

Fakik Bir Pediatrik Gözde Minimal İnvaziv Cerrahi ile Travmatik İridodiyaliz Tamir Tekniği

The Repair Technique of Traumatic Iridodialysis by a Minimally Invasive Surgery in a Phakic Pediatric Eye: Surgical Technique

Dr. Cem EVEREKLİOĞLU,^a
Dr. Osman Ahmet POLAT^a

^aGöz Hastalıkları AD,
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kayseri

Geliş Tarihi/Received: 22.02.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 03.05.2011

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Osman Ahmet POLAT
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Göz Hastalıkları AD,
Kayseri, TÜRKİYE
osmanahmet@gmail.com

ÖZET Bu çalışmanın amacı, sol gözüne aldığı ciddi bir künt travma sonrası yaklaşık 120 derecelik iridodiyaliz, polikori ve ekzantrik pupilla, görme aksı kapanması ve korneada çok sayıda yabancı cisimle polikliniğimize başvuran sekiz yaşındaki fakik bir olguda, minimal invaziv teknikle yapılan iridodiyaliz tamir yöntemini tanımlamak ve yaklaşımımızı tariflemektir.

Anahtar Kelimeler: İris; cerrahi

ABSTRACT To describe our surgical repair approach by minimally invasive technique in a pediatric phakic case who had a 120 degree iridodialysis after severe blunt ocular trauma to the left eye with polychoria, eccentric pupil and partial obstruction of visual axis in addition to many corneal foreign bodies on the corneal surface.

Key Words: Iris; surgery

Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2011;20(3):173-6

Travma sonucu görülebilen göz patolojilerinden biri de iridodiyalizdir. Travma sonrası küçük iridodiyalizlerde cerrahi tedavi gerekmesede, polikori, diplopi ve ekzantrik pupillaya neden olan daha büyük iridodiyalizler düzeltilmelidir. Sütürün sklera yüzeyinde bırakılması veya düğümün gömülerek uçgen şeklindeki flep ile üzerinin kapatılması gibi bazı cerrahi teknikler tarif edilmişse de, bu olgularda sütür erozyonları ve sütürün açığa çıkması gibi klinik tablolar ile karşılaşılabilir. Çocuklarda skleranın daha yumuşak ve elastik olduğu göz önüne alındığında ve yerleştirilecek olan sütürlerin gözde uzun yıllar boyunca kalacağı varsayıldığında, fakik lense zarar vermeden ve geç sütür erozyonuna neden olmadan, skleraya mümkün olan en az girişimli yeni cerrahi yaklaşımlara ve tekniklere ihtiyaç vardır.

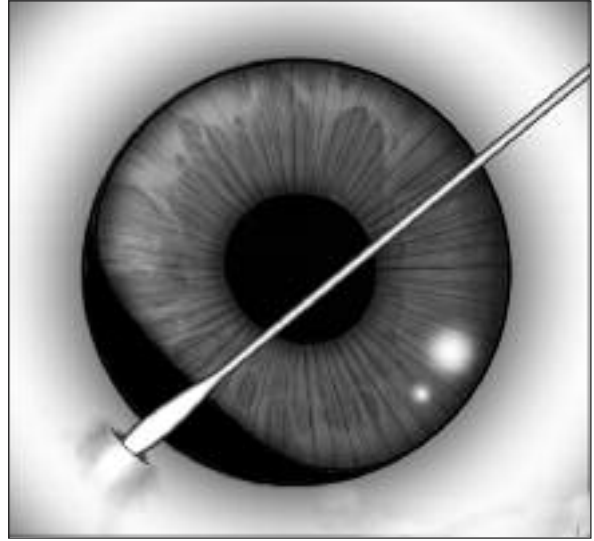
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı Polikliniğinde sol gözüne travma öyküsü ile acil olarak başvuran sekiz yaşındaki erkek çocuğun korneasında çok sayıda yabancı cisim bulundu. Ön segment muayenesinde travmaya bağlı olarak alt kadrandan mediale doğru uzanan ve yaklaşık olarak 120 derecelik bir alanı kapsayan iridodiyaliz ve

polikori izlendi. Pupilla üst-temporal kadrana doğru yer değiştirmiş ve iris kısmen görme aksını kapatmakta idi.

