

# ALT GÖZ KAPAĞI TOTALE YAKIN DEFEKTLERİNİN SUPRAORBİTAL ADA FLEBİ VE TARSO KONJONKTİVAL İLERLETME FLEBİNİN BİRLİKTE KULLANIMIYLA REKONSTRÜKSİYONU

## RECONSTRUCTION OF NEARLY TOTAL DEFECTS OF LOWER EYELID WITH COMBINED USE OF SUPRAORBİTAL ISLAND FLAP AND TARSOCONJUNCTIVAL ADVANCEMENT FLAP

\*Furkan Erol Karabekmez, \*\*Ahmet Duymaz, \*\*\*Engin Yılmaz

\*Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, BOLU

\*\* Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, ANTALYA

\*\*\* Ağrı Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, AĞRI

### ÖZET

Kırk dört yaşında erkek ve 75 yaşında kadın hasta alt göz kapaklarında lezyonla kliniğimize başvurdu. Biyopsi sonucu bazal hücreli karsinom çıktı ve hastalar tümörlerin çıkarılması ve onarım için genel anestezi altında ameliyata alındı. Totale yakın tam kalınlıkta alt göz kapağı defektleri posterior lamellanın onarımı için modifiye Hughes tarsokonjunktival flep ile; anterior lamellanın onarımı için Fricke supraorbital ada flebi ile rekonstrükte edildi. Olgularımızda supraorbital flep askı etkisiyle ektropiyonu engellemek için iyi bir destek sağlamıştır. İki olgumuzda da bu kombinasyon tarsokonjunktival flebin ayrılması için yapılan ikinci aşama cerrahi işlemini normalden daha erken (10-12 gün) yapmamıza izin verdi ve alt göz kapağı defekti için kabul edilebilir estetik sonuç sağladı. Modifiye Hughes tarsokonjunktival flep ve Fricke supraorbital ada flebi kombinasyonu alt göz kapağının %75 ine ulaşan bilamellar defektlerin onarımında iyi bir alternatif olabilir.

**Anahtar kelimeler:** Alt Göz Kapağı Defekti, Hughes Flebi, Tarsokonjunktival Flep, Fricke Flep

### ABSTRACT

A 44-year-old male and 75 year old woman has a lesion on their lower eyelid presented to our clinic. Biopsies revealed basal cell carcinoma and patients undergo general anesthesia for excision of the tumors and repair. The full-thickness nearly total lower eyelid defects were reconstructed with the modified Hughes tarsoconjunctival flap for posterior lamellar reconstruction combined with a Fricke supraorbital island flap for anterior lamellar coverage. Supraorbital flap had provided a good support to prevent ectropion with sling effect in our cases. This combination allowed us to do second stage surgery for separating tarsoconjunctival flap earlier (10 to 12 days) than usual and provided an acceptable cosmetic result for lower eyelid defects in our two cases. Combination of modified Hughes tarsoconjunctival flap and Fricke supraorbital island flap may become a good alternative for reconstruction of bilamellar lower lid defects reaching 75 percent.

**Keywords:** Lower Eyelid Defect, Hughes Flap, Tarsoconjunctival Flap, Fricke Flap

## GİRİŞ

Geniş göz kapağı defektleri, kapağın karmaşık anatomik yapısından dolayı onarılması güçtür ve rekonstrüktif cerrahlar için özel bir önem taşır.<sup>1</sup> Başarısız onarımlar estetik kusurlara neden olmasının yanında, konjunktivit, keratit ve sonunda körlüğe kadar gidebilen ciddi komplikasyonlara neden olabilir.<sup>2</sup> Tümör cerrahisi sonrası oluşan alt göz kapağı defektlerinin birçoğu daha önce tanımlanmış ve kabul görmüş tekniklerle onarılabilir.<sup>3,4</sup>

