

Periokuler Kitle Eksizyonu Sonrası Rekonstrüksiyonda Karşılaşılan Komplikasyonlar

Reconstructive Complications After Periocular Mass Excision

Mehmet Balcı¹, Rahmi Duman¹, Sibel Özdoğan¹, Ceyda Başkan¹, Mustafa Alpaslan Anayol², Emre Güler³

¹Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Göz Bölümü, Ankara

²Ulucanlar Göz Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara

³Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD, Ankara

Doi:10.5505/aot.2013.03522

ÖZET

Bu çalışma periorbital kitle eksizyonu sonrası rekonstrüksiyon uygulanan ve komplikasyon gelişmiş olan 6 ilginç hastayı içermektedir. Hasta verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Postoperatuvar ekimoz gelişen, değişik yaşlarda üç hasta takip edildi. İlk hasta 17 yaşlarında idi ve orbita laterali-kaş hizasında dermoid kist eksizyonu uygulanmıştı. Sistemik bir hastalık mevcut değildi. Sadece takip uygulandı. Diğer iki hasta ileri yaşta idi ve bilateral ekimoz gelişmişti. Diğer bir olgu ileri yaşta fleple rekonstrüksiyon sonrası nekroz gelişen hasta idi. Olguda greft uygulanarak sorunsuz iyileşme elde edildi. Diğer iki olgu primer sütürasyon sonrası gelişen skar ile dikkat çekten hastalardı. Skarın derecesine göre cerrahi veya takip uygulandı. İyi planlanmış ve uygulanmış periokuler rekonstrüksiyonlarda da komplikasyon görülebilmektedir. Yakın hasta takibi yapılmalı ve gereken tedaviler gecikmeksizin uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Periokuler kitle eksizyonu; Okuloplastik komplikasyonlar; Postoperatif skar; Postoperatif ekimoz

ABSTRACT

This study includes 6 interesting cases who developed complications after reconstructive surgery due to periorbital mass excision. Patients' data were evaluated retrospectively. Three patients with different ages, who developed ecchymoses postoperatively, were followed up. The first patient was 17 years old and dermoid cyst excision was performed on the lateral side of orbita at the eye brow level. This patient did not have any systemic disease and was simply followed up. Other two patients were at advanced age and both of them developed ecchymoses bilaterally. Another patient was also at advanced age and developed necrosis following reconstruction with skin flap. In this case, by graft application complete healing was succeeded uneventfully. Two other cases drew attention due to scar development after primary suturation. According to the degree of scar formation, surgery or follow up was performed. Complications could be seen even after well planned and performed periocular reconstructions. Close follow up and abrupt treatment are essential.

Key words: Periocular mass excision; Oculoplastic complications; Postoperative scar; Postoperative ecchymosis

Giriş

Göz kapağının karmaşık histolojik yapısından dolayı, ayrıntılı yaklaşımlara ihtiyaç duyulabilmektedir (1). Eksizyon sonrası oluşan defektler büyüklüğüne göre primer sütürasyon, flep yada greft içeren farklı tekniklerle rekonstrükte edilebilmektedir. Fleple rekonstrüksiyon deri rengi ve doku yapısı bakımından benzer olduğu için daha çok tercih edilmektedir (2).

Kitlelerin iyi veya kötü huylu olmasına bakılmaksızın, rekonstrüksiyonda uygulanan cerrahi prensipler ve karşılaşılan

komplikasyonlar benzerlik göstermektedir. Özellikle malign kitlelerde öncelik kitlenin total olarak çıkarılması iken, rekonstrüksiyonda öncelik fonksiyonel bütünlüğün ve kabul edilebilir estetik görünüş ile hasta memnuniyetini sağlamaktır.

Cerrahi teknik kitlenin büyüklüğüne, yerleşim yerine ve defektin tam kat yada kısmi olmasına göre değişmekte ve farklı komplikasyonlar gelişebilmektedir. Preoperatif hasta hazırlığı, (diyabet, hematolojik hastalıklar gibi sistemik hastalıkların tedavisinin düzenlenmesi) komplikasyonların önlenmesi ve tedavisi açısından önemli



olmaktadır (3). Alt ve üst kapakta entropiyon veya ektröpiyon, lagofthalmi, epifora, kötü iyileşme, skar dokusu, flep veya greft nekrozu, hipo-hiperpigmentasyon, trikiyazis, kuru göz, enfeksiyon, hematoma ve ekimoz sıklıkla karşılaşılan komplikasyonlar olarak karşımıza çıkmaktadır (4). İç kantus kitle eksizyonu sonrasında görülen epifora gibi bazı komplikasyonlar kitlenin yerleşimine bağlı oluşabilmektedir (5). Cerrahi sonrası oluşan entropiyon, ektröpiyon, kötü skar dokuları, flep veya greft nekrozu, trikiyazis mutlaka düzeltilmesi gereken komplikasyonlardır. Özellikle üst kapak defektlerinin rekonstrüksiyonunda yetersizlik veya fazla alt kapak kaybında görülen lagofthalminin mutlaka tedavi edilmesi gerekmektedir (6).

