

Yırtıklı Retina Dekolmanlı Olgularda Diğer Göz ve Risk Faktörleri

The Fellow Eye in Patients with Rhegmatogenous Retinal Detachment and Risk Factors

Dr. Sibel DEMİREL,^a
Dr. Kudret DÜRÜK^a

^aGöz Hastalıkları AD,
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
ANKARA

Geliş Tarihi/Received: 24.12.2007
Kabul Tarihi/Accepted: 23.05.2008

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Sibel DEMİREL
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Göz Hastalıkları AD,
ANKARA
drsibeldemireltr@yahoo.com.tr

ÖZET Diğer gözde oluşan yırtıklı retina dekolmanı hayat kalitesine ve görme düzeyine ciddi boyutlarda tehdit oluşturur. Yırtıklı retina dekolmanlı olguların diğer gözleri de artmış dekolman riskine sahiptir. Literatürde iki taraflı dekolman sıklığı %6.4-%34 arasında değişmektedir. Diğer gözde dekolman oluşma insidansı ortalama olarak yıllık %10 dur. Tek taraflı dekolmanlı olan olguların %63-90'ında diğer gözde simetrik periferik retina patolojisi izlenir. Bu durum diğer göz sendromu olarak isimlendirilir. Çalışmalar ayrıca diğer gözün ilk göze göre daha fazla proliferatif vitreoretinopati gelişme riskine sahip olduğunu göstermiştir. Tüm bunlara rağmen profilaktik tedavinin etkinliği ve endikasyonları halen tartışmalıdır. Şu ana kadar herhangi bir tipteki retinal yırtığa ya da latis alanına yapılan profilaktik tedavinin faydasını kanıtlayan prospektif randomize bir çalışma mevcut değildir. Semptomatik at nalı yırtık hemen tüm oftalmologlar tarafından tedavi edilmekle birlikte diğer gözdeki latis dejenerasyon alanlarının profilaktik tedavisi konusunda tartışmalar sürmektedir. Altı dioptriden az miyopisi olan ve 6 saat kadranından az latis alanı olan olgulara profilaktik lazer uygulanabilir ya da alternatif olarak hastalar dekolman ve yırtık semptomları açısından eğitilebilir. Bazı oftalmologlar ise; özellikle ilk gözündeki görme düzeyi düşük, kendine bakımı kötü ve şikayetlerini ifade edemeyecek (mental retarded ya da demans gibi) hastalara profilaktik lazer uygulamayı önermektedir. Özet olarak diğer gözünde periferik retina dejenerasyonu olan yüksek riskli olgular semptomlar açısından eğitilmeli, diğer gözün dikkatli bir şekilde başlangıç muayenesi yapılmalı ve uzun süre takip edilmelidir

Anahtar Kelimeler: Retina dekolmanı; risk faktörleri; profilaktik tedavi

ABSTRACT Rhegmatogenous retinal detachment in the fellow eye is a significant threat to vision and quality of life. Patients with rhegmatogenous retinal detachment are at increased risk for developing retinal detachment in their fellow eyes. The risk of bilateral retinal detachment ranges from 6.4% to 34%. The incidence of fellow eye retinal detachment is approximately 10%. Fellow eyes demonstrate symmetric degenerative changes in 63-90% of cases with unilateral retinal detachment. This is described as 'fellow eye syndrome'. Studies have also found that fellow eyes develop proliferative vitreoretinopathy at a higher rate than the primary eye. On the other hand, the effectiveness and indications for prophylactic treatment remain controversial. There is no prospective, randomized trial that proves the benefit of treatment of any type of retinal break or lattice degeneration. Treatment of acute horseshoe tears is performed by almost all ophthalmologist but prophylactic laser treatment of fellow eyes with lattice degeneration of the retina is still controversial. Laser therapy can be performed if the eye has less than 6 diopters of myopia and the lattice is present in less than 6 clock hours or alternatively, patient should be educated alone regarding the symptoms of retinal tear and detachment. Some ophthalmologist recommend treatment for patients with a poor visual outcome in the first eye, limited access to health care, or inability to report symptoms (i.e., mental retardation or dementia). In summary, high risk patients with peripheral retinal degeneration of fellow eyes should be educated for symptoms, the fellow eye should be carefully examined initially and followed closely over the long term.

