

Kronik Retina Dekolmanlı Olgu Serisinde Klinik Özellikler, Tedavi ve Takip Sonuçları

İbrahim Çağrı TÜRKER*, Ceylan Uslu DOĞAN*, Mine ÖZTÜRK**, Dilek GÜVEN*

Öz

Amaç: Kronik veya uzun süreli retina dekolmanı olgularının klinik özellikleri, tedavi endikasyonları ve cerrahi uygulanan olguların tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya kronik retina dekolmanı tanısı konan 21 hastanın 21 gözü dahil edildi. Klinik olarak takip edilen veya cerrahi uygulanan vakalar retrospektif olarak görsel prognoz, anatomik başarı ve retinada meydana gelen değişiklikler açısından incelendi.

Bulgular: Olguların ortalama takip süresi 6-50 ay (ortalama 16,5 ay) idi. Demarkasyon hattı olan 10 olgudan makülası yatışık olan 3 olgu ve maküladan demarkasyon hattı geçen 2 olgu sadece klinik izlemele takip edilirken, 3 olguda maküla yatışık iken; eşlik eden subretinal sıvı varlığı nedeni ile demarkasyon hattının çevresine bariyer lazer uygulandı. 2 olguya 6 aydan uzun süreli maküla dekolmanı varlığına bağlı düşük görsel beklenti nedeni ile operasyon planlanmadı. 11 olguda demarkasyon hattı olup olmaması önemsizden anatomik ve fonksiyonel başarı beklentisiyle 6 olgu subretinal bant, 5 olgu maküla dekolmanı nedeniyle cerrahi endikasyon aldı. Tüm popülasyonda görme keskinlik seviyeleri 12 olguda arttı, 6 olguda değişmedi, 3 olguda azaldı.

Sonuç: Kronik retina dekolmanı olgularında makülanın tutulumu, subretinal bantların varlığı, demarkasyon hattına yakın subretinal sıvı görülmesi anatomik ve/veya fonksiyonel başarıyı etkileyen önemli prognostik faktörlerdir. Bu parametrelere dikkat edilerek klinik takip ve tedavinin yapıldığı olgularda, tekrar eden lazer ve cerrahi işlemler gerekse de görme keskinliğinde artış sağlanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Demarkasyon hattı, Kronik retina dekolmanı, Maküla dekolmanı, Silikon bantsörklaj, Subretinal bant, Vitrektomi

Clinical Features, Treatment and Follow up Results in Chronic Retinal Detachment Cases

Abstract

Objective: Clinical features of chronic or long-term retinal detachment cases, treatment indications and evaluation of treatment results of patients undergoing surgery.

Material and Method: 21 eyes of 21 patients diagnosed with chronic retinal detachment were included in the study. Clinically monitored or surgically treated cases were examined retrospectively for visual prognosis, anatomical success, and changes in the retina.

Results: The mean follow-up period of the cases was 6-50 months (mean 16.5 months). Of the 10 cases with demarcation line; 3 cases with attached macula and 2 cases with demarcation line crossing through the macula were only followed up by clinical monitoring, while in 3 cases barrier laser was applied all around the demarcation line due to the presence of subretinal fluid although the macula was attached. The surgical approach was not planned in 2 cases due to the low visual acuity expectation because of the presence of macular detachment for more than 6 months. 6 eyes with subretinal band and 5 eyes with macular detachment totally 11 eyes were operated with the expectation of anatomical or functional recovery regardless of whether there is a demarcation line or not. In all the population visual acuity was improved in 12 cases, was stable in 6 cases and decreased in 3 cases.

Conclusion: Macular involvement, the presence of subretinal bands, and the presence of subretinal fluid around the demarcation line are important prognostic factors affecting anatomical and/or functional success in patients with chronic retinal detachment. In cases where the clinical follow-up and treatment were performed with paying attention to these parameters, a recovery in visual acuity can be achieved although it is required repeated laser and surgical procedures.

