

BLEFAROPTOZİS KORREKSİYONUNDA MEDİAN BAZLI ORBİKULARİS OKULİ KAS FLEPLERİ İLE FRONTAL ASKI

A.Eksal KARGI¹, Asuman NALÇA¹, Tayfun AKÖZ², Şebnem KARGI³, Bülent ERDOĞAN⁴

Çalışmamızda; yaşları 7-11 arasında birisi kız, diğer ikisi erkek ve levator fonksiyonu kötü olan; dolayısı ile frontal askı gerektiren konjenital blefaroptozisli üç hastada median bazlı bilateral orbikularis okuli kas flepleri kullanılmıştır. Bu flepler üst göz kapağında oluşturulan tünellerden geçirilerek frontal kasa suture edilmiş, böylece innerve olmayan kas flepleri ile kapağın yukarı çekilmesini sağlayan askı fonksiyonu elde edilmiştir. Transvers deri adası eksizyonu ile levator kasının taşıdığı yük azaltılırken, flep donör sahalarının invert edilerek kapatılması ile belli belirsiz olan supratarsal katlantı daha belirgin hale getirilmiştir. Bu teknik ile kötü levator fonksiyonlu hastalarda kabul edilir düzleme sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler : Blefaroptozis , Göz Kapağı, Obikularis Okuli, Kas Flebi, Frontal Askı

FRONTAL SUSPENSION WITH MEDIANLY BASED ORBICULARIS OCULI FLAP FOR BLEPHAROPTOSIS CORRECTION

In three patients between the ages of 7 and 11, medially based orbicularis oculi muscle flaps were used bilaterally. These patients had congenital ptosis and weak levator muscle functions for which they required frontal suspension. These flaps were sutured to the frontalis muscle through the tunnels constructed within the eyelid. A sufficient function of suspension was achieved so that eye lid was able to be opened by the help of non-innervated muscle flaps. A shortening in the vertical axis of eyelid was achieved through a transversely excised skin island. Supratarsal fold was formed by inverting the flap donor areas. We achieved acceptable levels of correction in the patients with weak levator muscle functions.

Key Words : Blepharoptosis, Eye Lid, Orbicularis Oculi, Muscle Flap, Frontal Suspension

Konjenital blefaroptozis; levator kasında doğum esnasında mevcut olan anatomik, fonksiyonel veya distrofik değişikliklerle birlikte ve sıklıkla unilateraldir^{1,2}. Tanı, fizik muayene ve anamnezle konur². Tipik bulguları göz kapağının aşağıda olması, levator fonksiyonunun yetersizliği, supratarsal katlantının belli belirsiz oluşu ve kirpiklerin az oluşudur³⁻⁶. Konjenital blefaroptoziste cerrahi yaklaşımda temel konu, levator kas fonksiyonudur. Levator fonksiyonu kötü olan hastalarda frontal askı ilk seçilecek yöntemdir^{3,7,8}. Bu operasyonun prensibi göz kapağının, frontal kasa bir askı yardımı ile asılmasıdır. Dransart⁹ tarafından 1880 yılında deri altından geçirilen sütürlerin kapağı kaşa tesbit etmesi ile başlayan bu yöntemler, Panas'ın¹⁰ 1886 tarihinde dezepitelize deri şeritleri ile kapağı frontal kasa asmasıyla devam etmiştir. Bu yöntem otojen dokunun askı için kullanıldığı bilinen ilk örnektir. Payr modern tekniklerin öncüsü olan ve günümüzde sıklıkla kullanılan fasya lata süspaniyonunu 1909 yılında ilk kez kullanmıştır¹¹. Bu amaçla daha sonraları çeşitli implantlar, sütür materyalleri kullanılmıştır^{1,3,8}. Çalışmamızda otojen bir doku olması ve aynı cerrahi bölge içerisinde kalınması nedeni ile median bazlı, medial ve lateral orbikularis okuli kas fleplerini kullandık ve bu teknik ile aldığımız sonuçları sunduk.

