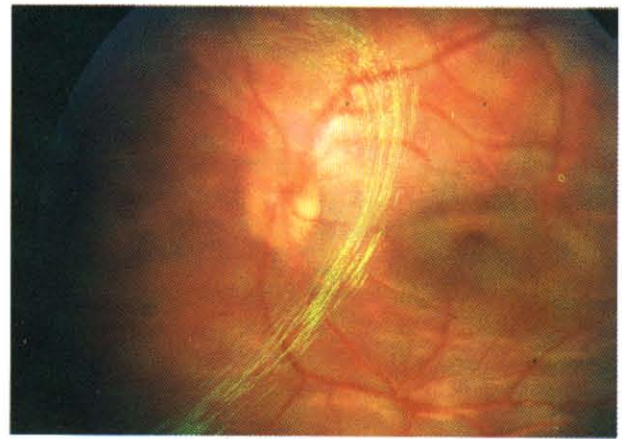
1988 - 1992 tarihleri arasında GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göz Kliniğinde yaşları 8-21 olan 9 konjenital retinoskizis ile komplike retina dekolmanlı hastanın 14 gözü ameliyat edildi. Vakaların 4'ünde bilateral alt temporal retinoskizisle komplike total dekolman, 1 inde bilateral foveal retinoskizis ve ekvatoral periferik uzanan alt kadran retina dekolmanı mevcuttu. (Res 3-4). İki sene içinde dekolman makulayı içine alacak şekilde ilerledi.

Dört vakada tek taraflı saat 5-11'de lokalize periferik retinoskizisle komplike parsiyel dekolman mevcuttu. Bir sene içinde dekolman ilerleyerek makulayı içine aldı (Res 5-6).

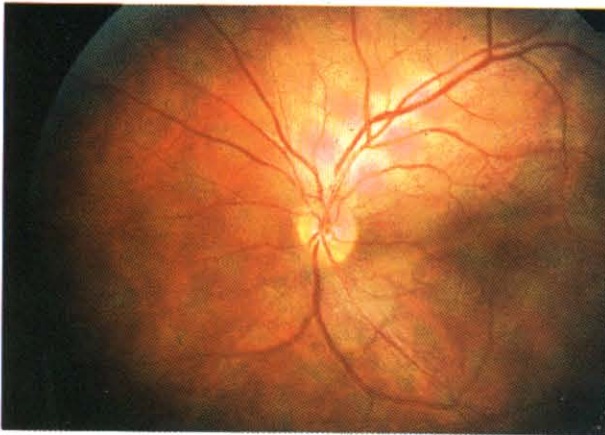
10 gözde dış tabaka yırtığı, 4 gözde hem iç hemde dış tabaka yırtığı mevcuttu. Vakaların hepsi genel anestezi altında ameliyat edildi. Vakaların hepsinde eksternal drenaj, intravitreal steril hava kullanımı, kryopeksi, lokal silikon sünger eksplantı ile yüksek çökertme ve silikon band ile çevresel skleral çökertme tekniği uygu-



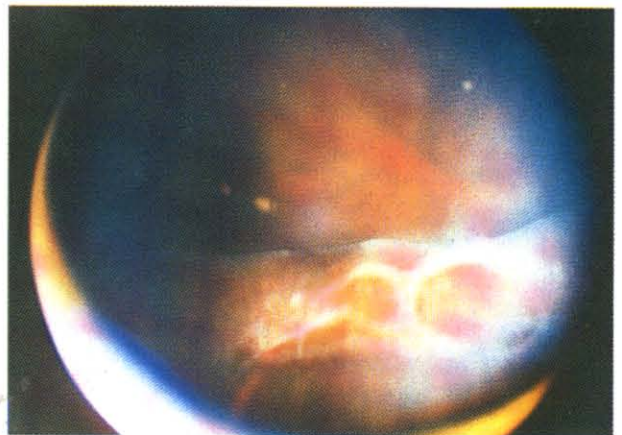
Res 5: Periferik retinoskizisle komplike retina dekolmanı



Res 6: Bir sene içinde dekolman makulayı içine alacak şekilde ilerledi.



