

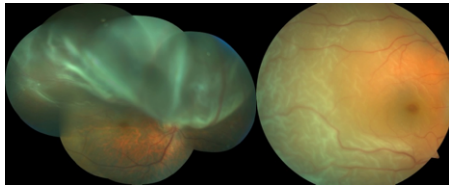
Retina dekolmanı (RD), subretinal sıvı birikimi sonucu duyuşal retinanın retina pigment epitelinden (RPE) ayrışmasıdır. Retina dekolmanı, 3 tipte olabilir:

1. Regmatojen (Yırtıklı) RD: En sık görülen tip olup likefiye vitreus kökenli sıvı, duyuşal retinadaki bir yırtıktan subretinal aralığa geçerek duyuşal retinanın ayrışmasına sebep olur. İnsidansı 100.000'de 5.3-12.6 arasında değişmektedir. Periferik retinada predispozan bir dejenerasyon varlığında dinamik vitreoretinal traksiyon sonucu RD gelişir.

Regmatojen RD için öncü faktörler: Oküler cerrahi sonrası (katarakt, keratoplasti gibi), yüksek miyopi (>6 D), Stickler sendromu gibi herediter bağ doku hastalıkları ve travma önemlidir.

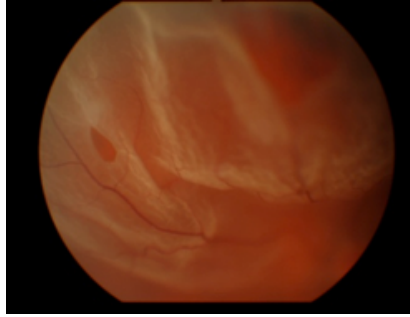
Klinik: Fotopsi (ışık çakmaları) ve floaters (uçuşan cisimcikler) olur. Görme alanı kaybı sıklıkla önce periferden başlar, takiben santral görme alanını da içerebilir. Maküla etkilendiğinde görme keskinliğinde azalma da eklenir.

Bulgular: Weiss halkası, ön vitreusta hücre (tütün tozu), göz içi basıncında sıklıkla azalma, konveks konfigürasyonda RD olur (Resim-1). Subretinal sıvı, ora serrataya kadar uzanır. Süreç uzarsa demarkasyon hattı ve sekonder retinal kistler oluşur. Daha ileri evrelerde ise retina sertleşir, vitreus hareketliliği azalır, retinal katlantılar oluşur ki buna proliferatif vitreoretinopati (PVR) denilir.



Resim 1. a. Üst regmatojen RD. b. Farklı bir olguda yeni gelişmiş RD.

Profleksisi: Retina yırtıkları, duyuşal retinada oluşan tam kat defektlerdir. İnsanların %6-14'ünde görölür ve yaşıla beraber görölme sıklığı artar. Sıklıkla ekvator ve ora serrata bölgesinde, ve özellikle üst temporal kadranda görölmeğektirler (Resim-2). Travmaya bağılı gelişen retina yırtıkları ise özellikle üst nazal kadranda yerleşim gösterirler. Retina yırtığı varlığında retina dekolmanı (RD) açısından yüksek riskli durumların belirlenebilmesi önemlidir. Akut ve semptomatik retina yırtıkları, üzerinden damar geçen operkulumlu yırtıklar, yüksek miyopi varlığı, diğere gözde RD olmuş ise latis (kafes tarzı) veya snailtrack (salyangoz içi) dejenerasyon varlığı, ailede RD hikayesi varlığı, Marfan sendromu gibi RD riskini arttırabilecek sistemik hastalık varlığı profleksiyapılması gereken durumlardır. Profleksiyi için lazer fotokoagölasyon veya kriyoterapi ile tüm yırtık çevrelenerek yırtık etrafında korioretinal yapışıklık oluşturulmaya çalışılır.



Resim 2. Retina yırtığı ile beraber RD.

