

İNFERİOR OBLİK HİPERFONKSİYONUNDA GERİLETME VE DEZİNSERSİYON AMELİYATLARININ KARŞILAŞTIRILMASI *

Dr.Fatma Öge**

ÖZET

22 inferior oblik hiperfonksiyonu gösteren göze, 10 geriletme ve 12 dezinsersiyon ameliyatı yapılmıştır. Başarı oranı her iki ameliyatta da aynı bulunmuştur. Tek başına yapılan inferior oblik zayıflatmasından sonra esotropiya derecesi artabilmektedir.

SUMMARY

COMPARASION OF RESESSION AND DISENSERTION OPERATIONS IN INFERIOR OBLIQUE HYPERFONCTION

22 eyes that showed inferior oblique overaction, underwent 10 recession and 12 disinsertion operations. The equal success rate has been found in both operations. After the performing of single inferior oblique weakening, the amount of esotropia may be increased.

Key words : Inferior oblique overaction, recession, disinsertion.
Anahtar kelimeler : Inferior oblik hiperfonksiyonu, geriletme, dezinsersiyon.

Strabismus sursoadduktorius ismi de verilen inferior oblik hiperfonksiyonunda, vertikal olarak non-komitan bir kayma söz konusudur. Klinik olarak addüksiyonda yukarı kayma en sık rastlanan bulgudur¹.

Etiyolojik olarak, primer ve sekonder olmak üzere iki tipte inferior oblik hiperfonksiyonu vardır. Primer tipin nedeni belli değildir ve bir nörofizyolojik sorun olarak gözükmektedir¹. Olgularda kaide olmakla beraber horizontal bir deviasyon, özellikle V esotropiya şeklinde, daha sık rastlanan bir bulgudur^{1,2}.

* Öndokuz Mayıs Üni. Tıp Fak. Göz Hastalıkları Anabilim Dalı çalışmalarından.

** Öndokuz Mayıs Üni. Tıp Fak. Göz Hastalıkları Anabilim Dalı Yardımcı Doçenti.

Inferior oblik hiperfonksiyonunun tedavisinde çeşitli cerrahi yöntemler uygulanmıştır. Bunlar arasında, a) Geriletme, b) geriletme + anterior transpozisyon, c) Ekstirpasyon, d) Miyektomi, e) Dezinsersiyon sayılabilir. Çeşitli yayınlarda bu yöntemlerin üstünlükleri belirtilmiştir^{1,2,3,4,5,6,7,8}.

Çalışmanın amacı, postoperatif izleme imkanı bulunabilen 22 primer inferior oblik hiperfonksiyonunda uygulanan geriletme ve dezinsersiyon ameliyatlarının karşılaştırmasını yapmak ve sonuçları tartışmaktır. Ayrıca yalnız inferior oblik zayıflatılması yapılan gözlerde, bunun esotropiyaya olan etkileri de araştırılmıştır.

MATERYAL VE METOD

Çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalında 1978-1988 tarihleri arasında yapılmıştır. Primer inferior oblik hiperfonksiyonu olan 18 hastanın 22 gözüne, 10 geriletme ve 12 dezinsersiyon ameliyatı uygulanmıştır. Tablo I'de hastaların yaş, cins, aile hikayeleri, şaşılıklarının özellikleri ve refraksiyon durumları gösterilmektedir. Hastaların izlenme süreleri 1-10 yıldır (ortalama 6,2 yıl). Başarı kriteri olarak hipertropiyanın düzelmesi kabul edilmiştir.

Geriletme ameliyatında, adele insersiyon yerinde klempe edilip hemostaz sağlandıktan sonra kesilmekte ve inferior rektusun insersiyon yerinin 2 mm. temporal ve 3 mm. posterior kısmına suture edilmektedir. Dezinsersiyonda ise hemostazdan sonra adele insersiyon yerinden kesilmektedir. Kesme işleminin tam olup olmadığının kontrolü için kroşe ile adele lifleri birçok defa aranmalıdır. Olgulara uygulanan ameliyatlara Tablo II'de belirtilmiştir.