Res 7: Ameliyattan 3 ay sonra fundus; Retina yatışık



Res 8: Ameliyattan 3 ay sonra retinoskizis kollabe olmuş durumda

landı. Yırtık yerleri sklera üzerinde tesbit edildikten sonra yırtık büyüklüğüne göre silikon sünger seçilip (U) sütürleri, ekzoplantın kenarlarından 3,5-4 mm geriden geçilerek geçici olarak silikon sünger bağlandı. Çevresel skleral 2.5 mm lik silikon band ekvatoryal olarak skleraya tesbit edildi. Eksternal drenaj retinoskizisin olduğu kadrandan yapıldı.

Drenaj ponksiyonu yapılır yapılmaz aynı zamanda 28 nolu iğneli şırınga ile pars plana'dan 0.5-1,5 ml. steril hava vitre içine verildi. Yırtığın olduğu yere kryo tatbikinden sonra silikon ekzoplant ve çevresel çökertme bandı nihai olarak bağlandı.

Hastalara 3 gün günde 6'şar saatlik özel pozisyon verildi. Hastalar ortalama bir yıl takip edildi.

SONUÇLAR

14 gözün tamamında retina yatışık bulundu (Res 7-8). 14 gözün 10'unda retinoskizis kisti kollabe oldu. 4'ünde tam bir kollaps elde edilemedi. Preoperatif olarak görme 8 (%57) gözde (P+P+) ışık hissi, 6 (%43) gözde el hareketleri seviyesinde iken ameliyattan bir sene sonra 8 (%57) gözde iki metreden parmak sayar, 6 (%43) gözde 0.2-0.7 seviyesindeydi.

TARTIŞMA:

Konjenital retinoskizis ile birlikte olan skizis dekolmanı, sadece skizis sahasını içine alan ve dış tabakanın altındaki retinanında dekole olduğu bir durumdur. Bu semptomsuzdur ve uzun yıllar non progressif olarak kalır. Bazı araştırmacılar fotokoagülasyon uygulamaktadırlar.^{1,9} Fakat böyle olgular periyodik olarak gözlenmelidir ve genellikle tedavi gerektirmez.

Retinoskizis ile komplike regmatojen retina dekolmanı ise, retinoskizisin bir komplikasyonu olarak dış duvardaki yırtıklar sebebiyle oluşur, progressif ve semptomatiktir, cerrahi tedavi gerektirir.¹⁰

Cerrahi tedavide değişik teknikler kullanılmıştır. Bunlar skleral çökertme, çevresel çökertme, kryopeksi, intravitreal hava verilmesi,¹¹ simultane eksternal subretinal sıvı drenajı ve intravitreal gaz enjeksiyonu,^{10,12} pars plana

vitrektomi ve sıvı-gaz değişimi^{11,13} gibi tekniklerdir. Bu tekniklerden vitrektomi yapılmadan drenaj ve aynı zamanda genişleyebilir gaz enjeksiyonu, yeni yırtıklara ve retinal inkarserasyona sebep olabilir. Bilhassa kenarı dönük, büyük yırtıklı vakalarda nüks etme oranı fazladır.¹⁰ Vitrektomi tekniği, ancak dev yırtıklı veya posterior lokalizasyon vakalarda daha uygundur.¹⁴ Periferik yırtıklı vakalara uygulanması, vitrektomi komplikasyonlarının da göz önüne alınca ve daha az komplikasyonlu çökertme tekniği varken, uygun bir seçim olmaz.

