

Adduksiyonda Elevasyon Gösteren Duane Sendromunda Cerrahi Tedavi

H.İ.ALTINSOY*, S.KARAGÜL**, K.TUNCER*, S.S.İLKER*, G.SOBACI*, E.YILDIRIM

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OF THE UPSHOOT IN DUANE'S SYNDROME

Some cases with Duane's retraction syndrome show a vertical movement -an up-or down-shot- on adduction. In these cases surgery is performed on horizontal or cyclovertical muscles for cosmetic reason. Upshoot of the adducted eye in patients with Duane's retraction syndrome was surgically eliminated in two patients by posterior fixation of the horizontal and superior rectus muscles. Retroequatorial fixation of these muscles reduces vertical effect of the co-contracting horizontal rectus muscles. [Ophthalmology 1992; 1(4):323-325]

Key Words: Surgical treatment, upshoot, Duane's retraction syndrome, Faden suture

ÖZET

Bazı Duane sendromlu vakalar adduksiyonda belirgin vertikal kayma -elevasyon veya depresyon- gösterir (up-shoot, down-shoot). Bu vakalarda cerrahi kozmetik amaçlı olup horizontal veya siklovertikal kaslara uygulanır. Adduksiyonda elevasyon gösteren Duane retraksiyon sendromlu 2 hastada horizontal ve üst rektus kaslarının posterior fiksasyonu ile cerrahi olarak iyileşme sağlandı. Bu kasların ekvator gerisinde tespit edilmesi, birlikte kasılan horizontal kasların dikey etkisini azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi tedavi, Adduksiyondan elevasyon, Duane retraksiyon sendromu, Faden sütürü

GİRİŞ

Duane retraksiyon sendromunda adduksiyonda belirgin elevasyon veya depresyon görülmesi (upshoot, downshoot) sıklıkla eşlik eden bir bulgudur. Aynı gözde adduksiyonda, bakış pozisyonuna bağlı olarak hem belirgin elevasyon hem de

depresyon ortaya çıkabilirse, elevasyona tek başına daha sıklıkla rastlanır (2). Abduksiyonda etkilenen gözde elevasyon veya depresyon görülmesi çok daha az orandadır (2). Rovve ve ark.nın bir çalışmasında bu tür anormal hareket görülme sıklığı Duane sendromunda %50 olarak bulunmuştur (3). Fonksiyonel olarak problem oluşturmamasına rağmen, özellikle korneanın tümüyle kapak aralığından görülemeyeceği kadar belirgin vakalar, kozmetik amaçlı cerrahi gerektirebilir (4). Bu amaçla yapılan cerrahi girişimler olayın etyolojisi konusundaki 2 ayrı görüş nedeniyle farklılık göstermektedir. Cerrahi tedavi, horizontal veya siklovertikal kasların stabilizasyonunu sağlamaya yöneliktir, bunun için sıklıkla, heriki kas grubunda Faden sütürü uygulaması ve yalnız horizontal kaslara Y şeklinde yeniden sütürasyon yapılması en sık başvurulan yöntemlerdir (2). Bazı yazarlarca oblik kasların kuvvetini azaltıcı cerrahi tekniklerde denenmiş ancak başarısız sonuçları nedeniyle bugün terkedilmiştir (4). Duane sendromunda cerrahi girişim, genel olarak primer pozisyonda horizontal kaymayı düzeltmek, binoküler görme alanını daha santrale getirmek veya genişletmek, baş pozisyonunu düzeltmek veya azaltmak için uygulanmaktadır (4,5). Birçok yazarca bu amaçla horizontal kaslara gerileme ve Faden sütürü uygulama ve vertikal kasların transpozisyonu cerrahileri uygulanmış ve başarılı sonuçlar bildirilmiştir (6-8). Kliniğimizde adduk-

siyonda belirgin elevasyon gösteren 2 vakada horizontal ve vertikal kaslara Faden sütürü uygulandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

