

Dev Retinal Yırtıklı Bir Olguda Postoperatif Hipotoni

Süleyman KAYNAK¹, F. Hakan ÖNER¹, Nilüfer KOÇAK¹, Güray ÇINGİL¹

ÖZET

Dev retina yırtıklı bir olguda postoperatif dönemde gelişen hipotoninin nedenleri ve tedavisinin tartışılması amaçlandı.

POSTOPERATIVE HYPOTONY IN A PATIENT WITH GIANT RETINAL TEAR SUMMARY

The etiology and treatment of postoperative hypotonia in a patient with giant retinal tear was discussed.

Ret - Vit 2003; 11 : Özel Sayı : 38-40

GİRİŞ

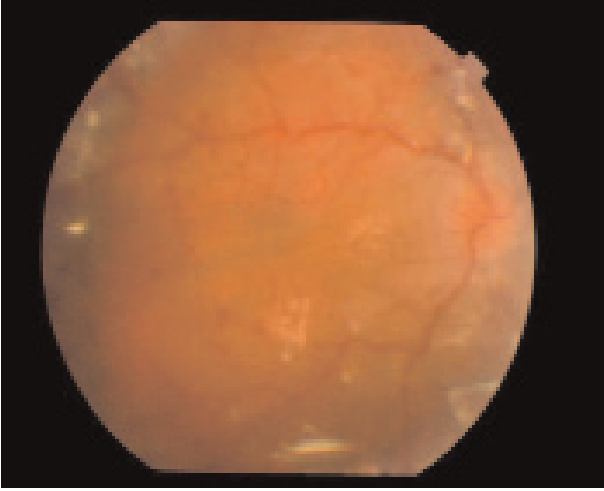
Dev retina yırtığı vitreus tabanının arka kenarı boyunca dairesel olarak uzanan 90 dereceden uzun yırtıktır. Dev retinal yırtığın görüldüğü durumlar sıklıkla şunlardır : idiopatik (%67), travma (%22), yüksek miyopi, Wagner-Jensen-Stickler Sendromu (%3.7), Marfan Sendromu (%2.8), nazal lens kolobomu (%2.5) ve prematür retinopatisi (%1.5)^{1,2}. Dev retina yırtığının tedavisinde 180 dereceden büyük devrik flepli, ve PVR olan olgularda vitreoretinal cerrahi ve silikon yağı enjeksiyonu tercih edilmektedir. Ancak gelişen vitreoretinal cerrahi tekniklerine rağmen özellikle geniş dev yırtıklı olgularda PVR ve hipotoni sık olarak görülmektedir¹⁻⁴.

OLGU SUNUMU

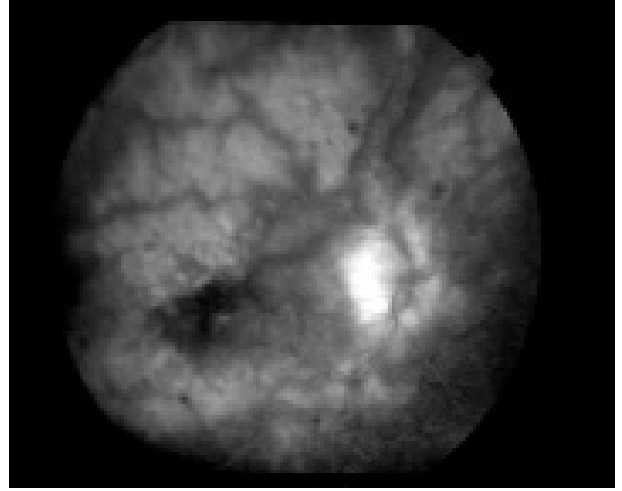
Üç aydır sağ gözde görmeye azalma şikayeti ile başvuran 28 yaşında erkek hastanın yapılan muayenesinde; fizik bakışında kısa boy, kısa boyun, düşük ve dar



Resim 1



Resim 2



Resim 3

omuz, basık burun kökü, geniş burun kanatları, proksimal ve distal interfalanjial eklemlerde deformiteler saptandı (Resim 1). Hasta olası bir sendrom açısından değerlendirilmek üzere genetik birimine konsülte edildi.

Olgunun oftalmolojik muayenesinde; görmeler sağ gözde P+P+, sol gözde p-düzeyinde idi. Biyomikroskopik bakısında sağ göz doğal, sol göz prefitizik görünümde idi. Göz içi basınçları sağ 12 mm Hg, sol 9 mm Hg olarak ölçüldü. Fundus bakısında sağ göz total dekolman idi. Temporal ve üst kadranı tutan 200° dev retina yırtığı ve intravitreal hemoraji saptandı. Sol göz retina fibrotik ve total dekolman (PVR D2) idi.

Hastanın sağ gözüne len korunarak pars plana vitrektomi (PPV) ile birlikte yırtık alanına geniş retinektomi, yırtık kenarlarından geçecek şekilde 360 derece endolaser ve silikon (1300 cs) cerrahisi uygulandı.

Postoperatif 1 haftada sağ gözde görme 3 mps düzeyine çıktı. Retina sağ gözde yatışık olarak izlendi. Göz içi basınçları sağ gözde 25 mm Hg olması nedeni ile topikal ve oral antiglokomatöz (Timolol maleat %0.5, 2x1 ile Asetazolamid 3 x 250 mg) başlandı. Ayrıca

olguda topikal antibiotik (Ofloxacin 6x1), steroid (Prednisolone asetat) ve sikloplejik (Siklopentolat 3x1) başlandı.