Keywords: Demarcation line, Chronic retinal detachment, Macular detachment, Silicone band cerclage, Subretinal band, Vitrectomy

* Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, ** Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Yazışma Adresi: İbrahim Çağrı Türker, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul. e-posta: drcagriturker@hotmail.com

Geliş Tarihi: 11.05.2020 Revize Tarihi: 26.05.2020 Kabul Tarihi: 18.09.2020

ORCID No: İÇT: 0000-0002-1625-3382, CUD:0000-0003-1621-994X, MÖ: 0000-0003-4544-1021, DG: 0000-0002-1606-9075

Quick Response Kod:	Bu makaleye online erişim
	Website: http://www.medicalnetwork.com.tr • http://www.mnoftalmoloji.com.tr • e-posta: oftalmoloji@medicalnetwork.com.tr
	Bu çalışmanın kaynak olarak gösterimi: Türker İÇ. Doğan CU. Öztürk M. Güven D. Kronik Retina Dekolmanlı Olgu Serisinde Klinik Özellikler, Tedavi ve Takip Sonuçları. MN Oftalmoloji. 2021;28(1):38-43



Copyright©: 2021 Türker ve ark. Bu eser, Creative Commons 4.0 Uluslararası lisansı ile lisanslanmıştır.

Giriş

Primer regmatojenöz retina dekolmanı (RRD) nörosensör-yel retina ve retina pigment epitelinin (RPE) atrofik delik ya-da yırtık zemininde birbirinden ayrılmasıdır. RRD hastalığının ortaya çıkış süresi ve progresyonuna göre iki alt grupta incelenir. Akut RRD sıklıkla ani görme kaybına sebep olduğu için olgular polikliniğe kısa süre içinde başvurur. Merkezi görme kaybı oluşturmeyen RRD'ler ise sıklıkla kronik dönemdeyken yakalanır.¹

Kronik regmatojenöz retina dekolmanı (KRRD) genellikle gençlerde daha sık saptanan, sığ bir dekolmanın görüldüğü ve atrofik retina deliklerinin eşlik ettiği bir formdur. Retinanın uzun süre dekolle olarak kalması nedeni ile tüm retina katlarında progresif atrofi meydana gelebilir.

Kronik regmatojenöz retina dekolmanında retina, düzgün yüzeyli ve yarı şeffaf bir görünüm alır, bazı olgularda dekolle bölgede kistik boşluklar oluşur, dekolman alanında pigment epitelinde atrofi ve depigmentasyon meydana gelebilir.^{2,3} Üç aydan uzun süren dekolmanlarda pigment epitel metaplasiasine sekonder pigmentli veya pigmentless alanlar arasında demarkasyon hattı meydana gelir. Bu hat dekolman alanının bir sınırı olarak görülse de hastalık bu bölgeden progrese olarak arka kutuba doğru ilerleyebilir fakat zamanında müdahale edildiğinde fonksiyonel sonuçları sıklıkla başarılıdır.⁴

Subretinal bantlar KRD'de sık rastlanan ve cerrahi başarısızlığa neden olabilen önemli bir patolojidir. Atrofik retinal delikler, genç yaş, dekolle alanın geniş olması ve dekolman süresinin uzun olması subretinal proliferasyon riskini artıran faktörlerdir.⁵ PVR'nin olduğu RRD'de cerrahi tekniği membranların yerleşimi belirler. Posterior yerleşimli yaygın membranlarda pars plana vitrektomi (PPV) gerekli olmaktadır.

Bu çalışmada KRRD tanısı almış olgularda takip tedavi planının anatomik ve fonksiyonel sonuçlara etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamıza Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği retina birimine başvuran ve KRRD tanısı almış 21 hastanın 21 gözü dahil edildi. Hasta dosyaları retrospektif olarak incelendi.

Daha önce KRRD dışı endikasyonla retina cerrahisi geçiren, akut semptomatik retina dekolmanı olan, oküler ya da sistemik enflamatuvar hastalık öyküsü olan olgular çalışmaya dahil edilmedi. Demarkasyon hattı, subretinal bant varlığı, dekolle alanda dejeneratif retina değişiklikleri olup, hikayesinde 3 aydan uzun süredir görme keskinliği ya da görme alanı kaybı anamnezi olan olgular çalışma grubunu oluşturmuştur.