Yöntem ve Gereçler

Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Bölümünde 2007-2012 tarihleri arasında farklı cerrahiler uygulanmış 6 hastanın postoperatif erken ve geç dönem takiplerinde karşılaşılan sorunlar retrospektif olarak incelendi. Hastalardan Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak hazırlanmış ve hastanemiz etik komitesi tarafından onaylanmış bilgilendirilmiş onam formu alındı. Hastalara preoperatif veya postoperatif dönemde uygulanan tıbbi veya cerrahi tedaviler gözden geçirildi. Son olarak elde edilen sonuçlar ve hasta memnuniyeti değerlendirildi.

Bulgular



Resim 1: Periokuler ekimoz, **2:** bilateral periokuler ekimoz, **3:** Bilateral periokuler ekimoz

Flep nekrozu:

Olgu 1: 70 yaşında sol iç kantus kitlesi bulunan erkek hastaya total eksizyon ve glabellar fleple rekonstrüksiyon uygulandı. Bir hafta sonraki kontrolde flepde nekroz geliştiği

Seçilmiş 6 olguda karşılaştığımız sorunlar ve tedavi yaklaşımımız ile iyi sonuç alınan bir olgudaki bulgularımız:

Postop Ekimoz:

Olgu 1: 17 yaşında bayan hastada, sağ kaş dış kısmında dermoid kist eksizyonu sonrası 7. günde en belirgin seviyesine ulaşan periokuler ekimoz. İlave tedaviye gerek duyulmadı, spontan iyileşme ile sonlandı (Resim 1).

Olgu 2: 55 yaşında erkek hastada sol iç kantusta kitle eksizyonu sonrası glabellar fleple rekonstrüksiyon uygulanan hastada ertesi gün gelişen bilateral periorbital+bilateral fasiyal ekimoz. Hasta takibe alındı, aynı zamanda flep altında minimal hemoraji tespit edildi. Takipte flep rejeksiyonu gelişmedi, ekimoz tedavisiz iyileşti. Flep kabul edilebilir sınırlarda çok hafif kabarıklıkta kaldı. Hasta rekonstrüksiyon istemedi (Resim 2). Bir yıl sonraki kontrolde kabarıklığın tamamen kaybolduğu gözlemlendi.

Olgu 3: Hematoloji takibinde olan ve hematolojiden operasyon onayı alınmış 60 yaşında erkek hastada; sağ göz alt kapak sınırında kitle eksizyonunun ardından greftle rekonstrüksiyon uygulanan hastada ertesi gün bilateral periorbital ve geniş fasiyal ekimoz ile flep altına minimal hemoraji tespit edildi. Ekimoz spontan iyileşti, flep hafif kabarıklıkta kaldı. Bu arada yapılan hematoloji konsültasyonunda kan değerlerinin normal olduğu tesbit edildi. Hastanın flebin düzeltilme isteği üzerine, hematoloji onayı alınarak yapılan cerrahiden sonra bilateral ekimoz tekrarladı. Takiple spontan düzelme görüldü (Resim 3).

görüldü. İlk operasyondan 11 gün sonra greftle rekonstrüksiyon uygulandı. Greft komplikasyonsuz iyileşti. Bu olguda flep beslenmesinin yetersiz olduğu düşünüldü (Resim 4).



Skarlı iyileşme:

Olgu 1: Sağ iç kantustan dermoid kist rezeksiyonu yapılan 15 yaşındaki bayan hasta. Takip sırasında skarlı iyileşme görüldü. Plastik

cerrahiye konsülte edilerek skar revizyonu önerildi (Resim 5).

Olgu 2: Sağ iç kantustan kitle eksizyonu yapılan 80 yaşındaki erkek hastada skarlı iyileşme görüldü. Hasta açısından kabul edilebilir seviyede olduğu için takibe alındı (Resim 6).



Resim 4a: Fleb nekrozu, **4b:** greftle onarım sonrası, **5:** skarlı iyileşme **6:** skarlı iyileşme

İyi sonuç alınmış olgu:

Sol alt kapaktan kitle eksizyonu sonrası ilerletme flebi ile rekonstrüksiyon uygulanmış

ve iyi sonuç alınmış olgu örneği: 70 yaşında erkek hasta (Resim 7 a-b-c).