Postoperatif 1 ayda göziçi basınçları 15 mm Hg olması nedeni ile antiglokomatöz tedaviye son verildi.

Postoperatif 2. ayda ise görme sağ gözde 1 mps düzeyinde saptandı. Biyomikroskopik bakı doğal idi. Retina bakısında retina yatışık olmasına rağmen sağ gözde optik dikte ödem, retinal damarlarda kıvrımlanmada artış ve genişleme ile makulada ödem görünümü mevcuttu. Olgunun FFA bulguları da klinik görünümü desteklemekte idi (Resim 2, 3). Göz içi basıncı sağda 4 mm Hg olarak saptandı.

Bu bulgularla olguda hipotoni makulopatisi tanısı düşünüldü. Olguya oral steroid (40 mg / gün) başlandı. 2 ay içinde tedricen 20 mg/gün dozuna dek düşüldü. Bu arada sağ gözde görme 3 mps düzeyine kadar çıktı. Göziçi basıncı ise postoperatif 4. ayda 12 mm Hg idi. Retina bulguları ise halen aynen devam etmekte idi.

TARTIŞMA

Oküler hipotoni GİB'nin 5 mm HG'nin altına inmesi durumudur. Burada mekanizma

olarak aköz üretiminin azalması ya da konvansiyonel olmayan aköz dışakımında artış ya da episkleral venöz basınç azalması gösterilmiştir. Cerrahi sonrası gelişen oküler hipotoni, yara yeri sızıntısı, sikloiyaliz, inflamasyon, aşırı fotokoagülasyon, perforasyon gibi birçok sebebe bağlı olarak bildirilmiştir⁵.

Vitrektomi sonrası postoperatif hipotoninin en önemli sebeplerinden birisinin postoperatif dönemde gelişen ön PVR ve buna bağlı silier cisim dekolmanları, diğerinin ise özellikle dev yırtıklı ve geniş retinektomi yapılan olgularda ekspozite olan RPE'nin aşırı pompa fonksiyonu olabileceği rapor edilmiştir⁶⁻⁸. La Heij ve ark⁸ özellikle 180 dereceyi aşan retina yırtıklarında hipotoninin daha sık olduğunu bildirmişlerdir.

Bizim olgumuzda erken postoperatif dönemde GİB'nin hafif yüksek seyretmesine rağmen daha sonra başlayan hipotoni yeteri kadar silikon baskısına rağmen oluşmuştur. Olguda öncelikle bir retinal slıpajdan şüphe edilmiş ancak GİB'nin düşüklüğü ve hipotoni makülopatisi bulguları (Optik disk ödemi, vasküler tortiosite ve makula ödemi) bizi bu tanıdan uzaklaştırmıştır. Olgumuzda 200 derecelik geniş bir yırtık olması ve bu alanda devrik flebe retinektomi uygulanması nedeni ile geliştiğini düşündüğümüz hipotoninin özellikle silikonun varlığında gelişmesi bu tek gözlü olgumuzda fazla tedavi alternatifini olmadığı için yoğun bir steroid tedavisine başlamayı uygun gördük. Sonuç olarak oral ve topikal steroid kullanımı sonrasında postoperatif 4. ayda GİB'da yükselme saptandı.

Vitrektomi sonrası hipotoni gelişen ya da gelişme riski yüksek olan dev yırtıklı olularda oral steroidlerle uzun süreli tedavinin yanı sıra silikon yağının mümkün olabildiğince geç alınması ve cerrahi esnasında ekspozite RPE alanının endolaser ile ve daha düşük dozda atışlarla ablate edilmesi gerekebilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ambresin A, Wolfensberger TJ, Bovey EH.: Management of giant retinal tears with vitrectomy, internal tamponade, and peripheral 360 degrees retinal photocoagulation. *Retina* 2003;23:622-628.
2. Unlu N, Kocaoglan H, Acar MA, Sargin M, Aslan BS, Duman S. The management of giant retinal tears with silicone oil. *Eur J Ophthalmol* 2003;13:192-195.
3. Mathis A, Pagot V, Gazagne C, et al.: Giant retinal tears. Surgical techniques and results using perfluorodecalin and silicone oil tamponade. *Retina*. 1992;12(3 Suppl):7-10.
4. Karel I, Michalickova M, Soucek P.: Long-term results of pars plana vitrectomy and silicone oil for giant tears. *Eur J Ophthalmol*. 1996; 6:315-321.
5. Danis P.: Ocular hypotonia. *J Fr Ophtalmol*. 1980;3:767-773.
6. Camacho H, Bajaire B, Mejia LF.: Silicone oil in the management of giant retinal tears. *Ann Ophthalmol*. 1992;24:45-49.
7. Sharma T, Gopal L, Shanmugam MP, et al.: Management of recurrent retinal detachment in silicone oil-filled eyes. *Retina*. 2002; 22:153-157.
8. La Heij EC, Hendrikse F, Kessels AG.: Results and complications of temporary silicone oil tamponade in patients with complicated retinal detachments. *Retina* 2001;21:107-114.