

Maksillo-fasial travmalarda oftalmolojik problemler

Dr.Hasan Erbil

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

Orbita duvarları gözü travmalara karşı doğal olarak koruyan yapılardır. Bununla birlikte maksillo fasial bölgeye gelen birçok travma gözde de önemli hasarlar meydana getirebilir. Göz yaralanmaları oftalmologlar için önemli problemlerden biridir. Göz travmalarının tedavisi bilimsel ve insani yönden olduğu kadar, ekonomik yönden de oldukça önemlidir. Göz yaralanmasına maruz kalan çok sayıda hasta birçok iş kolunda çalışamaz ve bu hastalar bakımları ve yaşamları yönünden büyük harcamalar gerektiren bir grup teşkil ederler.

Ağır göz yaralanmalarında geleneksel cerrahi yöntemler sıklıkla başarısızdır. Bunun da nedeni çoğu zaman göz tabakalarındaki yaralanmaya ait opasite yüzünden esas defektin görülememesidir. Primer oküler hasar meydana getiren travmalar arasındaki korneaskleral perforasyon, hifema, uveal doku kaybı, ön kamara açısı deformasyonları, lens kesafetleri, vitreus kaybı, vitreus hemorajisi, retinal kontüzyon, retina yırtıkları, retina dekolmanı ve göz içi yabancı cisimleri sayılabilir. Oküler travmanın sebep olduğu sekonder komplikasyonlar ise cerrahi sonuç başarısını daha da azaltır. Bunlar arasında enfeksiyon, epitel yürümesi, sekonder glökom, intraoküler fibrozis, vitreus traksiyonu, retina dekolmanı ve göz içi yabancı cisimlerin meydana getirdiği toksisiteye ait hasarlar sayılabilir (1).

Son yıllarda gelişen vitreoretinal cerrahi metodları ve teşhis vasıtalarındaki gelişmeler penetran göz travmalarının kontrolü ve tedavisini oldukça iyi düzeylere getirmiştir.

Göz travmalı bir hastada dikkatli bir hikaye alınması preoperatif bir incelemenin

esas kısmını teşkil eder ve mümkün olduğu kadar detaylı hikaye alınmalıdır. Hikayede öncelikle sorulması gereken hususlar şunlardır:

- Daha önce hayatı tehdit edici bir yaralanmanın olup olmadığı,
- Kazanın detayı,
- Yaralanmaya sebep olan cisim,
- Yaralanmadan önceki görme durumu,
- Çocukluk hikayesi.

Daha sonra hastaya nazik ve dikkatli bir göz muayenesi yapılmalıdır. Muayenede dikkat edilmesi gereken sıra ve hususlar şunlardır (2):

- Görme keskinliği:
 - Cerrahi öncesi görme derecesi ve görmedeki kayıplar ölçülmeli ve kaydedilmelidir,
 - Görme ölçülemiyorsa o da not edilmelidir,
 - Konfrontasyon metodu ile görme alanı kabaca değerlendirilmelidir,
- Kapaklar ve adneksler:
 - Kapaklardaki laserasyonlar çizimle tarif edilmeli ve hatta fotoğraf çekilmelidir,
 - Levator adelesi ve Müller adelesini içine alan derin yırtıklardaki ptozis kaydedilmelidir,
 - Kırk yönünden mutlaka orbital kenar palpe edilmelidir.

3) Konjonktiva:

- a) Leserasyonlar kaydedilmeli ve eğer bu laserasyon hipotoni ile beraberse mutlaka göz küresi eksplore edilmelidir,
- b) Hemoraji glop perforasyonunun, orbita duvarı kırıklarının veya kafatası kırıklarının (daha çok basal bölge) habercisi olabilir,
- c) Kemozis (konjonktival ödem) perfore glob, orbital kırık, karotikokavernoz fistül, orbital veya oküler yabancı cisim düşündürmelidir.
- d) Krepitasyon, paranasal sinüs kırıkları, özellikle etmoidin lamina papricea kırıklarında görülür.

4) Kornea:

- a) Yarının ve varsa yabancı cismin tarifi gereklidir,
- b) Glob perforsayonuna ait belirgin bir bulgu yoksa tonometri yapılmalıdır, en iyisi aplanasyon tonometrisidir. Eğer düşük veya ölçülemiyorsa glop perforasyonu mutlaka ekarte edilmelidir. Yüksek ise hifemaya ait olabilir.

5) Ön kamara:

- a) Hifema: Yüksekliği mm yönünden kaydedilmelidir, sıvı veya çöküntü halde olduğu ve rengi (kırmızı veya siyah) belirtilmelidir.

6) Pupilla:

- a) Fikse dilate pupilla ekseriyetle globun direkt yaralanması neticesindedir. Bu, artmış intrakranial basınca, 3. sinirin veya nükleusunun direkt yaralanmasına, cilier ganglion tavmasına veya daha evvel damlatılmış midriatik ajana bağlı olarak meydana gelebilir.

7) Lens:

- a) Lentiküler opasiteler, Vossius halkası, subkapsüler opasiteler, zonuler değişiklikler, künt travmalardan sonra görülebilir,
- b) Sublüksasyon ve lüksasyonlar olabilir.

8) Vitreus:

- a) Hemoraji olabilir,
- b) Yabancı cisim olabilir,
- c) Ön kamaraya veya rüptür yerinden vitreus herniasyonu görülebilir.