Resim 7 a-b-c : İyi sonuç alınmış olgu örneği

Tartışma

Göz çevresi tümörlerinde tümörün total olarak çıkarılması kadar fonksiyonel iyileşme ve hasta memnuniyetinin sağlanması da önemlidir. Greftler genellikle genç hastalarda daha riskli olup ayrıca sigara kullananlar ve kronik hastalar da (diabet gibi) yüksek risk grubundadırlar (7).

Peroperatif hemoraji ve postoperatif erken dönemde enfeksiyona bağlı greft atılımı olabildiği gibi geç dönemde de greft veya fleplerde beslenme yetersizliğine bağlı gelişen nekrozlar görülebilmektedir (8). Daha geç dönemlerde ise apozisyon bozukluklarına bağlı kötü yara iyileşmesi ile aşırı fibrozis ve skar,

bunun sonucu ise sikatriyel entropiyon veya ektropiyon gelişebilmektedir (9-10). Komplikasyonlar ayrıca kitlenin yeri, büyüklüğü ve uygulanan cerrahi metoda bağlı olarak değişebilmektedir. Büyük lezyonlarda greft veya flep ile onarım komplikasyon oranını arttırmaktadır. Yapılan bir çalışmada küçük ve primer sütürasyonun yeterli olabildiği iç kantallarda skar oluşumunun diğer bölgelerden daha sık olduğu görülmüştür (7). Ancak literatürde çok sayıda farklı komplikasyonlardan söz edilmesine rağmen iç kantallarda toplam komplikasyon sıklığının daha sık görülmediği bildirilmektedir (5).



Postoperatuvar periorbital ekimoz (raccoon eye/s) veya hematoma iyi kontrol edilmemiş kanamalara bağlı ortaya çıkabilir. Hematolojik hastaların bu sebeple daha titiz değerlendirilmeleri gerekmektedir. Rutin olarak ekimozlar kendini sınırlayıcı olup takip edilmeleri yeterli olabilmektedir. Greft veya flep altında oluşan hematoma atılmaya sebep olabilir. Operasyon sonucu genellikle hematoma tek taraflı ve cerrahi yapılan tarafta olmasına rağmen, bir tarafta yapılan operasyon sonrası fasiyal bölgeye yayılan bilateral ekimoz şimdiye kadar bildirilmemiştir. Özellikle kafa tabanı kırıklarında görülen bilateral periorbital ekimozun ancak özel durumlarda olabileceğini bildiren (pozitif hava basınçlı tedavi, kusma sonrası ve deng humması gibi) yayınlar mevcuttur (11-13). Ekimoz gelişen birinci olgudaki tek taraflı ekimoz ve ikinci olgudaki bilateral ekimozun yerçekimine bağlı olarak oluşması mümkünken 3. olgudaki yüze de yayılan postoperatuvar bilateral ekimoz şimdiye kadar komplikasyonlar arasında rapor edilmemiştir. Dikkat çekici olan bilateral fasiyal ekimoz gelişen diğer bir olgu ile herikisinde de sağ alt kapağa cerrahi yapılmış olmasını idi. Bu durum, ekimozun karşı tarafa geçmesini kolaylaştıracak bir anatomik varyasyon veya her iki tarafı etkileyecek yerleşimde peroperatuvar/postoperatuvar bir kanama yada postüral bir etkiye bağlı olabileceğini düşündürmektedir.

Flep nekrozu flebin flep altı dokuyla bağının gevşek olması (hematom) veya damarsal yada sinirsel desteğin yetersiz olmasına bağlı gelişmiş olabilmektedir. Bizim olgumuzda sıkı bandaj uygulaması ve hematoma olmaması, flep pedikülünden sağlanan damar ve sinir desteğinin yetersiz olabileceğini düşündürmektedir. Fleplerde kısmi veya tam nekrozların oranını %25 e kadar ulaşabildiği bildirilmektedir (14). Bu karşılaştığımız tek flep nekrozu olgusu olup ayrıca greft uygulanmış hiçbir olguda kısmi yada tam nekroz ve/veya red gelişmemiştir. Flep nekrozu servisimizde serbest deri grefti ile onarılmış, komplikasyonsuz iyileşme gözlenmiştir.

