

Primer Pterijiumda Z - Plasti

Zerrin Bayraktar (*)

ÖZET

Amaç: Primer pterijium tedavisinde Z-plasti tekniğinin etkinliğini araştırmak ve nüks oranını saptamak.

Metod: Primer pterijiumlu 27 hastanın 27 gözüne Bourne'nin tanımladığı Z-plasti tekniği modifiye edilerek uygulandı.

Bulgular: Ortalama 13.6 ± 3.5 ay takip süresi sonunda cerrahiye bağlı komplikasyon görülmedi. Bir (% 3.7) hastada limbusta korneaya ilerlemeyen yüzeysel damarlanma kısmi nüks olarak değerlendirildi. Başka nüks saptanmadı.

Sonuç: Z-plasti tekniğinin primer pterijium tedavisinde güvenilir ve nüks oranı düşük bir yöntem olarak uygulanabileceği saptandı.

Anahtar Kelimeler: Pterijium,Z-plasti.

SUMMARY

Z-Plasty in Primary Pterygium

Purpose: To evaluate the complications and recurrence rates of Bourne's Z-plasty technique for treatment of primary pterygium.

Methods: Modified Bourne's Z-plasty was performed in 27 eyes of 27 patients with primary pterygium.

Results: At the end of the average follow-up of 13.6(3.5 months, no complications due to the surgical technique was observed. In one patient (3.7 %) limbal vascularization not progressing to the cornea was noted as a partial recurrence. No case of corneal recurrence was observed.

Comment: Z-plasty technique was considered to be a safe and effective treatment for the treatment of primary pterygium with a low recurrence rate.

Key words: Pterygium,Z-plasty.

GİRİŞ

Pterijium genellikle nazalde bulber konjonktivadan korneaya doğru üçgen biçiminde ilerleyen fibrovasküler bir dokudur (1). Sıcak iklimlerde, ultraviyole ışınlarına (UVA ve UVB) maruz kalanlarda ve sıklıkla 20 ile 50 yaşları arasında görülmektedir (1,2,3). Patolojik olarak

subepitelyal dokuda kollajenin elastotik dejenerasyonu ve Bowman tabakasında harabiyet bulunmaktadır (4,5,6).

Pterijium kornea santraline ilerleyip görmeyi azaltığında veya kozmetik problem yarattığında tedavi edilmektedir. Geçici medikal tedaviler dışında asıl tedavi

Mecmuaya Geliş Tarihi: 26.12.1997
Düzeltilmeden Geliş Tarihi: 19.07.1999
Kabul Tarihi: 23.07.1999

(*) Uzman Dr.

cerrahidir (1,2). Cerrahi tedavide en önemli problem genellikle ilk 6-8 hafta içinde görülen nüksüdür. Bu nedenle yıllar içinde nüksleri azaltmaya yönelik birçok teknik geliştirilmiş ve cerrahiye ek tedaviler kullanılmaya başlanmıştır. Avulsiyon, eksizyon (bare sclera), eksizyon ve primer kapatma, pterijiumun yönünün değiştirilmesi (Z-plasti), konjonktival otogreft uygulanması, limbal transplantasyon, lameller keratoplasti bu cerrahi tekniklerden bazılarıdır (7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17). Cerrahiye yardımcı tedavi yöntemleri ile mitotik aktivitesi yüksek olan damar endotel hücrelerinin çoğalması durdurularak nüks geciktirilmeye çalışılmaktadır (1). Thiotepa, mitomisin, beta radyasyon bu amaçla kullanılan ajanlardan bazılarıdır (18,19,20,21,22,23,24).

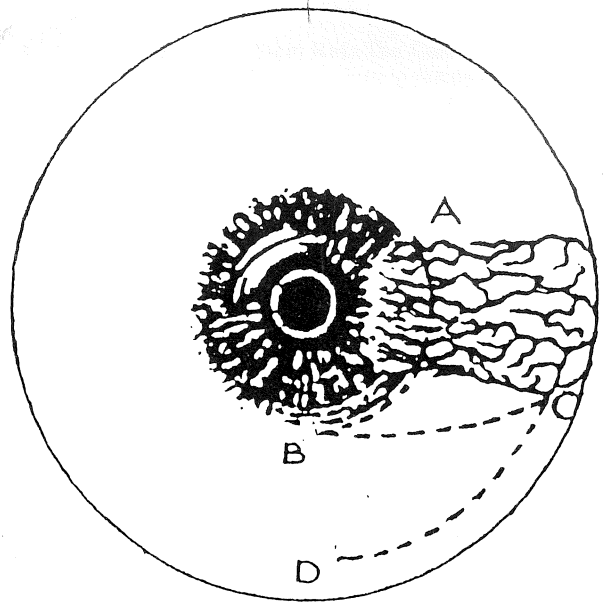
Bu çalışmada primer pterijium tedavisinde Bourne'nin tanımladığı Z-plasti tekniği modifiye edilerek uygulanmış, yöntemin komplikasyonları ve tedavi sonrası nüks oranı araştırılmıştır.

