

Konjenital Superior Oblik Paralizisinde Cerrahî Tedavi Yaklaşımları

Seyhan B.ÖZKAN*, Deniz CAM**, Saniye DEMİRCİ*, Aysu KARATAY ARSAN*, Remzi KASİM***, Sunay DUMAN****

ÖZET

Konjenital superior oblik (SO) paralizisi tanısı alan 24 olgunun cerrahi tedavi sonuçları incelendi. 23 olgunun 34 gözüne inferior oblik (İO) adale tenotomisi uygulandı. 6 olguda SO tendonuna katlama ameliyatı uygulandı, bunların 57'ine İO adale tenotomisi ile kombine olarak yapıldı. Bir olguda İO adale tenotomisinin yanısıra kontrilateral göze inferior rektus gerilemesi yapıldı. Konjenital SO paralizilerinde İO adale tenotomisinin yanısıra bazı olgularda SO tendon katlama ameliyatlarının da gerekli olduğu ve uygun teknikle yapıldığı takdirde emniyetli bir yöntem olduğu kanısına varıldı.

Anahtar Kelimeler: Superior oblik paralizisi, Inferior oblik tenotomisi, Superior oblik tendon katlaması

T Klin Oftalmoloji 1995, 4: 223-226

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT IN CONGENITAL SUPERIOR OBLIQUE PALSY

The surgical results of 24 patients with congenital superior oblique (SO) palsy were reviewed. Inferior oblique tenotomy (IO) was performed in 34 eyes of 23 cases. Six patients undergone SO tendon tuck and in 5 of them surgery was performed in conjunction with IO tenotomy. In one patient IO tenotomy and recession of contralateral inferior rectus muscle was performed. It is concluded that in treatment of congenital SO palsy SO tendon tuck is necessary in selected patients in addition to IO tenotomy and if performed with appropriate technique it is a safe procedure.

Key Words: Superior oblique palsy, Inferior oblique tenotomy, Superior oblique tendon tuck

T Klin J Ophthalmol 1995, 4: 223-226

Giriş

En sık görülen izole kranial sinir paralizisi olan superior oblik (SO) paralizilerinin %40 gibi önemli bir bölümünü konjenital olgular oluşturmaktadır (1-3). Son yıllarda bazı yazarlar konjenital SO paralizisinin etyopatogenezinin edinse! tipten farklı olduğunu ve SO paralizisi-

terinde tedavi planının Knapp'in klasik sınıflaması yerine, edinsel ve konjenital oluşuna göre yönlendirilmesi gerektiği savunulmaktadır (4,5).

Bu çalışmada konjenital SO paralizisi olan olgularda uygulanan cerrahi tedavi yöntemlerinin endikasyonları ve etkinliği incelendi.

Gereç ve Yöntem

S.B.Ankara Hastanesi şaşılık bölümünde konjenital SO paralizisi nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan, 12'si kız, 12'si erkek olan toplam 24 olgu retrospektif olarak incelendi. Olguların yaşları 3 ile 37 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 10.63'tü. Öyküde erken yaşta başlayan kayma ve/veya baş pozisyonu, inferior oblik (İO) hiperfonksiyonu ve SO hipofonksiyonu, pozitif Bielschowsky baş eğme testi, geniş vertikal füz-yon aralığı olması, travma öyküsünün ve subjektif tor-

Geliş Tarihi: 07.03.1995

* Op.Dr.S.B.Ankara Hastanesi Göz Kli. Başasistanı,

** Op.Dr.S.B.Ankara Hastanesi Göz Kli. Uzmanı,

*** Op.Dr.S.B.Ankara Hastanesi Göz Kli. Şef Muavini,

**** Op.Dr.S.B.Ankara Hastanesi Göz Kli. Şefi, ANKARA

Yazışma Adresi: Seyhan B.ÖZKAN

Hoşdere Cad. 35/2

06450 Y-Ayrancı-ANKARA

† 28. Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresinde (1994, Antalya), poster olarak sunulmuştur.

