

OLGU SUNUMLARI

Orbitada Kova Sapı

Abdullah Kürflat Cingü (*), Cahit Özgün (**), Barış Yenid (***)

ÖZET

Elli beş yaşında erkek hasta düflme sonucu sol gözüne kova sapı girmesi şikayeti ile klinimize başvurdu. Başvuru anında hastanın nörolojik ve cerrahi konsültasyonları ile hayati tehlikesinin olmadığı tespit edildi. Görme keskinliği sağ gözde 1,0 sol gözde iki metreden parmak sayma düzeyinde idi. Sol gözde kapak ödemi ve subkonjonktival hemoraji mevcut idi. Yabancı cisim temporalde kapak aralığından sarkar tarzda yerleşmişti. Göz dibi incelemesinde genifl bir preretinal hemoraji saptandı. Sağ göz muayenesi ise normaldi. Direkt grafi ve kranial bilgisayarlı tomografide büyük yabancı cismin uç kısmının globu ve kemik dokuyu zedelemeksizin glob arkasına ulaftığı gözlemlendi. Hasta yabancı cismin çıkarılması ve eksplorasyon için ameliyathaneye alındı. Eksplorasyon sırasında perforasyon açısından sklera dikkatlice incelendi ve yabancı cisim baflarıyla çıkarıldı. Hastaya intravenöz sefazolin sodyum 1gr 2x1, intravenöz gentamisin 80 mg 2x1 ve tetanoz ağı uygulandı. Postoperatif beflinci günde preretinal kanama vitreye açıldı ve oluşan vitre içi kanama hastanın görme keskinliğini el hareketi ve şık projeksiyonu düzeyine düflürdü. Vitre içi kanama gerilemeyince hastaya pars plana vitrektomi operasyonu yapıldı. Ameliyattan 3 ay sonra hastanın düzeltilmiş en iyi görme keskinliği 0,3 idi ve bu düzeyde kaldı.

Anahtar Kelimeler: Büyük yabancı cisim, orbita, travma

SUMMARY

Buckle Handle in the Orbit

A 55 year old man admitted to our clinic with the complaint of penetration of a bucket handle to his left orbit. On examination he was conscious, cooperated and oriented. Neurological examination was normal. The ophthalmologic examination showed that his visual acuity was 20/20 in the right eye and counting fingers from 2 feet in the left eye. Biomicroscopic examination was normal in the right eye. The left globe was normal other than edematous eyelids and subconjunctival hemorrhage. There was a large premacular hemorrhage left fundus examination. X-ray examination of the cranium and orbital computerized tomography showed that the tip of the hook had entered into the retroorbital space without penetrating the globe or any bony tissue. The optic nerve was found to be unaffected. Intravenous cephalosporin sodium 1000 mg two times daily and gentamycin 80 mg two times daily were started with tetanus vaccination.

(*) Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Dr., İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

(**) Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

(***) Uzm. Dr. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

Yazışma adresi: Abdullah Kürflat Cingü, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Millet Caddesi, 34390 Çapa, İstanbul
E-posta: kursatcingu@yahoo.com

Mecmuaya Göliş Tarihi: 08.11.2006
Düzeltilmeden Göliş Tarihi: 15.10.2007
Kabul Tarihi: 07.03.2008

The patient was taken to the operation room for removal of the foreign body and detection of any associated penetrating injury. During operation, the left globe was found totally intact. On the postoperative fifth day, the preretinal hemorrhage opened into the vitreous cavity and the patient's visual acuity decreased to hand movement and light perception level. The intravitreal hemorrhage persisted in his follow-up, so pars plana vitrectomy was performed. 3 months after the operation his left eye the best corrected visual acuity was 20/60 and remained in this level.

Key Words: Buckle handle, orbit, trauma.

GİRİŞ

Literatürde farklı ve ilginç orbital travma vakaları bildirilmiştir (1,2,3,4). Bu vakaların kimisi primer olarak oftalmologlar, kimisi kulak burun boğaz hekimlerini, kimisi plastik cerrahiyi ilgilendiriyor görünse de hepsinin ortak yanı öncelikli olarak birer kafa travması olmalarıdır.

Bu olgunun sunulmasındaki amaç ilginç bir orbita yaralanmasını bildirmek ve orbita yaralanmalarında hastaya tanı ve tedavi amaçlı yaklaşım tekrar gözden geçirmektir.

OLGU SUNUMU

55 yaşında erkek hasta düflme sonucu sol gözüne kova sapı girmesi şikâyeti ile kliniğimize başvurdu (Resim 1).