Klasik skleral çökertme tekniği bu vakalarda yeterli olmayabilir. Çünkü bunlarda vitreusun skizis duvarına sıkı yapışıklıkları vardır. Retinoskiziste retina vitre tabanı ve skizis üzerindeki vitreden traksiyon yapılır. Bu traksiyon retina dik olarak yapıldığı yerde yeni yırtıklara sebep olur, veya mevcut yırtığı kaldırarak, hatta iyi bir retinopeksi yapılsa dahi, pigment epiteline ve koride yapışmasına mani olur. Ayrıca vitre içindeki bantlar elastik özelliklerinden dolayı, bir yay gibi ne kadar gerilirse o kadar da traksiyon yaparlar. Yırtık üzerindeki skleradan silikon süngerle yüksek çökertme ile bir taraftan göz duvarını içeri doğru çökerterek vitreus bantlarını gevşetip traksiyon gücü azaltılırken, diğer taraftanda çevresel çökertme ile homojen olarak retina çevresi değiştirilerek retina dik olarak uzanan vitre bantlarının açısı değiştirilir ve çekme güçleri azaltılmış olur.¹⁵ Klasik segmental çökertme ile yeterli bir çökertme elde edilemeyeceğinden vitre bantları yeterli oranda gevşetilemez, ve tekrar dekolmanın nüks etme riski fazladır. Yüksek çökertme ile ki bu teknikte yırtık yeri tesbit edilip uygun silikon sünger seçildikten sonra, ekzoplantın kenarlarından 3,5-4 mm geriden (u) sütürleri geçiriliyor. Bu durum daha fazla çökertme sağlıyor. Klasik çökertmede bilindiği gibi (u) sütürleri ekzoplantın kenarlarından 2 mm geriden geçirilmektedir. Sütürler ekzoplantın kenarından ne kadar uzaktan geçirilirse o kadar yüksek çökertme sağlar.

Netice olarak konjenital retinoskizis ile komplike progressif retina dekolmanları vitrektomi yapılmaksızın yüksek çökertme tekniği kullanılarak tedavi edilebilir düşüncesindedir.

KAYNAKLAR

1. Brockhurst RJ: Photocoagulation in congenital retinoschisis. Arch Ophthalmol 1970; 84:158-65
2. Gieser EP, Falls HF: Hereditary retinoschisis Am J Ophthalmol 1961; 51:1193-1200
3. Sabates FN: Juvenile retinoschisis Am J Ophthalmol 1966; 62:683-88
4. Manschot WA: Pathology of hereditary juvenile retinoschisis. Arch Ophthalmol 1972; 88:131-8
5. Yanoff M, Rahn EK, Zimmerman LE: Histopathology of juvenile retinoschisis. Arch Ophthalmol 1968; 79:49-53
6. Condon GP, Brownstein S, Wang NS et al: Congenital hereditary retinoschisis. Histopathologic and ultrastructural findings in three eyes. Arch Ophthalmol 1986; 104:576-83
7. Wilson RS, Dodson J: Reply on retinal detachment. Letter, Arch Ophthalmol 1973; 89:259
8. Kanski JJ: Clinical ophthalmology. Butterworth Co. London 1987; 13 p:14
9. Gücükoğlu A, Başar D, Soylu T: Retinoschisis ve fotokoagülasyonla tedavisi. T Oft Gaz 1978; 8:172
10. Ambler JS, Gutman FA: Retinal detachment and retinoschisis. Ophthalmology 1991; 98:1
11. Sulonen JM, Wells CG, Barricks M et al: Degenerative retinoschisis with giant outer layer breaks and retinal detachment. Am J Ophthalmol 1985; 99:114-21
12. Meyers SM, Zegarra H, Nguyen DM, Sikpper GJ: Simultaneous external subretinal fluid drainage and intravitreal gas injection in non vitrectomized eyes with a special 27 gauge needle. Arch Ophthalmol 1986; 1986; 134:1394
13. Sneed SR, Blodi CF, Folk JC et al: Pars plana vitrectomy in the management of retinal detachments associated with degenerative retinoschisis. Ophthalmology 1990; 97:1470-4
14. Ambler JS, Meyers SM, Zegarra H, Gutman FA: The management of retinal detachment complicating degenerative retinoschisis.
15. Michels RG, Thompson JT, Rice TA, Freund D: Effect of scleral buckling on vector forces caused by epiretinal membrane. Am J Ophthalmol 1986; 102:449