siyonun olmaması konjenital SO paralizisi için tanı kriteri olarak kabul edildi. İO hiperfonksiyonu ve SO N-pofonksiyonunun biatora! olması, "V" paterninin olması. Bielschowsky baş eğme testinin baş sağa ve sola çıkıktan ters dönerek pozitif olması bilateralite kriteri olarak kabul edildi. Hastanın aşağı ve yukarı bakıştaki uzak horizontal kayması »asında 15PD *m* üzerinde fark olması "V" patern olarak adlandırıldı. Tüm olgularda rutin oftalmolojik muayenenin yarıya yakın ve uzakta prizma örtme testi, okular motilitenin değerlendirilmesi, Bielschowsky baş eğme testi yapıldı. Ekstraoküler adale fonksiyonlarının değerlendirilmesi 1'den 4'e kadar derecelendirilerek yapıldı. Erişkin yaş grubundaki 3 hastaya Hess perdesi ve sinoptoforda 8 bakış pozisyonunda kayma ölçümleri yapıldı. Yaşı küçük olan olgularda binektiller fonksiyonlara bağlamadığından, cerrahinin etkisi kayma derecesi, baş pozisyonu ve "V" patemdeki düzelleme ile değerlendirildi. Takip süresi ortalama olarak 8.3 aydı (3-22 ay)

Primer pozisyonda vertikal kayma, baş pozisyonu ve "V" paterninin olması cerrahi endikasyon olarak kabul edildi. Cerrahi tedavide seçilen yöntemler İO tenotomisi, SO tendon katlama ameliyatı ve kontrateral göze inferior rektus (İR) gerilemesiydi. Horizontal kayması olan 13 olguda gereken miktarda horizontal rektus cerrahisi uygulandı. SO tendon katlaması planlanan olgularda bu girişim, retropulsiyonda globu yukarı içe çekerek yapılan fraksiyon testinde, SO tendonunun aşırı derecede gevşek olduğu düşünülen olgularda uygulandı. SO tendon katlama ameliyatında tendona superior rektusun temporalinden ulaşıldı. Katlamanın miktarı SO tendonunun gevşekliğine göre intraoperatif olarak belirlendi. Sütür materyali olarak 5/0 ethibond kullanıldı.

İstatistiksel analizde 1° testi kullanıldı.

Bulgular

11 olguda SO paralizisi bilateral ve bunların 10'unda "V" patern kayma vardı. 23 olgunun 34 gözüne İO tenotomisi uygulandı. 17 olguda yalnızca İO tenotomisi, 5 olguda İO tenotomisi ile birlikte SO tendon katlama ameliyatı, 1 olguda yalnızca SO katlama, 1 olguda ise İO tenotomisi ve kontrilateral göze İR gerilemesi uygulandı.

SO tendon katlaması uygulanan 6 olgudan 4'ünde bilateral SO paralizisi vardı. Bu Matara! olgularda bilateral İO tenotomisinin ak olarak SO hipotonksiyonunun

daha fazla olduğu tarafa SO tendon katlaması uygulandı. SO tendonunun gevşekliğine göre 6 ile 10 mm arasında değişen oranlarda katlama uygulandı. Katlama ameliyatı uygulanan olguların tümünde belirgin baş pozisyonu vardı ve bu olguların hepsinde postoperatif dönemde baş pozisyonunun düzeldiği görüldü. Sadece SO tendon katlaması uygulanan olguda +1 düzeyinde İO hiperfonksiyonu, -3 düzeyinde SO hipofonksiyonu, primer pozisyonda 10PD vertikal kayma ve belirgin baş pozisyonu vardı. Bu olguda cerrahi sonrasında baş pozisyonunun düzeldiği, vertikal kaymanın ortadan kalktığı, normal SO fonksiyonuyla birlikte -1 düzeyinde addüksiyonda sievasyon kısıtlılığının ortaya çıktığı gözlemlendi.

Dekompanse konjenital 4. sinir paralizisi olup, aşağı bakışta diplopiden yakın olguda İO tenotomisi ile birlikte kontrilateral gözde ayarlanabilir sütür tekniği ile İR gerilemesi uygulandı. Cerrahi sonrasında binoküler görme alanının belirgin şekilde genişlediği ve aşağı bakışta diplopinin ortadan kalktığı gözlemlendi.

Postoperatif incelemede 3 olguda 4 prizma dioptrinin (PD) üzerinde vertikal kayma olduğu (bu 3 olgunun preoperatif kaymaları 18,20 ve 25PD idi) *m* 1 olguda baş pozisyonunun düzelmediği görüldü (Tablo 1). Bu olguların tümü tedavide yalnızca İO tenotomisi uygulanan gruptaydı. İO hiperfonksiyonunun tüm olgularda belirgin derecede azaldığı saptandı. "V" paterni olan olguların tümünde paternin postoperatif dönemde ortadan kaybolduğu gözlemlendi.