Tüm hastalara tam oftalmolojik muayene yapıldı. Olguların görme keskinlikleri Snellen eşeline göre, göz içi basınçları pnömotik tonometri ile ölçüldü. Biyomikroskopik muayene bulguları kaydedildi. Fundus muayenesi Goldmann'ın üç aynalı ve kontakt geniş açılı (Quadrospheric, Volk) lensleri ile yapılarak retina dekolman haritaları çizildi. Renkli fundus fotoğrafları çekildi, optik koheans tomografi (OKT) görüntülemeleri (Topcon 3D OCT-2000) yapıldı, foveadaki yapısal değişiklikler kaydedildi. Orbita ultrasonografileri (USG) çekilip anamnez ve klinik bulgularla birlikte KRRD tanısı konuldu.

Subretinal sıvı varlığı nedeniyle bariyer lazer tedavisi gereken olgularda aynı oftalmolog tarafından, Goldmann'ın kontakt geniş açılı lensiyle (Quadrospheric, Volk) prosedür uygulandı. Takipler esnasında gerekli olgularda ek argon lazer seansları planlandı. Zeiss Argon Lazer sistemiyle proparakain hidroklorid %0,5 (Alcaine®) uygulamasını takiben 200 mikron spot çaplı, 120-140 milisaniye devam süresi ve 160-200 miliwatt başlangıç gücünde ve gerektiğinde güç artırımı yapılacak şekilde parametreler ayarlandı. Lazer şutları demarkasyon hattının etrafına 360° olacak şekilde 2-3 sıra atıldı. Cerrahi endikasyon alan olgularda operasyon tekniği, dekolmanın genişliğine, lokalizasyonuna, eşlik eden maküla dekolmanı ve/veya subretinal bantların varlığına göre planlandı. Cerrahi endikasyonu olan hastalarda aynı cerrah tarafından, genel anestezi altında, 23G PPV, silikon band serklaj (SBS) ve silikon yağı ya da gaz enjeksiyonu tamponadı uygulandı. Gerekli olgularda aynı seansta katarakt cerrahisi de eklendi. Cerrahi sonrası dekolmanın nüks ettiği vakalarda ek cerrahi girişim yapıldı.

Çalışmada değerlendirilen ana parametreler görme keskinliği değişiklikleri, makülanın yatışıklığı, subretinal proliferasyonun gerilemesi, demarkasyon hattı etrafındaki subretinal sıvının rezorpsiyonu gibi anatomik ve fonksiyonel sonuçlardı.

Bulgular

Çalışmaya yaş ortalaması 41,0 (9-79) olan 21 hastanın 21 gözü dahil edildi. Çalışma kapsamındaki olguların 11'i erkek 10'u kadındı. Ortalama takip süresi 18,33 ay (6-50 ay) idi. Olguların demografik verileri, ön segment muayeneleri ve ortalama takip sürelerine ait bulgular tablo 1'de gösterilmiştir.

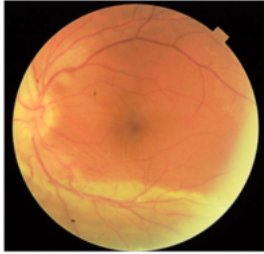
Retina dekolman lokalizasyonu; 2 olguda ¾ üst temporal, 5 olguda ½ alt yarı (Resim 1a/b), 5 olguda ¼ alt temporal (Resim 2a/2b), 1 olguda ¼ alt nazal, 1 olguda ¼ üst nazal, 1 olguda ¼ üst temporal, 5 olguda ½ üst yarı, 1 olguda total dekolman olarak saptandı. Olguların 11'inde perifer retinada atrofik delik, 3'ünde travmaya sekonder diyaliz eşlik etmekteydi. Maküla dekolmanı, subretinal bant varlığı, demarkasyon hattı RRD'nin kronikleşme bulguları olarak kabul edildi.

