

LAMELLER KERATOPLASTİ

Dr. Gülhan SLEM (*)

Lameller keratoplastinin çeşitli kullanılma alanları gözden geçirilmiş, sınırlı ve mental bozukluğu olanlarda, ieri nistagmuslarda, tek gözli şahıslarda ve afaklarda tercih edildiğine işaret edilmiştir. Oftalmolojide kendine has yerini alma yolunda bulunduğu ve cerrahlar için kıymetli bir teknik olduğu belirtilmiştir.

Bulbus okulinin önünde yüksek kırma kudretine malik, saydam, damarsız bir örgü olan korneada iltihap ve yaralanmalardan sonra husule gelen sikatrisler saydamlığı bozarak çeşitli lekelerin meydana gelmesine sebep olurlar. Makula, lökom gibi isimler verilen bu kornea lekeleri büyüklük, kalınlık ve bulunduğu yere göre çeşitli optik ve estetik bozukluk yaratır. Bu lekeleri tedavi için çeşitli ilaçlar, estetik amaçla çini mürekkebiyle tatuaj, altın klorür ve platin klorürle yayma ve dilim şeklinde lameller boyamalardan iyi sonuçlar alınamamıştır (1, 2). Sınırlı bir fayda sağlayan optik iridektomi ve keratektomi (3) yerini bugün keratoplastiye terketmiş durumdadır.

Keratoplasti son 30-40 yıl içinde hayat bulup gelişmiştir. Opa kornea parçasını daha doğrusu hatalı korneayı şeffaf korneayla değiştirme olarak tarif edilen keratoplasti, son yıllara kadar

daha çok penetran şekilde tatbik edilmekteydi. Fransada Paufigue'in çabaları, geliştirdiği teknik ve aldığı iyi sonuçlar bu tip müdahaleye ilgi gösterilmesine yol açmıştır. Amerikada, da bir süre birlikte çalıştığım King'in önderliğiyle metod geliştirilip yayılma yoluna girmiştir.

Lameller keratoplastide desme zarı perfore edilmeden kornea kalınlığının yarısı ve hatta daha fazlası değiştirilebilir. Ön kamera açılmadığı için penetran tip ameliyatlarda görülen iris prolapsusu, ön kamera teşekkül etmemesi, ön yapışıklıklar, göz içi infeksiyonu gibi sonunda glokoma ve hatta gözün kaybına kadar götüren komplikasyonlar görülmez. Bu tip müdahale sonunda gözün ameliyattan evvelki durumuna nazaran daha kötü bir hale gelmesi son derecede nadirdir. Ayrıca, hastanın yatakta hareketsiz kalma zorunluğu olmaması, erkenden kalkıp gezebilmesi, hasta-

hanede çok az bir zaman kalması ekonomik ve psikolojik yönden avantaj sağlamaktadır.

Lameller keratoplasti indikasyonları optik, preparatuvar, terapötik, estetik olmak üzere 4 grupta toplanabilir. Optik maksatla yapılan müdahaleler opasitenin korneanın yüzeyel bölgelerini tuttuğu hallerde iyi sonuç verir. Bilhassa desme zarı attake olmamışsa optik sonuç hemen hemen penetrandaki kadar iyidir. Üstelik ciddi komplikasyonların bulunmayışı, böyle vak'alarda penetran keratoplastiye tercih ettirici niteliktedir. Bilhassa, tek gözlü hastalarda, çocuklarda, çok yaşlılarda, fazla asabi şahıslarda ve mental durumu uygun olmayanlarda, afaklarda, ileri derecede nistagmusu bulunanlarda tercih edilmelidir (4). Lameller keratoplastiden iyi sonuç alınan indikasyonlar şöyle sıralanabilir: Yüzeyel lökcomlar ve opasiteler, çok sayıda yabancı cisimler, band şeklinde keratopati, distrofiler, aktif olmayan sifilitik ve tüberküloid keratit, yüzeyel rosase keratit, nüksler gösteren pterijum, yüksek miopi, hipermetropi ve astigmatizmaların düzeltilmesi (Keratomileusis).