GEREÇ ve YÖNTEM

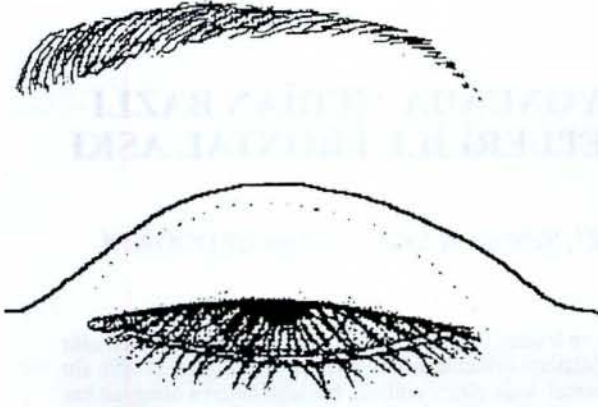
Olgularımızda ptosis düzeyi, primer pozisyonda (ileriye bakış) üst göz kapağının limbusu ne kadar geçtiği ölçülerek saptanmıştır (1-2 mm: hafif; 3mm: orta; 4 mm: ağır). Levator fonksiyonu ise; aynı pozisyonda, aşağı bakış ile yukarı bakış arasında elevasyon miktarı ölçülerek belirlenmiştir. Bu işlemler esnasında, hastanın ilgili taraftaki kaşı hekimin başparmağı ile hareketsiz halde tutulmaya çalışılmış ve sağlıklı sonuçlar alabilmek için ölçümler bir kaç kez tekrarlanmıştır. Levator kas fonksiyonu 0-4 mm ise zayıf, 5-7 mm ise orta derecede, 8-10 mm ise iyi ve 13-15 mm arasında ise mükemmel olarak derecelendirilir^{3,6}.

Cerrahi sonuç; iyi, marjinal veya kötü olarak değerlendirilmiştir. Çene yukarı baş pozisyonunun düzelmesi, normal ve simetrik göz kapağı konturu, frontal kas kuvveti olmaksızın 2 mm ve daha az rezidüel ptosis iyi cerrahi sonuç olarak kabul edilmiştir. Çene yukarı baş pozisyonunun yok olması, kabul edilebilir göz kapağı konturu, 2-3 mm rezidüel ptosis marjinal cerrahi sonuç olarak kabul edilmiştir. Bunların dışındaki bulgular kötü cerrahi sonuç olarak değerlendirilmiştir.

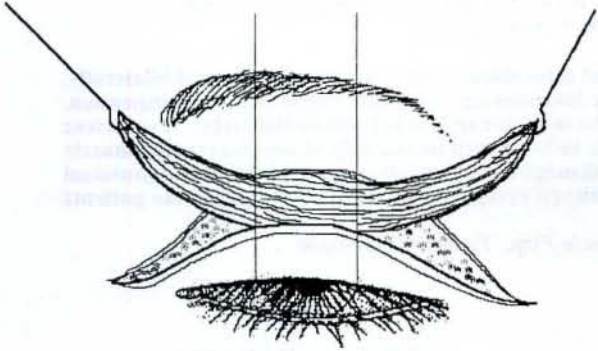
Cerrahi Teknik :

Üst göz kapağı serbest kenarının 5-7 mm yukarisından medial kantustan laterale uzanan blefaroplasti insizyonuna benzer işaretleme yapılır. Çizime uyan insizyon tamamlanır, orbikularis okuli kas seviyesinde

¹ Ankara Numune Hastanesi 1. Plastik Cerrahi Kliniği Uzmanı, ² Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Klinik Şefi, Doç.Dr., ³ Ankara SSK Göz Hastalıkları Merkezi ve Göz Bankası, Uzmanı, ⁴ Ankara Numune Hastanesi 1. Plastik Cerrahi Kliniği Şefi, Doç. Dr.

