

CASE REPORT / OLGU SUNUMU

Kornea Korumalı Evisserasyon Cerrahisi

Cornea Preserved Evisceration Surgery

Musa Musaoğlu¹, S. İlker Kocamış¹

¹Yenikent Devlet Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Sakarya

ORCID

Musa Musaoğlu: <https://orcid.org/0000-0003-4020-5003>

S. İlker Kocamış: <https://orcid.org/0000-0001-8731-0471>

Geliş Tarihi / Received: 6,10, 2020

Kabul Tarihi / Accepted: 28,12,2020

Corresponding author: Musa Musaoğlu. Yenikent Devlet Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Sakarya, No: 19554000, Adapazarı/Sakarya. Tel: +90 264 255 21 06.
e-mail: musa_musaoglu@hotmail.com

ÖZET

Evisserasyon cerrahisi paralimbal bir insizyon ile sklera ve göz ekleri korunarak göz içeriğinin tamamının uzaklaştırılmasıdır. Bu yöntemde ise kornea korunabilir veya çıkarılabilir. Kornea korumalı evisserasyon cerrahisi özellikle genç hasta

grubunda geniş orbital implant kullanılması gerektiğinde tercih edilebilecek alternatif bir evisserasyon cerrahisi tekniğidir. Bu çalışmada yaş ortalaması 27 yıl olan ve ortalama 24 ay takip edilen 2'si kadın 3'ü erkek 5 vakanın sonuçları değerlendirilmiştir.

Anahtar kelimeler: evisserasyon, kornea, orbita

ABSTRACT

Evisceration surgery is the removal of all eye contents by protecting the sclera and eye

attachments with a paralimbal incision. Corneal-preserving evisceration surgery is an alternative evisceration surgery technique that can be preferred when large orbital implants are required, especially

in young patients. In this study, the results of 5 years and followed for 24 months on average were cases (2 female, 3 male) with an average age of 27 evaluated.

Key words: evisceration, cornea, orbit

GİRİŞ

Evisserasyon cerrahisi paralimbal bir insizyon ile sklera ve göz ekleri korunarak göz içeriğinin tamamının uzaklaştırılmasıdır. Bu yöntemde ise kornea korunabilir veya çıkarılabilir.¹ Korneanın korunması globun internal yüzeyini artırır ve az da olsa daha geniş bir orbital implantın yerleştirilmesine olanak sağlar.^{2,3} Ancak kornea travmatize veya ince ise çıkartılmalıdır.⁴ Bu çalışmada kornea korumalı evisserasyon cerrahisi ve hidroksiapatit orbital implant uygulanmış vakaların erken postoperatif dönem komplikasyonları değerlendirilmiştir.

CERRAHİ TEKNİK

Tüm hastalar genel anestezi altında ameliyat edildiler. Göz kapakları spekulum yardımı ile açılarak *Westcott* makası ile korneal limbusun hemen arkasından 360 derece konjonktival peritomi yapıldı ve ekvatora kadar sub-tenon alanda ilerlendi. Limbustan keskin bir bıçak ile başlanan insizyon kornea-skleral makas ile korneanın alt sektörden yapışıklığı devam edecek şekilde 300 dereceye kadar genişletildi. Evisserasyon kaşığı ile intraoküler yapılar uzaklaştırıldı ve skleral kavite gaz sponçlar yardımı ile temizlendi. Geniş bir implant yerleştirebilmek için saat 3 ve 9 hizasından skleral gevşetici insizyonlar yapılarak kanama kontrolü ardından 20 mm hidroksiapatit implant skleral kaviteye yerleştirildi. Kornea-limbal kesi 10/0 naylon, sklera 6/0 poliglaktin suture ile kapatıldı. Tenon kapsülü ve konjonktiva ayrı ayrı gergin olmayacak şekilde kapatıldı. 1 hasta dışında tüm hastalarda korneal endotel, evisserasyon kaşığı ile soyuldu, iki hastada da buna ilaveten korneal epitel soyularak kornea

yüzeyi konjonktival flep ile kapatıldı. Antibiyotik ve kortikosteroid pomad ile konformer göz içine yerleştirildi ve göz kapatıldı.