BULGULAR

Postoperatif bulgular Tablo III'de gösterilmiştir. Inferior oblik geriletilmesinde %70, dezinsersiyonunda ise %75 başarılı bir sonuç sağlanmıştır. Yapışma sendromuna iki ameliyat türünde de rastlanmamıştır.

Tablo IV yalnız inferior oblik müdahalesinin esotropiyaya olan etkisini göstermektedir. Burada görüldüğü gibi gerek geriletme gerekse dezinsersiyon yapılanlarda, esotropiya miktarında %50 olguda artış saptanmıştır.

TARTIŞMA

Inferior oblik hiperfonksiyonu tedavisinde en geçerli yöntem cerrahidir. Farklı cerrahi yöntemler çeşitli doktorlar tarafından tercih edil-

mektedir. Geriletme bu konuda en sık başvurulan yöntemlerin başında gelmektedir^{1-3,5-7}. Geriletmenin etkinliğinin artması için anteropozisyonlu geriletmede uygulanmaktadır^{4,8}. Bu çalışmalarda sonuçlar başarılı ve postoperatif komplikasyonlar azdır. Başarı oranları ise ortalama %75 civarındadır. Çalışmamızda bu oran %70 olarak bulunmuştur. Adele yapışması sendromuna rastlanmamıştır.

Tablo I: Hastaların Cins, Yaş, Aile Hikayeleri, Şaşılıklarının Özelliği ve Refraksiyon Durumları.

1. CİNS			
Erkek	: 13	%72.2	
Kadın	: 5	%27.7	
2. YAŞ			
2 - 5	: 10	%55.5	
5 - 10	: 4	%22.2	
10 - 20	: 4	%22.2	
3. AİLE HİKAYELERİ			
Ailede şaşılık var	: 8	%44.4	
Ailede şaşılık yok	: 10	%55.5	
4. ŞAŞILIKLARIN ÖZELLİĞİ			
a) V esotropiya	: 10	%55.5	
Konjenital esotropiya	: 4	%22.2	
Monoküler esotropiya	: 1	%5.5	
Monoküler Y esotropiya	: 1	%5.5	
Hipertropiya	: 2	%11.1	
b) Bilateral inferior oblik hiperfonksiyonu	: 6	%33.3	
Unilateral inferior oblik hiperfonksiyonu	: 12	%66.6	
Baş eğme testi pozitif	: 4	%22.2	
5. REFRAKSİYON DURUMLARI			
Emotrop	: 3	%16.6	
Hipermetrop (+1)-(+3)	: 11	%61.1	
Hipermetrop (+3)-(+7)	: 2	%11.1	
Myop (-1)-(-3)	: 2	%11.1	

Tablo II. Uygulanan Ameliyatlar (22 Göz).

GERİLETME 10 adet			
Yalnız inferior oblik	: 7	%70	
Horizontal adele cerrahisi ile beraber	: 3	%30	
DEZİNSERSİYON			
Yalnız inferior oblik	: 8	%66.6	
Horizontal adele cerrahisi ile beraber	: 4	%33.3	

Tablo III: Postoperatif Bulgular.

		İnferior Oblik Geriletilmesi (10 Göz)	İnferior Oblik Dezinsersiyonu (12 Göz)
Düzelme	:	7 %70	9 %75
Hipokorreksiyon	:	3 %30	3 %25
Yapışma sendromu	:	-	-

Tablo IV: Yalnız İnferior Oblik Zayıflatılmasının Esotropiyaya Etkisi (12 Hasta).