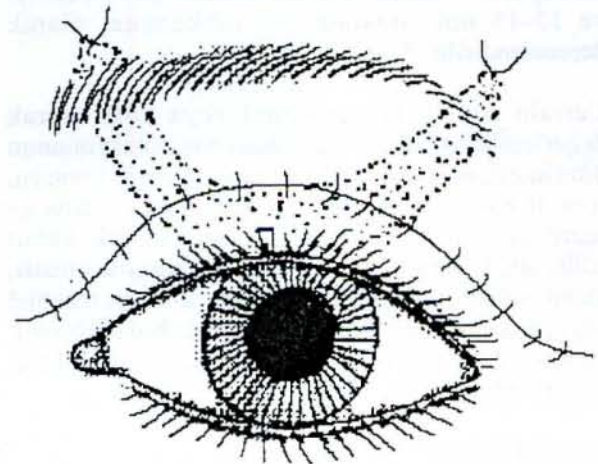


Şekil 1. Blefaroplasti insizyonu benzeri planlama yapılı.



Şekil 2. Tabanı median yerleşimli ve midpupiller hatta horizontal kornea çapı genişliğinde olan 2 adet kas flebi hazırlanır.

cilt flebi yukarı doğru disseke edilir ve 4-5 mm yükseklikte kas şeridi ortaya konur. Yapılan insizyonun orta hattının lateral ve medialinden pedikül genişliği midpupiller hat hizasında horizontal kornea çapına eşit olan orbikularis okuli kas flepleri şerit



Şekil 3. Superooblik tünellerden geçirilen kas flepleri frontal kasa sütüre edilir. Deri odasında tranvers planda eksizyon yapılarak insizyon kapatılır.

şeklinde eleve edilir. Flep pedikülünün dayandığı orbikular kas median genişliğinin bu şekilde planlanmasının nedeni, fleplerin beslenmesini bozmamaktır.

İnsizyon hattının içinden , orta hattın sağ ve solunda, kaşın superioruna doğru iki adet oblik tünel hazırlanır. Flepler bu tünellerden geçirilerek, kaş üzerinde frontal kasa, 3/0 absorbe olan bir sütür materyali ile tesbit edilir. Frontal kasa tesbit seviyesinin ayarlanmasında lokal anestezi altındaki hastalarda tüm bölge kasları en gevşek haldeyken, kapak serbest kenarının kornea limbusunun 1-2 mm. altında olmasına dikkat edilir. Genel anestezi altındaki hastada kasların en zayıf tonusta olduğu kabul edilerek ayarlama yapılır. Göz kapaklarının tam kapanamayarak açıklık kalabileceği hatırlanmalı, ayarlama esnasında aşırı korreksiyondan kaçınılmalıdır. Kas fleplerinin vertikal genişliğinin yarısı kadar deri eksizyonu yapılabilir. Buradaki amaç



Şekil 4. Ameliyat öncesi ilk olgunun istirahat hali ve frontal kasılma ile olan üst göz kapağı hareketi, ameliyat esnasında orbikular kas fleplerinin hazırlanışı ve frontal bölgedeki tespit yerinin belirlenişi.

levator kasının kaldırmakta olduğu kapak kitlesinin azaltılmasıdır. Daha sonra insizyon invert edilerek kapatılır (Şekil 1-3). Ameliyat sonrası, göze 24 saat süreyle basınçlı olmayan pansuman uygulandı. Üst göz kapağı sütürleri 5. gün alınarak takip periyoduna geçildi.

OLGU 1: 7 yaşında kız hasta her iki göz kapağında düşüklük şikayeti ile başvurdu ve bilateral konjenital blefaroptozis tanısı kondu. Sağ ve sol gözde levator fonksiyonu 2 mm; ptosis derecesi 4 mm olarak değerlendirildi. Bilateral basit hipermetropi dışında göz patolojisi saptanmadı. Hastaya genel anestezi altında frontal askı tekniği uygulandı (Şekil 4). İki yıllık takip sonunda iyi cerrahi sonuç sağlanmıştır (Şekil 5).