Tablo 1: Hastaların demografik verileri, ön segment muayeneleri ve takip süreleri

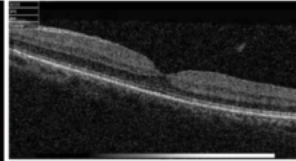
	Cinsiyet	Yaş	Taraf	Takip süresi (ay)	Lens durumu
1	E	50	Sağ	50	Kortikal kesafet
2	E	48	Sağ	6	ASK
3	K	49	Sol	33	ASK
4	E	18	Sağ	9	Fakik
5	K	37	Sol	10	ASK
6	K	9	Sol	6	Fakik
7	E	11	Sağ	7	Psödo fak
8	K	79	Sağ	6	Nükleer kesafet
9	K	76	Sol	4	Nükleer katarakt
10	E	28	Sol	6	ASK
11	E	20	Sağ	6	Fakik
12	E	23	Sol	36	Nükleer kesafet
13	E	38	Sol	60	Kortikal katarakt
14	E	45	Sağ	24	ASK
15	K	55	Sol	12	Fakik
16	K	35	Sol	12	Nükleer katarakt
17	E	44	Sağ	24	Afak
18	K	51	Sağ	24	Fakik
19	K	65	Sol	18	Psödo fak
20	K	42	Sağ	20	Fakik
21	E	38	Sağ	24	Fakik

OLGU 1

Resim 1A: Sol gözün fundus görüntüsü



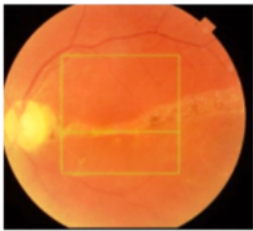
Resim 1B: Sol gözün foveadan geçen yatay OKT kesiti görüntüsü



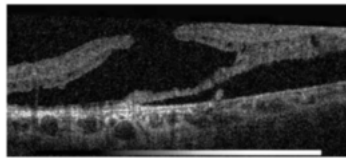
Olgu 1 - Hastanın inferior alandaki dekolmanının makulayı tutmaması ve görme keskinliğinin tam olması nedeni ile hasta klinik izleme alındı.

OLGU 2

Resim 2A: Sol gözün renkli fundus fotoğrafı



Resim 2B: Sol gözün makuladan geçen OKT kesiti



Olgu 2 - Demarkasyon hattı foveadan geçtiği için hasta inoperatif kabul edilerek klinik izleme alındı.

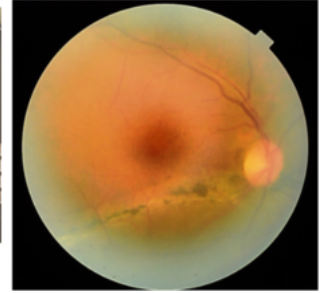
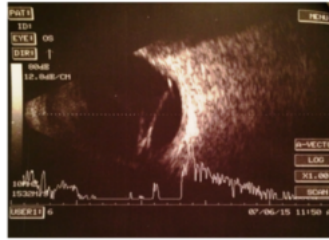
Demarkasyon hattı olan 10 olgudan makulası yatışık olan 3 olgu ve makuladan demarkasyon hattı geçen 2 olgu (Resim 2a/2b) sadece klinik izleme ile takip edilirken 3 olguda makula yatışıkken subretinal sıvı varlığı nedeni ile demarkasyon hattının önüne bariyer lazer uygulandı. 2 olguya, 6 aydan uzun süreli makula dekolmanı varlığına bağlı düşük görsel beklenti nedeni ile operasyon planlanmadı.

Onbir göze cerrahi girişim yapıldı. Demarkasyon hattı olan 5 olgudan 3'ünde makula dekolmanı varlığı 2'sinde ise subretinal bant varlığı cerrahi endikasyonu oluşturdu. Demarkasyon hattı olmayan 6 olgunun 4'ünde subretinal bant varlığı (1 olguda diyaliz eşlik etmekteydi) 2'sinde ise makulada dekolman varlığı cerrahi endikasyonu oluşturdu (Resim 3a/3b). İlk cerrahi girişimde 4 hastaya silikon bant sörklaj (SBS) + pars plana vitrektomi (PPV) + silikon yağ enjeksiyonu yapıldı. 2 hastaya SBS+PPV+gaz enjeksiyonu uygulandı. 1 hastada retinektomi yapılırken 4 hastada subretinal bant ekstraksiyonu uygulandı. Nüks dekolman olan 3 olguya tekrar cerrahi tedavi uygulandı. Olguların tamamında lens kesafeti değerlendirilerek gerekli olgularda katarakt ekstraksiyonu ile kombine cerrahi yapıldı.