Key Words: Retinal detachment; risk factors; prophylactic therapy

Yırtıklı retina dekolman'lı(YRD) olguların diğer gözleri artmış dekolman riskine sahiptir. Etiyolojisinde diğer gözde olabilecek periferik retinal dejenerasyonlar ve retinal yırtıklar etkilidir. İki taraflı YRD oranı literatürde %6.4-%34 olarak belirtilmektedir. Bir gözünde YRD'ı olan olgularda diğer gözde dejeneratif değişiklik oranı %63-90 arasında değişmektedir.¹⁻⁵ Bu durum diğer göz sendromu olarak isimlendirilmektedir. Diğer gözde olabilecek periferik retina patolojilerini anlayabilmek için bu bölgenin anatomisinin ve lezyonlarının iyi bilinmesi gerekmektedir.

PERİFERİK RETİNA ANATOMİSİ

Fundus her bir vorteks ven ampüllasının skleraya giriş yerinin arkasından geçen bir hatla arka (santal) ve ön (periferik) olmak üzere ikiye ayrılır. Anatomik ekvator, skleral kanalların yaklaşık 3 mm önünde lokalizedir. Nöral retina ora serratada ani kesintiye uğrar ve pigmentsiz silier epitel olarak devam eder. Ora serratada retina opaklaşır ve alttaki retina pigment epiteli daha koyu olarak izlenir. Pars plana korporis siliaris, periferik retinadan daha pigmentlidir ve koroid paternini gizler. Ortalama 16 adet dentat çıkıntının olduğu kabul edilir. Dentat çıkıntılar temporalde daha düzdür ve tanımlamak zordur. Nadiren iki ora dişi retinal delik ile karıştırılabilen kapalı ora bayları oluşturur. Ora bayları YRD'ı için risk oluşturmaz. Dentat süreçler, radial katlantılar ve ora baylar üst nazal kadranda daha rahat tanımlanabilir.

Vitreus tabanı periferik fundusu çepeçevre sarar ve 3.2 mm genişliğindedir. Ön sınırı pars planadadır, yerleşimi ora serrataya paraleldir ve oraya ata biner tarzda oturur. Retinal yırtıklar çoğu zaman vitreus tabanının arka sınırı boyunca gelişir.⁶

PERİFERİK RETİNAL LEZYONLAR

RADİAL KATLANTILAR

Nazal ve özellikle üst nazal yerleşimli olup radial dizilimli periferik retina kabarıklıklarıdır ve arka sınırlarında yırtık olabilir. Genelde tüm nöral katları içerir ve periferik fundusun normal bir varyasyonudur. Normal popülasyonun %26'sında bulunur

ve %55'inde de iki taraflıdır. Kural olarak orada başlar ve arkaya dik uzanır.⁶

PERİFERİK RETİNAL EKSKAVASYON

Periferik retinal ekskavasyonlar genellikle radial katlantı ya da kompleksin arka sınırında yerleşim gösterirler. Lokal incelmış retina alanlarıdır.⁶

PARS PLANA KİSTLERİ

Periferik fundusta görülen diğer bir varyasyondur. Ön ora serratada lokalize, pigmentsiz ve pigmentli epitel arasında görülen kistoid boşluklardır. Pars plana çıkıntıları arasında yerleşim gösterir ve genellikle üzerindeki vitreus değişmeden kalırlar.⁶

ORA SERRATA İNCİLERİ

Genellikle bir ora dişi üzerinde parlayan opasite olarak görülen bir varyasyondur. Yaşla birlikte sıklığı artar. Ora serrata boyunca görülen drusen benzeri yapılarıdır.⁶

DEJENERATİF ERİŞKİN RETİNSKİZİS

Genellikle iki taraflı, simetrik ve büllöz vasıftadır. Sıklıkla ekvatorun arkasında ve alt temporal yerleşimlidir. Optik koherens tomografi ile gerçek retina dekolmanı, skizis ayırımı yapılabilir. Skizisde nörosensöriyel tabaka içinde ayrılmalar mevcuttur. Çoğunlukla semptomsuz ve ilerliyiçi değıldir. Tek tedavi endikasyonu semptomatik ve makulayı tehdit eden skizis dekolmanıdır.⁶