Genel anestezi altında korneadaki yabancı cisimler çıkarıldı. İridodiyaliz bölgesinde küçük bir alanda konjonktiva açıldı. Kresent bıçak yardımı ile limbustan arkaya doğru uzanan yarı sklera kalınlığında flepsiz bir skleral tünel kesisi yapıldı (Şekil 1). Üst kadrandan stiletto bıçak ile korneada küçük saydam bir kesi yapıldı ve ön kamaraya viskoelastik verildi. İki adet PC9 sütürü birbirine düğüm oluşturulmadan kilitlendi. İlkini iğnesi sırasıyla ön kamara-iris periferi-skleral tünel kesesi istikametinde ilgili katmanlardan geçilerek göz dışına alındı (Şekil 2a) ve hemen ardından diğerinin iğnesi aynı istikametlerden geçilerek ilk skleral tünel cebinin hemen yanından çıkılarak iğneleri kesildi (Şekil 2b). Birbirinden yaklaşık olarak 2-3 mm uzaklıktaki bu iki sütür, küçük bir pozisyon iğnesi yardımı ile skleral tünel cebi aralığından yakalanarak geriye çekildi ve tek seferde ikisi birden dışarıya çıkarıldı (Şekil 2c). Birbirine tünel içerisinde düğümlenen sütürler geriye ve skleral tünel kesesi içerisine itildi (Şekil 2d). Ön kamaradaki viskoelastik alınarak kornea hidrasyonu sağlandı. Skleral tünel kesisine sütür konulmadan işleme son verildi.

Ameliyat sonrası dönem takiplerine düzenli olarak gelen hastanın muayenesinde görme keskinliği tam, göz içi basıncı 15 mmHg, ön segment muayenesi normal, ameliyat öncesi inferonazalde yer alan iridodiyaliz bölgesi kapanmış ve pupilla düzenli-merkezi yerleşimli idi (Resim 1). Işık reaksiyonları normaldi. Üç aynalı Goldmann lensi ile yapılan açılı muayenesinde açılı açık ve iridodiyaliz bölgesinde sütür geçilen bölgeler silik olarak izlenmekte idi (Resim 2). Hastanın üç aylık takiplerinde değişiklik izlenmedi.