OLGU 3

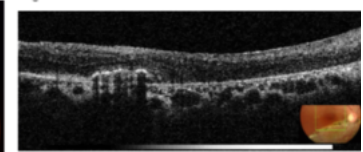
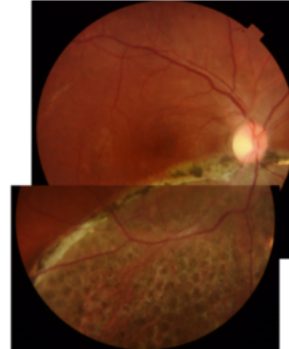
Resim 3A

Preoperatif ultrasonografi ve renkli fundus fotoğrafı



Resim 3B

Silikon alındıktan sonra renkli fundus fotoğrafı ve makula OCT



Olgu 3: Demarkasyon hattını geçen sıvı nedeni cerrahi uygulanan hastanın preoperatif ve postoperatif görüntüsü

Çalışmada araştırılan ana parametreler anatomik başarı ve final görme keskinlikleri idi. Tüm hastalarda son kontrol muayenesinde retina yatışık ve anatomik başarı sağlandı. Takip

süresi sonunda görme keskinliği 12 olguda arttı, 6 olguda değişmedi, 3 olguda azaldı. Demarkasyon hattı, maküler dekolman ve subretinal bant olan hastalarda uygulanan lazer veya cerrahi girişimlere görme keskinliklerindeki değişiklik ve anatomik başarı sonuçları tablo 2’de gösterilmiştir.

Tartışma

Retina dekolmanı nörosensoryel retinanın, retina pigment epitelinden ayrılmasıdır; traksiyonel, regmatojenöz ve eksüdatif olmak üzere 3 ayrı alt tipi vardır. RRD en sık görülen tip olup, likefiye vitreus kökenli sıvının, duyuşal retinadaki bir yırtıktan subretinal aralığa geçerek duyuşal retinanın ayrışması ile oluşur. KRRD daha az rastlanan bir formdur. Genç yaş, miyopi, inferior yerleşimli küçük retinal delikler ve dejenerasyonlar sık görülen risk faktörleri olmakla birlikte retinal mikrokistler ve neovaskülarizasyonlar da KRRD’nin nadir nedenleri arasında sayılabilmektedir.⁶⁻⁸

Retina dekolmanının gelişim hızı ve büyüklüğü; delik formasyonuna ve likefiye vitreusun subretinal alana geçiş süresine bağlıdır. Akut retina dekolmanı sıklıkla arka vitreus dekolmanına sekonder gelişen at nalı yırtıklar nedeniyle oluşurken, KRRD ise genelde atrofik delikler nedeniyle oluşmaktadır.⁹ Bu deliklerin sınırları yuvarlak ve keskin olup oluşumunda sıklıkla retinal dejenerasyonlar suçlanmakta iken, arka vitre dekol-

manı kronik dekolmanlı olgularda sadece %14 oranında saptanmıştır.¹⁰

Üst retinal yarı yerleşimli delik ya da yırtıklar sıklıkla akut dekolman tablosu ile başvururken, alt yarı yerleşimliler kronik dekolmana neden olabilmektedir. İnferior yerleşimli deliklerde subretinal alanda biriken sıvı makülayı geç dekolle ettiği için genelde geç bulgu verir ve kronik bir tablo oluşturur.¹¹

Uzun süreli veya KRRD’de atrofik retina, dejeneratif retina kistleri, göz hareketleri ile dekolmanda hareketsizlik, subretinal membranlar, demarkasyon hattı gibi retinal değişikliklere rastlanabilir. Subretinal proliferasyon, subretinal sıvının görme merkezine ilerleme olasılığı, maküla dekolmanı varlığı ve başlangıç görme keskinliği prognozda önemli faktörlerdir.