OLGU 2: 11 yaşında erkek hasta sağ göz kapağında düşüklük şikayeti ile başvurdu ve sağ konjenital blefaroptozis tanısı kondu. Yapılan muayenesinde sağ gözde levator fonksiyonu 4 mm, ptosis miktarı 3 mm; sol göz ise normal olarak değerlendirildi. Göz

muayenesi doğaldı. Sağ göze lokal anestezi altında aynı cerrahi teknik uygulandı. 2 yıllık takip sonunda marjinal cerrahi sonuç elde edildi (Şekil 6).



Şekil 5. İki olgunun geç dönemdeki görünümü ve göz kapaklarında tam kapanma.

OLGU 3: 10 yaşında erkek hasta her iki göz kapağında düşüklük şikayeti ile başvurdu ve bilateral konjenital blefaroptozis tanısı kondu. Yapılan muayenesinde sağ gözde levator fonksiyonu 5 mm (orta), ptozis miktarı 2 mm; sol gözde levator fonksiyonu 4 mm, ptozis miktarı 3 mm olarak saptandı. Herhangi bir



Şekil 6. Tek taraflı olgunun ameliyat öncesi ve ameliyat esnasındaki görünümü, revizyonel işleme rağmen geç dönemde asimetri devam etmektedir, ancak ptozis marjinal düzeyde düzelmiştir.



Şekil 7. İkinci olgunun frontal kasılma ile elde edilen ameliyat öncesi görünümü. Ameliyat sonrası yakın görünümde belirgin supratarsal katlantı ve frontal kasılma ile elde edilen göz kapağı açıklığı izlenmektedir. Farklı derecede ptozis mevcudiyetine rağmen her iki taraftan frontale askı uygulanmış ve simetri elde edilmiştir. Göz kapaklarında tam kapanma devam etmektedir.

göz patolojisi saptanmadı. Her iki göz kapağına lokal anestezi altında frontal askı tekniği uygulandı. Bir yıllık takip sonunda iyi cerrahi sonuç elde edildi (Şekil 7).

TARTIŞMA

Konjenital blefaroptozis; fonksiyonel, gelişimsel ve kozmetik problemler yaratır. Bu nedenle de mümkün olduğunca erken tedavi edilmeli, ambliyopiye varacak kadar kötü sonuçlar önlenmelidir^{2,12}. Levator fonksiyonu ve ptozis derecesine göre deri veya konjunktiva yoluyla; tars-Müller kas eksizyonu, levator kas eksizyonu, levator aponevroz plikasyon ya da eksizyonu ve frontal askı en sık kullanılan yöntemlerdir¹³⁻¹⁷. Konjenital blefaroptozis gibi levator fonksiyonlarının tama yakın bozuk olduğu olgularda yapılacak tedavi frontal askıdır^{1,2,3,7}. Frontal askı oluşturmak için şimdiye kadar otojen fasya lata, çeşitli absorbe edilemeyen sütür materyalleri ya da çeşitli alloplastik implantlar kullanılmıştır. Ama bunların hepsinin avantajları yanında dezavantajları da vardır¹⁸⁻²⁰. Fasya lata kullanımında donör saha problemleri, kas herniasyonu ya da belirgin skar olabileceği, diğer nonabsorbable sütür materyalleri ya da alloplastik implantların ise yabancı cisim reaksiyonu yapabileceği gözardı edilmemelidir^{2,8}. Özellikle çocuklarda otojen fasya kullanımındaki morbiditeyi azaltmak için liyofilize fasya lata kullanılmıştır¹⁸. Yine ağır konjenital ptoziste superior transvers ligamana askı yöntemi bildirilmiştir²¹. Morbiditesi düşük bir diğer donör alan ise palmaris longus tendonudur²².