MATERYAL ve METOD

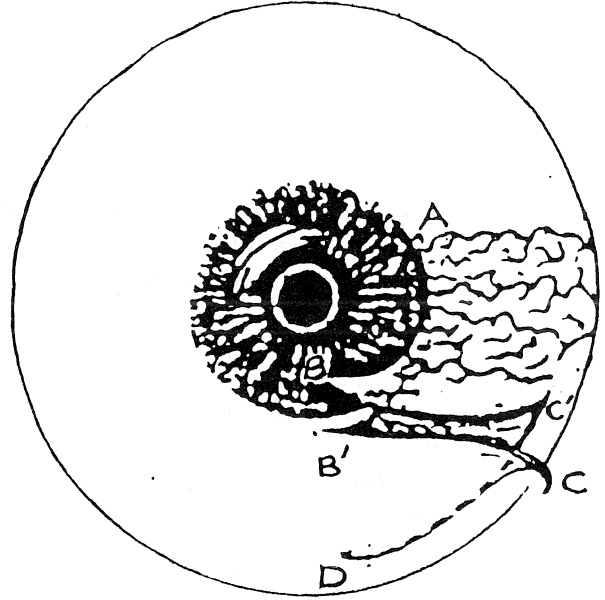
İstanbul Bayrampaşa Göz Hastanesi'nde 1995 -1997 tarihleri arasında primer pterijium nedeni ile başvuran 27 hastanın 27 gözü çalışmaya alındı. Hastaların 9'u (% 33) erkek, 18'i (% 66) kadındı. Yaşları 28 ile 70 (ortalama 53 (11.5) arasında olan hastaların 18'inde (% 66) pterijium sol gözde, 9'unda (% 33) sağ gözdeydi. Hastaların 7'sinde (% 26) pterijium aktif (yoğun damarlanma, konjonktivada kabarıklık, korneada epitel defekti), kalan 20'sinde (% 74) inaktifti. Pterijiumların 1'i (% 4) limbusu hafifçe geçmiş, 13'ü (% 48) kornea santrale kadar uzanmış, 13'ü (% 48) limbus ile santral kornea arasındaydı.

Pterijium eksizyonunda Bourne'nin tanımladığı Z-plasti tekniği modifiye edilerek uygulandı. Ameliyat mikroskobu altında blefarosta ve topikal anestetik uygulamasından sonra pterijium dokusu kısa etki süreli lokal anestetik (lidokain) ile şişirildi. Pterijium korneadaki apeks kısmından başlanarak bistüri ucu ile korneadan ayrıldı ve apeks kısmı makasla kesilerek çıkarıldı. Pterijium dokusu limbustan tam olarak ayrıldıktan sonra sağlam konjonktiva dokusu aşağıya doğru makasla saat 6 hizasına kadar limbustan serbestleştirildi (Şekil 1). Sağlam konjonktiva pterijiumun alt kenarına paralel olarak nazale doğru düz bir hat boyunca kesildi. Kesinin bittiği yerden konjonktiva bu kez temporale ve alt fornikse doğru kesilerek üçgen flep hazırlandı (Şekil 2). Sağlam konjonktivadan hazırlanan üçgen flebin serbest ucu pterijiumu ayırdığımız ve açıkta kalan limbusun üst ucundaki konjonktivaya 8/0 vikril iplikle dikildi (Şekil 3). Pterijium dokusunun da bulunduğu diğer üçgen flebin

Şekil 1.