Retina dekolmanlarında preoperatif görme keskinliği, maküla dekolmanının süresi ve dekolman yüksekliği, yaş ve refraksiyon kusuru fonksiyonel iyileşmeyi etkileyebilecek faktörlerdir.^{12,13} Final görme keskinliğini etkileyen en önemli faktörler; maküla dekolmanının süresi, erken tanı ve erken planlanmış cerrahi olarak sayılabilir.¹⁴ RRD’de yüksek anatomik başarı oranının aksine makülanın uzun süre dekolle kaldığı olgularda görme keskinliğinde sınırlı düzelme görülebilmektedir.^{15,16} Preoperatif görme keskinliği daha iyi seviyelerde iken cerrahiye alınan olguların postoperatif fonksiyonel başarı oranının yüksek olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir.¹⁷

Tablo 2: Görme keskinliği değişimi, kronik dekolman bulguları, lazer ya da cerrahi girişim varlığı

	İlk GK	Son GK	Maküla dekolmanı	Demarkasyon hattı	Demarkasyon hattı önünde srs	Subretinal bant	LFK	Cerrahi girişim	Ek cerrahi girişim
1	1,0	1,0	Yok	Var	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
2	1mps	0,4	Yok	Var	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
3	0.05	0,2	Yok	Var	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
4	1mps	1mps	Yok	Var	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
5	EHS	EHS	Yok	Var	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
6	0.05	0,1	Yok	Var	Var	Yok	Var	Yok	Yok
7	0,3	0,3	Yok	Var	Var	Yok	Var	Yok	Yok
8	0,1	0,2	Yok	Var	Var	Yok	Var	Yok	Yok
9	20cmps	10cmps	Var	Var	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
10	0.05	0,05	Var	Var	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
11	3mps	0,2	Var	Var	Yok	Yok	Yok	Var	Yok
12	0.05	0,05	Var	Var	Yok	Yok	Yok	Var	Yok
13	1mps	0,1	Var	Var	Yok	Yok	Yok	Var	Yok
14	2mps	0,2	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Var
15	3mps	0,2	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
16	0.05	0,1	Yok	Yok	Yok	Var	Yok	Var	Yok
17	EHS	4mps	Yok	Yok	Yok	Var	Yok	Var	Var
18	0,1	0,3	Yok	Yok	Yok	Var	Yok	Var	Yok
19	0,1	0,05	Yok	Yok	Yok	Var	Yok	Var	Yok
20	EHS	0,1	Var	Yok	Yok	Yok	Yok	Var	Yok
21	0,1	4mps	Var	Yok	Yok	Yok	Yok	Var	Var

GK: Görme keskinliği, mps: Metreden parmak sayma, SBS: Subretinal sıvı varlığı, LFK: Lazer fotokoagülasyon

Bu çalışmada KRRD'li olgularda başlangıç görme keskinliği ve maküla dekolman süresine ek olarak subretinal proliferasyon ve demarkasyon hattı komşuluğunda subretinal sıvı varlığında erken tedavi planının da prognozu olumlu yönde etkilediğini tespit ettik.

Uzun süreli retina dekolmanlarında subretinal membranın veya bandın kronik kontraksiyonu starfold oluşumuna sebep olabilir. KRRD'de starfold oluştuğunda cerrahi zorlaşır, rodlar ve konlar hasar gördüğü için prognoz kötüdür, anatomik ve fonksiyonel başarı elde etmek zordur. Özellikle hiyaloidin ayrıldığı genç hastalarda PPV sonrası hiyaloidin yapışık kaldığı alanlarda proliferasyon meydana gelir, anterior traksiyon ve postoperatif proliferatif vitreoretinopati (PVR) gelişimi ile sonuçlanır.⁹ PVR, yırtıklı dekolmanların %5-10'unda gelişebilir; büyük ve multipl yırtık, üveit varlığı, afaki, vitre hemorajisi, koroid dekolmanı varlığı, uzun süreli veya RRD varlığı PVR gelişim riskini artırmaktadır.^{9,18}

Kothari ve arkadaşları¹⁹ subretinal bantların eşlik ettiği kronik dekolmanlı olgularda subretinal bantların ekstraksiyonunun retina yatışması için şart olmadığını bildirmişlerdir. Yao ve ark.'nın⁹ yaptığı retrospektif çalışmada konvansiyonel retina cerrahisi uygulanan 36 hastanın 40 gözü değerlendirilmiştir. Uzun süreli RRD ve subretinal proliferasyonu olan ve skleral çökertme uygulanan gözler çalışmaya dahil edilmiştir. Ortalama 13.8 ay süreli takibi olan olgularda sadece konvansiyonel yöntem olan skleral çökertme ve serklaj bant uygulaması ile %90 başarı sağlanmıştır. Son kontrolde %77,5 olguda görme keskinliğinin 5/100'ün üzerinde olduğu bildirilmiştir.⁹ Ancak çalışmamızda subretinal membranları disseke edilen olgularda anatomik ve fonksiyonel başarının erken dönemde elde edildiği tespit edildi.