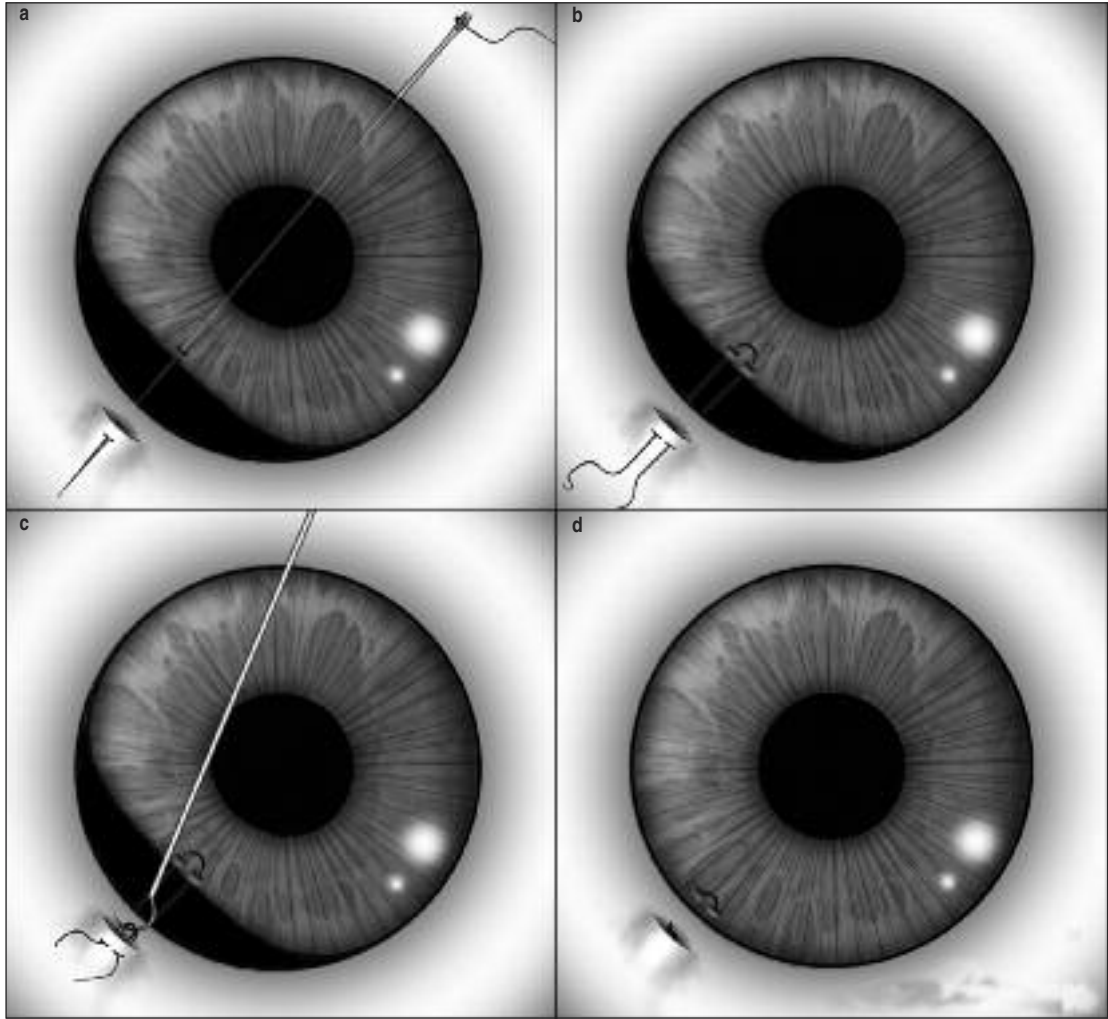
İridodiyaliz göz travmalarının sık görülen komplikasyonlarından biridir. Greven ve ark. 40 hastadan oluşan göz travma serisinde 13 (%33) hastada iridodiyaliz tespit etmişlerdir.¹ Bu yüzden travmalı hastalar iridodiyaliz açısından iyi değerlendirilmeli ve bu komplikasyonun görsel ve estetik sonuçları göz önünde bulundurulmalıdır.



ŞEKİL 1: İridodiyaliz bölgesine denk gelen alanda kresent bıçak yardımı ile limbustan arkaya doğru uzanan yarı sklera kalınlığında flepsiz bir skleral tünel insizyonu yapılır.

İridodiyaliz göz cerrahisi sırasında da görülebilen bir komplikasyondur. İridodiyalize bağlı olarak polikori, ekzantrik pupilla, diplopi ve görme düzeyinin azalması gibi problemler görülebilmektedir.

İridodiyaliz tamirinde irisin sütüre edilmesi çok tercih edilen bir yöntemdir. Bununla beraber iridodiyaliz bölgesinde, irisin iyatrojenik inkarsere edilmesi gibi sütürsüz teknikler de denenmiştir.² Sütür konulması işleminin ön kamarada içerisinden yapılması, korneada endotel hasarı gibi oluşabilecek komplikasyonlar nedeni ile, tercih edilen bir yöntem değildir. Daha çok skleral fiksasyonlu göz içi lensi yerleştirilmesinde olduğu gibi sütürler göz dışına alınıp, sklera komşuluğunda sütür konulması tamamlanmaktadır. Bu durumda, nonabsorbabl sütürler kullanılması gerektiğinden, sütürün açığa çıkması sorunu görülebilmektedir.^{3,4} Sütür ve düğümün açığa çıkmasını engellemek için çeşitli yöntemler denenmiştir. Sütür uçlarını örtmek üzere skleral flep kullanılması, otolog kornea, durameter ya da fasiya lata greftinin kullanılması, sütürün uçlarının göz dışına alınarak bağlanıp ön kamaraya gönderilmesi, sütürün doku içine çevrilmesi, sütür ucunun uzun bırakılması, sütür uçlarının skleraya gömülmesi, skleral yarı veya tünel içine sütürün gömülmesi gibi teknikler kullanılmıştır.⁵⁻⁸



