

Ezotropya Cerrahisinde İkinci Ameliyatlar

Sema ARVAS*, Velittin OĞUZ", Erdoğan CİCİK*

ÖZET

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalında Nisan 83 ile Nisan 92 tarihleri arasında iki kez ameliyat olmuş 33 ezotropya olgusu değerlendirilmiştir. Bunların %78.79'u ardıl ezotropya %21.21'i konsekütif ekzotropyadır.

İkinci ameliyata neden olan faktörler arasında çocuğun ve şaşılığın yaşına, yeterince değerlendirilmemiş akomodatif elemana ve birinci ameliyattan sonra ikinci ameliyat için 6 aydan daha uzun bir süre beklenilmemesi gereğine dikkat çekilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ezotropya cerrahisi, İkinci ameliyat

T Klin Oftalmoloji 1993, 2: 341-343

SUMMARY

SECOND OPERATION FOR ESOTROPIA

33 esotropia cases operated two times between April 1983 and April 1992 in İstanbul University Cerrahpaşa Medical Faculty have been reviewed. Of these cases, 78.79% was rest esotropia, 21.21% consecutive exotropia.

Causes for a second operation are age of the child and squint, incomplete determination of accomodative element and delay more than six months for the second operation.

Key Words: Esotropia surgery, Second operation

Turk J Ophthalmol 1993,2:341-343

Şaşılıkla İkinci cerrahi daima gerek endikasyon, gerekse ameliyat teknikleri açısından güç problemler gösterir.

Biz burada sadece ezotropyalardaki ikinci ameliyatları ele alacağız. Bu tür çalışmalarda bildirildiği gibi grupları teşkil eden her olgunun farklı özellikleri olduğu dikkate alınırsa kesin bir sınıflamanın güçlüğü ortaya çıkmaktadır. Ancak uygulama için geçerli genel bir takım kurallar çıkarmak mümkündür.

Geliş Tarihi: 29.6.1993

Kabul Tarihi: 20.12.1993

* Uzm.Dr.iÜ.CTF., Göz Hast. ABD,

** Doç.Dr.iÜ.CTF., Göz Hast. ABD, SİVAS

Şematik olarak İkinci ameliyat, ister biraz düzeltmeyle (ardıl ezotropya) ister bir sürkorreksiyon (aşırı düzeltme) ile (İkincil ekzotropya, konsekütif ekzotropya) ilgili olsun sonuçta deşşmekle birlikte sebat etmekte olan şaşılık açısına yönelik olarak yapılır (1)-

Başarısızlığın klinik tipleri arasında fonksiyonel ve estetik amaçlı cerrahinin başarısızlıkları ayırdedilebilir. Fonksiyonel amaçlı cerrahinin başarısızlığı NRK'nın teminini sağlamak için ezotropya cerrahisinde sürkorreksiyon yapılması halinde (2,3) ortaya çıkabilen erken başarısızlıklar yanında sıklıkla İkincil diverjansa giden tek taraflı bir amblyopinin nüksünde olduğu gibi geç de ortaya çıkabilir (1). Estetik cerrahinin başarısızlığında ise yine amblyop gözün geç olarak diverjansa gitmesi söz konusudur.

Tablo 1. Şaşılığın başlama yaş grubuna göre dağılımı ve birinci ve ikinci operasyon ortalama yaşları

	Olgu sayısı	1.op.ort.yaşı	2.op.ort.yaşı
Çok erken (<1)	13	7.23(±3.12)	8.38(±3.18)
Erken (1-3)	13	9.38(±5.23)	12.07(±4.58)
Geç (>4)	7	12.29(±4.92)	16.00(±6.74)

Tablo 2. 26 ardıl ezotropyanın 1. ve 2. ameliyat protokolleri

	1.ameliyat	2.ameliyat
İRG	5(3)*	9(2)*
İRG+DRK	9	4
2İRG	9(3)*	—
2İRG+DRK	3	—
DRK	—	10(1)*
2DRK	—	3

*Obliklere girişim

Tablo 3. 7 konsekütif ekzotropyanın 1. ve 2. ameliyat protokolleri

	Lop		2.op
İRG	—	İRK	3(1)*
İRG-DRK	2	İRK+DRG	1
2İRG	2	2İRK	—
2İRG+DRK	3	2DRG-İRK	—
DRK	—	DRG	2
2DRK	—	2DRG	—
		İR Avansman	1

*DR'a Faden

Başarısızlığın nedenleri arasında akomodatif elemanın yeterince değerlendirilmemesi gibi sensoriyel nedenler yanında; vertikal elemanın atlanması gibi motor faktörler; hastanın veya şaşılığın yaşına ait faktörler; endikasyon, klinik ve teknik hatalara ait cerrahi faktörler sayılabilir.

Bu çalışmanın amacı, ikinci ameliyatlarda başarıya etki eden faktörlerin irdelenmesidir.