9) Retina:

- a) Ödem ve atrofik değişiklikler olabilir:
 - i. Travmatik ödem ve nekroz
 - ii. Maküler hole, kist ve nekroz
- b) Hemoraji, emboli ve tromboz gibi vasküler değişiklikler,
- c) Retinal yırtıklar,
- d) Retinal dekolman,
- e) Yabancı cisimler.

10)Optik sinir:

- a) Papillit ve atrofi,
- b) Kopma ve yaralanma.

Başlangıç acil muayene tamalandıktan sonra kapaktaki spazmı önlemek için blok yapılır. Daha sonra göz kalkanı (eye shield) yerleştirilir. Daha sonra gövdeki durumu değerlendirmek için diğer muayeneler yapılır (3,4) .

- 1) Ultrasonografi: A ve B scan ultrasonografi oldukça yararlıdır,
- 2) Röntgen: 60'dan fazla teknik vardır. Bunlar içinde:
 - a) Düz film- ön arka film,
 - b) Taban kırıkları için Waters pozisyonu oldukça faydalıdır.
- 3) Bilgisayarlı tomografi (5).

CERRAHİ YÖNTEM (4):

Penetran travmalı bir gözün cerrahi tedavisi aşağıdakilerden oluşur:

- a) Cerrahi olarak yara ağzları tam karşı karşıya gelecek şekilde sütüre edilir,
- b) Yara dudaklarında olan uveal doku ya

kesilir veya tekrar yerine yerleştirilir,

- c) Vitreus inkarserasyonundan sakınılmalıdır,
- d) Eğer lens kesif ise uygun metodla ekstrakte edilmelidir.

Primer tamirden sonra eğer gerekli ise cerrahiden 4 ile 14 gün sonra vitreus cerrahisi uygulanır.

VİTREUS CERRAHİSİ (6):

- a) Lensin harap olduğu büyük korneal veya korneoskleral laserasyonlarda, vitreus hemorajisi veya fazla vitreus kaybı mevcutsa,
- b) Retinal hasarla birlikte büyük non-manyetik veya manyetik yabancı cisimlerde,
- c) Lens parçalanıp lens materyali ile vitreus karışmış ise,
- d) Vitreus kaybı ve vitreus hemorajisi ile birlikte olan sklera perforasyonunda,
- e) Retinal dekolman ve opak ortamlı penetral yaralanmalarda,
- f) Endoftalmi komplikasyonlu perforan yaralanmalarda,
- g) Orta serratanın gerisinde vitreus kaybı ile birlikte olan skleral yaralanmalarda,
- h) Vitreus hemorajili şiddetli künt travmalar, lens materyali ile vitreusun karıştığı durumlarda, sublükse lens ve retina dekolmanında düşünülmelidir.

Bu cerrahi metod da pars plana vitrektomimidir. Bu yolla:

- a) Vitreus opasitesi ortadan kaldırılır,
- b) Yabancı cisim emniyetli olarak çıkarılabilir,
- c) Hasarlı lens ve vitreus ve hemoraji intraoküler fibrozisi önlemek için boşaltılır,
- d) Sempatik oftalmi riski de azalır.

Önemli bir problem de orbita taban kırıklarıdır. K.B.B. Bölümü ile çoğu zaman

gözcülerin beraber değerlendirdiği ve orbita taban kırıklarının cerrahi kriterlerini şu şekilde özetleyebiliriz (7,8):

- a) Hastada diplopi azalıyor ve göz hareketleri düzeliyorsa,
- b) 2 mm veya daha az enftalmi varsa,
- c) Röntgende küçük bir fitik görünüyorsa cerrahiye gerek yoktur.

Buna karşın:

- a) Değişmeyen diplopi,
- b) Yukarı bakışta gözde retraksiyo
- c) 3 mm'den fazla enoftalmi,
- d) Röntgende geniş fitiklanma varsa cerrahi gereklidir.

Geliş Tarihi: 19.2.1991

Yayına Kabul Tarihi: 10.1.1992

KAYNAKLAR

1. Miller SJH. Diseases of the Eye. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1986, 275-288.
2. Newell PW. Ophthalmology, Principles and Concepts. St Louis, CV Mosby Comp, 1982, 161-172.
3. Hasanreisoglu B. Optik sinir travmaları. In: Turaçlı E (ed). Optik Sinir Hastalıkları. Ankara, Özler Basımevi, 1988, 131-139.
4. Benson WE. Blunt trauma in Parks MM, Saifir A, Chylack L (eds). Clinical Ophthalmology Vol 3, Phil. Harper and Row 1982, 31: 1-11
5. Tate E, Cupples HP. Detection of Orbital Foreign Bodies With Computed Tomography. Am J Radiol 137: 493-496, 1981.
6. Cupples HP, Whitmore PV, Wertz FD. Ocular Trauma Treated by Vitreus Surgery in Ryan SJ (ed) Retina, Vol 3, St Louis, Mosby Company, 1983, 103-107.
7. Baran NK. Blow Out Kırıkları. In: Turaçlı E (ed). Göz Travmaları, Ankara, Öztekin Basımevi, 1987, 43-47.
8. Fells P. Orbita Duvarı Kırıkları In: Turaçlı E (ed) Şaşılık, Ankara Kardeş Matbaası, 1982, 143-146.