KALDIRIM TAŞI DEJENERASYONU

Kronik yavaş ilerleyen bir bozukluktur. Erişkin popülasyonda %22 oranında gözlenir. 0.5-2 disk çapı arasında değışen sarı renkli, incelmış, pigmentsiz retinal alanlardır. Lezyon pigmentli septalar ile bölünmüştür. Fotoreseptör tabakası ve eksternal limitan membran yoktur ve retina direkt bruch membranı ile temas halindedir. Daha çok alt kadranda ekvator ile ora serrata arasında yaygındır ancak pars planaya uzanabilir. Çoğunlukla semptom ya da komplikasyon beklenmez. Klinik olarak daha önemli periferik lezyonlardan ayrılmalıdır.

Ayırıcı tanısında Toksoplazma koryoretiniti, latis dejenerasyonu, retina deliğı, retina pigment epitel hipertrofisi vardır. Latis dejenerasyonu daha çok üst kadranda ve ekvator bölgesine yerleşmeye

eğilimlidir. Retina pigment epitel hipertrofisi daha çok arka kutba yerleşmeye eğilimlidir ve daha pigmentlidir. Toksoplazma koryoretiniti üzerinde vitreus değişiklikleri vardır. Arka kutbu içerir ve değişken büyüklüktedir. Retina deliklerinden farklı olarak etrafında sıvı içermez ve sarı renklidir. Kaldırım taşı dejenerasyonu YRD için risk oluşturmaz ve tedavi gerektirmez.⁶

RETİNAL TUFT

Retinal tuftlar 3 grupta incelenirler:

1-Kistik retinal tuft

2-Kistik olmayan retinal tuft

3-Traksiyonel tuft

Kistik retinal tuftlar retinal dokunun vitreus içine doğru oluşturdukları küçük piramit benzeri oluşumlardır. Hemen her zaman vitreus tabanındadır ve konjenital olduğu düşünülür. Ağır vitreus traksiyonu tuftu kopararak retinal yırtık yapabilir. Retina dekolmanı olgularının %7'sinde yırtıklı kistik retinal tufta rastlanmakla birlikte tuftun retina dekolmanı yapma riski çok düşüktür.

Kistik olmayan tuftlar akkizdir ve erişkinlerin çoğunda rastlanır. Vitreus tabanında noktasal kabarıklıklar şeklinde birden fazla sayıda bulunur. Retina dekolmanı riski oluşturmazlar.

Traksiyonel tuft da vitreus bazı içinde ve genellikle tek olarak görülür. Apeksinden zonüle bağlıdır. Tabanında retinal değişiklikler mevcuttur ve arka vitreus dekolmanı yokluğunda bile tabanında küçük yırtıklar ile delikler gelişebilir.⁶

LATİS DEJENERASYONU

Retina dekolmanına neden olabildikleri için diğerlerinden farklı bir klinik önem arzeder. Ekvator bölgesinde yerleşim gösteren ora serrataya paralel retinal incelleme bölgeleridir. Vitreus jeli lezyon kenarına sıkıca bağlıdır. Üzerinde delik ya da yırtık bulunabilir. Delik genellikle vitreus traksiyonundan bağımsızdır ve genç miyoplarda retina dekolmanı nedenidir. At nalı yırtıklar sıklıkla lezyonun arka sınırındadır ve ağır vitreus traksiyonu ile ilişkilidir. Popülasyonda %6-%10 oranında izlenir. %34-%48 iki taraflıdır. İnsidansı miyopik olgularda artmıştır. Semptomatik flepli yırtıklar hariç profilaktik tedavi önerilmez.⁶

YIRTIKLI RETİNA DEKOLMANI

ETİYOLOJİ-PATOGENEZ

Retinal Yırtıklar

Klinik serilerde retinal yırtık prevalansı %6-14 olarak bulunmuştur. Yıllık dekolman insidansı ise 10 000'de 1 dir. Bu nedenle her yırtığın dekolman yapmadığı açıktır. Latis ya da diğer patolojilere bağlı olmayan at nalı ya da flepli yırtıklar hemen daima vitreus bazının arka sınırına lokalizedir. Daha çok alt temporal yerleşimlidir. Arka vitreus dekolmanı ile ilişkilidir

Retinal Delikler

1-Operkulumlu delikler: At nalı ya da flepli yırtığa traksiyon sonucu tabanından doku ayrılır ve nöral defekte yol açar.