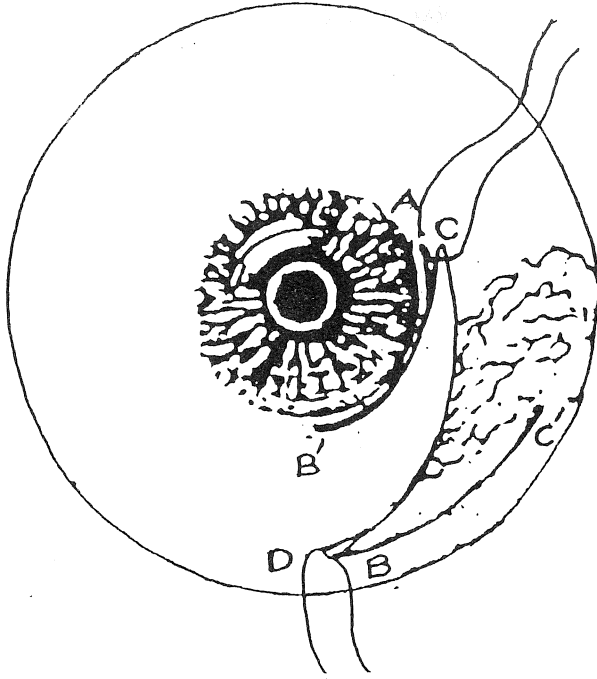


Şekil 2.

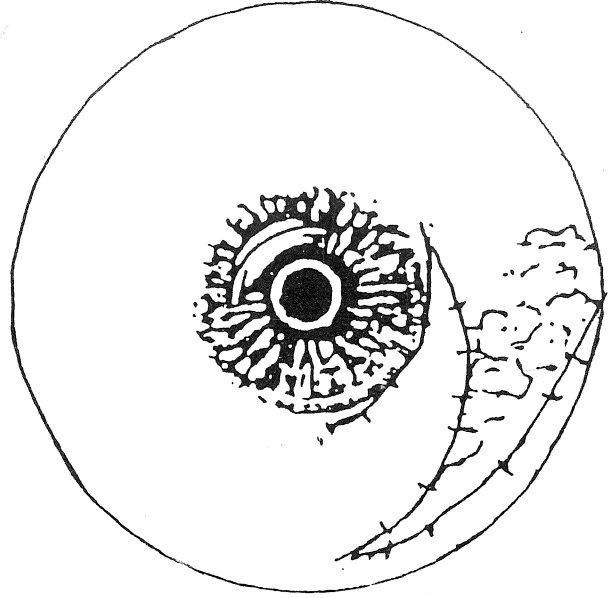


serbest ucu da alt fornikse sağlam konjonktiva flebini hazırladığımız yatağın tepesine dikildi. Üçgen flepler arasında kalan komşu kenarlar birbirine tek tek 8/0 vikril iplikle dikilerek işlem tamamlandı (Şekil 4). Antibiyotikli pomad (gentamisin) ile göz kapatıldı. Göz ertesi gün açılarak saat başı topikal steroidli damla (prednizolon) ve 4x1 topikal antibiyotikli damla (gentamisin) uygulanmasına başlandı. Bir hafta sonra antibiyotikli damla kesilerek topikal steroide 2 ay süre ile devam edildi.

Şekil 3.



Şekil 4.



Ameliyat sonrası sütürleri erimeyen 11 hastanın (% 40) bir hafta sonra sütürleri alındı.

Ameliyat sonrası nazal konjonktivada kabarıklık ve damarlanma artışı, korneada damarlanma ve yüzeyel konjonktiva dokusunun korneaya ilerlemesi nüks olarak kabul edildi.

BULGULAR

Ameliyat sırasında hiçbir hastada komplikasyon olmadı. Ameliyat sonrası hastalar 3-26 ay (ortalama 13.6 ±6.5) takip edildi. Hiçbir hastada yara yeri enfeksiyonu gelişmedi. Korneada eksizyon yapılan bölgedeki epitel defekti 2 ile 8 gün (ortalama 3.4 (1.9) içinde tamamen iyileşti. Kalıcı epitel defekti oluşmadı.

Ameliyat öncesi düzeltilmiş görme keskinliği hastaların 2'sinde (% 7.4) 0.1 ,1'inde (% 3.7) 0.3 ,1'inde (% 3.7) 0.4 , 5'inde (% 18.5) 0.5, 3'ünde (% 11.1) 0.6, 3'ünde (% 11.1) 0.7, 1'inde (% 3.7) 0.8, 1'inde (% 3.7) 0.9, 10'unda (% 37) 1.0 düzeyindeydi. Ameliyat sonrası düzeltilmiş görme keskinliği hastaların 1'inde (% 3.7) 0.4, 1'inde (% 3.7) 0.5, 3'ünde (% 11.1) 0.7, 3'ünde (% 11.1) 0.8, 3'ünde (% 11.1) 0.9, 16'sında (% 59.2) 1.0 düzeyindeydi. Düzeltilmiş görme keskinliğinde ameliyat sonrası azalma olmadı. Hastaların 13 'ünde (% 48) düzeltilmiş görme keskinliği değişmezken, 14'ünde (% 52) ortalama 3.5 ± 2 sıralık bir artış saptandı.