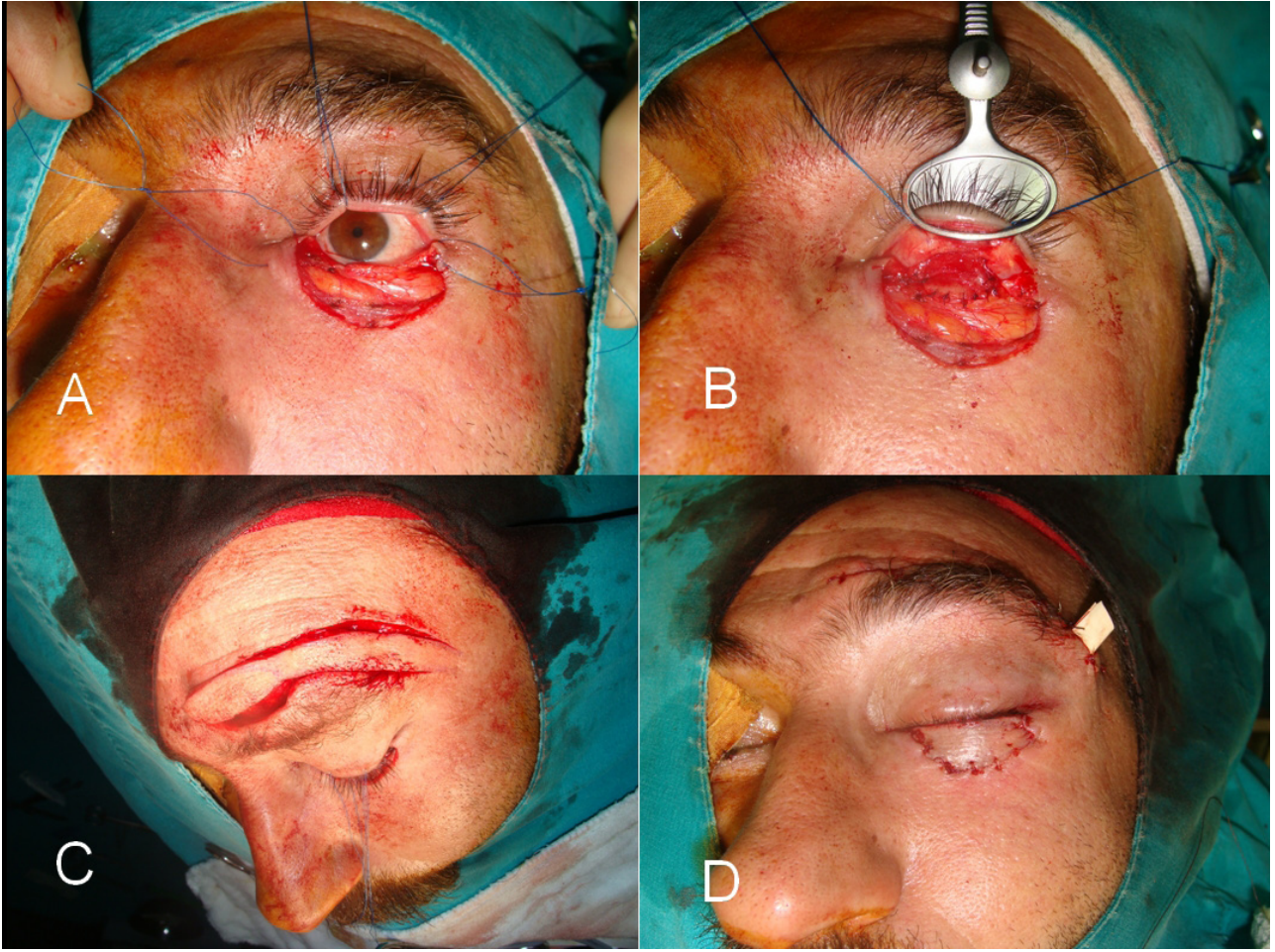
Çalışmamızda; tümör rezeksiyonu nedeniyle oluşan geniş alt göz kapağı defektleri onarımında, Fricke supraorbital ada flebi (SOF)<sup>3</sup> ile Hughes tarsokonjunktival ilerletme flebinin (TKF)<sup>5</sup> kombine onarımını iki olgu eşliğinde sunmak ve sonuçlarını değerlendirildi.