2-Atrofik delikler: Çoğu latis dejenerasyonuna ikincildir (%76). Vitreus traksiyonu ile ilişkisizdir. Primer retinal delik latis ve diğer lezyonlardan ilişkisiz flep ya da operkulum eşlik etmeyen lezyonlardır. Hemen tamamı vitreus bazında yer alır.

Arka Vitreus Dekolmanı

Vitreus göz içinde bazı yapılara diğerlerine oranla daha sıkı yapışıktır. Bunlar; peripapiller alan, makula, büyük damar arkadları, latis dejenerasyon alanları, vitreus bazı, retinal tuft, lens arka yüzüdür. Arka vitreus dekolmanı meydana geldiğinde, vitreus arka kutupta retinadan ayrılırken vitreus bazında yapışık olarak kalır. Bu durum vitreus bazındaki dejenerasyon alanlarındaki zayıf bölgelerde traksiyona yol açarak retinal yırtık meydana getirebilir. Bu nedenle arka vitreus dekolmanı yırtıklı retina dekolmanının patogenezinde çok önemli bir yere sahiptir.⁶

DİĞER GÖZ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Literatürde iki taraflı dekolman sıklığını bildiren birçok çalışma mevcuttur. Bunlarda oran %6.4 -34 arasında değişmektedir.¹⁻⁴ Farklı sayılar görülmesi, muhtemelen her çalışmada dahil edilen hasta grubunun farklı olmasına bağlıdır. Bazı çalışmalarda psödo-fak, afak hastalar da çalışma kapsamına alınmış, bu gruplarda oran daha yüksek bulunmuştur. Schwartz ve Kreiger'in yırtıklı retina dekolmanı ve

proliferatif vitreoretinopati (evre 3 ve üzeri) olan 249 gözden oluşan serilerinde olguların %53'ünde diğer gözde görmeyi tehdit edici patoloji saptanmış ve bunların %74'ünün yırtıklı özellikte olduğu bildirilmiştir.⁷ Gonzales ve ark.nın, bir gözünde yırtıklı retina dekolmanı olan 248 olgu üzerinde yaptıkları çalışmada, ortalama 5.2 yıl takip süresince diğer gözlerin tümünde 67 adet yeni görmeyi tehdit edici patoloji saptanmış ve bunların 44 (%66) tanesinin regmatojen vasıfta olduğu açıklanmıştır. Bu çalışmada toplamda diğer gözlerin %23'ünde retina dekolmanı gelişmiştir. Bu gruba, diğer gözünden daha önce dekolman cerrahisi geçirmiş olanlar, eş zamanlı iki taraflı dekolmanı olanlar ve takiplerde yeni tanı konulmuşlar dahildir. Sadece takiplerde yeni oluşan dekolman oranı ise önceki çalışmalarla benzer olarak %12.7 bulunmuştur.⁸

MİYOPI

Travmatik olmayan YRD olgularının yarısından fazlasında miyopi mevcuttur. Emetroplarla kıyaslandığında YRD riski 1-3 dioptri arası miyoplarda 4 kat, 3 dioptri üstü miyoplarda 10 kat fazla bulunmuştur. Folk ve Burton'un 850 olguluk diğer göz serisinde yıllık retina dekolmanı oluşma riski emetrop ve hipermetropalarda 0.12, miyoplarda %1.28 dir.⁹ Yüksek miyopi ve makuler delik ile ilişkili retina dekolmanı konusunda yapılan bir çalışmada iki taraflı yüksek miyopisi ve tek taraflı makuler deliğe bağlı dekolmanı olan 56 olguda 6 yıllık takipte diğer gözlerin %8.1'inde makuler deliğe bağlı dekolman gelişmiştir. Makuler delik ile ilişkili YRD'nda yüksek miyoplu diğer göz artmış risk altındadır.¹⁰