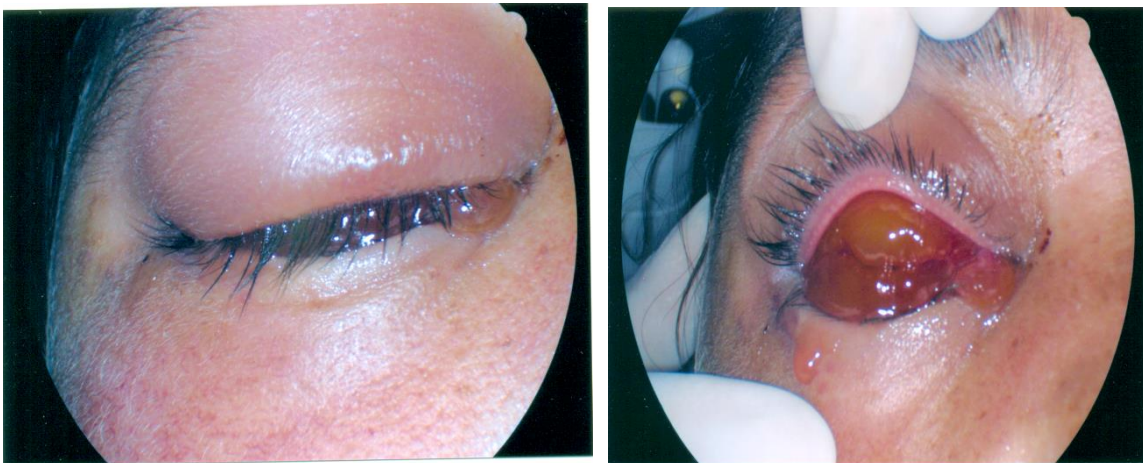
Daha önce geçirilmiş travmaya bağlı körlük ve kozmetik olarak kabul edilmeyen görünümleri olan hastalar çalışmaya dâhil edildi. İki hasta kadın (%40) üç hasta (%60) ise erkekti. Ortalama yaş 27 (yaş aralığı 25-30 yıl) ve ortalama takip süresi 24 aydı. Tüm hastalar bu cerrahi tekniğin avantajları ve dezavantajları konusunda bilgilendirildiler.

Operasyon sonrası birinci günde ilk hastanın periorbital ödemi vardı. Göz kapakları belirgin şekilde ödemli, kırmızı, sıcak ve palpasyonda hassastı. Hiperemi ve ciddi kemozisi olan ve alt göz kapağı üstüne prolabe olmuş konjonktiva görünümü mevcuttu.(Şekil 1) Endotel debridmanı yapılan 2. ve 3. hastanın klinik görünümleri de aynıydı. Bu klinik görünümlerin hepsi tedaviyle 2. haftanın sonunda gerilemişti. (Şekil 2) Endotel ve epitelyumlarının her ikisinin de uzaklaştırıldığı 4. ve 5. hastalarda sadece konjonktival hiperemi vardı.

Takip periyotları süresince tüm hastalar kozmetik ve fonksiyonel sonuçlardan memnun idi. Birinci hastada görülen korneal incelik hariç hiçbir hastada implant atılımı, migrasyonu, soket kontraktürü, postoperatif sulkus defisiti görülmedi.



Resim 1: Postoperatif ileri kemozis ve kapak ödemi



Şekil 2a,2b: Postoperatif ikinci haftada gerilemiş kemozis ve kapak ödemi

TARTIŞMA

Orbital dokuyu, destek yapıları, kas hareketleri ve etkileşimlerinin fizyolojik dinamiklerini daha az bozması nedeniyle evisserasyon cerrahisi daha iyi kozmetik sonuçlar ve daha yüksek hasta memnuniyeti sağlar. Korneanın korunduğu evisserasyon cerrahisi daha geniş bir orbital implant (18-20 mm) yerleşimine izin verir. Bununla birlikte bu prosedür korneal nekrozu önlemek için daha ince sklerası olan hastalarda daha başarılıdır. Kornea ince veya nekroze ise uzaklaştırılmalıdır.

