

OLGU SUNUMLARI

Fiksator Gözünde Çift Elevator Felci Olan Hastaya Tedavi Yaklaşımı

Ali Aydın (*), Tamer Fazıl Yıldız (*), Cengiz Duman (*), Kadir Çolakoglu (*), Ahmet Hamdi Bilge (*)

ÖZET

22 yaşında erkek hasta sağ göz hipertropya ve ambliyopi tanısıyla servisimiz flaşlık birimine sevk edilmişti. Yapılan muayenesinde primer pozisyonda sağ gözde 40 PD hipertropya ve +3.50 D hipermetropi mevcuttu. Anizometropik ambliyopiye bağlı olarak görmesi 0.3 düzeyindeydi. Görmesi tam fiksator sol gözde ise ptosis, kafta elevasyon, orta hattan itibaren elevasyon kısıtlılığı saptandı. Sağ gözle fiksasyon sağlandığında solda 30 PD hipotropya ortaya çıkmaktaydı. Hastaya forse duksiyon testi yapıldıktan sonra, öncelikle sağ göz üst rektus ve sol göz alt rektus geriletmeleri yapıldı. Primer pozisyonda ortoforya sağlanmasına karşın solda 2 mm ptosisin devam ettiği görüldü. Bu sebeple hastaya sol levator katlama ameliyatı uygulandı. Cerrahi sonrasında primer pozisyonda ortoforya ve kapak simetrisi elde edildi.

Sonuç olarak, fiksator gözde çift elevator felci olduğunda, hastanın muayenesi uzmanı yapılabilir. Bu yüzden hipertropyalı hastalarda diğer gözde elevasyon yetmezliği her zaman göz önünde tutulmalıdır. Fiksator gözde agresif transpozisyon cerrahilerinden önce, diğer göze girilimi de içeren tedavi planlamaları yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Ambliyopi, çift elevator felci, ptosis

SUMMARY

Treatment Approach for a Patient with Double Elevator Palsy in his Fixating Eye

We describe a patient with left double elevator palsy who had been referred to our strabismus department with a diagnosis of right hypertropia and amblyopia. The patient was a 22-year-old man. He had a hypertropia of 40 PD in the primary position in his hyperopic right eye (+3.50 D). The best corrected visual acuity was 0.3 in this amblyopic right eye. The patient had 2 mm of ptosis and eyebrow elevation in his left eye in the primary position with no elevation of the eye above the horizontal plane. He showed a left hypotropia of 30PD while fixating with right eye. He had a recession of left inferior and right superior recti after the forced-duction test. Postoperatively he still had a 2mm ptosis despite the orthophoria in primary position. Two weeks after the first operation a levator aponeurosis tucking through the skin was made. After the second operation an orthophoria and lid symmetry in the primary position were achieved. As a conclusion, the examination of a patient with double elevator palsy in the dominant eye may misdirect the ophthalmologist. An elevation deficiency of the other eye should always be examined in a patient with hypertropia. The recession of vertical recti should be considered first, before aggressive transposition procedures in the case of amblyopia in the other eye.

Key Words: Amblyopia, double elevator palsy, ptosis

GİRİŞ

Çift elevator felci (ÇEF), superior rektus ve alt oblik kasların hipofonksiyonuyla karakterize, hastanın bir gözünde primer pozisyonda, abdüksiyonda ve addüksiyonda elevasyon kısıtlıdır. İlk olarak 1941'de White tarafından iki elevatorün fonksiyon yetersizliği olarak tanımlanmış, 1952'de Dunlap tarafından "double elevator palsy" olarak isimlendirilmiştir (1). Daha sonraları, hem abdüksiyonda hem de addüksiyonda gözün ana elevatorü olan superior rektus kasında bir parezisin bu duruma sebep olduğu düşünülmüştür. Sonradan ÇEF de superior rektus paralizisi veya parezisinin söz konusu olmadığı, tek gözün yukarı bakışın sağlayan nükleer veya supranükleer bölgede bir problem olabileceği fikri ağırlık kazanmıştır (1). Bu sebeple bu patoloji son yıllarda "Monoküler Elevasyon Defisiti Sendromu" olarak da adlandırılmaktadır.