GATA ve Askeri Tıp Fakültesi Göz ABD'na başvuran adduksiyonda elevasyon gösteren 2 Duane retraksiyon sendromu vakası çalışma kapsamına alındı. Hastalar 15 ve 4 yaşlarında kız, birinde sağ, diğerinde sol gözde adduksiyonda belirgin elevasyon mevcuttu. Görmeler ayrı ayrı tam, çift görme yakınmaları yoktu. 4 yaşındaki vakada anormal hareketin ani olarak ortaya çıktığı ve korneanın kapak aralığında görümez hale geldiği, 15 yaşındaki vakada adduksiyondaki elevasyon hareketinin yavaş ve tedrici olarak ortaya çıktığı gözlemlendi. İlk vakada izleme süresi 6 ay, ikinci vakada 2.5 aydır. Ameliyatta 4 yaşındaki vakada sol gözde medial rektusa yapışma yerinden 12 mm. lateral rektusa 17 mm. uzaklıktan, ikinci vakada üst rektusa yapışma yerinden 13 mm. uzaklıktan 5/0 Ticron (absorbe olmayan) sütür kullanılarak Faden sütürü uygulandı. Her iki vakada primer pozisyonda belirgin kayma yoktu, bu nedenle kaymayı düzeltici ilave girişim yapılmadı.

SONUÇLAR

Her iki vakada anormal hareketde belli oranda bir azalma oldu. Ameliyat öncesi ve sonrası resimleri Şekil 1 ve 2'de görülmektedir.

TARTIŞMA

Adduksiyonda elevasyon veya depresyonun etyolojisi ile ilgili olarak yakına kadar 2 ayrı hipotez ileri sürül-