Korneanın konjonktival bir flep ile kapatılması hastanın sonraki dönemde protezini daha rahat kullanabilmesi için faydalı olabilir. Görmeyen bir gözde bir miktar Tenon kapsülü de içeren kalın bir flep kullanılmalıdır ki böylelikle kornea ve protez arasında daha kalın bir yapı olur. Bu da korneaya ekstra koruma sağlar ve yara iyileşmesini destekler. Bu yaklaşım ayrıca korneal sensitivitenin ve erzyonunun ve intraskleral implantın dışa atılımının azalmasına yardımcı olabilir.³⁻⁶

Literatürde bildirilen en yaygın komplikasyon implant atılımıdır. Kostiek ve arkadaşları 31 vakalı serilerinde implant atılımı %6, hafif süperior sulkus defisiti %6 ve konjonktival kist oluşumunu %3 olarak bildirmişlerdir.⁷ Oestreicher ve arkadaşları 100 vakalı serisinde konservatif tedavi ile düzelen birçok küçük komplikasyon yanında implant atılımını %3 olarak bildirmiştir.⁸ Ağrı enükleasyonda evisserasyona göre anlamlı derecede yüksek görülür. Konjonktival kemozis skleral yatak alkole temizlendiğinde daha belirgin şekilde olmaktadır. Enfeksiyon ağrı, kızarıklık, ödem, ateş ve sekresyon ile kendini gösterir.⁴

Çalışmamıza travmaya bağlı tam görme kaybı ve kozmetik açıdan kabul edilemez görünümleri olan gözler dahil edildi. Hastaların genç yaşta olmaları ve daha iyi kozmetik sonuçlar elde edebilmek için daha geniş bir sferik implantın yerleştirilmesine olanak sağladığı

için kornea korumalı evisserasyon tercih edildi. Bu teknik üst kadran sklerotomi tekniği ile karşılaştırıldığında cerrahi manipülasyonlar çok daha kolaydı. İlk 3 hastamızda postoperatif inflamasyon daha şiddetliydi. Buna rağmen daha önce bahsedildiği gibi skleral yatağın alkol ile temizlendiği olgularda kemozis anlamlı düzeyde daha fazla olabilirken bu durum bizim hastalarımızda gözlenmedi. Daha az kemozis gelişmesi hidroksiapatit implantın kimyasal özelliğine ve pürüzlü yüzeyine bağlı olarak daha az kimyasal reaksiyon oluşturmaya bağlı olabilir.

Evisserasyon ameliyatlarında hacim kaybını önlemek için kullanılan orbital implantlar sklera sütürasyonunda zorluğa neden olurlar. Bu problem kornea korunarak önlenebilse de postoperatif selülit istenmeyen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sebeple sütürasyon esnasında korneayı konjonktiva ile örtmek daha iyi olacaktır.

KAYNAKLAR

1- Chen WP. Evisceration. In Oculoplastic surgery.

William P. Chen. NY. Thieme 2001;24:347-353

2- Massry GG, Holds JB. Evisceration with scleral modification. Ophthal Plastic and Reconstr Surg

2001;17(1):42-47

3- Schaefer DP. Evisceration. In Smith's Ophthalmic Plastic and Reconstructive surgery.

Philadelphia . Mosby 1998;1053-1063

4-Gary TR. Enucleation and evisceration. In Duane's Clinical Ophthalmology on CD-ROM.

Lippincott Williams&Wilkins 2002;82(5)

5- Lauring L, Wergeland F. Total conjunctival flap with a modification of the Gunderson operation.

Am J Ophthalmol 1973;76(6):953-956

6-Perry A. Blind, painful eye. In Roy F. Hampton. Philadelphia. Williams&Wilkins 1995;72:548-559

7-Kostick DA, Linberg JV. Evisceration with hydroxyapatite implant. Ophthalmol

1995;102:1542-1549

8-Oestreicher JH, Liu E, Berkowitz M. Complications of hydroxyapatite implant

Ophthalmol 1997;104:324-329