ÇEF tedavisinde önceleri sadece vertikal kas gerileme ve rezeksiyon cerrahileri yapılırken, bu cerrahiden elde edilen sonuçların her zaman tatmin edici olmaması farklı tedavi yöntemleri arayışlarına doğurmıştır. Bu maksatla Knapp, 1969'da her iki horizontal rektus kasının superior rektus insersiyon bölgesine transpozisyonunu tanımlamış ve genifl bir serideki sonuçlarını yayınlamıştır (2). Uzun süren ÇEF'ne bağlı olarak bazen inferior rektusta sekonder kontraktürler meydana gelmektedir (1,3). Bu kontraktürün varlığına araştırmak üzere forse düksiyon testi yapılmaktadır. fiayet kontraktür varsa, Knapp yöntemine ek olarak inferior rektusun geriletilmesi de gerekebilmektedir (4). Böyle durumlarda, üç kas girişimi sebebiyle anterior segment iskemisi riski özellikle de monoküler hastalarda ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkabilir (2,5).

Bu olgu sunumunda, fiksator gözünde ÇEF olulmuş sebebiyle, ambliyopik diğer gözünde hipertropya varmış gibi görünen bir hastaya klinik ve cerrahi yaklaşım değerlendirildi.

OLGU SUNUMU

22 yaşında erkek hasta başka bir merkezden hastanemiz Göz Hastalıkları Servisi fiablık Birimine sağ gözde hipertropya ve ambliyopi ön tanısıyla Kasım 2006'da sevk edildi. Doğuştan itibaren sağ gözünde yukarı kayma ve görme azlığı olulduğundan şikayetçi olan hastanın hikayesinde travma veya geçirilmiş başka bir göz hastalığı yoktu. Yapılan göz muayenesinde, ilk bakışta çene yukarıda bir bafl pozisyonu vardı. Bu pozisyonda sağ gözde 40 PD (prizm diyoptri) hipertropya, sol gözde ise 2 mm'lik bir ptozis göze çarpıyordu (Resim 1).

Detaylı göz muayenesine geçildiğinde; sağ gözde göz hareketleri her yöne serbestti. Ön segment ve fundus

muayenesi doğaldı. Refraksiyon muayenesinde +3.50 diyoptrik hipermetropik kırma kusuru vardı. En iyi düzeltmeyle görme keskinliği bu gözde 0.3 düzeyindeydi.

Sol gözde göz hareketleri muayenesinde; primer pozisyonda, abdüksiyonda ve addüksiyonda orta hattan yukarıya elevasyon yoktu. Sağ gözün fiksasyonu esnasındaki kapak açılışına göre 2 mm düzeyinde ptozis mevcuttu. Kafı yukarı doğru kalkık olarak izlendi. Sol göze kapama yapılarak sağ gözle fiksasyon sağlandığında sol gözde 30 PD hipotropya ortaya çıkıyordu ve ptozis düzeyi artıyordu (Resim 2). Ön segment ve fundus muayenesi doğaldı. Refraksiyon muayenesinde kırma kusuru yoktu. Görme keskinliği tamdı.