Kronik regmatojenöz retina dekolmanında zamanla demarkasyon hattı gelişebilmektedir. Demarkasyon hattı kronik vaka tanımlaması için değerli iken bu hat her zaman dekolmanın önünde bir bariyer oluşturamamakta ve subretinal sıvı ilerleyebilmektedir. Jarret ve ark.²⁰ 16 olguluk RRD'li vaka serilerinde demarkasyon hattı olan 7 olgunun 3'ünde klinik takip esnasında dekolmanın ilerlediğini saptamışlar ve operasyon planlamışlar, demarkasyon hattının dekolmanın ilerlemesini önlemede

bariyer oluşturmadığını bildirmişlerdir. Yao ve ark.⁹ perifer retinada subretinal sıvının eşlik ettiği RRD'li olgularda, dekolman alanı sınırlı olduğunu, hafif görme bozukluğuna sebep olsa bile fotokoagülasyonla baraj lazer uygulaması ve yakın izlemin önemini vurgulamışlardır. Lazer uygulaması sonrası subretinal sıvı genelde spontan olarak emilmektedir, sıvı drenajına gerek kalmamaktadır. Çalışmamızda demarkasyon hattı komşuluğunda subretinal sıvısı olan olgularda tanı anında baraj lazer uygulanmış ve bu olgularda dekolman alanının arka kutba ilerlemediği, subretinal sıvının spontan rezorbe olduğu ve retinanın yatıştığı gözlemlenmiştir.

Sonuç

Literatürde de görüldüğü gibi KRRD uzun süre sessiz kalabilen bir patolojidir. Periferik yerleşim hastanın asemptomatik kalmasına ve geç başvurmasına neden olabilmektedir. Makülanın korunduğu daha iyi görme keskinlik seviyelerine sahip olgularda ve erken cerrahi uygulanan kronik yırtıklı dekolmanlarda prognozun olumlu seyrettiği bildirilmiştir. Demarkasyon hattı varlığı ve subretinal bantların prognoza etkisiyle ilgili farklı düşünceler vardır. Çalışmamızda maküla dekolmanı, başlangıç görme keskinliği, erken planlanan cerrahi tedaviye ek olarak subretinal sıvının olduğu demarkasyon hattının çevresine baraj lazer uygulamasının ve subretinal bantların teşhisten sonraki erken dönemde ekstraksiyonunun anatomik ve fonksiyonel başarıda olumlu prognostik faktörler olduğunu saptadık. Bu parametrelere dikkat edilerek klinik takip ve tedavinin yapıldığı olgularda, tekrar eden lazer ve cerrahi işlemler gerekse de görme keskinliğinde artış sağlanabilmektedir. KRRD'de prognostik faktörler ve tedavi algoritması basamaklarının belirlenebilmesi için daha geniş vaka serilerini içeren uzun süreli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yazarlar arasında çıkar çatışması olmadığı ve çalışma için finansal destek alınmadığı bildirilmiştir.

Yazarların çalışmaya katkıları: İÇT: Tasarım, denetleme ve danışmanlık, veri toplama ve işleme, makale yazımı, malzemeler. CU: Veri toplama ve işleme, makale yazımı, malzemeler.

MÖ: Analiz ve yorum, kaynak tarama. DG: Fikir, kavram, makale yazımı, eleştirel inceleme, kaynaklar ve fon sağlama.