Preparatuvar (tektonik, rekonstruktif) lameller keratoplasti korneanın anatomik ve fizyolojik yapısını restore ederek veya düzelterek daha sonra yapılacak olan penetran keratoplastiye bir hazırlık teşkil eder. Ayrıca, prognozu şüpheli veya müsait olmayan vak'alarda, önce konan lameller bir greft sonradan yapılacak penetran keratoplasti için bir test olarak da kullanılabilir. Eğer lameller greft şeffaf kalmamışsa penetran greftinde başarı sağlayamayacağı düşünülebilir. Preparatuvar indikasyonlar şunlardır: Çok vaskülarize

lökcomlar, şimik yanıklar, aktif interstisiyel keratit, üveit ve trahoma bağlı diffüz lökcomlar, çok ileri keratokonuslar. Çok vaskülarize korneada veya aktif interstisiyel keratit vak'alarında, penetran greft konursa kornea kısa bir süre sonra bulanmaktadır. Bunlara evvela lameller greft konur ve yeni teşekkül eden damarlara beta radyasyon tatbik edilirse, bilahare yapılacak penetran keratoplasti başarılı olmaktadır.

Çok ileri keratokonuslarda, kornea koninin dışında da incelleme göstermektedir. Bu yüzden, konan grefonla ana kornea eş kalınlıkta olmadığından iyi bir appozisyon sağlanamamaktadır. Aradan sızan hümmör aköz korneayı daha doğrusu yeni konan grefonu bulandırarak ameliyatı başarısız kılar. Bu durumu klinikte önceleri iyi seyreden vak'aların sütür alındıktan sonra ve bilhassa hastaların iki gözünün sarılmadığı, erkenden yataktan çıkarıldığı vak'alarda sıklıkla müşahade etmiş bulunuyoruz. Böyle vak'alarda genişçe bir lameller greft konarak kornea normal kalınlığına eriştirilirse, sonradan yapılacak olan penetran müdahale çok iyi sonuç vermektedir. Penetran greft bu şartlarda 5-6 mm gibi küçük greftler şeklinde olabilir. Halbuki başlangıçta penetran müdahale yapılırsa, grefonun büyüklüğü 7-8 mm den az olmayacaktır. Grefon büyüdükçe komplikasyonların artacağı da şüphesizdir. Kaldı ki, fazla derin ve geniş opasite göstermeyen vak'alarda lameller keratoplastiyle penetranla elde edilen derecede bir görme de sağlanmaktadır.

Terapötik (trofik) amaçla uygulama lameller keratoplastinin en önemli bir yönünü teşkil eder. İlerleyici,

kronik ve nüksedici, diğer tedavilere cevap vermeyen kornea hastalıkları bu guruba girmektedir. Hem görmenin ve hem de gözün kaybına sebep olabilen bu tip hastalıklarda lameller keratoplasti çok faydalı olabilmektedir. Progressif ülseratif keratit, herpes simpleks ve herpes zosterle meydana gelen reküran keratitler, etiolojisi bilinmeyen reküran keratitler, ulcus serpens, Mooren ülser, aktif sifilitik ve tüberküloid intertisiyel keratit, nükseden malign pterijum, tümörler, postoperatif distrofik keratit, kornea fistülü, desmetosel, terapötik lameller keratoplastinin indikasyon alanına girerler. Bunların arasında daha az verimli olanları; Mooren ülser, postoperatif distrofik keratitlerdir. Ön kameranın darlığı veya hiç olmaması yüzünden ileri gelen teknik güçlüklerden ötürü, desmetosel ve kornea fistülü vak'alarında lameller keratoplasti tavsiye edilmekte ise de, klinik tecrübe ve müşahadelerimiz böyle vak'alarda penetran müdahalenin daha başarılı olduğunu göstermiştir.

Ameliyat için hem taze ve hem de muhafaza edilmiş kornealar kullanılabilir. İster dondurma, dessikasyon, şimik gliserin dehidratasyonu gibi usüllerle konserve edilmiş kornealar kullanılabilir (6) isterse taze kornealar kullanılabilir, aynı olumlu sonuç alınmaktadır. Yalnız, optik amacın hakim olduğu vak'alarda taze, terapötik amacın birinci planda tutulduğu vak'alarda da konserve greftlerin tercihi daha uygun düşmektedir. Konserve greftlerde protein strüktüründeki değişiklik sonucu antijen antikör reaksiyonlarının ve postoperatuvar vaskülarizasyon

ve inflamasyonun az ve hafif olduğu burada rol oynamaktadır.

Çeşitli ameliyat teknikleri vardır. Başlıcaları santral, periferik, kornea-skleral tip lameller keratoplastilerdir. Santral tipte preparatuvar lameller sonra santral penetran, santral penetranla birlikte lameller (mantar biçimi), çeşitli derinlikte lameller, lameller bir yatakta tam kalınlıkta grefon, interlameller, posterior lameller gibi çeşitli ameliyat metodları vardır. Lameller bir yatak içine bütün kalınlığı ile kornea konması, tedaviye cevap vermeyen bülöz keratopatilerde az çok başarı ile kullanılmıştır. Bu vak'alarda greftin taze olması şarttır. İnterlameller tatbikat sadece eksperimental heterogreflerde yapılmaktadır. Posterior lameller keratoplasti mahdut sayıda kornea guttata ve ağır Fuchs distrofilerinde denenmiştir.

