

Strabismus Fiksuslu İki Olguda Cerrahi Yaklaşımımız

Ahmet F. Nohutcu¹, Didem Esen², Ahmet Elbay³

ÖZET

Strabismus fiksus ilerleyici ezotropya gelişimiyle sonuçlanan göz hareketlerinde şiddetli kısıtlılıkla karakterize bir hastalıktır. Strabismus fiksus olgularının tedavi yönetimi zordur. Bu çalışmada strabismus fiksuslu iki olgunun cerrahi tedavisi sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Strabismus fiksus, cerrahi, miyopi

OUR SURGICAL APPROACH IN TWO CASES WITH STRABISMUS FIXUS SUMMARY

Strabismus fixus is characterized by severe ocular motility restriction with the development of progressive esotropia. Management of strabismus fixus treatment is challenging. In this study; surgical treatment of two cases with strabismus fixus is presented.

Key Words: Strabismus fixus, surgery, myopi

GİRİŞ

Strabismus fiksus büyük kayma açılı ezotropya ve göz hareketlerinde sınırlılık ile belirli, az görülen bir şaşılık formudur. Konjenital fibrozis sendromununun bir alt grubu gibi düşünülse de(1-3), doğumdan sonra da gelişebilir(4,5). Dış rektus(DR) paralizisinden uzun bir süre sonra iç rektusta(İR) yaygın hipertrofi ve kontraksiyon gelişmesine bağlı; extraoküler kaslarda inflamasyon veya cerrahi sonrası çevre dokular arasındaki yapışıklıklara bağlı olarak gelişebilir(6). Amiloidoz(7) ve yüksek miyopiye(8) bağlı gelişen strabismus fiksus olguları da

bildirilmiştir. Geriletme-rezeksiyon işlemleri, konjonktiva ve tenon geriletmesi(9), askılı geriletme(8), traksiyon dikişi uygulanması(9) ve parsiyel Jensen prosedürü(10) gibi çeşitli cerrahi yöntemler denenmektedir.

Çalışmamızda kliniğimizde iki strabismus fiksus olgusuna uygulanan cerrahi yöntemler ve sonuçları sunulmaktadır. Hastalara çalışmanın ayrıntıları anlatılarak, aydınlatılmış yazılı onam formu alınmıştır

OLGU 1

63 yaşında erkek hasta sol gözde çocukluktan beri olan ve son 10 yıldır artan içe kayma ve göz hareketlerinde kısıtlılık şikayeti ile başvurdu. Görme keskinliği sağ gözde 1.0, sol gözde ise 1 metreden parmak sayma (mps)düzeyindeydi. Sol göz hareketleri dışa daha fazla olmak üzere her yöne kısıtlıydı. Kayma açısı 45°den fazlaydı. Hastanın yapılan oftalmolojik ve sistemik muayenesinde herhangi başka bir patolojiye rastlanmadı.

İlk ameliyatta sol göz İR kasına 8 mm askılı geriletme ve konjonktiva geriletmesi; sol DR kasına 8 mm rezeksiyon yapıldı. Cerrahi sonrası sol göz görme keskinliği 4 mps düzeyine çıkan hastanın kayması belirgin olarak devam etmekteydi. 4 ay sonra ikinci bir girişimle sol İR kasına disinsersiyon ve konjonktiva altı dokulara serbestleştirmeyle birlikte, 4/0 ipekle episkleral olarak temporal limbusa 1.5 mm mesafeden geçen ve orbital rim iç yüzünden geçecek şekilde dış kantusta düğümlenen gözü dışa bakar durumda sabitleyen dikiş atıldı. Bu dikiş 2 hafta sonra alındı.



Resim 1: Ameliyat öncesi sol gözde yüksek prizma diyoptrili ezotropy



Resim 2: Ameliyat sonrası azalmış ezotopy



Resim 3: Ameliyat öncesi her iki gözde içe kayma mevcut.



Resim 4: Ameliyat sonrası her iki gözde primer pozisyonda.

Hastanın son ameliyattan 2 ay sonra yapılan muayenesinde sol göz görme keskinliği 0.5 düzeyinde idi ve 10_D miktarında sol içe kayması vardı.