## OLGU SUNUMU

Kırk dört ve 75 yaşında iki hasta alt göz kapağında kitle şikâyetiyle başvurdular. Hikâyelerinde kitlelerin yaklaşık sırasıyla 25 ve 17 ay önce oluştuğu ve zaman

içerisinde büyüdüğü öğrenildi. Lezyonlardan yapılan insizyonel biyopsi sonrası Bazal hücreli karsinom tanısı alan kitleler için cerrahi eksizyon planlandı. Makroskopik olarak tümör kenarlarından 5 mm'lik sağlam alanla birlikte tam kat eksize edildi. Oluşan totale yakın alt göz kapağı defektlerinin onarımlarında; anterior lamella kaş üzerinden hazırlanan pedikülü dezepitelize edilmiş SOF, posterior lamella ise üst göz kapağından planlanan TKF ile yapıldı (Tablo 1). Üst göz kapağı retrakte edilerek tarsın vertikal olarak 4 mm'lik distal kısmı korunarak tarsokonjunktival flep kaldırıldı. Alt kapaktaki konjunktival defekte ilerletilen flep 6-0 vikril ile suture edildi. Supraorbital alandan, hemen kaşın superior komşuluğundan planlanan SOF flebi, frontal kas ile subkutan doku arasındaki plandan kaldırıldı. Flep pedikülü dezepitelize edilerek lateral rim üzerinde cilt altından tünelize edilerek defekt alana transfer edildi.

Her iki hasta da TKF pedikülünün üst göz kapağının

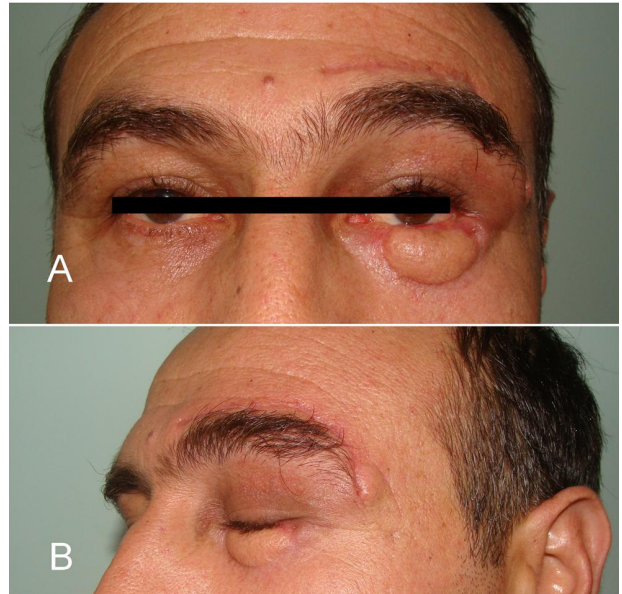


Şekil 1. Birinci olgunun peroperatif görüntüleri. A. Kitle güvenli cerrahi sınırdan çıkarıldıktan sonra oluşan alt göz kapağı ve konjunktiva defekti. B. Tarsokonjunktival flep ile posterior lamella onarıldıktan sonraki görünüm. C. Supraorbital ada flebi kaldırıldıktan sonraki görünüm. D. Cilt Defekti onarıldıktan sonraki görünüm