Periferik lameller greftlere gelince; nüks gösteren pterijum ve santral opasitenin beraber bulunduğu vak'alarda santral penetran greft ile kombine periferik lameller, nüksedici pterijumlarda semilunar veya semisirküler, keza pterijumlarda ve limbus tümörlerinde annüler strip, ağır marginal dejenerasyon ve geniş Mooren ülserlerde at nalı biçimi annüler greftler tatbik edilmektedir. Dik kenarlı kare veya dikdörtgen biçimindeki greftler kornea kurbürüne uymadıklarından ve ileri derecede astigmatizma yaptıklarından ötürü pek kullanılmamaktadır.

Kornea skleral greftler ise; taç biçimi (total) veya annüler strip veya semilunar greft şeklinde olurlar. Kornea

ve sklerayı birlikte tutan iltihabi, dejenaratif ve tümöral hadiselerde tatbik edilen bu müdahalelerle bir çok kaybolacak gözü yerinde tutmak ve hatta görme sağlamak mümkün olmaktadır.

Lameller keratoplastinin post operatuvar devrede görülen komplikasyonları penetrana nazaran daha az ve hafiftir. Bunlardan infeksiyon özel bir durum göstermez. Terapötik amaçla yapılan ameliyatlarda sık olarak vaskülerizasyon ortaya çıkar. Bu damarlardan lameller arasına hemorajiler olabilir. Az olan hemorajiler absorbe edilirse de fazla olanlarda grefti çıkarıp yerine yenisini koymak gerekebilir. Ameliyattan önce ve ameliyat sırasında, görülen damarların koterizasyonu bu komplikasyonun belirmesine bir dereceye kadar mani olabilir. Klinik tecrübelerimiz binoküler bandajın erken açılmasının sütürlerin irritasyonu ile de hemorajileri provoke ettiği kanısına götürmüştür. Bu yüzden iki göze birden tatbik edilen sargının veya kapatmanın 6. günden evvel kaldırılmaması uygun ve faydalı olacaktır.

Ayrıca inter lameller mesafeye doğru uzanma gösteren, sadece endotelden ibaret olan damarlar fazla bulunduğu takdirde, Strontium 90 aplikatörüyle yapılan beta radyasyon çok iyi sonuçlar verir.

Ana kornea ile konan kornea arasında bir fibrozis husule gelerek görmeyi düşürücü tesir yaptığı kanaati, lameller keratoplasti aleyhine ileri sürülen bir kusur diye kabul edilmekteydi. Şahsi müşahadelerimiz ve bazı otörlerin beyanı böyle bir durumun bulunmadığını ortaya çıkarmıştır^(7,8). Belki de, son yıl-

larda geniş ölçüde tatbik sahası bulmuş olan kortikosteroidlerin bunda bir hissesi vardır.

Lameller greftlerde grefon hastalığı gibi immün reaksiyonlar çok nadirdir. Ancak, vaskülerize bir kornea yatağına greft konduğu zaman ortaya çıkar. Reaksiyonlar, erkenden antihistaminikler ve kortikosteroidlerle durdurulursa kornea tekrar şeffaflaşır. Fakat, uzun süren, kontrol edilmeyen vak'alarda fibrozis ve vaskülerizasyon sebebiyle kornea şeffaflığını kaybeder ve görme çok bozulur.

Bazı distrofillerde, keratitlerde, Mooren ülserinde ve bazan tümörlerde yeni konan greft üzerinde de nüks husule gelebilmektedir. Fakat bütün bunlara rağmen lameller keratoplastilerde penetrana nisbetle komplikasyonlar hem çok az ve hem de çok hafif seyretmektedir⁽⁹⁾.

Lameller keratoplasti, yurdumuzda 3 seneye yakın bir zamandan beri tatbik edilmeğe başlanmıştır. Oldukça az ve hafif komplikasyonları olan, hasta ve hastane için ekonomik faydalar sağlayan, çocuklarda, çok yaşlı ve sinirli şahıslarda, afaklarda, arıza vermeden tatbik edilebilen, her türlü gözün kullanılabilirdiği bu ameliyat gitgide yayılmaktadır. Memleket oftalmolojisinin ve oftalmologların bu değerli metodu kısa zamanda benimseyip tatbik edeceklerine içten inanmaktayız.