Esotropiya Artması			
(5° veya daha az)	:	6 %50	
Esotropiya değişmemesi	:	6 %50	

Dezinsersiyonda ise en geniş seri Mayo kliniğine ait bulunmaktadır⁹. Burada 337 olgu retrospektif olarak incelenmekte ve primer inferior oblik hiperfonksiyonunda %88'lik bir başarı bildirilmektedir. Bizim çalışmamızda ise başarı oranı %75'dir. Parks yaptığı çalışmalarda dezinsersiyonda %43 gibi düşük bir başarı oranı vermekte ve dezinsersiyonun yapışma sendromunu artırıcı bir ameliyat olduğunu ileri sürmektedir³. Bu sonuçlar gerek Mayo kliniğinin gerekse bizim çalışmamızla uyum göstermemektedir. Bize göre dezinsersiyon, geriletmeye göre çok daha çabuk ve kolay yapılabilenekte ayrıca yan etkileri açısından da geriletmeden daha fazla bir risk taşımamaktadır.

Tek başına inferior oblik zayıflatılmasından sonra primer pozisyonda esotropiyanın artabileceği belirtilmektedir¹⁰. Bu durum çalışmamızda hem geriletme hemde dezinsersiyon olgularında %50 oranında saptanmıştır. Bu açıdan, horizontal adele cerrahisi planlandığında, bu noktanın da akılda tutulması gerekmektedir. Sanaç yaptığı çalışmada özellikle V esotropiyada bilateral inferior oblik geriletilmesi ve horizontal cerrahinin beraber uygulanmasını savunmaktadır⁶. Fakat bazı çalışmalarda bu durum saptanmamıştır^{7,8}.

Sonuç olarak inferior oblik hiperfonksiyonunda;

- Zayıflatma ameliyatları başarılıdır,
- Geriletme ve dezinsersiyon ameliyatı arasında sonuç açısından bir fark bulunamamıştır,
- Dezinsersiyon ameliyatı çabuk yapılabilen güvenilir bir müdahaledir,

— Tek başına yapılan inferior oblik zayıflatılmasından sonra esotropiya az miktarda artabilir.

KAYNAKLAR

1. Dale RT. **Fundamentals of Ocular Motility and Strabismus.** Grune and Stratton, New York, 1982, p.245.
2. Keskinbora HK, Aralp H, Usta S. Alt oblik kası hiperfonksiyonu görülen çeşitli şaşılık olgularında uyguladığımız geriletme ameliyatları. **XXI. Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresi Bülteni.** Karınca Matbaacılık, İzmir, 1988, s.589.
3. Parks MM. The weakening surgical procedures for eliminating overaction of inferior oblique muscle. **Am J Ophthalmol** 73: 107, 1972.
4. Scott AB. Transposition of the superior oblique. **Am Orthopt J** 27: 11, 1972.
5. Sezen F, Tosun D. Alt oblik geriletmesi ve kayma üzerine etkisi. **X.Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresi Bülteni.** Matbaa Teknisyenleri Basımevi, İstanbul, 1976, s.621.
6. Sanaç AŞ, Şendilek B. V patern esotropiyada bilateral inferior adale geriletmesi. **Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresi Bülteni.** 1980, s.120.
7. Pamukçu K, Kocabıyık T. Vertikal şaşılıklarda alt oblik kas cerrahisinin etkinliği. **XIX.Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresi Bülteni.** Matbaa Teknisyenleri Basımevi, İstanbul, 1986, s.409.
8. Öрге Y, Cansu K, Acar S. Alt oblik kası anteropozisyonlu geriletmesinin hipertrofi ve siklotorsiyon değerlerine etkisi. **XIX.Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresi Bülteni.** Matbaa Teknisyenleri Basımevi, İstanbul, 1986, s.422.
9. Jones TW, Lee AD, Dyer AJ. Inferior oblique surgery. **Arch Ophthalmol**, 102:714, 1984.
10. Hurtt J, Rasicovici A, Windsor CE. **Orthoptics and Ocular Motility.** The C V Mosby Company, Saint Louis, 1972, p.227.

