

EDİTÖRE MEKTUP

Sayın Editör,

Türk Oftalmoloji Gazetesinin Ocak-Şubat 2004 sayısında Kıratlı ve ark.'ın "Kafa içi basınç artışına sekonder gelişen papilla ödemi olgularında optik sinir kılıfı fenestrasyonu sonuçları" bir yazısı yayınlandı (1). Bu çalışma optik sinir kılıf fenestrasyonunun (OSKF) diğer yöntemlere yanıt vermeyen idyopatik intrakraniyal hipertansiyonlu hastalarda etkin ve güvenilir bir tedavi yöntemi olduğunu doğrulamaktadır. Medial konjonktival orbitotomi yoluyla yapıldığında OSKF, dar bir alanda, sınırlı bir süre içinde yapılması gereken bir işlemdir. Bu yüzden cerrahi tekniğe değin ayrıntılar önem taşır.

Literatürde OSKF için iki temel teknik tanımlanmıştır. İlkinde optik sinir kılıfında dura-araknoid eksizyonu ile dikdörtgen şeklinde bir açıklık oluşturulur (2,3). Diğer yöntemde ise dikdörtgen bir kılıf parçası çıkartılmaz. Bunun yerine, sinirin uzun eksenini boyunca meningeal kılıflar üstünde, aralıklı olarak, 3-4 adet insizyon yapılır. İnsizyon yönteminde dural açıklıkların orbita yağ dokusuyla kapanma riskinin daha az olduğu öne sürülmüştür (4). Kıratlı ve ark.'ın tekniği bu iki yöntemin bir bileşimi gibi görünmektedir. Yazarlar önce "optik sinir kılıfının damarsız bölgelerine durayı içerecek şekilde 3 ila 4 adet uzunlamasına kesi" yapmış, araknoidal yapışıklıkları açmış ve daha sonra" dikdörtgen şeklinde bir dura parçası ekseze" etmiştir. Sormak istediğim şey, daha sonra çıkartılacak olan dura üstünde, önce 3-4 adet uzunlamasına kesi yapmanın cerrahi teknik ve ameliyat sonuçları açısından herhangi bir üstünlüğü var mıdır?

Tek taraflı OSKF'dan sonra diğer gözde de papilödem düzelebilir. Ancak papilödemin sürdüğü ve görsel işlevlerin kötüleştiği hastalarda ikinci göze de OSKF yapmak gerekir. Kıratlı ve ark. "tek taraflı cerrahi sonrası diğer gözü görme işlevi ve optik sinir muayene bulguları açısından düzelleme göstermeyen hastalara, ilk ameliyatı takiben ortalama bir hafta sonra diğer göze de optik sinir kılıfı fenestrasyonu" uygulamıştır. Literatürdeki çalışmaların çoğu ikinci gözün ameliyatı için belli bir bekleme süresi tavsiye etmemektedir. Bir çalışma, diğer gözde görsel işlevlerde "kötüleşme olursa", en kısa sürede; kötüleşme olmadığında, ileri derecede görme alanı

kayıbı var ve düzelmeyorsa, ilk ameliyattan 3 ay sonra ikinci göze de OSKF yapılmasını önermektedir (4). Sınırlı papilödemli ama görsel işlevleri durağan bir ikinci göze müdahale için bir hafta kısa, -özellikle ilerlemiş bir görsel kayıp varsa- 3 ay da uzun bir süredir. Bir çalışmada kaydedildiği gibi, papilödem ameliyatının başarılı olduğu gözlerde, postoperatif bir ay içinde çözülmektedir (5). Bu süre, ikinci gözü ameliyat etmek için de uygun bir bekleme süresi olabilir. Kıratlı ve ark.'ın bu konudaki görüşlerini öğrenmek, yararlı ve ilerletici bir tartışma olanağı sunabilir.