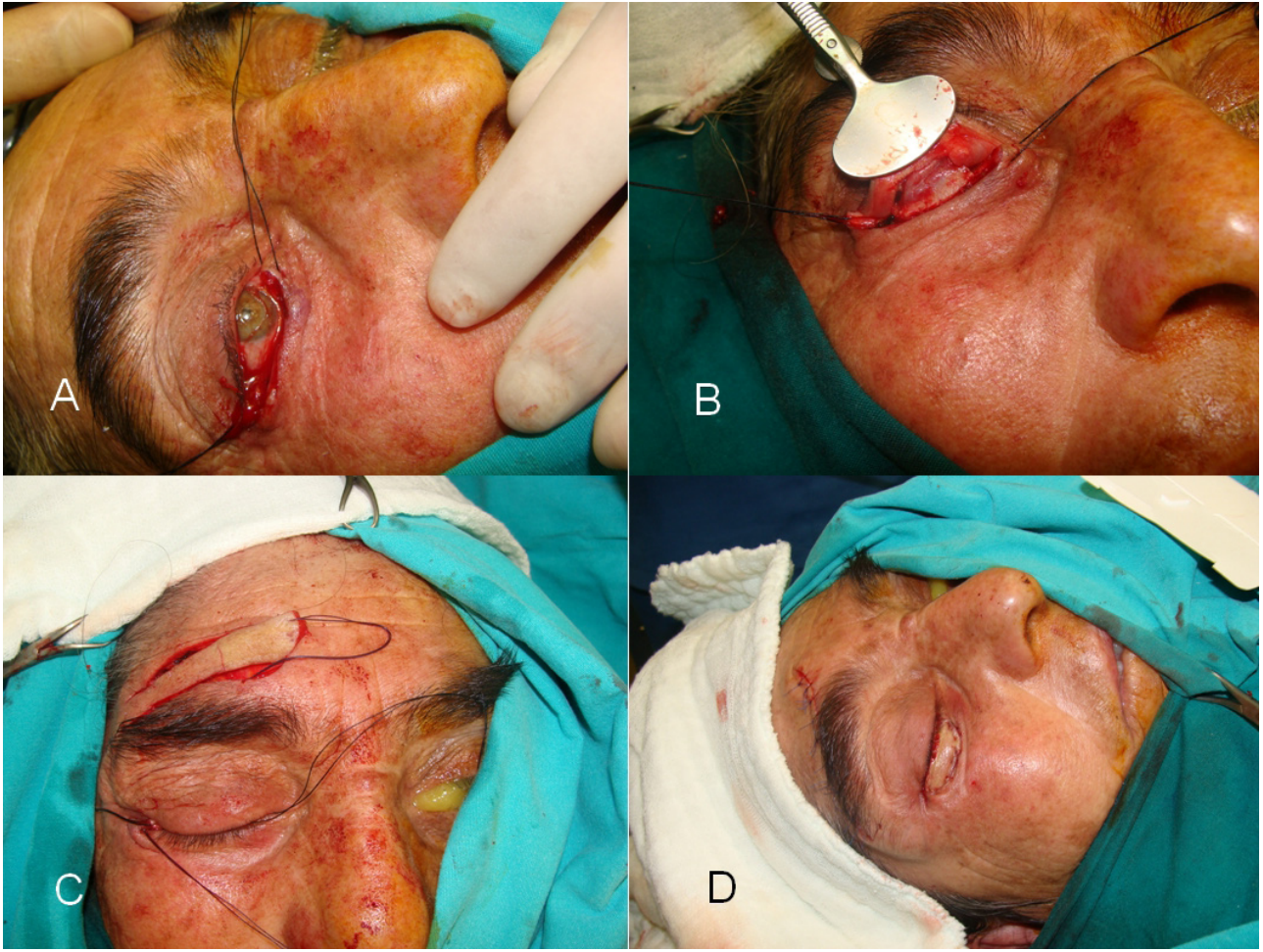
dan ayrılması birinci operasyondan sonra 10-12. günlerde yapıldı (Şekil 1,3). Patoloji raporlarında her iki tümör için en yakın cerrahi sınır mesafesi 2 mm olarak rapor edildi. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası fotoğraf ve video görüntüleri alındı. Ameliyat sonrası yaklaşık bir yıllık takiplerde ektropiyon, üst göz kapağında yapışıklık ya da kapak bütünlüğünde deformasyon gibi herhangi bir komplikasyon tespit edilmedi (Şekil 2,4).

### TARTIŞMA

Alt göz kapağın travma ya da tümör cerrahisi sonrası oluşan defektlerinin rekonstrüksiyonunda, fonksiyonel ve estetik açıdan başarılı bir onarımın sağlanması için posterior ve anterior lamellanın ayrı birimler olarak hesaba katılması gerekmektedir<sup>4</sup> Genel prensip olarak göz kapağı defektlerinde defektin büyüklüğüne göre %50'den küçük doku kayıplarında geride kalan alt göz kapağı dokuları kullanılarak lateral kantoliz ile ya da



Şekil 2. Birinci olgunun ameliyat sonrası 6 ay sonraki cephe (A) ve oblik (B) görünümü



**Şekil 3.** İkinci olgunun peroperatif görünümü. A. Kitle çıkarıldıktan sonra oluşan konjunktiva ve cilt defekti. B. Tarsokonjunktival fleple posterior lamellanın onarımı sonrası. C. Supraorbital ada flebi kaldırıldıktan sonraki görünüm. D. Cilt defekti onarıldıktan sonraki görünüm.