Olguların tümü incelendiğinde İO hiperfonksiyonu ve SO hipofonksiyonunun belirgin derecede düzeldiği görüldü ($p<0.05$) (Tablo 2). Cerrahi yöntemle göre motilitedeki düzelmelerin karşılaştırması iki grupta yalnızca birer hasta olması nedeniyle istatistiksel olarak yapılmadı, ancak SO hipofonksiyonunda en belirgin düzelmelerin katlama yapılan olgularda olduğu gözlemlendi.

Tartışma

SO paralizisinin cerrahi tedavisinde uzun yıllar Kftapp'ın önerdiği, motif bozukluğu ve kardinal bakış pozisyonlarındaki kaymanın miktarına dayalı olan tedavi şeması kullanılmıştır (4). Bu tedavi şekline göre edinsel ve konjenital SO paralizisi aynı grupta incelenmektedir. Konjenital SO paralizisinde tendon anomalisi olduğu yönündeki intraoperatif gözlemler sonucu Heiveston ve ark. (5) SO paralizilerinin esas olarak konje-

Tablo 1. Konjenital SO paralizisi olan olgularda cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası özellikler

	Primer pozisyonda vertikal kayma			"V" patern	Baş pozisyonu
	<15PD	15-25PD	>25PD		
Cerrahi öncesi (hasta sayısı)	14	6	4	10	9
	OPD	1-4PD	4-8PD		
Cerrahi sonrası (hasta sayısı)	16	5	3	—	1

Tablo 2. Koojeoital superior obitk paralizisinde cerrahi tedavi yöntemlerinin oküler motilite üzerine elcisi

Cerrahi yöntem	Olgu sayısı	Cerrahi öncesi		Cerrahi sonrası	
		İOİ*	SOİ*	İot	SOİ
Yalnız İO tenotomı	17	3.14	1.54	0,5?	0.39
İO tenotomi ve SO katlama	5	4.40	3.0	0	0.20
İO tenotomi ve İR geriletme	1	2.0	2.0	0	0
Ya'nız SO katlama	1	1.0	4.0	0	0
Toplam	24	3.22	1.83	0,45	0.34

*•: İlperfonksiyon, 1: hipoİonksiyon

nitel ve ©dinsel olmak üzere etyoiojiye göre İki gruba ayıran ve tedaviyi buna göre düzenleyen yeni bir sınıflama önermektedirler. Konjenital SO paralizisinde SO tendonun aşırı derecede gevşek olduğu, insersio yerinde değişiklikler olabildiği ve hatta tendonun agenezisinin bulunabileceği bildirilmiştir (6-8). Bu tip olgularda SO tendonuna yönelik cerrahi tedavi ile daha iyi fonksiyonel sonuç alınabileceği bildirilmektedir (9).

Plager'in (10) tanımladığı, retropulsionunda globu yukarı içe çekerek uygulanan fraksiyon testi SO tendonun laksitesi hakkında cerraha önemli bilgi vermektedir.

SO katlama ameliyatına uzun yıllar İatrojenik Brown sendromuna yol açabilmesi nedeniyle kuşku bakılmıştır. Ancak bunun nedeninin edinsel SO paralizilerinde uygulanan katlama ameliyatları olduğunu düşünmekteyiz. SO tendon yapısının normal olduğu bu tip olgularda küçük miktarlardaki katlama dahi semptomatik Brown sendromuna yol açabilmektedir (11). İyatrojenik Brown sendromunun olmaması için cerrahi sırasında SO tendonun fazlalığı oranında katlama yapıldıktan sonra sütürler fiyonk yapılarak bırakılmalı ve fraksiyon testi tekrarlanmalıdır. Eğer addüksiyonda elevasyon sırasında fraksiyon testi negatifse sütürler kalıcı olarak bağlanmalı, fraksiyon testi pozitifse katlama miktarı azaltılıp test tekrarlanmalıdır. Uyguladığımız SO tendon katlama ameliyatları sırasında yukarıda belirtilen önlemler uygulandı ve hiçbir olguda İyatrojenik Brown sendromu ortaya çıkmadı.

İO zayıflatma ameliyatları SO paralizilerinde en sık kullanılan primer cerrahi işlemdir (4,12,13). Tek başına İO tenotomisi ile olguların çoğunda yeterli düzeyde düzelme sağlandı. Ancak cerrahî sonrasında baş pozisyonunun devam ettiği bir olguda ve 4PD'nin üzerinde vertikal kayması olan 3 olguda yalnızca İO tenotomisi uygulanmış olması tek başına İO cerrahisinin bazı olgularda yetersiz kaldığını göstermektedir. Olayların tümü incelendiğinde SO katlama uygulanan olgularda SO hipofonksiyonunun daha iyi düzeldiği görüldü. SO tendon katlama ameliyatı büyük kayma açısı olan SO paralizilerinde daha çok kullanılmaktadır ve bu olgularda başarılı sonuçlar bildirilmiştir (14-18). Infant yaş grubunda opere edilen konjenital SO palsy olgularında en iyi sonucun İO zayıflatması ile kombine yapılan SO tendon katlaması İte elde edildiği belirlenmiştir (17).