OLGU 2

25 yaşında kadın hastanın çocukluktan beri devam eden birincil bakış yönünde sol gözde daha fazla olmak üzere her iki gözde içe kayması vardı. Sağ gözde -20,0 D, sol gözde -17.0 D kırma kusuru bulunan hastanın camla görme keskinliği sağda 0.05, solda 0.2 düzeyindeydi ve hastanın her iki gözünde miyopik dejenerasyon mevcuttu. Kayma açısı 45°den fazlaydı ve göz hareketleri her yöne kısıtlıydı. Yapılan ayrıntılı oftalmolojik muayenesinde ek bir patolojiye rastlanmadı. Her iki gözde İR kasına 8 mm askılı geriletme ve konjonktiva geriletmesi ile birlikte temporal limbusta 1.5 mm mesafeden episkleral olarak geçen ve orbital rim iç yüzünden geçecek şekilde dış kantusta düğümlenen gözü dışa bakışta sabitleyici dikiş atıldı. İki hafta sonra sabitleyici dikiş alındı.

Hastanın ameliyat sonrası birinci ayda yapılan muayenesinde birincil bakış yönünde kayma yoktu ve göz hareketleri her yöne kısıtlıydı.

TARTIŞMA

Strabismus fiksus ilk olarak retraksiyon sendromunun bir türü olarak tanımlanmış ve konjenital yapısal bir

anomali olduğu düşünülmüştür(1-3). Ancak doğumdan sonra görülen olgular da bildirilmiştir(4,5).

Strabismus fiksustaki İR kontraksiyonu, DR paralizisinden sonra gelişebildiği gibi; ikincil olarak yüksek miyopide kasın orbital kenar ile göz küresi arasında sıkışmasına ya da diyabet, kafa travması veya kafa içi basınç artışı sonucu DR kasının her iki 6. sinir paralizisine bağlı zayıflaması nedeniyle de gelişebilir.

İlk olgumuzda strabismus fiksus nedeni tanımlanamamış, ikinci olgumuzda ise yüksek miyopiye ikincil geliştiği düşünülmüştür.

Strabismus fixus tedavisinde çeşitli cerrahi yöntemler denenmiştir. Hayashi ve arkadaşları(9) İR geriletmesi-DR rezeksiyonu yönteminin sadece küçük kayma açılarında etkili olduğunu görmüşler ve abduksiyon kısıtlılığının fazla olduğu vakalarda İR geriletmesi ile beraber alt ve üst rektus transpozisyonunu da uygulamışlardır. Krizok ve arkadaşları (11) DR'u posterior fisasyon suture ile skleraya fiske etmişlerdir. Larsen ve arkadaşları(10) parsiyel Jensen yöntemi ile başarılı sonuçlar elde etmişlerdir.

Sebebi ne olursa olsun strabismus fiksus olgularının cerrahi tedavilerinde tek bir yöntemle başarı sağlanamamaktadır. Çalışmamızda 2 olgumuzda da serbestleştirici işlemlere ek olarak traksiyon dikişi uygulayarak etkili bir sonuç ve kayma derecelerinde belirgin bir azalma gözlemledik.

KAYNAKLAR

1. Aebli R . Retraction syndrome, Arch Ophthalmol 1933;10:602-610.
2. Bielschowsky.A. Lectures on motor anomalies, Am J. Ophthalmol 1939;22:357-367
3. Brown H W . Strabismus Ophthalmic Symposium II pp 402 Mosby, St. Louis 1958
4. Villaseca A. Strabismus fixus. Am J Ophthalmol 1959;48:761-62
5. Mein J, Trimble R. Diagnosis and Management of Ocular Motility

- Disorders, 2nd ed. Oxford:Blackwell Scientific; 1991:351-352.
6. Jin YH. Strabismology. Ulsan: UUP; 2001:380-382.
7. Sharma P, Gupta NK, Arora R, Prakash P. Strabismus fiksus convergens secondary to amyloidosis. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1991;28:236-7
8. Yokoyama T, Tabuchi H, Ataka S, Shiraki K, Miki T, Mochizuki K. The mechanism of development in progressive esotropia with high

myopia. In: Jan-Tjeerd de Faber, editor. Transactions: 26th Meeting, Euroean Strabismological Association, Barcelona, Spain, September 2000, Lise(Netherlands): Swets and Zeitlinger; 2001.p.218-21

9. Hayashi T, Iwashige H, Maruo T. Clinical features and surgery for acquired progressive esotropia associated with severe myopia. *Acta Ophthalmol Scand* 1999;77:66-71

10. Larsen PC, Gole GA. Partial Jensen's procedure for the treatment of myopic strabismus fixus. *JAAPOS* 2004;8:393-5

11. Krzizok T, Schroeder B. Measurement of recti eye muscle paths by magnetic resonance imaging in highly myopic and normal subjects. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1999;40:2554-60