kantoliz olmadan primer onarımla, %50'den büyük defektlerde tarsokonjunktival flep ve greftle onarım tarif edilmiştir. % 75'ten daha büyük defektlerde ise yanak flebi ile kompozit nazal kondromukozal greftler tarif edilmiştir.<sup>6,7</sup> Bununla birlikte alt göz kapağının %100 defektinde tarsokonjunktival fleple başarılı sonuçlar bildiren anektodal yayınlar da mevcuttur.<sup>8</sup> Çalışmamızda, totale yakın alt göz kapağı defektlerinde, posterior lamellanın TKF ile anterior lamellanın ise SOF ile birlikte kullanılarak onarımları sunulmuştur.

Olgularımıza benzer gibi büyük defektler için tarif edilen Mustardé flebi ile rekonstrüksiyonda ektropiyon ihtimali vardır. Bunu önlemek için emilmeyen dikişler ile flep subkutanöz dokuların lateral orbita rim periostuna veya lateral kantal tendona tespiti tarif edilmiş bir yöntem olsa dahi her zaman flep sarkmasını ve ektropiyon gelişimini önleyememektedir. Dahası bu riski azaltmak için ileri bir modifikasyon olan flebin temporal bölgede yüksek ark yapacak şekilde hazırlanma tekniği ise geniş bir diseksiyon ve beraberinde geniş bir skar ve estetik sorunlara yol açabilmektedir.<sup>9,10</sup> Aynı zamanda fasiyal sinirin frontal dalının zigomatik ark üzerinde yüzeyleşmesi bu flebin diseksiyonu sırasında yaralanma riskini arttırabilir. Buna karşın SOF, lateral tabanlı olarak kaş



**Şekil 4.** İkinci olgunun ameliyat sonrası 7. ay görünümü

üzerinden kaldırılır ve frontal kas ile ciltaltı arasındaki kolayca ayırt edilen plandan diseksiyon yapılır.<sup>11</sup> Orbikülaris okülü kasını innerve eden fasiyal sinir dalları kasa alttan ulaştıklarından bu diseksiyonda risk altında değildir.<sup>2,12</sup> Standart baş-boyun flepleri ile aynı miktarda en boy oranına sahip olan SOF şayet yüzeyel temporal arterin frontal dalını da içerirse çok daha uzun olarak planlanabilir.<sup>13</sup> Sunduğumuz her iki olguda 1 e 4 en boy oranları SOF'de güvenle kullanılmıştır (Şekil

1c, 3c). %75'ten büyük defektlerin onarımı için önerilen Mustardé yanak flebi onarımında donör alan tüm yanağı kat etmekte ve preauriküler bölgedeki açıkta kalan üçgen alanın primer kapatılması sonucu özellikle genç hastalarda kötü görünümlü skar oluşabilmektedir. Olgularımızda kullandığımız SOF'in donör alanında, skarın hemen kaş-cilt birleşim yerine gizlenir. Ayrıca flep rotasyon arkı ve pivot noktası orbitanın süperolateralı olmasından dolayı ektropiyon ve flep sarkması gibi komplikasyonlar görülmemektedir. Fasiyal sinirin temporal dal hasarını önlemek için flep lateral kantusun hemen lateralinden kaldırılır ve defekt alana subkutan bir tünel ile taşınır.<sup>3</sup>

Posterior lamella onarımında sert damaktan alınan mukozal greftler kullanılabilir. Ancak sert damak farklı derecelerde keratinize olabilmektedir. Nonkeratinize mukozal epitel 6 ay kadar bir sürede metaplaziye dönüşebilmekte bu da oküler iritasyon, yabancı cisim hissi ve aşırı lakrimasyona neden olabilmektedir. Ayrıca ameliyat sonrası greftin kontraksiyonu ise total yüzey alanının %10-60 oranı kadar yüksek olmaktadır.<sup>14</sup> Olgularımızda posterior lamellanın rekonstrüksiyonu TKF ile yapıldığı için keratinizasyon ya da kontraksiyon gibi bir komplikasyon görülmedi.