Fizik muayenede daha önce supraglottik larenks karsinomu nedeni ile açılmış trakeostomisi mevcut idi. Hastanın hayati tehlikesi olabileceği düşünülerek nöroloji ve cerrahi konsültasyonu istendi. Konsültasyonlar sonucu hastanın hayati tehlikesi olmadığı ifade edildi. Hastanın oftalmolojik muayenesinde görme keskinliği sağ gözde 1.0 sol gözde 2 metreden parmak sayma düzeyinde idi. Sol gözde kapak ödemi ve subkonjonktival hemoraji mevcut idi. Kornea ve sklera normaldi. Yabancı cisim orbita temporalinde kapak aralığından sarkar tarzda yerleşmişti. Göz dibi incelemesinde geniş bir preretinal hemoraji saptandı (Resim 2).

Sag gözün muayenesi normaldi. Direkt grafi ve kranyal bilgisayarlı tomografide yabancı cismin globu veya kemik dokuyu zedelemeksizin globun arkasına doğru uzandığı görüldü (Resim 3).

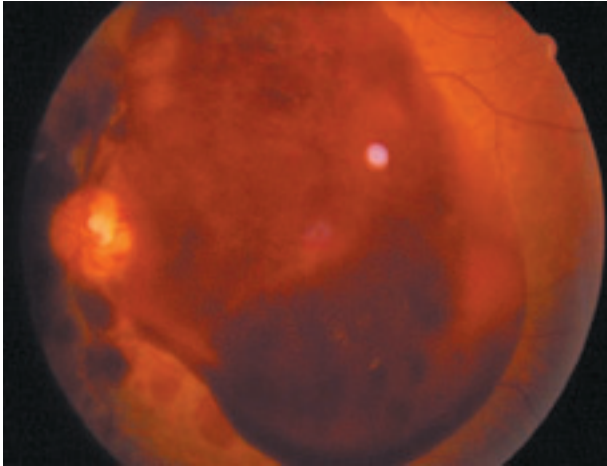
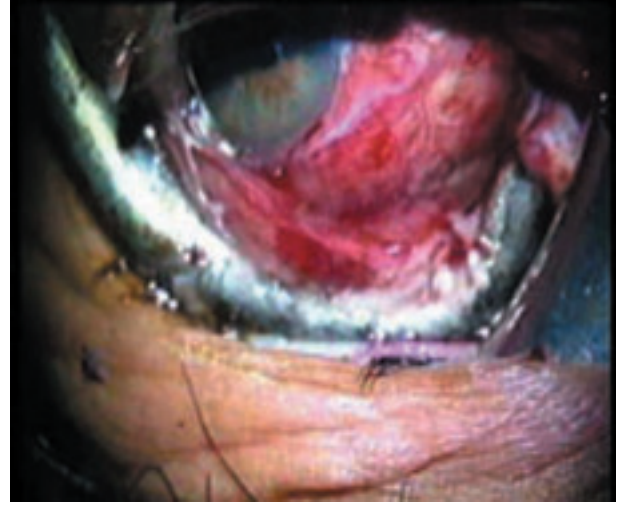
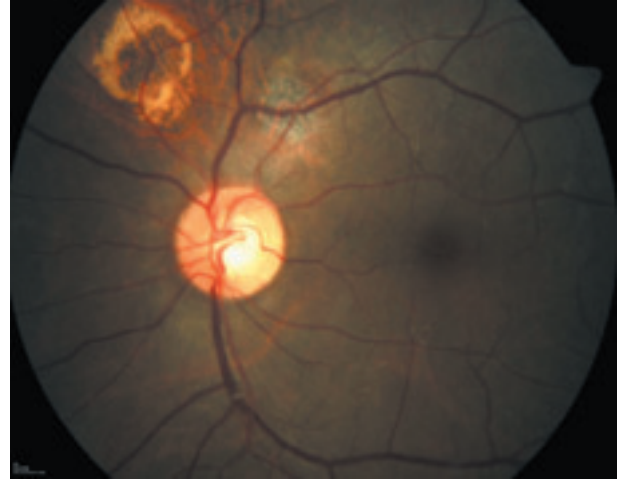
Yabancı cisim optik sinirle ilişkili değildi. Kranyal BT'nin orbitayı içeren kesitlerinde optik sinir normal olduğu gözlemlendi. Hasta yabancı cismin çıkarılması ve eksplorasyon için ameliyathaneye alındı. Eksplorasyon sırasında yabancı cismin üst kapak altından üst forniksi delerek sklera üzerinden globa penetre olmaksızın globun arkasına ulaftığı gözlemlendi (Resim 4).