Bu muayene bulgularına doğrultusunda hastaya sol göz ÇEF ve sağ göz ambliyopi tanısıyla konarak cerrahi tedavi seçenekleri gözden geçirildi. Cerrahi esnasında anesteziyi takiben forse düksiyon testi yaparak sol gözde alt rektus kontraksiyonu olup olmadığını değerlendirilmesine, eğer test negatifse (yani alt rektus kontraksiyonu yoksa) sol göze Knapp ameliyatı (2), pozitifse (yani kontraksiyon varsa) sol alt rektus ve sağ üst rektus kaslarına gerileme ameliyatı yapılmasına karar verildi. Aralık 2007'de hastaya hastalığının, yapılması planlanan tedavinin ve bu tedavinin olası sonuçlarının anlatılması ve aydınlatılmış onam formunun imzalatılması suretiyle cerrahi tedavi için onay alındı. Sol göze retrobulber lidokain anestezisi yapıldıktan sonra difflü konjonktiva pensetiyle saat 6 hizasından limbustan tutularak globa pasif elevasyon yapılmaya çalışıldı. Bu test sırasında globun orta hattan yukarıya sadece iki-üç mm hareket ettiği, elevasyonda kısıtlı olduğu görüldü. Yani forse düksiyon testi pozitif olarak değerlendirilerek sol alt rektusa 5.5 mm gerileme, sağ üst rektusa yine retrobulber anesteziyi takiben 6 mm gerileme ameliyatı yapıldı. Postoperatif üçüncü günde yapılan göz muayenesinde hafif bir çene yukarı bafl pozisyonunun, ptozisin ve sol kafı kalkıklığının devam ettiği, ancak sağ gözdeki hipertropyanın tamamen düzeldiği, kapama testiyle 5 PD altında bir hipertropya ortaya çıktığı, sol gözde yaklaşık 20 PD'lik bir elevasyon yapılabildiği görüldü. Devam eden gerçek ptozisi düzeltmek için, hastanın da onay alınarak ikinci bir ameliyata karar verildi. İlk cerrahiden bir hafta sonra sol göze lokal anestezi altında cilt yaklaşımlı levator aponöz katlama ameliyatı yapıldı. Ptozis cerrahisinden bir hafta sonra yapılan muayenede, primer pozisyonda ortoforyanın ve kapak simetrisinin sağlandığı, bafl pozisyonunun ve sol kafıdaki kalkıklığın ortadan kalktığı saptandı (Resim 3). Bir ay sonra yapılan kontrol muayenesinde de bu bulguların aynı şekilde devam ettiği görüldü.

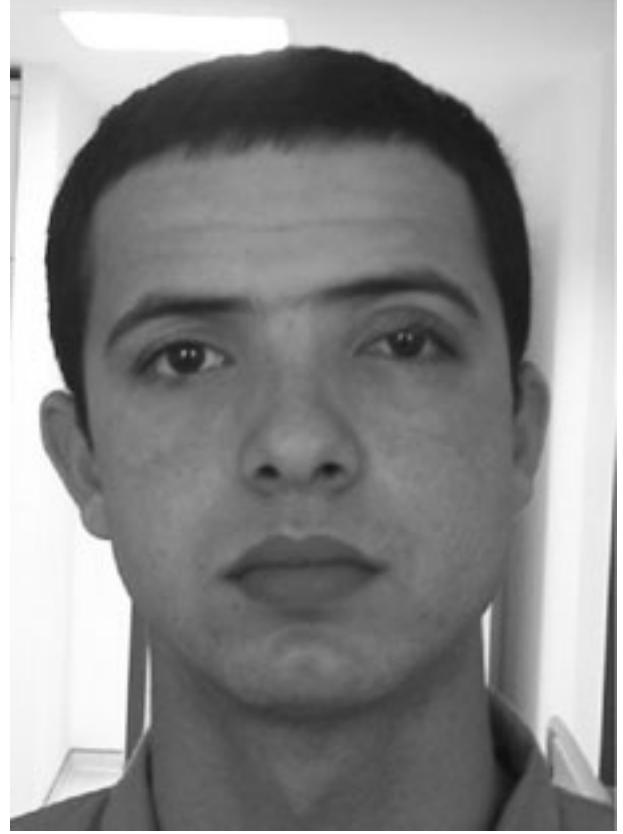
Resim 1. Sol gözünde çift elevatör felci, sağ gözünde ise ambliyopi olan hastanın preoperatif görünümü. Sağ gözde hipertropya, sol gözde ise ptosis izleniyor.