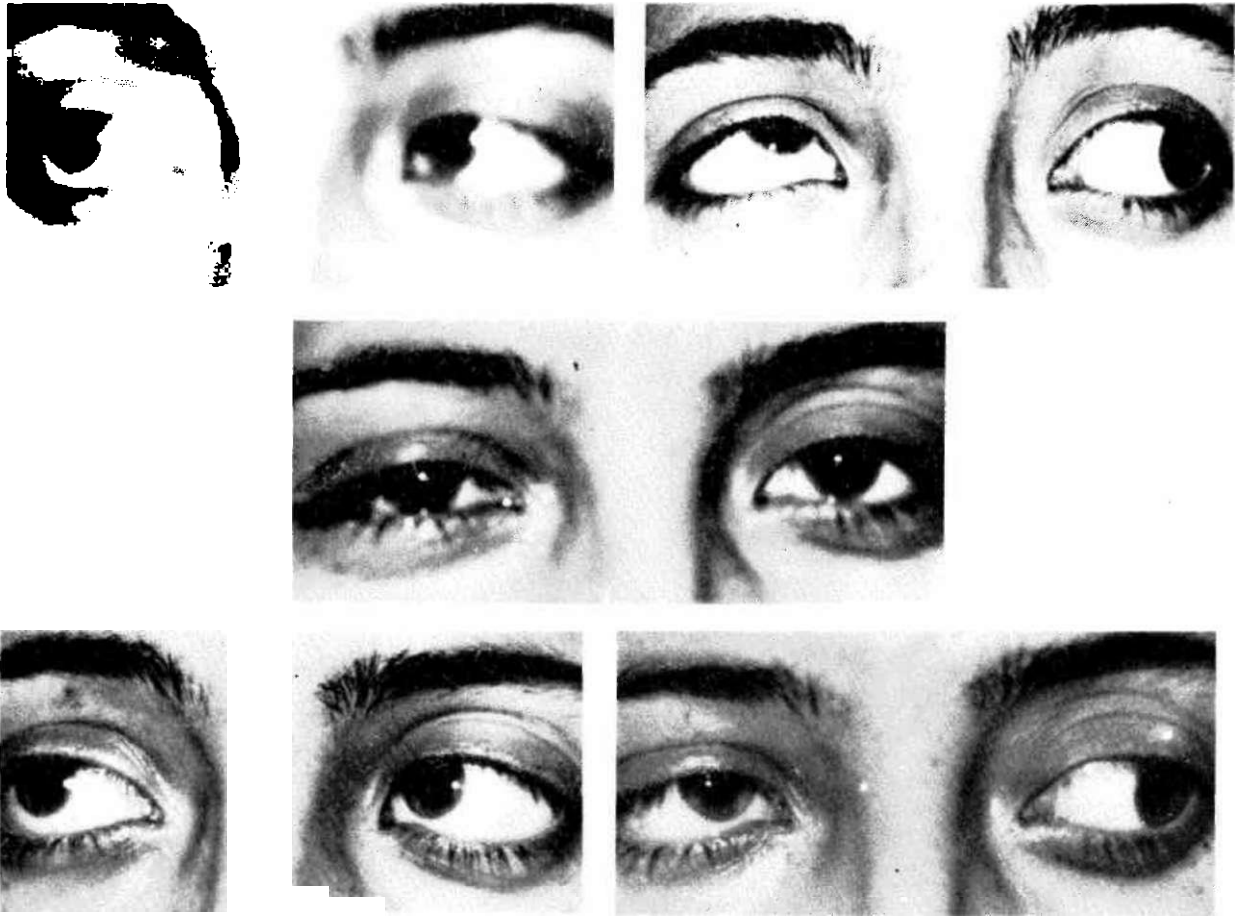
Geliş: 10.2.1992

Kabul: 10.4.1992

* Yrd.Doç.Dr.GATA Göz ABD,

** Doç.Dr.GATA Göz ABD,

** Prof.Dr.GATA Göz ABD



Şekil 1. İlk vaka, sağ gözde adduksiyonda elevasyon, üstte ameliyat öncesi, ortada primer pozisyon, altta ameliyat sonrası.