Yaralanma veya cerrahi kesi sonrası yara iyileşmesinde bir miktar skar oluşumu görülebilmektedir. Zamanla skar dokusunun gerilemesi normal dokuya yakın özelliklere kavuşması beklenmektedir. Kötü apozisyon,

gevşek sütürasyon, cilt altı dokunun azlığı veya cilt/cilt altı bağının zayıflığı gibi bazı sebepler, bu sürecin gerektiği gibi ilerlemesini engelleyerek skar oluşumunun belirginleşmesine ve hatta keloid oluşumuna yol açabilmektedir. 5. ve 6. olguda sunduğumuz iki skar dokusu da iç kantusta gelişmiştir. İki olgumuzdan biri 80, diğeri ise 15 yaşında olması, gençlerde ve/veya iç kantus kitlelerinde yara iyileşmesinin daha sorunlu olabileceğini düşündürmektedir (6,15). Hipertrofik skarlar zamanla gerileme eğiliminde olmaktadır (16). Fakat daha geniş skarlar keloid oluşumu ile sonuçlanabilmektedir. Irk, genetik ve bazı hastalıklar skar ve keloid oluşumunu arttırabilmektedir. Cerrahiden 4-8 hafta sonra skar oluşumunun değerlendirilmesi ve ilave tedavi gerekip gerekmediğine karar verilmeli önerilmektedir (17). Olgularımızdan dikkat çekici skar dokusu gelişen genç bayan hastaya plastik cerrahi ile konsülte edilerek skar revizyonu uygulandı. Diğer hastamızda ise takip önerildi.

Az sayıda bile olsa rekonstrüksiyon sonrası komplikasyon gelişebilmektedir. Hastaların yakın takibi, zamanında ve uygun tedaviler ile bu komplikasyonların sekelsiz iyileşmesi mümkündür.

Çıkar Çatışması: Yok

Kaynaklar

1. Codner MA. Reconstruction of the eyelids and orbit. In: Coleman JJ 3rd, editor. Plastic Surgery Indications, Operations and Outcomes. Ch. 87. Vol. 3. St. Louis: Mosby; 2000. pp. 1425-64
2. Fogagnolo P, Colletti G, Valassina D, Allevi F, Rossetti L. Partial and total lower lid reconstruction: our experience with 41 cases. *Ophthalmologica*.2012;228:239-43
3. Patel BCK, Flaharty BM, Anderson RL. Reconstruction of the eyelids. In: Baker SR, Swanson NA editörs. Local flaps of Facial Reconstruction. Ch.16.St. Louis: Mosby; 1995. pp. 275- 302
4. Hayano SM, Whipple KM, Korn BS, Kikkawa DO. Principles of Periocular Reconstruction following Excision of Cutaneous Malignancy. *J Skin Cancer*. 2012;2012:438502
5. Kim JH, Kim JM, Park JW, Hwang JH, Kim KS, Lee SY. Reconstruction of the medial canthus using an ipsilateral paramedian forehead flap. *Arch Plast Surg*. 2013;40:742-7
6. Saito A, Saito N, Furukawa H at al. Reconstruction of periorbital defects following malignant tumour excision: a report of 50 cases. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2012;65:665-70





7. Leibovitch I, Huilgol SC, Hsuan JD, Selva D. Incidence of host site complications in periorbital full thickness skin grafts. *Br J Ophthalmol.* 2005;89:219-22
8. Leibovitch I, Huilgol SC, Richards S, Paver R, Selva D. The Australian Mohs database: short-term recipient-site complications in full-thickness skin grafts. *Dermatol Surg.* 2006;32:1364-8
9. Yang C, Zhang JD, Li JH et al. Immediate reconstruction of tissue defects on eyelid caused by tumor excision. *Zhonghua Zheng Xing Wai Ke Za Zhi.* 2009;25:108-11
10. deSousa JL, Leibovitch I, Malhotra R, O'Donnell B, Sullivan T, Selva D. Techniques and outcomes of total upper and lower eyelid reconstruction. *Arch Ophthalmol.* 2007;125:1601-9
11. DelRosso L, McCarty DE, Hoque R. "Why did my CPAP beat me up?" Bilateral periorbital ecchymosis associated with continuous positive airway pressure therapy. *J Clin Sleep Med.* 2012;8:730-2
12. Al-Sardar H. Recurrent bilateral periorbital and circumoral bruising due to vomiting. *BMJ Case Rep.* 2014; 2014
13. Kumar V, Ghosh B, Raina UK, Goel N. Bilateral periorbital ecchymosis in a case with dengue fever. *Indian J Ophthalmol.* 2009;57:242-3
14. Geddes C.R, Morris S.F, Neligan P.C. Perforator flaps: evolution, classification, and applications. *Ann Plast Surg.* 2003;50:90-9
15. Sund B. [Clinical Report] In: New developments in wound care. vol. 86:London: PJB Publications CBS; 2000;pp.1-255
16. Juckett G, Hartman-Adams H. Management of keloids and hypertrophic scars. *Am Fam Physician.* 2009;80:253-60
17. Middelkoop E, Monstrey S, Téot L, Vranckx J-J, editors. Scar management: practical guidelines. Elsene, Belgium: Maca-Cloetens; 2011.pp.1-109

