



CASE REPORT / OLGU SUNUMU

**Ağır Blefaroptozisli Olgularda Frontal Askı ve Whitnall Bağına Askı Cerrahisi
Uygulanması**

**The application of frontal suspension and the Whitnall ligament suspension in cases
having severe blepharoptosis**

Musa Musaoğlu¹, İbrahim Özdemir²

¹ Uz.Dr.,Göz Hastalıkları Kliniği, Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi, Sakarya, Türkiye

² Uz.Dr.,Göz Hastalıkları Kliniği, Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi, Sakarya, Türkiye, Orcid

ORCID

Musa Musaoğlu: <https://orcid.org/0000-0003-4020-5003>

İbrahim Özdemir: <https://orcid.org/0000-0001-7195-8353>

Geliş Tarihi / Received: 6,10,2020

Kabul Tarihi / Accepted: 28,12,2020

Yazışma Adresi: Musa Musaoğlu, Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi Göz Kliniği, Adapazarı, Sakarya

E mail: musa_musaoglu@hotmail.com

Tel: 090 5063416801

ÖZET

Konjenital ptozis levator kasının nedeni bilinmeyen gelişimsel distrofi olup, genellikle sporadiktir. İleri derecede blefaroptozis olgularında en sık kullanılan başlıca cerrahi yöntem frontal askı tekniğidir. Whitnall bağı levator kılıflarının kalınlaşması ile meydana gelen bant şeklinde bir oluşumdur. Frontal Askı Cerrahisinin yetersiz kaldığı ağır konjenital

pitozlu olgularda Withnall bağına askı cerrahisi frontal askılamaya alternatif olarak kullanılabilir bir yöntemdir. Ayrıca rezorbe olmayan sütür materyalinin tercih edilmesi cerrahiye olumlu yönde etkilemektedir.

Anahtar kelimeler: Blefaroptozis, Withnall Bağı, Frontal Askı



ABSTRACT

Congenital ptosis is a developmental dystrophy of unknown cause of the levator muscle, and it is usually sporadic. suspension technique is the most frequently applied method in severe blepharoptosis cases. Whitnall ligament suspension surgery is a technique which may be applied as an alternative of

frontalis suspension surgery in severe congenital ptosis cases. In addition the preference of non resorbable suture material affects the surgery positively.

Key words: Blepharoptosis, Whitnall ligament, Frontal Suspension

GİRİŞ

Konjenital ptozis levator kasının nedeni bilinmeyen gelişimsel distrofisi olup, genellikle sporadiktir. Ptozisli olgular levator fonksiyonuna göre < 5 mm ise kötü, 5-7 mm ise orta, >7 mm ise iyi olarak değerlendirilir. Levator fonksiyonunun 5 mm' nin altında olduğu ileri derecede blefaroptozis frontal askı cerrahisi dışında levator kasının aşırı rezeksiyonu veya Whitnall bağına askı cerrahisi uygulanmaktadır.^{1,2}

OLGU

Makalemizde levator fonksiyonu 5 mm'nin altında olan konjenital ptozisli iki olgudaki farklı cerrahi yaklaşımin sonuçları sunulmuştur. Yaşları 5 ve 18 olan iki konjenital ptozisli olgunun preoperatif muayenesinde kapak aralığı primer bakış pozisyonunda 5 mm olup Berke metoduna göre levator fonksiyonu 3 mm olarak değerlendirildi. Berke metoduna göre hasta aşağıya bakarken cetvelin "O noktası" üst kapak kenarına getirildi. Frontal kas etkisini engellemek için kaş üst kenarına başparmak ile bastırılırken, üst göz kapağının alt kenarının kalktığı seviye levator fonksiyonu olarak ölçüldü. Bell fenomeni pozitif, Schirmer testi 25 mm olarak ölçülen her iki vakadan 5 yaşındaki ilk olguya Frontal Askı Cerrahisi (polyester sütün ile), 6 ay sonra Whitnall bağına askı cerrahisi, diğerine ise sadece Whitnall bağına askı cerrahisi uygulandı. Olgular ortalama 6 ay takip edildi. Hastaların tümünden ayrıntılı onam formu alındı.

Cerrahi teknik: Genel anestezi altında frontal adaleye askı cerrahisi polyester sütün materyali kullanılarak FOX (beşgen) tekniğine göre uygulandı. Kirpik çizgisinin 1-2 mm üzerinden,



medial limbusun 1 mm mediali ve lateral limbusun 1 mm laterali hizasında 2 küçük insizyon, alına da 3 brow insizyon yapıldı. Polipropilen sütün kapak insizyonundan Wright iğnesi yardımıyla geçirilerek beşgen şeklinde, tarsın kalınlığı boyunca yerleştirildi. Göz kapağı superior limbus ile aynı hizaya gelecek şekilde sütün gergin olarak düğümlendi ve subkutan olarak gömüldü. İnsizyon yerleri 6/0 coated vicryl ile sütüre edildi, alt kapağa frost sütün yerleştirildi ve göz sıkıca kapatıldı.