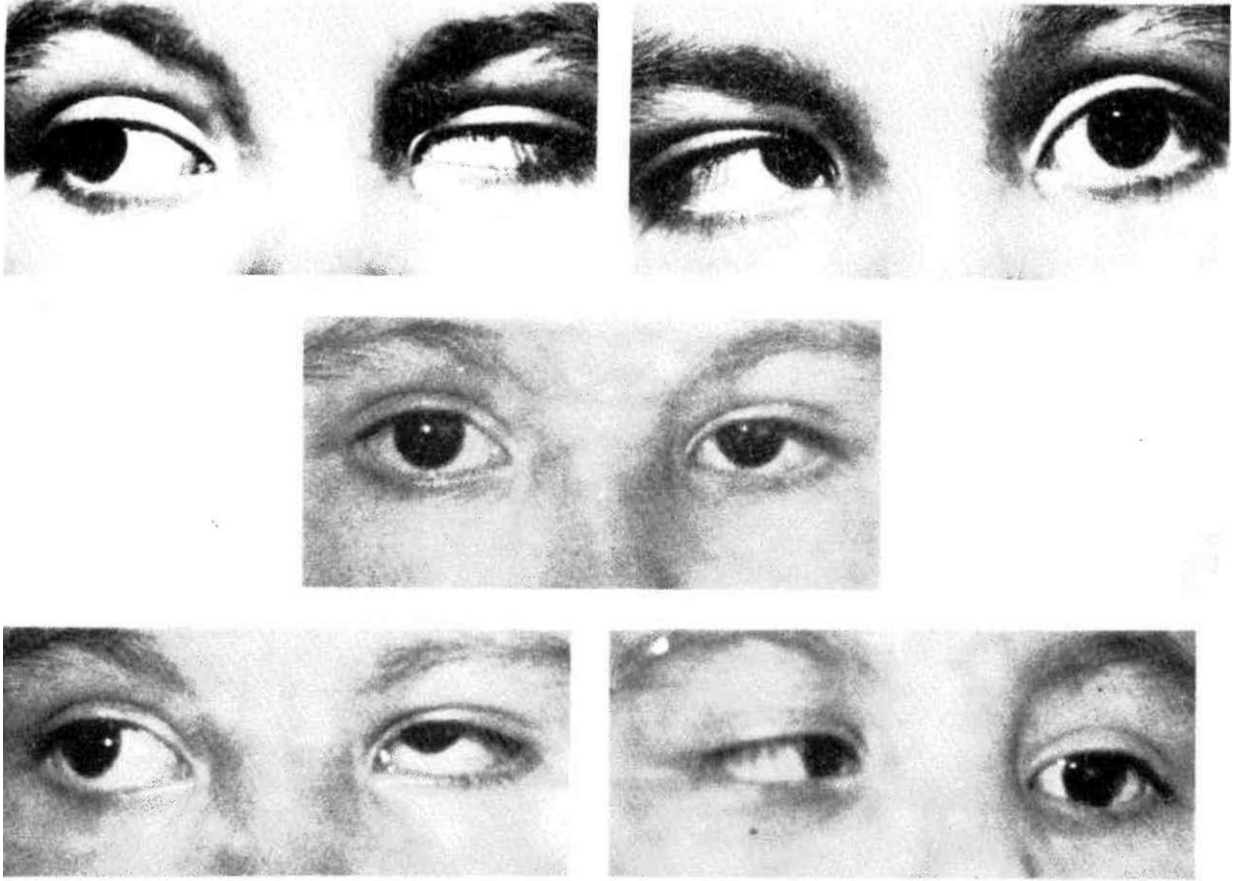
müştür (1,2,8). İlk hipotez Duane tarafından ileri sürülmüştür. Buna göre anormal siklovertikal kasların innervasyonu bu tür hareket bozukluğuna neden olmaktadır. Yaygın beyin sapı anormalliklerinin Duane retraksiyon sendromlu vakalarda saptanması (Hotckiss ve ark. 1980, Jay ve Hoyt 1980, Gordeau ve ark. 1981, Miller ve ark. 1982) bu hipotezi destekler niteliktedir (8). Bu hipotez adduksiyonda elevasyon veya depresyonun klinik gözlemlenmede yavaş ve tedricen ortaya çıktığı vakalardaki etyolojiyi açıklamaya daha uygun kabul edilmektedir (8). İkinci hipotez Scott tarafından 1977'de ileri sürülmüştür (2,4,8,9). Scott'a göre adduksiyonda horizontal kasların birlikte kasılması göz küresinin gergin lateral rektus altında aşağı veya yukarı kaymasına neden olur ve bu durumda medial rektusun orta hatla olan pozisyonuna göre elevator

veya depressör olarak işlev görerek belirgin elevasyon veya depresyona neden olduğu kabul edilir (9). Bu hipotez de adduksiyondaki anormal hareketin ani olarak belirdiği vakalardaki etyolojiyi açıklamaya daha yakındır (8). Tarihsel önemi yönünden Wolff'un ileri sürdüğü bir başka hipotezden bahsetmek gerekir. Buna göre anormal hareketin ortaya çıkışında göz küresi-optik sinir yapışma yeri retraksiyon esnasında bu tür bir etki oluşturabilmektedir. Bugün artık geçerliliği kabul edilmemektedir (1).

1990 yılında Miller ve ark. tarafından yapılan bir çalışma etyoloji ile ilgili ileri sürülen hipotezler konusunu birçok yönden açıklığa kavuşturmuştur (8). Yazarlar özel magnetik rezonans görüntüleme tekniği kullanarak (surface coil magnetic resonance imaging technique) göz küresinin farklı pozisyonlarında orbita duvarı, göz küresi, optik sinir ve göz

