

Anormal Baş Pozisyonu Geliştirmiş Konjenital Nistagmuslu Olguya Cerrahi Yaklaşım

Abuzer GÜNDÜZ*, Murat FIRAT*, Nihat POLAT*

ÖZET

Dört yaşında erkek hastanın ailesi kliniğimize bir yaşından beri hastada var olan baş pozisyonunda eğiklik ile başvurdu. Görme keskinlikleri Snellen eşeli ile bilateral 20/200 düzeyindeydi. Biyomikroskopisi ve fundus muayenesi doğaldı. Hastanın horizontal pendüler nistagmusu ve 14 prizim diyoptri ekzotropiyası mevcuttu. Yüzü 35 derece sola dönüktü ve göz hareketleri her yöne serbestti. Hastaya konjenital nistagmus ve nistagmusa bağlı oluşan anormal baş pozisyonu (ABP) tanısı konuldu. Hastaya Kestenbaum-Parks modifikasyonu cerrahisi yapıldı. Hastanın cerrahi sonrası kontrollerinde ABP'nin düzeldiği, primer pozisyonda nistagmusunun azaldığı ve ortotropik olduğu görüldü. Bu olguyu sunmamızın amacı, nistagmusa bağlı olarak gelişen ABP'yi düzeltmek için yapılan cerrahi tedavinin etkinliğini göstermektir.

Anahtar Kelimeler: Nistagmus, Anormal baş pozisyonu, Cerrahi tedavi

The Surgical Approach in a Congenital Nystagmus Case with Abnormal Head Position

ABSTRACT

A 4-year-old male patient was brought by his family because of his head position since one year old. Visual acuities were 20/200 bilaterally with the Snellen chart. Biomicroscopy and fundus findings were normal. Horizontal pendular nystagmus was present with exotropia of 14 prism diopters. The face was turned 35 degrees to the left while the eye movements were free in all directions. The patient was diagnosed with congenital nystagmus and abnormal head position (AHP) due to the nystagmus. Parks modification of the Kestenbaum procedure was performed. Postoperative follow-up revealed that the AHP had been corrected and the nystagmus in the primary position had decreased. The patient was orthotropic. We wanted to present this case to demonstrate the effectiveness of surgical treatment in correcting AHP developing as a result of nystagmus.

Keywords: Nystagmus, Abnormal head position, Surgical treatment

*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Malatya

Yazışma Adresi: Abuzer Gündüz, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Malatya.

e-posta: abuzergunduz@hotmail.com

Geliş Tarihi: 14.12.2015 Kabul Tarihi: 16.02.2016

☒: TOD 49. Ulusal Oftalmoloji Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

Giriş

Konjenital nistagmus doğuştan olan ya da hayatın ilk altı ayında ortaya çıkan, konjuge, bilateral, nistagmustur.¹ Sıçrayıcı ya da pendüler tarzda olabilir. İdyopatik olarak görülebilmese rağmen albinizm, konjenital katarakt, retinal distrofi gibi oküler bozukluklarla birlikte görülebilir.² Diğer klinik özellikleri arasında nistagmusun horizontal planda olması, şiddetinin lateral bakışta artması ve sağa bakışta sağa vuran, sola bakışta sola vuran nistagmus oluşması, fiksasyon, yorgunluk, stres ve dikkatle şiddetlenmesi, konverjansla azalması, kurala uygun astigmatın sıklıkla eşlik etmesi sayılabilir.³

Şaşılığa veya nistagmusa ikincil anormal baş pozisyonu (ABP), gözlerdeki deviyasyonların kompensasyonu ya da nistagmusa olduğu gibi stabil binoküler tek görmeyi sağlamak için oluşan oküler tortikolizdir.

Nistagmusun en az olduğu ya da olmadığı bakış pozisyonuna sıfır noktası (null point) adı verilir.¹ Sıfır noktasındaki bakış yönü ABP'ni açıklayabilir. Foveasyon periyodu nistagmus döngüsünde gözlerin daha stabil olduğu zaman aralığıdır. Bu periyot en yüksek

afferent dikkatin olduğu zaman aralığıdır. Bu periyotta hasta daha net görür.³ Nistagmusun şiddeti (intensity) genliğin, frekans (saniye başına nistagmus döngüsü) ile çarpılmasıyla bulunur.³ Latent nistagmus kapama ile ortaya çıkan nistagmustur.