İO tenotomisi ve İR'a ayarlanabilir sütür İle geriletme uygulanan olguda büyük vertikal kayma ve aşağı dışa bakışta en belirgin olan diplopi vardı. Ayarlanabilir sütürle diplopinin daha iyi şekilde elimine edileceği düşünüldüğü için SO katlama yoluna gidilmedi.

15PD'fiin üzeri gibi yüksek derecede vertikal kayması olan olgularda yeterli düzelmenin sağlanması için birden fazla adale cerrahisi gerekli görünmektedir. Konjenital SO paralizilerinde İO'den sonra cerrahi uygulanacak ikinci adalenin, eğer fraksiyon testinde tendon laksitesi varsa, SO adale olduğunu düşünmekteyiz.

Sonuç olarak İO tenotomisinin konjenital SO paralizilerinde en sık kullanılan güvenli bir yöntem olduğu, ancak büyük vertikal kayma, belirgin baş pozisyonu ve belirgin SO hipofonksiyonu oları oigyiarda SO kanama ameliyatının tedaviye eklenmesi gerektiği ve SO katlama ameliyatının uygun cerrahi teknik uygulandığında güvenli bir yöntem olduğu kanısına varıldı.

Kaynaklar

1. Knapp P. Diagnosis and surgical management ol hypertropis. AmOrthoptJ 19/1:21:29-37.
2. Parks MM. Ocular motility and strabismus. Hagsrstown, Md: HarperARow Publishers ine, 1975:4-23.
3. Von Noorden GK, Murray E, Wong S. Superior obliqua paraffsis, a review of 270 cases. Arch Ophthaimol 1386; 104:1771-6.
4. Knapp P, Moore S. Diagnosis »d surgcai options in superior oblique surgery. In! Ophthalmol Cin «78; 16:137-46.
5. Helveston EM, Kach D, Pfagisr DA, Ellis FD, A new classification of superior oblique palsy based on congenital variations in the tendon. Ophthalmology 1992; 99:1609 15.
6. Pl«şsr DA. Tandon laxity in superior obUqu* paisy. Ophthalmology 1992; 99:1032-8.
7. Hefvesfc» EM, Glangiacoıno JG, Eİs FD. Congenita! absence of the superior oblique tendex». Transactions of the American Ophthalmology Society 19S1 ; 79:123-3S.

8. Helveston EM. Atlas of Strabismus Surgery. 3rd »d. St Louis: CV Mosby Co, 1985:62-3.
9. Helveston EM. Classification for superior oblique palsy, in: Haik BG, ed. Transactions of Symposium on Ocutoplastic Surgery, Strabismus, and Pediatric Ophthalmology. Thoro-fare: Slack, 1990:1-10.
10. Plager DA. Traction testing in superior oblique palsy. J Pe-diatr Ophthalmol Strabismus 1990; 27:136-40,
11. Helveston EM, Ellis FD. Superior oblique tuck for superior oblique palsy. Aust J Ophthalmol 1983; 11:215-20.
12. Toosf SH, von Noorden QK. Effect of isolated inferior oblique muscle myectomy in the management of superior oblique muscle palsy. Am J Ophthalmol 1979; 88:602-8.
13. Akısık K, Sanaç AŞ. Üst oblik felcinde cerrahi tedavi. In: Özçetin H, Ertürk H, eds. Ulus Türk Oft Kong (1986). Bursa: Uludağ Üni Basımevi, 1989:369-73.
14. Saunders RA. Quantitated superior oblique tendon tuck in the treatment of superior oblique muscle palsy. Am Orthopt J 1985; 35:81-9.
15. Saunders RA. Treatment of superior oblique palsy with su-perior oblique tendon tuck and inferior oblique muscle myec-tomy. Ophthalmology 1986; 93:1023-7,
16. Morris RJ, Scott WE, Keech RV. Superior oblique tuck sur-gery in the management of superior oblique palsies. J Pe-diatr Ophthalmol Strabismus 1992; 29:337-46.
17. Reynolds JD, Biglan AW, Hiles DA. Congenital superior obli-que palsy in infants. Arch Ophthalmol 1984; 102:1503-5.