Resim 2. Preoperatif dönemde sol göze kapama yapılarak sağ gözle fiksasyon sağlandığında elde edilen görüntü. Sol gözde 30 PD hipotropanya ve ptosis izleniyor



Resim 3. Hastanın geçirdiği iki ameliyattan bir hafta sonra çekilmiş fotoğraf. Sağ gözdeki hipertropyanın düzeldiği, primer pozisyonda ortoforya ve kapak simetrisinin sağlandığı ve kaflardaki elevasyonun ortadan kalktığı izleniyor.



TARTIŞMA

ÇEF'nin tedavisinde çeşitli cerrahi yöntemler uygulanmaktadır. Bunlar arasında vertikal rektuslara uygulanan klasik geriletme-rezeksiyon ameliyatları, oblik kas cerrahileri, horizontal rektusların parsiyel tendon vertikal transpozisyonları, modifiye Jensen ameliyatı ve horizontal rektusların tendonlarının bütünüyle parsiyel veya tam vertikal transpozisyonları (Knapp yöntemi) gibi yöntemlerin değişik başarı oranlarıyla uygulandığı bildirilmiştir (1,2,4-8). Tedavide bu yöntemlerden hangisinin tercih edileceği konusunda yol gösteren en önemli faktör parezili gözdeki alt rektus kasının durumudur. ÇEF hastalarında etkilenmiş gözdeki alt rektus kasında %73'e varan oranlarda, sekonder kontraktür geliştiği bildirilmiştir (1,3,7,8). Alt rektus kontraktürü ve buna bağlı hareket kısıtlılığı forse düksiyon testi ile kolayca ortaya konabilmektedir (1).

Forse düksiyon testinin pozitif olduğu, yani alt rektusta bir kontraktürün söz konusu olduğu hastalarda alt

rektus kas› geriletilmeden yapılacak Knapp transpozisyon ameliyat›n›n baf›lar› flans› düflüktür. Bu hastalarda bazen sadece alt rektus geriletmesiyle bile primer bak›fta ortoforinin saglanabilecegi bildirilmiftir (3). Baflang›çta yapılan alt rektus geriletmesinden fayda görmeyen hastalara Knapp prosedürü ikinci bir seansta yapılmalıdır. Bu iki cerrahinin aynı seansta yapılması halinde ön segmenti besleyen yedi anterior silyer arterden beffi aynı anda kesileceğinden anterior segment iskemisi riski ciddi bir flekilde artacaktır (2,5). Bizim olgumuzda da forse düksiyon testi pozitif olduğu için öncelikle ÇEF'li sol göze alt rektus geriletmesi yapıld›. Hastanın diğer gözünde ciddi bir ambliyopi olufu sebebiyle iyi gören göze bir de Knapp ameliyat› ekleyerek anterior segment iskemisi riski olufturmamak için, sag göze üst rektus kas› geriletmesi de aynı seansta uygulandı.

ÇEF hastaların›n tama yak›n›nda fiksator göz, etkilenmemifl diğer gözdür ve parezili gözde hipotropuyla birlikte ambliyopi vardır. Bu hastaların çok az bir bölümünde füzyon söz konusudur, bunlarda alternans ve çene yukarıda baf› pozisyonu görülebilir (1). Burke ve arkadaşları, ÇEF hastalarında Knapp ameliyat›n›n etkinliğini ve uzun vadede kal›c›lığı› araflt›rdıkları çalışmalarında, 19 hastanın 17'sinde hipotropya olduğunu, iki hastada ise latent hipotropyan›n yukarı bak›fta manifest olduğunu bildirmiflilerdir (9). Koç ve arkadaşlarının, 17 konjenital ÇEF olgusunda klinik özellikleri ve tedavi sonuçları›n› degerlendirdikleri çalışmalarında da hipotropya % 82, ambliyopi ise %70 oranında bildirilmiftir (10). Bizim olgumuzda ise, genel olarak ÇEF hastalarında görülenin aksine, etkilenmemifl gözdeki hipermetropik anizometropinin yarattığı ambliyopi sebebiyle, dominant göz elevasyon k›sıtlığı› olan gözdü. Bu durum ilk bak›fta hastada ÇEF değil de diğer gözde hipertropya olduğunu düflündürüyordu.