dışı kasların durumlarını bilgisayar yardımıyla 3 boyutlu olarak incelemişlerdir. 2 vakaya sınırlı bu çalışma sonunda 1 vakada ilk hipotezin değerinde ise ikinci hipotezin esas neden olduğu ortaya konmuştur. Böylece klinik gözlem ile anatomik ve fizyolojik bulgular arasında ilişki biraz daha desteklenmiştir. Bu çalışmanın bir başka önemi uygulanacak cerrahinin horizontal ya da siklovertikal kaslara yöneltilmesi gerektiğini, bunun içinde dikkatli bir klinik gözlemin gerekliliğini vurgulamasıdır. İlk hipotezin geçerli olduğu düşünülen yani klinik olarak anormal hareketin yavaş ve tedrici olarak geliştiği vakalarda siklovertikal kaslara ikinci hipoteze göre de horizontal kaslara cerrahi uygulanmalıdır (1,2,8).

İlk hipotezin doğruluğu düşünülerek adduksiyonda elevasyon gösteren vakalarda üst rektusa Faden sütürü konulması ve birlikte alt oblik kas geriletmesi



Şekil 2. İkinci vaka, sol gözde adduksiyonda elevasyon, üstde ameliyat öncesi, ortada primer pozisyon, altta ameliyat sonrası.

yapılması von Norden ve ark. tarafından denenmiş ve tam başarı sağlanamamıştır (4). 2. hipotez için daha çok sayıda cerrahi operasyon önerilmiştir (4). Souza-Dies her iki horizontal kasın ekvatora kadar geriletilmesini, Scott ekvator hizasında medial rektusa Faden sütürü konmasını önermiş (9), Rogers ve Bremer, Jampolsky tarafından önerilen lateral rektusun Y şeklinde stabilizasyonu ile başarılı sonuçlar bildirmişlerdir (10). von Norden ve ark. heriki horizontal kasa Faden sütürü uyguladıkları 5 vakada başarılı sonuç aldıklarını ve Scott'un önerdiği bu yöntemin etkinliğini belirtmişlerdir (4).

Heriki vakada ameliyat sonrası adduksiyonda elevasyonda önemli bir azalma olduğu, kozmetik yönden biraz

daha kabul edilebilir görünüme ulaşıldığı, bu nedenle bu yöntemin tatmin edici olarak değerlendirilebileceği kanısına vardık.

KAYNAKLAR

1. Von Noorden GK. Binocular vision and ocular motility 4* ed. Philadelphia: Mosby, 1990; 402.
2. Mein J, Trimble R. Diagnosis and management of, ocular motility. 2** ed. Oxford: Blackwell 1991; 20:346: 350-1.
3. Rowe FJ, Wong ML, McEwen CJ. Duane's retraction syndrome-bilateral until proven otherwise. Br Orthopt J 1991;48:36-8.
4. von Noorden GK, Murray E, Up-and downshoot in Duane's retraction syndrome. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1986.28:212-5.
5. Sezen F, Şencan S, Közer L. Duane sendromunda cerrahi endikasyon. XVIII. Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresi. Turaçlı ME. ed. Girne, Kıbrıs: 1984; 1-8.
6. Abit F, Sezen F, Şencan S. Duane sendromunda anormal baş pozisyonu cerrahi tedavi sonuçları. XXI. Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresi Bülteni, İzmir 1987; 580-4.
7. Özdemir B, Gürsel E, Nuri N, Sanaç AŞ. Duane retraksiyon sendromunda ameliyat sonuçlarımız. XXII. Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresi Bülteni. Doğan ÖK ve ark. ed. Konya: 1988:1:508-12.
8. Miller JM, Demer JL, Rosenbaum AL. Two mechanisms of Up-shoots and Down-shoots In Duane syndrome International strabismological meeting (6th 1990, Surfers Paradise, Australia). Strabismus and motility disorders. Compos EC, ed. London: The Macmillan Press, 1991:229-35.
9. Scott A8, Wong QY, Duane's syndrome. An Electromyographic study. Arch Ophthalmol 1972; 87:140.
10. Rogers G, Bremer DL. Surgical treatment of the up-shoot and down-shoot in Duane's retraction syndrome. Ophthalmology 1984; 91:1380.