Dr. Bülent Yazıcı

KAYNAKLAR

1. Kıratlı H, Sönmez B, Bilgiç S: Kafa içi basınç artışına sekonder gelişen papilla ödemi olgularında optik sinir kılıfı fenestrasyonu sonuçları. T Oft Gaz 2004;34: 67-73.
2. Tse DT, Nera J, Anderson RL, Corbett JJ: Optic nerve sheath fenestration and pseudotumour cerebri. A lateral orbitotomy approach. Arch Ophthalmol 1988; 106:1458-62.
3. Banta JT, Farris BK: Pseudotumour cerebri and optic nerve sheath decompression. Ophthalmology 2000; 107: 1907-12.
4. Sergott RC, Savino PJ, Bosley TM: Modified optic nerve sheath decompression provides long-term visual improvement for pseudotumour cerebri. Arch Ophthalmol 1988; 106:1384-90.
5. Keşman SE, Heaps R, Wolf A, Elman MJ: Optic nerve decompression surgery improves visual function in patients with pseudotumour cerebri. Neurosurgery 1992; 30:391-95.

YAZARLARIN CEVABI

Sayın Editör,

Kafa içi basıncı artışı sonrası gelişen papilödem tedavisinde optik sinir kılıf fenestrasyonunu konu olan çalışmamıza gösterdiği ilgi için Sayın Dr. Yazıcı'ya teşekkür ederiz (1). Kullanılan cerrahi teknik değerli okuyucumuzun da belirttiği gibi iki farklı yöntemin birleşimidir. Önce optik sinir kılıfı üzerinde, elde edilen damarsız

açık bölge elverdiği ölçüde en az 3-4 adet uzunlamasına kesiler yapılmaktadır. Daha sonra bunlar arasından en uygun olan 2 tanesi birleştirilerek pencere haline getirilip çıkartılmaktadır. Yeterli bir bilimsel kanıt bulunmasına rağmen burada güdülen amaç iki farklı tekniğin olumlu yönlerini biraraya getirerek cerrahi sonrası kapanma veya tıkanma olasılığını en aza indirmektir. Yaklaşık %10 hastanın tekrar ameliyat edilmesi gerektiği bilinmektedir (4). Dikkat edilecek olursa bizim dizimizde yeniden aynı gözden ameliyat edilen hasta yoktur. Aynı ayrı yapılan çalışmalar kıyaslandığında uzun dönemde bir fark bulunamamış olmasına rağmen aynı klinikte ve aynı cerrah tarafından yapılan işlemlerin kontrollü bir çalışma haline getirilerek incelenmesinin yararlı olacağını düşünmekteyiz. Diğer yandan okuyucumuzun yorumladığı gibi zaten çıkarılacak olan bir dura parçası üzerine insizyon yapılmamaktadır.

Karşı gözün bu ameliyata tabi tutulması için 1 hafta bekleme süresi diğer tüm merkezlerde olduğu gibi klinik gözlemlere ve hastanın sosyal durumuna dayanarak belirlenen ortalama bir süredir. Bu konuda bilimsel olarak belirlenmiş ve üzerinde uzlaşmış bir eşik süre yoktur. Bizim gözlemlerimize göre genellikle ilk hafta içerisinde ameliyatın eğer etkisi oldu ise karşı gözde az da olsa retina damarlarında dolgunluk azalması, disk ödeminde

belli belirsiz bir çözülme dikkatli bir muayene ile belirlenebilmektedir. Yine deneyimlerimize göre bu cevap kişiden kişiye değişmekle beraber ilk 1 ay içerisinde bir fark yoksa daha sonra oluşma ihtimali oldukça zayıftır.

Bu yüzden biz karşı gözü ortalama bir hafta en geç 1 ay sonra ameliyat etmeyi öneriyoruz.

Doç. Dr. Hayyam Kıratlı

Op. Dr. Barış Sönmez

Prof. Dr. Sevgül Bilgiç

KAYNAKLAR

1. Kıratlı H, Sönmez B, Bilgiç S: Kafa içi basınç artışına ikincil gelişen papilla ödemi olgularında optik sinir kılıf fenestasyonu sonuçları. T. Oft. Gaz. 2004; 34: 67-73.
2. Galbraith JEK, Sullivan JH: Decompression of the peripapillary meninges for relief of the papilledema. Am. J. Ophthalmol. 1973; 76: 687-692.
3. Sergott RC, Savino PJ, Bosley TM: Modified optic nerve sheath decompression provides long-term visual improvement for pseudotumor cerebri. Arch. Ophthalmol. 1988; 106: 1384-1390.
4. Spoor TC, Garrity JA, Ramocki JM: Atlas of neuro-ophthalmic surgery. Blue Bell, Field&Wood, Inc., 1992; 19-28.