ŞEKİL 2: a) PC9 iğnesi sırasıyla ön kamara-iris periferi-skleral tünel kesesi istikametinde tüm katmanlardan geçilerek göz dışına alınır. b) İkinci PC9 iğnesi ve sütürü 2a'daki aynı katmanlardan geçilerek ilk sütürün yaklaşık 2-3 mm yanından çıkılır ve her iki sütür iğnesi kesilir. c) Her iki sütür aynı anda küçük bir pozisyon iğnesi yardımı ile skleral tünel cebi aralığından yakalanarak geriye çekilir ve ikisi dışarıya alınır. d) Tünel içerisinde birbirine düğümlenen PC9 sütürleri skleral tünel kesesi içerisine itilir.



RESİM 1: Ameliyat sonrası dönemde inferonazalde yer alan 120 derecelik iridodiyaliz bölgesi kapanmış ve pupilla düzenli ve merkezi yerleşimli olarak izlenmektedir.



RESİM 2: Ameliyat sonrası 3. ayda Goldmann'ın üç aynalı lens ile yapılan ön kamara açısı muayenesinde, açının açık olduğu, iridodiyaliz bölgesinde sütür geçilen bölgelerin kısmen belirli olduğu ve uygulanan 2 adet sütürün yeterli düzelmeyi sağlayabildiği izlenmektedir.

Çocuklarda skleranın daha yumuşak ve elastik olduğu göz önüne alındığında ve ayrıca yerleştirilecek olan sütürlerin gözde uzun yıllar boyunca kalacağı varsayıldığında fakik lense zarar vermeden ve geç sütür erozyonuna neden olmadan minimal skleral manipülasyonlu yeni cerrahi yaklaşımlara ve tekniklere ihtiyaç olduğu açıktır. Bizim olgumuzda skleral tünel tekniği kullanılmıştır. Olgumuzda ameliyat sonrası oftalmolojik muayene ve görsel estetik sonuçlar olumlu olarak gelişmiştir.

Sonuç olarak özellikle çocuk yaştaki olgularda ameliyat süresini kısaltması ve minimal invaziv olması nedeni ile iridodiyaliz tamir tekniğimiz oldukça başarılı görülmektedir.

Teşekkür

Orijinal çizimler için Erciyes Üniversitesi Güzel Sanatlar Fakültesi öğretim elemanlarından Tuna Ferit HİDAYE-TOĞLU'na teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Greven CM, Collins AS, Slusher MM, Weaver RG. Visual results, prognostic indicators, and posterior segment findings following surgery for cataract/lens subluxation-dislocation secondary to ocular contusion injuries. *Retina* 2002;22(5):575-80.
2. Richards JC, Kennedy CJ. Sutureless technique for repair of traumatic iridodialysis. *Ophthalmic Surg Lasers Imag* 2006;37(6):508-10.
3. Lane SS, Lindquist TD, Speilman AV. Scleral fixation complications. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1990;31:573.
4. Evrekliolu C, Er H, Bekir NA, Borazan M, Zorlu F. Comparison of secondary implantation of flexible open-loop anterior chamber and scleral-fixed posterior chamber intraocular lenses. *J Cataract Refract Surg* 2003;29(2):301-8.
5. Baykara M. Suture burial technique in scleral fixation. *J Cataract Refract Surg* 2004;30(5):957-9.
6. Brown SM. A technique for repair of iridodialysis in children. *J AAPOS* 1998;2(6):380-2.
7. Kir E, Kocaturk T, Dayanir V, Ozkan SB, Dündar SO, Aktunç TO. Prevention of suture exposure in transscleral intraocular lens fixation: an original technique. *Can J Ophthalmol* 2008;43(6):707-11.
8. Özdek Özmen Ş, Cüneyt M. A simple surgical technique for repair of iridodialysis. *Turk J Med Sci* 2009;39(2):317-31.