Üç konjenital blefaroptozisli hastada uygulama olanağı bulduğumuz innervasyon olmayan median bazlı orbikularis okuli kas fleplerinin sağladığı askı fonksiyonu ile uygun düzeltme sağlandı ve flep donör alanlarının invert edilerek kapatılmasıyla, bu

hastalardaki silik olan supratarsal katlantı belirgin hale getirildi. Olgularımızda çok geniş diseksiyonlar yapılmadığından hematoma, göz kapağında geniş ödem gibi diğer tekniklerde rastlanabilecek sonuçlara rastlanmadı¹. Askı için yabancı materyal kullanılmaması, enfeksiyon, granülom gibi sorunlarla karşılaşmamızı önledi. Operasyonun lokal anestezi altında yapılması askının uygun yüksekliğe ayarlanması için tercih edildi. Ancak lokal anestezi altında opere edilemeyecek bir hastamızda zorunlu olarak genel anestezi uygulandı. Fleplerin frontal kasa tesbit seviyesinin ayarlanmasında lokal anestezi altındaki hastalarda tüm bölge kasları en gevşek haldeyken, kapak serbest kenarının kornea limbusunun 1-2 mm altında olması esas alınmıştır.

Median bazlı orbikularis okuli kas flepleri planlanırken orta hatta horizontal kornea çapının esas alınmasının nedeni fleplerin yaşayabilirliği ve üst göz kapağının uygun açı ile yukarı asılmasıydı. Orbiküler kas fleplerinin median bazlı ve lateral-medial uzantılı olması, bu bölgedeki vasküler yapının aksına uyan fleplerin eleve edilmesini sağlamaktır. Ayrıca tüm operasyon aynı bölgede yer alan tek insizyondan yapılmaktadır. Böylece başka bölgelerde ek skar bırakılmaması, diğer otojen dokuların kullanılmayarak morbiditenin azaltılması genel plastik cerrahi prensipleri ile uyumlu bir yöntemin söz konusu olduğunu göstermektedir.

Orbiküler kaslar flep haline getirilip, deri eksizyonu da yapılırsa, kapaklarda vertikal planda kısalma olacaktır. Müller kası-tars eksizyonları, levatorun kasılma mesafesini kısaltmaktaysa da aynı zamanda kapağın konjunktival yüzeyindeki yüksekliğini de azaltmaktadır¹⁵. Konjenital blefaroptozisin patolojik anatomisi düşünüldüğünde, kapak yüksekliğinin azaltılmasının özellikle zayıf veya kötü levator fonksiyonlu hastaların tedavisine katkı sağlayacağı açıktır. Bunun amacı daha önce de bahsedildiği gibi levator kasının kaldırmakta olduğu kapak kitlesini azaltmaktır. Orbiküler kaslar kasılınca göz kapaklarını kapattığı hatırlanınca, bu kasanın hazırlanan fleplerle, üst göz kapağının yukarı kalkması yerine göz kapaklarının kapanacağı akla gelebilir. Ancak her iki kas flebinin de yatağından yani ana kas yapısından uzaklaştığını ve innervasyonunu sağlayan nörojenik yapılardan ayrıldığını unutmamak gerekir. Zamanla bu kas flepleri dinamik değil, fibrotik bir band haline alarak statik bir askı mekanizmasının oluşmasını sağlayacaktır. Orbiküler kas üzerindeki orbiküler fleplerin nörotizasyonu fibrozis ve ayrı çekim yönleri nedeni ile şüphelidir.