Materyel ve Metod

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı Şaşılık Biriminde kayıtlı, Nisan 83 ile Nisan 92 tarihleri arasında aynı Anabilim Dalında iki kez ameliyat olmuş ve ikinci ameliyat sonrası en az bir yıl düzenli izlenebilen 33 hasta değerlendirilmiştir. Ameliyat planında baştan iki seanslı planlanan olgular ve belirgin vertikal komponenti olanlar (L/R5AD'deri büyük) çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Birinci ameliyat sonrası tüm olgularda kayma derecesi ekzotropya için -10AD, ezotropya için +

Tablo 4. Azalarak sebat eden 16 ardıl ezotropyanın 2.op. önce ve sonrası açı değerleri

	Camsız	Camlı
2.op öncesi	41.00±11.85	25.16±15.11
2.op sonrası	24.70±8.77	12.85±6.92
Anlamlılık	p<0.001	p<0.01

Tablo 5. Azalarak devam eden 4 konsekütif ekzotropyanın 2. operasyon önce ve sonrası açı değerleri

	Camsız	Camlı
2. op öncesi	-41.56±26.63	-36.75±30.20
2. op sonrası	-24.98±9.42	-21.83±8.72
Anlamlılık	p=0.34	p=0.26

10AD'den büyük olup ikinci ameliyat sonrası ortalama izleme süresi 42.72 (+33.15) aydır. İkinci ameliyattan sonraki değerlendirme son muayene esas alınarak yapılmıştır.

Olgularımızda şaşılığın başlama yaşı, birinci ameliyatın yaşı ve protokolü, ikinci ameliyata kadar geçen süre içinde yapılan tedavi kaydedilmiş, özellikle uygulanan ikinci ameliyatın yaşı ve protokolüne göre elde edilen sonuçlar değerlendirilmiştir.

İkiden fazla ameliyat edilmiş olgular çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Bulgular

Tümü ezotropya olan 33 olgunun şaşılık başlama yaşı grubu dağılımları ve geçirilen her iki ameliyatın yaş ortalamaları Tablo 1'de gösterilmektedir.

Birinci ameliyat sonrası 16 hastaya optik düzeltme dışında herhangi bir tıbbi tedavi uygulanmamış, kalan 17 hastanın 6'sına sadece oklüzyon, 8'ine sadece egzersiz tedavisi, 3 hastaya ise oklüzyon ve egzersiz tedavisi uygulanmıştır.

Olgularımızın 26'sı birinci ameliyat sonrası ezotropya durumu ardıl olarak korurken, 7'si konsekütif olarak ekzotropya dönüşmüştür. Bu 26 ardıl olgumuzun 21'i kısmi akomodatif (KA), 5'i nonakomodatif (NA) iken konsekütif olgularımızın 7'si de KA tipte idi.

Tablo 2'de 26 ardıl ezotropya, Tablo 3'de ise 7 konsekütif ekzotropya uygulanan birinci ve ikinci ameliyat protokolleri özetlenmiştir.

26 ardıl ezotropyanın ikinci operasyon sonrası durumu incelendiğinde 8'inin ameliyat gerektirmeyecek -10AD ile +10AD arasında yer aldığı gözlenirken 2'si ekzotropya dönüşmüş, 16'sında ise ardıl ezotropya azalarak sebat etmiştir. Bu 16 olgunun ikinci operasyon önce ve sonrasındaki açı değerleri Tablo 4'de gösterilmektedir.

Konsekütif olarak ekzotropiyaya dönüşmüş 7 olgunun 1'i ameliyat sonrası ortoforik kabul edilen değerler içinde yer alırken, 2'si tekrar ezotropyaya dönüşmüş, 4'ünde ise konsekütif ekzotropya azalarak devam etmiştir. Bu 4 olgunun ikinci operasyon öncesi ve sonrasına ait açılı değerleri ise Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tartışma

Şaşılık cerrahisinde karşımıza çıkabilecek en önemli problem ikincil bir şaşılık gelişme riskidir. Bu yüzden ameliyat olacak hastaya veya ailesine bu kusunun tek bir ameliyatla düzeleceğini söylemek doğru değildir. Çalışmamızda 33 ezotropyaya olgusunun 26'sında (%78.79) ardıl ezotropyaya, 7'sinde ise (%21.21) konsekütif ekzotropya gelişmiştir. Benzer bir çalışmada 89 ezotropyaya olgusunun 57'sinin (%64.05) ardıl ezotropyaya, 32'sinin (%35.95) ikincil ekzotropiyaya dönüştüğü bildirilmiştir (4).

Bazı yazarlar (5,6) birinci operasyon sırasında çocuğun yaşını bir başarısızlık nedeni olarak değerlendirmezler, ancak biz, yazarların çoğu gibi (7-9) çocuğun yaşı ne kadar küçükse girişimin o denli etkin olduğunu düşünüyoruz; bu sensoriyel nedenler yanında anatomik nedenlerin de çok önemli olduğuyla izah edilebilir: Küçük çocukta glob çapı daha küçük olacağı için aynı boyuttaki cerrahi girişimin geometrik etkisi artırılmış olacaktır. Öte yandan şaşılığın yaşı da küçüldükçe cerrahinin etkisi artmaktadır ve bu yaş büyüdükçe ardıl gelişme oranının azaldığı saptanmıştır (10). Olgularımızda birinci operasyon yaşının ileri olması İkinci ameliyatı gerektiren nedenlerden biri olarak değerlendirilebilir.