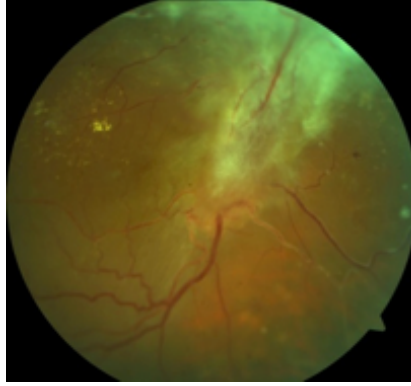
Tedavi: Tüm yırtıkları bulunarak etrafında korioretinal yapışıklık oluşturulması esastır. Ayrılan tabakalar tekrar temasa geçirilmelidir. Pnömatik retinopeksi (göz içine sülfürhekzaflorid veya perflorokarbon gibi genişleyebilen gaz baloncuğı verilerek retinanın yerine tekrar yapışması sağlanır) (küçük ve üst yerleşimli yırtıklarda), skleral çökertme veya serklaj, ve vitrektomi yapılabilir. Olguların %90'ında anatomik iyileşme olmakla beraber görsel prognoz değışkenlik göstermektedir. Büyük yırtıklarda, PVR varlığında afakik veya psödofakik gözlerde prognoz daha kötüdür.

2. Traksiyonel (Çekintili) RD: Duyusal retinada herhangi bir yırtık yoktur, ancak retina yüzeyinde normalde olmaması gereken proliferatif membranların kontraksiyonuyla duyuşal retina RPE'nden çekilir (Resim-3). En sık nedenleri arasında proliferatif diabetik retinopati, delici göz yaralanması ve prematüre retinopatisi vardır.

Klinik: Fotopsi ve floaters şikayeti nadirdir. Görme alanı hasarı yavaş yavaş artarak kalıcı hal alır.

Bulgular: Konkav konfigürasyonda RD, retina hareketliliğinde azalma ve ora serrataya kadar uzanmayan sığ subretinal sıvı vardır.

Tedavi: Cerrahidir. Vitrektomi ve membranektomi, göz içi tamponat (hava, genleşebilen gazlar, silikon yağı), skleral çökertme ve endolaser yapılabilir.



Resim 3. Proliferatif diabetik retinopatili bir olguda traksiyonel RD.

3. Eksudatif (seröz, sekonder) RD: Duyusal retinada herhangi bir yırtık yoktur, ancak koroid veya duyusal retinadaki damarlardan köken alan subretinal sıvı sebebi ile duyusal retina RPE'nden ayrılır. Enflamatuvar, tümöral veya damarsal bir hastalığa bağlı olarak RPE'nin hasarı ve kan-retina bariyerinin bozulması ile ilişkilidir. Örneğin Harada hastalığı, sempatik oftalmi, Coats hastalığı, arka sklerit, koroid hemanjiomları, koroid melanomu, familial eksudatif vitreoretinopati, hipertansiyon, gebelik, preeklampsi, eklampsi ve panretinal fotokoagülasyon gibi durumlarda görülebilir.

Klinik: Fotopsi yoktur, görme alanı kaybı ani olup hızlı progresyon gösterebilir.

Bulgular: RD konvektir, subretinal sıvı fazladır ve hareketlidir.

Tedavi: Nedene yöneliktir.

Kaynaklar

1. Kanski JJ, Bowling B. Retinal Detachment. Clinical Ophthalmology: A systematic approach. 7. baskı, Çin, Elsevier, 2011, p:687-728.
2. Rao RC, Shah GK. Rhegmatogenous retinal detachment. İçinde: Ed: Yanoff M, Duker JS. Ophthalmology. 4. baskı, Çin, Elsevier Saunders, 2014, p: 646-652.
3. Thomas BJ, Albini TA. Serous Detachments of the neural retina. İçinde: Ed: Yanoff M, Duker JS. Ophthalmology. 4. baskı, Çin, Elsevier Saunders, 2014, p: 653-659.
4. Liesegang TJ, Skuta GL, Cantor LB. Peripheral retinal abnormalities. Basic and Clinical Science Course Retina and Vitreus. Amerika, 2005, p: 253-275.