Bu olgularda, görme keskinliğini artırmak, baş pozisyonlarını düzeltmek, derinlik hissini ve füzyonu düzeltmek, ayrıca varsa eşlik eden şaşılığın tedavisini yapmak için cerrahi tedavi yapılmaktadır.^{4,5}

Bu olgu sunumunda amacımız, ABP olan konjenital nistagmuslu bir olguya uygulanan cerrahi yaklaşımı ve sonucunu değerlendirmektir.

Olgu Sunumu

Dört yaşında erkek hasta, bir yaşından beri başını eğerek bakması şikayeti ile ailesi tarafından kliniğimize getirildi. Görme keskinlikleri Snellen eşeli ile bilateral 20/200 düzeyindeydi. Biyomikroskopisi ve fundus muayenesi doğal olan hastanın horizontal pendüler tarzda nistagmusu ve 14 prizim diyoptri (PD) ekzotropiyası (XT) mevcuttu. Yüzü 35 derece sola dönüktü ve göz hareketleri

her yöne serbestti (Resim 1). ABP'e ölçümü, hastanın primer anatomik duruştaki üç ana ekseninden biri olan vertikal eksendeki sapma açıölçer ile değerlendirilerek yapıldı. Açıölçerin bir kolu anatomik duruştaki eksen gösterirken diğer kolu ise sapma derecesini göstermek için kullanıldı. Hasta uzaktaki bir hedefe bakarken ölçüm alındı.

Baş pozisyonu varlığında nistagmusu çok azalmaktaydı. Sikloplejik refraksiyonu; sağda +1,50 x140 astigmatizma, solda +0,25+0,75x100 hipermetropik astigmatizma şeklindeydi. Ambliyopi tedavisi için 2 ay kadar alternan kapama tedavisi yapıldı. Kapama tedavisi sonrası kontrollerinde XT'si hesaba katılarak Kestenbaum-Parks (5,6,7,8 kuralı) modifikasyon cerrahisi planlandı. Cerrahi için aile bilgilendirme onamı alındı. Bu cerrahide, hastanın sağ göz medial rektus (MR) kasına 6 mm rezeksiyon, lateral rektus (LR) kasına 8 mm geriletme; sol göz MR kasına 4,5 mm geriletme, LR kasına 8 mm rezeksiyon yapıldı.

Ameliyat sonrası 1. gün, 1. hafta, 1. ve 6. ay takip muayenelerinde hastanın baş pozisyonunun tamamen düzeldiği ve primer pozisyonda ortoforik olduğu tespit edildi (Resim 2). Hastanın mevcut ambliyopisi için tedavi ve takibi yapılmaktadır.



Resim 1: Hastanın ameliyat öncesi anormal baş pozisyonu



Resim 2: Hastanın ameliyat sonrası takiplerde düzelmiş olan baş pozisyonu

Tartışma

Nistagmusla birlikte görülen ABP sıklıkla horizontaldir fakat nistagmusun kendisi horizontal olsa da anormal baş pozisyonu vertikal veya baş eğme şeklinde olabilir.⁶ Nistagmusa ikincil gelişen baş pozisyonu sıfır noktası primer pozisyonun dışında olduğunda kullanılacak cerrahi metotlardan biri Kestenbaum-Parks modifikasyonudur. Bu yöntemde addüksiyondaki gözün mediyal rektusuna 5 mm geriletme ve lateral rektusuna 8 mm rezeksiyon; abdüksiyondaki gözün medial rektusuna 6 mm rezeksiyon ve lateral rektusuna 7 mm geriletme uygulanmaktadır. Bu yöntemde bazen baş pozisyonunu düzeltmekte etkisiz olmaktadır ve ölçümlerin %40 ve %60 artırıldığı "plus" yöntemler de kullanılmaktadır.⁴