Sütür ayrılması ve çok belirgin az düzeltme hataları gibi hemen ikinci müdahaleyi gerektiren durumlar bir kenara bırakılacak olursa İkinci ameliyat, birinci ameliyat sonrası yapılacak tıbbi tedaviden sonraki altıncı aya doğru yapılmalıdır (11).

Olgularımızın genelinde birinci ameliyat sonrası yapılan tıbbi tedaviye rağmen iki ameliyat arasında geçen sürenin daha uzun olması ve özellikle de erken ve geç başlangıçtı grupta ortalama 3-4 sene gibi çok uzun bir zaman dilimi olması kanımızca başarıyı olumsuz yönde etkileyen diğer bir faktördür.

Birçok yazar yeterince değerlendirilmemiş akomodatif elemanın cerrahinin başarısızlığına etki eden temel bir faktör olduğu konusunda hem fikirdirler (5,12,13). İkinci ameliyatı gerektiren bu serideki olgularda KA tipte olanların oranının fazlalığı, hele 7 konsekütif ekzotropiyaya dönüşen olguların tümünün bu tipte oluşu bu açıdan değerlendirilebilir.

2İRG yapılan 9 olgunun tümünün alternan şaşılık, İRG-DRK yapılan 9 olgunun ise 8'inin monoküler şaşılık gösterdiği dikkate alınacak olursa olgularımızda simetrik cerrahi ön plana çıkmaktadır. Oysa günümüzde asimatrık cerrahi taraftarları giderek artmaktadır (14-16).

Bu çalışma kapsamı içinde ikinci ameliyata neden olan faktörler dikkate alındığında gerek çocuğun yaşı gerekse şaşılığın ortaya çıkma yaşı açısından ilk ameliyatın uygun dönemde yapılması ve ilk ameliyat planlanırken akomodatif elemanın sağlıklı olarak değerlendirilmesi yanında ameliyat sonrası tıbbi tedaviden sonra ikinci ameliyat için 6 aydan daha uzun bir süre beklenmemesi gereği vurgulanmaktadır.

Kaynaklar

1. Folk ER, Miller MT, Chapman L. Consecutive exotropia following surgery. *British Journal of Ophthalmology* 1983; 67:546-8.
2. Ciancia AP, Melek N. The sensorial evolution of overcorrected esotropia. In: Moore S. *Orthoptics Past Present Future*. New York: Stratton Intercontinental Medical Book Corporation, 1976: 506.
3. Windsor CE. Surgically overcorrected esotropia: A study of its causes, sensory anomalies, fusional results and management. *Am J Ophthalmol* 1950; 33:380.
4. Berard PV, Mouillac-Gambarelli N, Reydy R. La réintervention dans la chirurgie de l'esotropie. *J Fr Ophthalmol* 1978; 14:305-12.
5. Dunnington JA, Regan EF. Factors influencing the post-operative results in concomitant convergent strabismus. *Arch Ophthalmol* 1950; 44:813-22.
6. Gillies WE. The results of surgical treatment of esotropia. *Austr J Ophthalmol* 1974; 2:20-3.
7. Bloom JN, Parks MM. The etiology, treatment and prevention of the slipped muscle. *J Pediatr Ophthalmol* 1981; 18:6-11.
8. Dunlap EA. Overcorrections in horizontal strabismus surgery. In: *Symposium on strabismus*. St-Louis: CV Mosby, 1971:255-67.
9. Jampolsky A. Complications and re-operations in strabismus surgery. *Am J Ophthalmol* 1967; 64:788.
10. Öztürk B, Bilgin LK, Sansoy N, Altın F, Sezen F. Cerrahi sonrası gelişen ardıl kaymaların etyoloji ve tedavisi. *TOD XXII. Ulus Kong Bül* (1988). Konya: Ülkü Basımevi, 1988: 1:313,
11. Berard PV, Quere MA, Roth A, Spielman A, Woillez M. *Chirurgie Des Strabismus*. Paris: Masson, 1984: 332-48.
12. Arruga A. Surgical overcorrection. *J Pediatr Ophthalmol* 1965; 2:15-22.
13. Bietti GB, Bogolini B. Problems related to surgical overcorrections in strabismus surgery. *J Pediatr Ophthalmol* 1965; 2:11-4.
14. Edwards WC, Moran C, Th Askev W. Statistical analysis of esotropia surgery. *J Pediatr Ophthalmol* 1973; 10:256-66.
15. Salvi G, Frosini R, Boschi MO L'allongement du tendon selon Fcosi dans le syndrome de blocage. *Mécanisme d'action et technique chirurgicale*. *J Fr Ophthalmol* 1981; 4:127-32.
16. King RA, Calhoun JH, Nelson LB. Reoperations for esotropia. *Journal of Pediatr Ophthalmol and Strabismus* 1987; 24:136-40.