AFAKİ, PSÖDOFAKİ

Primer gözlerde fakik YRD oranı 1/10 000 iken, psödo-fakiklerde %1-3 dür. Yapılan çalışmalarda 50 yaş ve altı olguların daha riskli olduğu saptanmıştır. Benson ve ark.nın yaptığı bir çalışmada bir gözünde afak retina dekolmanı olan olguların diğer gözünde dekolman oranı afak olanlarda %26, fakik olan gözlerde ise %7 bulunmuştur.¹¹ Konu ile ilgili yapılmış benzer bir araştırmada bir gözünde psödo-fakik retina dekolmanı olan ve diğer gözünde belirgin latisi olmayan olgularda diğer gözde retina dekolmanı oranı %7.8 olarak saptanmıştır. Her iki

çalışmada da verilen bu oran normal popülasyondaki 10 000'de 1 değerinin üstündedir. Bir gözünde katarakt cerrahisi geçirmiş hastaların diğer gözünde neden daha fazla dekolman görüldüğü açıklanamamıştır. Fakat bu yüksek oran nedeni ile bir gözünde psödo-fakik retina dekolmanı olan olguların diğer gözlerinin de takip edilmesi önerilmiştir.¹²

453 sorunsuz fako cerrahisi geçirmiş emetrop olgu serisinde, 5 yıllık takipte ameliyat öncesi latis dejenerasyonu olan ve ameliyat sonrası arka vitreus dekolmanı gelişen gözlerin %21'inde, ameliyat öncesinde latis dejenerasyonu olmayan gözlerin ise %0.70'inde dekolman ortaya çıkmıştır. Sonuç olarak, katarakt cerrahisi öncesi latis dejenerasyonu olan gözlerde, ameliyat sonrası arka vitreus dekolmanı gelişiminin retina dekolmanı için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir.¹³

DEJENERATİF RETİNOSKİZİS

Yırtıklı retina dekolmanlarının %6'sında rastlanmıştır. Fakat tüm YRD'ı olgularının %2.5'unun azından sorumludur.¹⁴ Progresif olmayan lokalize dekolman ile gerçek dekolman oranı 178/1 dir. Bu oran lezyonların çoğunun sınırlı kaldığını göstermektedir. Lokalize, semptomsuz, delikli ya da deliksiz lezyonlara tedavi önerilmez. Arkaya uzanma sıklıkla kendiliginden düzelir ve makula tutulumu nadirdir. Yapılan çalışmalarda proflaktik tedavi uygulanan grupta retina dekolmanı sıklığı %1.2-13 bulunmuş ve lazere bağlı komplikasyonlara rastlanmıştır. Bu nedenle, delikli ya da deliksiz sınırlı dekolmanı olan tüm olgular proflaktik lazer yapılmadan periodik olarak takip edilmelidir.¹⁵

KİSTİK RETİNAL TUFT

Doğumda mevcuttur ve popülasyonda ortalama %5 oranında izlenir. Sıkı vitreoretinal yapışıklık nedeni ile retinal yırtık oluşturabilir. Bildirilen serilerde YRD olgularının en fazla %10'unun kistik retinal tufta bağlı retinal yırtık nedeni ile olduğu düşünülür. Kistik retinal tufta bağlı YRD'ı riski %0.28 olduğundan ve proflaktik tedaviyi gösteren bir çalışma yapılmadığından lazer tedavisi endikasyonu yoktur.¹⁵

ZONÜLER TRAKSİYONEL TUFT

Daha çok nazal kadranda lokalize, vitreus bazında ve ora serrata sınırındadır. Otopsi çalışmalarında

retinal yırtıkların %6'sının zonüler traksiyonel tuf-ta bağlı olduğu bulunmuştur. Lezyon genellikle bazal yerleşimli olduğundan yırtıklar çoğunlukla önemsizdir. Retina dekolmanı oluştuğunda sıklıkla lokalize ve ilerleyici değildir. Proflaktik tedavi önerilmez.¹⁵

LATİS DEJENERASYONU

Latis dejenerasyonu yırtıklı retina dekolmanında en sık rastlanan predispozan periferik retina dejenerasyonudur ve diğer gözde %9-35 oranında görülür.^{3,5,9,15} Latis nedeni ile primer gözde %0.7 oranında YRD izlenirken¹⁶ bu oran diğer gözde 8 yıllık izlemde %5.1 dir.¹⁷ Bu risk 10 yıllık izlemde diğer gözde %15 civarındadır. Nadiren üzerindeki atrofik delikler nedeni ile, daha sıklıkla arka vitreus ayrılmasının yol açtığı at nalı yırtık yüzünden dekolmana neden olur.¹⁶