Üst rektus ve üst oblik adeleleri normal idi. Perforasyon açısından sklera dikkatlice incelendi ve intakt ol-

dugu görüldü. Yabancı cisim, flekli ve orbita kurvaturü ile ilişkisi dikkate alınarak globa traksiyon uygulanmadan bafllarla çıkarıldı. Hastaya intravenöz sefazoline sodyum 1000 mg 2x1, intravenöz gentamisin 80 mg 2x1 tedavisi bafllandı ve Tetanoz aşısı uygulandı. Postoperatif 5.günde preretinal kanama vitreye açıldı ve oluflan vitre içi kanama hastanın görme keskinliğini el hareketi ve şık projeksiyonu düzeyine düflürdü. Vitre içi kanama gerilemeyince hastaya pars plana vitrektomi operasyonu önerildi. Hastaya sosyal nedenlerden dolayı başka bir klinikte 3 ay sonra sol pars plana vitrektomi operasyonu yapıldı. Hastanın ilk başvurusundan 10 ay sonraki oftalmolojik muayenesinde sol görme keskinliği 0,3 idi ve tashihle artmıyordu. Biyomikroskopla muayenesinde sol ön segment tamamen normal olup fundus muayenesinde papillanın üst nazalinde 1 papilla çarında ve üst temporalinde yarım papilla çarında koryoretinal atrofi alanları gözlemlendi (Resim 5).

TARTIŞMA

Tüm kranyofasiyal travmalarda hastalar ilk olarak hayati tehlike açısından değerlendirilmeli ve ayrıntılı bir nörolojik muayeneye tabi tutulmalıdırlar. İlk değerlendirmede hayatı tehdit edici bir durum ortaya çkarsa bu durum öncelikli olarak tedavi edilmelidir. Servikal omurga yaralanmalarının bu tarz travmalarla birlikte olabileceği göz ardı edilmemelidir. Direkt ve yan grafiler ile flartlar uygunsa kranyal BT incelemesi yapılmalıdır. Hasta bu incelemelerin ardından gerekli görülürse ilgili hekimlere yönlendirilmelidir. Yabancı cisim varlığında travma ister penetran, ister nonpenetran olsun hasta mutlaka olası bir enfeksiyon açısından değerlendirilmelidir. Orbita sellüliti gerek septumu geçen bir yabancı cisim nedeni ile gerekse sinus travması sonucu olufabildir (5). Orbital sellülitten flühpheleniliyorsa sefotaksim veya yüksek doz sefuroksim ve metronidazol gibi antibiyotikler ile tedavi bafllanmalıdır (6). Göz hekimi bunların yanı sıra muhtemel göz travmasını da araştırmalıdır. Travmanın fleklini belirlemek önemlidir (7,8). Afferent pupilla defekti retina veya optik sinir disfonksiyonunu gösterir. Bununla beraber vitre hemorajileri gibi koyu opasiteler de afferent pupilla defektine sebep olabilirler. Künt travmaya pupilla ilk olarak spastik miyozis ile ce-

Resim 1. Hastan›n başvuru an›ndaki fotograf›**Resim 2.** Fundus muayenesinde saptanan ve tüm arka kutbu kaplayan geniş preretinal hemoraji**Resim 3.** Yabanc› cismin düz grafide orbita ve glob ile ilişkisi**Resim 4.** Yabanc› cismin giriş yönüne uygun flekilde çekilerek ç›kar›lmas›**Resim 5.** ‹lk bařvurudan 10 ay sonraki fundus foto. Yabanc› cismin yapt›g› travmaya bağlı papilla üst nazalinde skar mevcut. Arka kutup ve papilla dođal görünümde

vap verir. Sonra spazm çözülür ve travmatik midriyazis gelişir. Belirgin iris prolapsusu varsa veya pupilla merkezde değilse ya da yukarı doğru yer değiştirmişse kornea veya skleranın bütünlüğü bozulmuş olabilir ve perforasyon söz konusu olabilir. Bu durumda göz muayenesi anestezi altında yapılmalıdır. Konjonktiva laserasyonu veya yabancı cisim, subkonjonktival hemoraji, konjonktival kemozis, kornea laserasyonu olmaksızın dar ön kamara varlığı ve yumuşak göz sklera laserasyonu ihtimalini akla getirmelidir. Tüfek saçması veya diğer kapak yaralanmaları dışardan küçük ve önemsiz görünebilirler fakat penetran bir yaralanmaya yol açmış olabilirler. Skleral laserasyonların gözden kaçırılmamak