Horizontal nistagmuslu 63 olguluk bir çalışmada, hastaların 56'sında Kestenbaum-Parks modifikasyonu cerrahisi sonrası 10 derecenin altında baş pozisyonu bildirilmiştir. Bu çalışmada ameliyat öncesi ortalama 31,9° olan yüz çevirmenin, ameliyat sonrası ortalama 5,2° olduğu tespit etmişlerdir. Sonuç olarak Kestenbaum-Parks modifikasyonunun standart olarak (5-6-7-8-prosedürü ile) ya da %30'dan fazla artırım yapılarak etkin şekilde ABP'yi düzelttiğini bildirmişlerdir.⁷ Nelson ve ark.⁸ yaptığı çalışmada 30 derece baş pozisyonu olan 4 hastanın tamamı %40 artırılmış Kestenbaum-Parks modifikasyonu ile tam düzeldiği, 45 derecelik baş pozisyonu olan 4 hastanın %40 artırılmış Kestenbaum-Parks modifikasyonu ile anormal baş pozisyonlarının düzeldiği, 45 derecelik baş pozisyonu olan 7 hastadan 4'ünün %60 artırılmış Kestenbaum-Parks modifikasyonu ile tam düzeldiği bildirilmiştir. Noval ve ark.³ şaşılık ile birlikte gösteren nistagmus olgularında, fikse eden göze nistagmus cerrahisi, diğer göze ise rezidüel kayma cerrahisi yapılmasını önermişlerdir. Bizim vakamızın nistagmusa ikincil gelişen ABP'si horizontal plandaydı ve sıfır noktasının primer pozisyon dışında yer alması nedeniyle gelişmişti. Aynı seansta XT cerrahisi ve standart Kestenbaum-Parks modifikasyonu uygulandı. Standart Kestenbaum-Parks modifikasyonunun, hastamızdaki baş pozisyonunu tamamen düzelttiğini ve primer pozisyonda ortotropik olduğunu gözlemledik.

Sıfır noktası primer pozisyon dışında olan ve şaşılığın eşlik ettiği konjenital nistagmusa bağlı gelişen baş pozisyonu olan olguda Kestenbaum-Parks modifikasyonunun literatür ile benzer şekilde başarılı olduğunu gözlemledik. Ancak literatürde önerilen prosedürün aksine XT cerrahi hesaplamaları aynı seansta her iki göze dağıtılarak yapıldı. Bizim cerrahi planımızın, hastanın hem ABP'sini hem de şaşılığını etkin şekilde düzelttiğini saptadık.

Sonuç olarak 35 dereceye kadar olan anormal baş pozisyonunda nistagmus cerrahisi olarak standart Kestenbaum-Parks operasyonunun başarılı sonuç verdiğini söyleyebiliriz. Hastada beraberinde şaşılık mevcut ise cerrahi miktarlar değiştirilerek şaşılığın da düzeltmek mümkündür.

Kaynaklar

1. Abadi RV, Bjerre A. Motor and sensory characteristics of infantile nystagmus. Br J Ophthalmol 2002;86:1152-60.

2. Hertle RW. Nystagmus in infancy and childhood. *Semin Ophthalmol* 2008;23:307-17.
 3. Noval S, González-Manrique M, Rodríguez-Del Valle JM, Rodríguez-Sánchez JM. Abnormal head position in infantile nystagmus syndrome. *ISRN Ophthalmol* 2012;2011:594848.
 4. Arroyo-Yllanes ME, Fonte-Vázquez A, Pérez-Pérez JF. Modified Anderson procedure for correcting abnormal mixed head position in nystagmus. *Br J Ophthalmol* 2002;86:267-79.
 5. Atilla H, Erkam N. Nistagmus Cerrahi Tedavisi. *T Klin Oftalmoloji* 1992;1:259-60.
 6. Abel LA. Infantile nystagmus: current concepts in diagnosis and management. *Clin Exp Optom* 2006;89:57-65.
 7. Lee IS, Lee JB, Kim HS, Lew H, Han SH. Modified Kestenbaum surgery for correction of abnormal head posture in infantile nystagmus: outcome in 63 patients with graded augmentaton. *Binocul Vis Strabismus Q* 2000;15:53-58.
 8. Nelson LB, Ervin-Mulvey LD, Calhoun JH, Harley RD, Keisler MS. Surgical management for abnormal head position in nystagmus: the augmented modified Kestenbaum procedure. *Br J Ophthalmol* 1984;68:796-800.
-