Kaynaklar

- Koçak N. Kaya M. Öztürk T. Bolluk V. Kaynak S. Demarcation Laser Photocoagulation for Subclinical Retinal Detachment: Can Progression to Retinal Detachment Be Prevented? Turk J Ophthalmol. 2019;49(6):342-6.
- Kumar V. Vivek K, Chandra P. Kumar A. Ultrawide Field Imaging of Multiple Intraretinal Cysts in Old Rhegmatogenous Retinal Detachment. Oman J Ophthalmol. 2016;9(3):191-2.
- Tripathy K. Bypareddy R. Chawla R, Kumawat B. Optical Coherence Tomography Follow-Up Of An Unusual Case Of Old Rhegmatogenous Retinal Detachment With A Hemorrhagic Macrocyst At The Macula. Ophthalmic Surg Lasers Imaging Retina. 2015;46(10):1058-60.
- Parmar DN. Asaria RH. Luthert P. Chateri DG. Chroidal Neovascularisation at a Demarcation Line: An Immunological Study. Br J Ophthalmol. 2000;84(8):928-30
- Fang W. Li JK. Jin XH. Dai YM. Li YM. Predictive Factors For Postoperative Visual Function of Primary Chronic Rhegmatogenous Retinal Detachment After Scleral Buckling. Int

- J Ophthalmol. 2016;9(7):994-8.
6. Yu-Min L. Wei F. Xiao-Hong J. Jiu-Ke L. Jing Z. Li-Guo F. Risk Factors Related To Chronic Rhegmatogenous Retinal Detachment. Int J Ophthalmol. 2012;5(1):92-6.
 7. Labriola LT. Brant AM. Eller AW. Chronic Retinal Detachment With Secondary Retinal Macrocyst and Peripheral Neovascularization. Semin Ophthalmol. 2009;24(1):2-4.
 8. Erdöl H. Uzlu D. Kola M. Characteristics and Seasonal Variations of Rhegmatogenous Retinal Detachment in the Eastern Black Sea Region of Turkey: 8-Year Results. Turk J Ophthalmol Apr. 2020;50(2):94-8.
 9. Yao Y. Jiang L. Wang ZJ. Zhang. Scleral Buckling Procedures For Longstanding Or Chronic Rhegmatogenous Retinal Detachment With Subretinal Proliferation. Ophthalmology. 2006;113(5):821-5.
 10. Ung T. Comer MB. Ang AJ. et al. Clinical Features And Surgical Management Of Retinal Detachment Secondary To Round Retinal Holes. Eye (Lond). 2005;19(6):665-9.
 11. Byer NE. Subclinical Retinal Detachment Resulting From Asymptomatic Retinal Breaks: Prognosis For Progression And Regression. Ophthalmology. 2001;108(8):1499-503.
 12. Çetin EN. Scanlon C, Saxena S, Akduman L. Makülanın Tutulduğu Regmatojen Retina Dekolmanında Görsel Sonuçlar ve İlişkili Faktörler. Ret-Vit. 2013;21(3):183-8.
 13. Yüksel K. Göker YŞ. Özveren M. Çelik HU. Yazıcı. AT. Regmatojen Retina Dekolmanı Tedavisinde Pnömatik Retinopeksi Başarısına Etki Eden Faktörler. Dicle Tıp Derg. 2016;43(2):305-9.
 14. Lo WR. Kim SJ, Srivastava SK. Timing of detachment surgery. Ophthalmology. 2008;115(3):586-7.
 15. Lai CT. Kung WH. Lin CJ. et al. Outcome of Primary Rhegmatogenous Retinal Detachment Using Microincision Vitrectomy and Sutureless Wide-Angle Viewing Systems. BMC Ophthalmol. 2019;19(1):230.
 16. Lewis GP. Talaga KC. Linberg KA. Avery RL. Fisher SK. The efficacy of delayed oxygen therapy in the treatment of experimental retinal detachment. Am J Ophthalmol. 2004;137(6):1085-95.
 17. Shah R. Byanju R. Pradhan S. Ranabhat S. Factors Affecting the Outcome of Scleral Buckling Surgery for Primary Rhegmatogenous Retinal Detachment. J Ophthalmol. 2018;2018:9016302.
 18. Hocaoglu M. Karaçorlu M. Proliferatif Vitreoretinopatiye Pars Plana Vitrektomi. T Klin J Ophthalmol Spec Top. 2017;10(2):105-10.
 19. Kothari N. Kuriyan AE. Flynn HW Jr. Spectral Domain Optical Coherence Tomography Imaging Of Subretinal Bands Associated With Chronic Retinal Detachments. Clin Ophthalmol. 2016;10:467-70.
 20. Jarrett WH II. Retinal detachment: Is reparative surgery always mandatory? Trans Am Ophthalmol Soc. 1988;86:307-20.