için olaya son derece flüpheli yaklaşılmalıdır. USG ve BT yararlı yardımcı tetkiklerdir. Eger sklera laserasyonu hakkındaki flüphe hala giderilemediyse dikkatli bir cerrahi eksplorasyon zorunlu hale gelir. Perforasyon flüphesi varsa ileri hasara yol açabileceği için manipülasyondan kaçınılmalıdır. Cerrahi müdahaleye kadar göz basıya yol açmayacak bir bandajla kapatılmalıdır. Antibiyotik tedavisi gerekiyorsa, göz içine yüksek ve toksik dozda antibiyotik ulaştırılması için topikal yerine intravenöz yol tercih edilmelidir. Anestezi solüsyonunu göze enjekte etmekten kaçınmak ve göz içerisini başlıca maruz bırakmamak için lokal yerine genel anestezi tercih edilmelidir. Genel anestezi sonrası kas kontraksiyonları azalır ve göz içerisinin sıkışma ihtimali de azalır. Mümkünse indirek oftalmoskopi, kanama görüntüyü iyice bulanıklaştırmadan olabildiğince erken yapılmalıdır. Perforasyon flüphesi sürdükçe skleral depresyondan kaçınılmalıdır. Muayene için pupilla genişletilmelidir fakat bu durum daha sonra nörolojik bir hadise ile karşılaşma diye hastanın dosyasına kaydedilmelidir. Optik sinir avulsiyonu ile birlikte damarlanmada da bir problem oluşmuşsa iskemiyeye bağlı disk ve retina ödemli görünecektir (9). Disk üzerinde kan da bulunabilir. Avulsiyon bölgesinde delik veya bir krater göze çarpabilir. Herhangi bir tipteki optik sinir yaralanması, göreceli olarak seyrekdir. Optik sinir, sfenoidden kopan bir kemik parçası ile veya daha sık olarak ödem veya kanama sonucu sıkışabilir. Bafta BT olmak üzere görüntüleme tetkikleri doğru tanı için gereklidir. Optik sinir yaralanmalarının tedavisi tartışılmalıdır. Erken verildiğinde iv steroidler faydalıdır. İv steroidler klinik durumu iyileştirmemezse sıkışmış sinirin dekompresyonu akla gelmelidir (10,11,12,13).

İlk bakışta çok kötü gibi görünen yaralanmalar doğru müdahale sonrası gayet yüz güldürücü neticeler verebilmektedir. Ayrıca bu vakada olduğu gibi bir kısım orbita içinde, geri kalan kısım dışarıda olan yabancı cisimler cerrahi müdahaleye kadar globu ve çevre dokulara tekrarlayan travmaya maruz bırakılmaması için dikkatlice sabitlenmelidirler.

KAYNAKLAR

1. Hilford DJ, Lee LR. Here's egg in your eye: an unusual penetrating eye injury. *Arch Ophthalmol* 2002;120:666-667.
2. Ng JD, Payner TD, Holck DE, Martin RT, Nunery WT. Orbital trauma caused by bicycle hand breaks. *Ophthalmol Plast Reconstr Surg* 2004;20:60-63.
3. Lindner D, Winkler D, Meixenberger J. Unusual penetrating cranio-orbital injury by a cut-off wheel. *J Craniofacial Surg* 2004;15:226-228.
4. Tranfa F, Di Matteo G, Di Salle F, Strianese D, and Bonavolontà G. Traumatic displacement of the globe into the ethmoid sinus. *Am J Ophthalmol* 2000; 130:253-254.
5. Smelt GJC, Migdal CS. Acute blinding sinusitis. *BMJ* 1983; 287: 1051.
6. Hughes DS, Lane CM. Management of orbital cellulitis. *Eye* 1992; 6: 536-537.
7. Khun F, Morris R, Witherspoon D, et al. A standardized classification of ocular trauma. *Ophthalmology* 1996; 103: 240-243.
8. Duman M, Akkan F, Umurhan J C, Eltutar K. Künt Göz Travmalarının Klinik Değerlendirilmesi. *İstanbul Tıp Dergisi* 2004; 1: 22-26.
9. Öz Ö, Teke M Y, Taflıoğlu N, Fırat E. Optik Sinir Avulsiyonu. *Ret-Vit* 2004; 12: 136-138.
10. Alfaro DV, Liggett PE, eds. *Vitreoretinal surgery of the injured eye*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 1998.
11. Kylstra JA, Lamkin JC, Runyan DK. Clinical predictors of scleral rupture after blunt ocular trauma. *Am J Ophthalmol* 1993; 115:530-535.
12. MacCumber MW. *Management of ocular injuries and emergencies*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998.
13. Shingleton BJ, Hersh PS, Kenyon KR. *Eye trauma*. St Louis: Mosby, 1991.