ATROFİK DELİKLER

Bir gözde yırtıklı retina dekolmanı olan olguların diğer gözünde atrofik delik görülme oranı %4-20 arasındadır ve sayıları zamanla artar.^{4,8} Subklinik retina dekolmanı ile birlikte bulunan atrofik delikler olmayanlara göre daha risklidir. Davis subklinik retina dekolmanı eşlik eden atrofik deliklerde YRD oranını %33, eşlik etmeyenlerde ise %4.4 bulmuştur.¹ Byer'nın serisinde ise primer gözde dekolman oluşma oranları oldukça düşüktür. Subklinik retina dekolmanı eşlik etmeyen deliklerin hiçbirinde retina dekolmanı gelişmemiştir. Fakat bunlar primer göz için verilen oranlardır. Diğer göz farklı bir karaktere sahiptir ve bu nedenle diğer gözdeki retina dekolmanı oluşma oranları net olarak bilinmemektedir.¹⁸ Byer'nın yaptığı prospektif bir çalışmada 17 olgunun 19 gözünde 22 adet subklinik retina dekolmanı alanı izlemiştir. Olguların tümünde subklinik retina dekolmanı alanlarının latis ikincil geliştiğini ve 22 alanın 20'sinde atrofik delikler bulunduğunu saptamıştır. Bir olgunun takibi telefonla yapıldığı için bu hariç tutulmuş ve sonuçta 18 gözün sadece 2 tanesinde (%11) klinik retina dekolmanı tespit etmiştir. Her 100 subklinik retina dekolmanı olgusunda retina dekolmanına dönüş hızını yıllık %1 in altında hesaplanmıştır.¹⁹ Arka vitreus dekolmanı olmayan latis dejenerasyonlu gözlerdeki atrofik deliklerden kaynaklanan

fakik YRD'nda diğer gözü kapsayan bir çalışmada iki taraflı YRD oranı %30 olarak saptanmıştır. Olguların %89'nun genç miyop hastalar olduğu ve başlangıç muayenelerinde diğer gözlerin %63'ünde retinal bulguların (latis dejenerasyonu, atrofik delikler, kistik retinal tuft) mevcut olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, arka vitreus dekolmanı olmadan latis üzerindeki atrofik deliklerden dekolman gelişen alt grupta yapılan çalışmada diğer gözün risk altında bulunduğu vurgulanmıştır.²⁰

PROFLAKTİK TEDAVİ

Günümüzde üzerinde en çok tartışılan konu, retina dekolmanına neden olduğu düşünülen periferik retina dejenerasyonları ve retinal yırtıkların proflaktik tedavisidir. Proflaktik tedavi öneren yayınlar olmakla birlikte, yapılmış prospektif randomize bir çalışma mevcut değildir. Oluşan yırtıkta dekolman gelişeceğini öngören en önemli prognostik faktör semptomların varlığıdır. Semptomatik yırtıklı fakik hastalarda dekolman sıklığı %35 dir. Dolayısı ile bu durumda lazer tedavisi mutlaka önerilir. Problem semptomatik yırtık aşamasında değil ise ve olguda yüksek miyopi, psödofoaki ya da afaki, diğer gözde dekolman öyküsü, aile hikayesi gibi risk faktörleri varsa proflaksi gündeme gelebilmektedir.

Folk ve ark.nın serisinde proflaktik tedavi edilen diğer göz serisinde retina dekolmanı riskinin %5.1'den %1.8'e düştüğü saptanmıştır. Tedavi sadece -6.00 D. ve üzeri miyoplarda ve 6 saat kadranından fazla geniş latis alanı olanlarda başarısız bulunmuştur. Buna göre tedavi edilen her 100 kişinin 3'ünde RD önlenilmektedir.^{9,17} McPherson ve ark.nın yaptığı çalışmada, latisli diğer gözlerde tedavi edilmeyen grupta %14, tedavi grubunda %2 yırtıklı retina dekolmanı görülmüştür ve diğer gözdeki latis dejenerasyonuna tedavi önerilmiştir.²¹ Bir gözünde retina dekolmanı gelişmiş 760 olgunun diğer gözlerinin tarandığı retrospektif bir çalışmada 305 (%41) olgunun diğer gözünde predispozan retinal lezyon saptanmış ve tümüne vitreus durumundan bağımsız olarak proflaktik tedavi uygulanmıştır. Sonuçlar Folk ve Burton'ın 1982'de yayınlanmış olan bilateral dekolman insidansı sonuçları ile kıyaslanmıştır² (proflaksi uygulanmayan). Takiplerde diğer gözde %2.9 oranında retina dekolmanı gelişmiş ve iki taraflı dekolman oranı