Bir hastamızda (% 3.7) 4 hafta sonra korneaya ilerlemeyen yüzeyel limbal damarlanma saptandı ve kısmi nüks olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Pterijium cerrahisinde yıllardır uygulanan çeşitli cerrahi tedavi yöntemlerinde en önemli problem nüksdür. Cerrahi sonrası nüksün nedeni tam olarak bilinmemektedir (1,2). Son yıllarda yapılan çalışmalarda limbusta lokalize olan kök hücrelerinin çeşitli limbal ve korneal hastalıkta rol oynadığı saptanmıştır. Bu hücreler normal kornea epitelinin devamı için gerekli olduğu kadar korneanın konjonktiva dokusu tarafından istilasını önlemektedir (25,26). Bu nedenle cerrahi girişim sırasında limbusun tahrip edilmemesi önemlidir. Bizim yöntemimizde limbusta travmadan mümkün olduğu kadar kaçınılmış ve koterizasyon uygulanmamıştır. Yine bu teknikte pterijium dokusu ile kornea arasına normal olan konjonktiva dokusunun yerleştirilmesi pterijium dokusunun korneaya doğru ilerlemesine bariyer oluşturmuştur. Olgularımızın sadece bir tanesinde (% 3.7) limbusta kornea santraline ilerlemeyen damarlanma kısmi nüks olarak kabul edilmiştir ve ek tedavi gerektirmemiştir. Bourne de uyguladığı Z-plasti tekniği sonrasında nüks olmadığını bildirmektedir (10). Bare sklera tekniğinde nüks oranı %33 olarak bildirilmektedir ki bu bildirdiğim nüks oranından oldukça yüksektir (8). Skleranın açık bırakılması burada önemli bir nüks nedeni olabilir. Eksizyondan sonra üst ve alt normal konjonktivanın kaydırılarak skleranın kapatılması nüks oranını %

3.2 ile % 1.6'ya düşürmektedir (9,11). Konjonktival otogreft transplantasyonu sonrası nüks oranı da oldukça düşüktür (% 5.3) (12). Ancak ameliyat tekniği daha komplikedir ve daha uzun sürmektedir. Primer eksizyon sonrası thiotepa kullanımı sonrası nüks oranı %16 'dır ve irritasyon, allerjik reaksiyon, bakteriyel keratit, kalıcı kapak depigmentasyonu gibi yan etkileri nedeni ile Japonya dışında pek rağbet görmemektedir (18). Yine primer eksizyon ile uygulanan mitomisin sonrası nüks oranı % 2 ile % 16 gibi düşük oranlarda olmakla birlikte katarakt, skleral ülserasyon, üveit, sekonder glokom, kornea erimesi önemli yan etkileridir (19,20,21). Stronsiyum kaynaklı β radyasyonun ek olarak uygulanması da nüks oranını % 12'lere düşürmekte; ancak katarakt oluşumu, semblefaron oluşumu, skleral ülserasyon, bakteriyel ve fungal keratit gibi komplikasyonları vardır (22,23).

Kortikosteroidlerin nüks üzerine olan etkileri tam olarak bilinmemektedir (1). Ben hastalarımnda postoperatif birinci günden itibaren yoğun steroid tedavisi uygulayarak inflamasyonu baskıladım. Nükslerin az olmasında steroid tedavisinin yararlı olduğuna inanıyorum. Ancak bu konuda kontrollü çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Sonuç olarak yöntemin basit olması, kısa sürmesi, ameliyat sırasında ve sonrasında komplikasyon görülmemesi, nüks oranının (% 3.7) düşük olması, normal konjonktiva zedelenmediği için nüks sonrası limbal trasnsplantasyon için konjonktivanın korunması gibi avantajları nedeni ile Bourne'nin tanımladığı Z-plastinin pterijium tedavisinde güvenilir bir yöntem olarak uygulanabileceğini düşünmekteyim.