Mükemmel ptosis onarımı oldukça zor bir işlemdir. Levator fonksiyonunun kötü olması, asimetrik ve çift taraflı ptosis varlığı ve kötü uygulanmış cerrahi

işlemler bunun nedenleri arasındadır²³. Ancak daha iyi tekniklerin araştırılması ve uygulanması, oküloplastik cerrahi ile uğraşanların daha başarılı sonuçlar elde etmesine imkan verecek, ptosis cerrahisinde yeni ufukların açılmasını sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Özbek MR, Emiroğlu M, Savacı N, Gültan MS, Yormuk E. Blefaroptozis tedavisinde orbikularis okuli kas flebi ile süspansiyon. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 1991; 44: 69-78.
2. Saunders RA, Grice CM. Early correction of severe congenital ptosis. J Pediatric Ophthalmol Strabismus 1991; 28(5):271-273.
3. Jordan DR, Anderson RL. The aponeurotic approach to congenital ptosis. Ophthalmic Surg 1990; 21(4): 237-244.
4. Berke RN. Congenital ptosis: a classification of 200 cases. Arch Ophthalmol 1949; 41: 188-197.
5. Smith B, Mc Cord CD. Surgical treatment of blepharoptosis. Am J Ophthalmol 1969; 68: 92-99.
6. Carraway JH. Cosmetic and functional considerations in ptosis surgery. The elusive "perfect" result. Clin Plast Surg 1988; 15 (2): 185-193.
7. Beard C. Ptosis, 3rd ed. St. Louis, CV Mosby Co. 1981; 84-183.
8. Crawford JS. Repair of ptosis using frontalis muscle and fascia lata. Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol 1956; 60: 672-678.
9. Dransart HN. Un cas de blepharoptose opere par un procede special a l'auteur. Ann Oculist 1880; 84:88.
10. Panas P. D'un nouveau procede operatoire applicable au ptosis congenital et au ptosis paralitique. Arch Ophthalmol 1886; 6:1.
11. Patel BCK, Anderson RL. History of oculoplastic surgery. Ophthalmology 1996; 103 (8) : S74-S95.
12. Anderson RL, Baumgartner SA. Amblyopia in ptosis. Arch Ophthalmol 1980; 98: 1068-1070.
13. Kıvanç Ö, Anlatıcı R, Sarıfakıoğlu N. Konjenital ptosis onarımında levator kası ilerletme yöntemi. Türk Plastik Cerrahi Dergisi 1996; 4: 135.
14. Kükner AS, Fırat E, Köklü G, Güneş OS. Cilt yoluyla levator rezeksiyonu uygulaması. Oftalmoloji 1993; 2: 221.
15. Berke RN. Simplified Blaskovics operation for blepharoptosis. Arch Ophthalmol 1952; 48: 460-495.
16. de Blaskovics L. New operation for ptosis with shortening of the levator and tarsus. Arch Ophthalmol 1923; 52: 563-573.
17. Fasanella RM, Servat J. Levator resection for minimal ptosis: another simplified operation. Arch Ophthalmol 1961; 65: 493-496.
18. Wilson ME, Johnson RW. Congenital ptosis. Long-term results of treatment using lyophilized fascia lata for frontalis suspension. Ophthalmology 1991; 98 (8):1234-1237.
19. Maden A, Söylev MF. Ptoziste fascia lata ile frontal askı uygulamalarının kozmetik ve işlevsel açıdan geç dönem değerlendirilmesi. T Klin Oftalmoloji 1996; 5: 28-31.
20. Can I, Can B, Konkuralp Y, İnan Y, Kural G. Mersilen mesh askı materyali ile ptosis cerrahisi. T Klin Oftalmoloji 1995; 4: 184-187.
21. Acaroğlu G, Mutluay AH, Zilelioğlu O. Ağır konjenital ptoziste superior transvers ligamana askı yöntemi. T Oft Gaz 1998; 28: 264-266.
22. Keçik A, Özgür F. The method of using the palmaris longus tendon as a ribbon to the frontalis muscle in surgical treatment of ptosis. Hacettepe Medical J 1989; 22: 317.
23. McCord CD. The evaluation and management of the patient with ptosis. Clin Plast Surg 1988; 15(2):169-184.