ÇEF olgular›n›n büyük bir kısmında etkilenmemifl gözde ptosis de vardır (1). Koç ve arkadaşlarının çalışmalarında konjenital ÇEF saptanan 17 olgunun 13'ünde ptosis olduğu bildirilmiftir (10). Knapp ise 15 olgunun 9' unda ptosis saptamıştır (2). Bu hastalıkta ptosis, inervasyon bozukluğunun bir parças› olarak gerçek ptosis veya hipotropyaya bağı› yalanc› ptosis olabilir. ÇEF'de ptosisin gerçek mi ya da yalanc› mı olduğunu ayırdetmek çoğunlukla mümkün olmamaktadır. Yalanc› ptosis hipotropyan›n cerrahi olarak düzeltilmesi ile ortadan kalkarken gerçek ptosis bazen daha da ağırlaflarak sebat etmektedir (2). Bu nedenle ÇEF olgular›nda ptosis'e yönelik girişimlerin hipotropyan›n düzeltilmesi sonrası na bırakılması› genel kabul görmüfl olan yaklaşımdır. Bi-

zim olgumuzda da baflang›çta gerçek ptosis vardı ve vertikal kaymanın düzeltilmesine rağmen degiflmedi. İkinci bir girişimle ptosisin düzeltilmesi sağlandı.

Sonuç olarak ÇEF gösteren olgularda stereotipik bir cerrahi yoktur. Cerrahi yöntem seçilirken bizim olgumuzda da olduğu gibi, olgunun özellikleri göz önünde tutulmalıdır. Bu çalışmada fiksator gözünde ÇEF olan, ilk bak›fta uzman› yanlıtabilen bir olguda tedavi yaklaşımı›z› sunduk. Bu olgudan yola çıkarak hipertropyal› hastalarda diğer gözde elevasyon yetmezliğinin daima göz önünde tutulması› gerektiğini vurgulamak istiyoruz. Böyle hastalarda ÇEF gösteren gözde agresif transpozisyon cerrahilerinden önce, diğer gözdeki elevator kasları›n› bir veya ikisinin zayıflatılması› da içeren tedavi planlamaları› yapılması›, eğer gerekirse transpozisyon cerrahilerinin alt› ay gibi bir süre sonraya bırakılması› öneriyoruz.

KAYNAKLAR

1. Metz HS. Double elevator palsy. J Pediatr Ophthalmol Strabismus. 1981;18:31-35.
2. Knapp P. The surgical treatment of double elevator paralysis. Trans Am Ophthalmol Soc. 1969;67:304-323.
3. Scott WE, Jackson OB. Double elevator palsy: the significance of inferior rectus restriction. Am Orthop. J 1977;27:5-10.
4. Kocak-Altıntas AG, Kocak-Midillioglu I, Dabil H, Duman S. Selective management of double elevator palsy by either inferior rectus recession and/or Knapp type transposition surgery. Binocul Vis Strabismus Q. 2000;15:39-46.
5. Callahan M. Surgically mismanaged ptosis associated with double elevator palsy. Arch Ophthalmol. 1981; 99:108-112.
6. Barsoum-Homsy M. Congenital double elevator palsy. J Ped Ophthalmol Strabismus. 1983;20:185-191.
7. Ficker LA, Collin JRO, Lee JP. Management of ipsilateral ptosis with hypotropia. Br J Ophthalmol. 1986;70:732-736.
8. Lee JP, Collin JRO, Timms C. Elevating the hypotropic globe. Br J Ophthalmol. 1986;70:26-32.
9. Burke JP, Ruben JB, Scott WE. Vertical transposition of the horizontal recti (Knapp procedure) for the treatment of double elevator palsy: effectiveness and long-term stability. Br J Ophthalmol. 1992;76:734-737.
10. Koç F, Kargı fı, Özal H, Fırat E. Konjenital çift elevator felcinde klinik özellikler ve tedavi sonuçları›. MN-Oftalmoloji Dergisi. 2001;8:408-413.