KAYNAKLAR

- Kenyon KR, Fogle JA, Grayson M: Dysgenesis, dystrophies and degenerations of the cornea. In: Clinical Ophthalmology. Duane TD, Jaeger EA (eds) Harper and Row, Philadelphia, 1987, pp.49-50.
- Adamis PA, Starck T, Kenyon KR: The Management of Pterygium, In : Ophthalmology Clinics of North America. Stamper RL (ed) WB Saunders Philadelphia, 1990, pp.611-621.
- Bilgin LK: Pterijiumda patogeneze ve patoloji. XXV. Türk Ulusal Oftalmoloji Kongresi, 1991-1992, Cilt 1, 88-89.
- Spencer WH, Zimmerman LE: Conjunctiva. In Ophthalmic Pathology. Spencer WH (ed), WB Saunders, Philadelphia, Vol 1, 1985, pp.174-176.
- Sugar A: Corneal and conjunctival degenerations. In The Cornea. Kaufman HE, Barron BA., McDonald MB, Waltman SR (eds), Churchill Livingstone, New York, 1988, pp.443-444.
- Ersöz C, Varinli S, Varinli İ, Ersöz TR: Pterijium etyopatogenezi: immunokimyasal bir çalışma. T. Oft. Gaz., 1990, 20:231-234.
- Rosenthal JV: Chronology of pterygium therapy. Am. J. Ophthalmol. 1953, 36:1601-1605.
- Youngson RM: Recurrence of pterygium after excision. Br.J.Ophthalmol 1972; 56: 120-124.
- McCoombes JA, Hirst LW, Isbell GP: Sliding conjunctival flap for the treatment of primary pterygium. Ophthalmology, 1994, 101:169-173.
- Wilson SE, Bourne WM: Conjunctival Z-plasty in the treatment of pterygium. Am. J. Ophthalmol, 1988, 106:355-359.
- Lei G: Surgery for pterygium using a conjunctival pedunculated flap slide. B.J. Ophthalmol, 1996, 80:33-34.
- Kenyon KR, Wagner MD, Hettinger ME: Conjunctival autograft transplantation for advanced and recurrent pterygium. Ophthalmology, 1985, 92:1461-1466.
- Lewallen S: A randomized trial of conjunctival autografting for pterygium in the topics. Ophthalmology, 1989, 96:1612-1617.
- Kemyon KR, Tseng SCL: Limbal autograft transplantation for ocular surface disorders. Ophthalmology, 1989, 92:709-713.
- Güler M, Sobacı G, İlker S, Mutlu, FM, Yıldırım E: Nüks pterijiumda limbal konjonktival otogreft transplantasyonu. T.Oft.Gaz., 1994, 24:308-313.
- Hora T, Shoji E, Obara Y: Pterygium surgery using the principle of contact inhibition and a limbal transplanted pedicle conjunctival strip. Ophthalmic Surg., 1994, 25: 95-98.
- Poirer RH, Fish JR: Lamellar keratoplasty for recurrent pterygium. Ophthalmic Surg., 1976, 16:738-741.
- Joelsen GA, Muller P: Incidence of pterygium recurrence in patients treated with Thio-tepa: Am. J. Ophthalmol., 1988, 18:891-895.
- Singh G, Wilson MR, Foster CS: Mitomycin eye drops as treatment for pterygium. Ophthalmology, 1988, 95:813-817.
- Akova YA, Onat M, Aslan BS, Altıntaş A, Demirok A, Duman S: Primer ve nüks pterijiumda topikal mitomisin kullanımının etkinliği. T. Oft. Gaz., 1994, 24:199-201.
- Dougherty PJ, Hardten DR, Lindstrom RZ: Corneoscleral melt after pterygium surgery using a single intraoperative application of mitomycin-C. Cornea, 1996, 5:537-540.
- MacKenzie FD, Hirst LW, Kynaston B, Bain C: Recurrence rate and complications after beta irradiation for pterygia. Ophthalmology, 1991, 98: 1776-1780.
- Neal AJ, Irvin C, Hope HF: The role of strontium-90 beta irradiation in the treatment of pterygia. Clin. Oncol. Rb. Coll. Radiol., 1991, 3:105-109.
- Alaniz CF: The use of postoperative beta radiation in the treatment of pterygia. Ophthalmic Surg., 1982, 13:1022-1024.
- Buck RC: Measurement of centripetal migration of normal corneal epithelial cells in the mouse. Invest. Ophthalmol. Vis. Sci., 1987, 28:160-165.
- Ebato B, Friend J, Thoft R: Comparison of limbal and peripheral human corneal epithelium in tissue culture. Invest. Ophthalmol. Vis. Sci., 1987; 28: 160-165.