%1.2 bulunmuştur (%13.4 yerine). Böylece 305 olgunun tedavisi ile 67 yeni dekolman önlenebilmiştir (760 gözde, %13.4 oranına göre beklenen 76 yerine 9 gözde dekolman gelişmiş).²² Buna karşın predispozan lezyonların profloktik tedavisine rağmen retina dekolmanının engellenemediğini savunan yayınlar da mevcuttur.^{23,24} Byer diğer gözde oluşan yırtıklı retina dekolmanının %58'inin tahmin edilmeyen bölgelerden geliştiğini ve profloktik tedavinin vitreoretinal adezyonu ve yeni yırtık riskini arttırdığını savunmuştur. Byer'in Folk ve ark.nın serisine yorumu 'profloktik tedavi yapılarak her 100 gözde 3 dekolman önlenbiliyor. Bunun yerine, gelişmiş dekolman cerrahisi teknikleri ile dekolman oluştuğunda olgulara müdahale edilebilir' şeklinde olmuştur.²³ Mastropasqua'nın profloktik lazer uyguladığı diğer göz serisinde oluşan retina dekolmanının %50'sinin daha önce sağlıklı görülen alanlardan geliştiği gösterilmiştir.²⁴ Yine başka bir diğer göz çalışma grubunda, yırtıklı retina dekolmanı nedeni ile tedavi edilen 17 hastanın diğer gözüne latis dejenerasyonu nedeni ile profloktik tedavi uygulanmış ve ortalama 33 aylık takipte 1 olgu hariç tümünde arka vitreus dekolmanı gelişmesi ile retinal yırtık oluşmuştur. On yedi olgunun 13'ünde tedavi edilen gözde retina dekolma-

nı gelişmiş ve oluşan yırtıkların yarısı yeni alanlarda, yarısı lazer yapılan bölgenin kenarında bulunmuştur. Sonuç olarak; diğer gözdeki latis dejenerasyonuna özellikle arka vitreus dekolmanı oluşmamış ise profloktik lazer tedavisi uygulanmalıdır denilmiştir.²⁵

SONUÇ

Yırtıklı retina dekolmanlı olgularda diğer göz risk altındadır. Başlangıç muayenesi normal olsa bile takiplerde yeni yırtıklı vasıfta patoloji oluşabilir. İlk göz ve ikinci gözde dekolman oluşma süreleri arasında ortalama 5.2 yıl (en uzun 30 yıl) bulunduğu bildirilmektedir. Bu nedenle diğer göz başlangıçta ve takiplerde dikkatle incelenmelidir. Profloktik tedavi konusunda vitreoretinal cerrahlar arasında oldukça farklı eşik değerleri mevcuttur. Altı D'den az miyopisi olan ve 6 saat kadranından az latis alanı olan diğer göz olgularına profloktik lazer uygulanabilir. Semptomatik at nalı yırtık haricinde üzerinde uzlaşmış profloktik tedavi şekli yoktur. Diğer gözünde periferik retina dejenerasyonu olan yüksek riskli olgular profeksiye alternatif olarak semptomlar açısından eğitilebilir ve rahatsızlık olduğunda başvurması söylenebilir.