Whitnall bağına askı cerrahisinde ise genel anestezi altında üst kapak santral kenarına 2-3 mm mesafede 4/0 ipek ile traksiyon sütünü kondu. Kapak ekartörü ile kapak iç yüzü dışa çevrilerek daha sonra yapılacak diseksiyonu kolaylaştırmak için 0.3-0.5 ml %2'lik lidokain subkonjonktival verildi. Üst kapak kenarından 3-4 mm geriden cilt insizyonu yapıldı. Tars üst kenarına kadar dokular diseke edildi. Levator aponörozunun tarsiya yapıştığı yerin gerisinden künt makas ve kroşe yardımı ile bir tünel açıldı. Levator aponevrozu tarsiya yapıştığı yerden kesildi. Levator aponevrozu Whitnall bağına kadar künt diseksiyonla ayrıldı. Levator aponörozunun medial ve lateral uzantıları levatora paralel olacak şekilde kesildi. 2-3 adet 6/0 coated vicryl sütün ile Whitnall bağından geçilerek iğne tars üst kenarında 2 mm distalden radial tarzda geçildi. Levator aponevrozu Whitnall bağına yakın yerden kesilerek sütünler bağlandı. Orbiküler adale sütüre edildi. Cildin fazla kısmı kesilerek çıkarıldıktan sonra cilt sütüre edildi. Alt ve üst kapaktan geçirilen sütünler alına tespit edildi.

İlk olgunun postoperatif 1. ayda 7 mm olan kapak aralığının 5. ayda 5 mm olması nedeniyle Whitnall bağına askı cerrahisi uygulandı. Postoperatif 1. ayda 8 mm olan kapak aralığının 3. ayda 6 mm'e indiği saptandı. Sadece Whitnall bağına askı cerrahisi uygulanan 2. olguda ise kapak aralığında postoperatif bir değişiklik saptanmadı.

TARTIşMA

İleri derecede blefaroptozis değişik cerrahi teknikler kullanılmaktadır. Bunlardan biri frontal asma tekniğidir. Askı materyali olarak otojen veya allojen fascia lata, silikon bantlar veya polyester sütün kullanılmaktadır. Kullanılan materyale göre erozyon, granülasyon dokusu, hematom ve skar oluşması görülebilir.^{3,4,5} Ayrıca tekrar ptozis gelişebilir. Whitnall bağı levator



kılıflarının kalınlaşması ile meydana gelen bant şeklinde bir oluşumdur.^{6,11} Whitnall bağı levator adalesinin destek noktası gibi fonksiyon görür ve levator adalesi bu sistem sayesinde kapak kenarında bir düzensizlik olmadan kapağı yukarı kaldırır. Levator fonksiyonu düşük vakalarda göz kapağını kaldırma işi Whitnall bağına askı cerrahisi ile sağlanabilir.^{8,12} Leibsohn, Whitnall askılama cerrahisi ile 4 vakada % 100 başarı, Özertürk ve ark. % 88 başarı elde etmiştir.^{6,10} Çalışmamızda polyester sütür kullandığımız ilk vakada 1. ay kontrolünde kapak aralığında 2 mm'lik bir fark olması nedeniyle ikinci kez opere etmiş ve bu kez Whitnall bağına askı cerrahisi uygulanmıştır. Ancak kasın sütürasyonu sırasında sütüre ait reaksiyonlar olmasın diye Dacron yerine coated vicryl ile yapılması sütürün erken rezorbe olması nedeniyle başlangıçta iyi olarak değerlendirdiğimiz cerrahi başarımıza olumsuz etki yapmıştır. İkinci olguda ise primer cerrahi olarak uyguladığımız Whitnall bağına askı cerrahisinden iyi sonuç alınmamıştır.

Sonuç olarak Frontal Askı Cerrahisi ağır konjenital ptozlarda başlıca seçilen cerrahi yöntemdir. Yetersiz kaldığı durumlarda Whitnall bağına askı cerrahisi uygulanabilir, ancak rezorbe olmayan sütür materyalinin tercih edilmesi cerrahiyi olumlu yönde etkileyeceği düşüncesindeyiz.

REFERANSLAR

1. Beard C, Schurter M. PTOSIS. Plastic and Reconstructive Surgery 1978; 61: 273.
2. Callahan A. Correction of unilateral blepharoptosis with bilateral eyelid suspension. American Journal of Ophthalmology. 1972; 74: 321-326
3. Beard C. A new treatment for severe unilateral congenital ptosis and for ptosis with jaw-winking. . American Journal of Ophthalmology 1965; 59:252-258
4. Bertharia MS : Frontalis sling . British Journal of Ophthalmology 1985;69 :443
5. Özertürk Y, Gülecek O, Örgü Y: Konjenital ptosis cerrahisinde yeni modifiye bir metod. Türk Oftalmoloji. Gazetesi. 1988: 18:400-404
6. Leibsohn JM: Whitnall's ligament eyelid suspension for severe blepharoptosis. Ophthalmic Surgery 1987;18(4) :286
7. Last RY: Anatomy of the eye and orbit 5. ed London 1961 H.K. Lewisco Ltd. Pp. 167-170
8. Anderson RL, Dixon RS. The role of Whitnall's ligament in ptosis surgery. Arch Ophthalmol. 1979 ;97:705-707
9. Doxanas MT, Anderson RL. Clinical Orbital Anatomy Baltimore Md: Williams & Wilkins 1984
10. Özertürk Y, Erşanlı D, Acar S, Çiftçi F; Konjenital ptozlarda whitnall bağına askı tekniği T.O.D. Ulusal Kongre Bülteni , Ekim 1993 ,Marmaris ;937-938



11. Whitnall SE. Anatomy of the Human Orbit and Accessory Organs of Vision 2nd ed. NewYork, NY: Oxford University Press Inc;1932:140-151

12. Anderson RL, Jordon DR, Dutton JJ; Whitnall's Sling for poor function ptosis Arch Ophthalmol Vol (108): 1628-1632