KAYNAKLAR

1. Davis MD. Natural history of retinal breaks without detachment. *Arch Ophthalmol* 1974;92:183-94.
2. Folk JC, Burton TC. Bilateral phakic retinal detachment. *Ophthalmology* 1982;89:815-20.
3. Laatikainen L. The fellow eye in patients with unilateral retinal detachment: findings and prophylactic treatment. *Acta Ophthalmol (Copenh)* 1985;63:546-51.
4. Merin S, Feiler V, Hyams S, Ivry M, Krakowski D, Landau L, et al. The fate of the fellow eye in retinal detachment. *Am J Ophthalmol* 1971;71:477-81.
5. Gupta OP, Benson WE. The risk of fellow eyes in patients with rhegmatogenous retinal detachment. *Curr Opin Ophthalmol* 2005;16:175-8.
6. Tasman WS, Greven C. Peripheral retinal lesions. In: Yanoff M, Duker JS, eds. *Ophthalmology*. 2nd ed. London: Mosby; 2004. p.37.1-37.6.
7. Tasman WS, Greven C. Peripheral retinal lesions. In: Yanoff M, Duker JS, eds. *Ophthalmology*. 2nd ed. London: Mosby; 2004. p.37.1-37.6.
8. Gonzales CR, Gupta A, Schwartz SD, Kreiger AE. The fellow eye of patients with rhegmatogenous retinal detachment. *Ophthalmology* 2004;111:518-21.
9. Folk JC, Arrindell EL, Klugman MR. The fellow eye of patients with phakic lattice retinal detachment. *Ophthalmology* 1989;96:72-9.
10. Tsujikawa A, Kikuchi M, Ishida K, Nonaka A, Yamashiro K, Kurimoto Y. Fellow eye of patients with retinal detachment associated with macular hole and bilateral high myopia. *Clin Experiment Ophthalmol* 2006;34:430-3.
11. Benson WE, Grand MG, Okun E. Aphakic retinal detachment. Management of the fellow eye. *Arch Ophthalmol* 1975;93:245-9.
12. Sharma MC, Chan P, Kim RU, Benson WE. Rhegmatogenous retinal detachment in the fellow phakic eyes of patients with pseudophakic rhegmatogenous retinal detachment. *Retina* 2003;23:37-40.
13. Ripandelli G, Coppé AM, Parisi V, Olzi D, Scassa C, Chiaravalloti A, et al. Posterior vitreous detachment and retinal detachment after cataract surgery. *Ophthalmology* 2007;114:692-7.
14. Byer NE. Clinical study of senile retinoschisis. *Arch Ophthalmol* 1968;79:36-44.
15. Lewis H. Peripheral retinal degenerations and the risk of retinal detachment. *Am J Ophthalmol* 2003;136:155-60.
16. Byer NE. Long-term natural history of lattice degeneration of the retina. *Ophthalmology* 1989;96:1396-401.
17. Folk JC, Bennett SR, Klugman MR, Arrindell EL, Boldt HC. Prophylactic treatment to the fellow eye of patients with phakic lattice retinal detachment: analysis of failures and risks of treatment. *Retina* 1990;10:165-9.

18. Byer NE. What happens to untreated asymptomatic retinal breaks, and are they affected by posterior vitreous detachment? *Ophthalmology* 1998;105:1045-9.
19. Byer NE. Subclinical retinal detachment resulting from asymptomatic retinal breaks: prognosis for progression and regression. *Ophthalmology* 2001;108:1499-503.
20. Gonzales CR, Gupta A, Schwartz SD, Kreiger AE. The fellow eye of patients with phakic rhegmatogenous retinal detachment from atrophic holes of lattice degeneration without posterior vitreous detachment. *Br J Ophthalmol* 2004;88:1400-2.
21. McPherson A, O'Malley R, Beltangady SS. Management of the fellow eyes of patients with rhegmatogenous retinal detachment. *Ophthalmology* 1981;88:922-34.
22. Avitabile T, Bonfiglio V, Reibaldi M, Torrisi B, Reibaldi A. Prophylactic treatment of the fellow eye of patients with retinal detachment: a retrospective study. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2004;42:191-6.
23. Byer NE. Rethinking prophylactic therapy of retinal detachment. In: Stirpe M, ed. *Advances in vitreoretinal surgery*. New York: Ophthalmic Communication Society; 1992. p.399-411.
24. Mastropasqua L, Carpineto P, Ciancaglini M, Falconio G, Gallenga PE. Treatment of retinal tears and lattice degenerations in fellow eyes in high risk patients suffering retinal detachment: a prospective study. *Br J Ophthalmol* 1999;83:1046-9.
25. Chauhan DS, Downie JA, Eckstein M, Aylward GW. Failure of prophylactic retinopexy in fellow eyes without a posterior vitreous detachment. *Arch Ophthalmol* 2006;124:968-71.