TKF üst göz kapağından hazırlanan, tars ile konjunktivayı ihtiva eden alt kapağın posterior lamellar defekt onarımında kullanılan bir fleptir. İlk defa Hughes tarafından tarif edilmiştir.<sup>14</sup> Flep, rekonstrükte edilmesi planlanan dokular ile birebir benzeştüğünden dolayı oldukça iyidir. Ancak iki aşamalı operasyon gerektirmesi dezavantajdır. İkinci aşama klasik tanımıyla birincisinden 3 ya da 4 hafta sonra yapılır.<sup>5</sup> İlk tanımlandıktan sonra birçok modifikasyonu tarif edilen flepte cilt defekti deri grefti ile kapatılır.<sup>4</sup> Hughes flebi üzerine cilt grefti ile onarımda greftin beslenmesi için tarsokonjunktival flepten başlayan difüzyonun tarsı geçerek cilt greftini beslemesi gerekli olduğundan greft iyileşmesinde problemler ve greftin çok rijit olarak iyileşmesi durumları ile karşılaşılabilir.<sup>16</sup> Fakat olgularımızda anterior lamella deri grefti yerine kaş üzerinden hazırlanan SOF ile onarıldığından sonuç olarak daha yumuşak ve labil bir alt göz kapağı elde edilmiştir. TKF'in yeniden vaskülarize olacağı yüzey alanı daha fazla olduğundan ikinci seans flep ayırma ameliyatı daha erken (ameliyat sonrası 10-12. günlerde) uygulanmıştır ve herhangi bir problemle karşılaşmamıştır.

Sadece iki olgu ile genel bir sonuca varmak mümkün olmamakla birlikte gözün kapalı tutulma süresi olgularımızda daha kısa olmuştur. Herhangi bir komplikasyona rastlanmamıştır. TKF-SOF kombinasyonu ile onarım sonrası alt göz kapağının nispeten şişkin olması bu tekniğin olumsuz yanı sayılabilir. Fakat yaşlı bireylerde (Şekil 4) diğer gözde gözaltı torbasının olması nedeniyle yüzde herhangi bir asimetri oluşturmayabilir.

### KF'in SOF ile kombinasyonun avantajları:

1. Kaş üzerinde gizlenmiş skardan dolayı kozmetik olarak yanak flebine tercih edilebilir.
2. SOF pedikülünün rotasyon arkı lateral supraorbital rim olmasından dolayı nazolabial flep ya da Mustardé flebinde yerçekimine bağlı muhtemel olarak beklenen göz kapağının aşağı sarkması ya da ektropiyon oluşumu riski çok azdır.
3. Posterior lamella göz kapağının aynı dokusu olan tars ve konjunktiva ile rekonstrükte edilmiş olur.
4. TKF temas yüzeyi daha çok olduğundan revaskülarizasyon muhtemelen daha hızlı olacağından TKF pedikül ayrılması literatürdeki gibi 4-6 hafta yerine 10-12 gün sonra yapılabilir.

## SONUÇ

Totale yakın alt göz kapağı defektlerinin onarımlarında TKF-SOF kombinasyonu ikinci seansın erken olabilmesi, geç dönemde alt göz kapağına ektropiyonu engelleyen bir askı gibi etki etmesi ve güvenilir kanlanması ile iyi bir alternatif olabilir.

### Dr. Furkan Erol KARABEKMEZ

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD  
E-posta: drfurkanerol@yahoo.com

## KAYNAKLAR

1. Borman H, Maral T. Alt göz kapağı rekonstrüksiyon seçeneklerinin gözden geçirilmesi ve klinik deneyimlerimiz. Türk Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi (Turk Plast Surg). 2012;10(2).
2. Callahan MA. Superiorly based tarsoconjunctival advancement flap for reconstruction of the lower lid Berish Strauch LOV, editor. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
3. Kurul S, Özcan G, Yilmazlı C. Fricke supraorbital flap for reconstruction of total lower eyelid defects. European Journal of Plastic Surgery. 1989;12(2):8-11.
4. Rohrich RJ, Zbar RIS. The evolution of the Hughes tarsoconjunctival flap for lower eyelid reconstruction. Plastic and reconstructive surgery. 1999;104(2): 518.
5. Hughes WL. Reconstruction of the lids. Plastic and reconstructive surgery. 1947;2(2): 184.
6. Nevman M.I. Grabb & Smith's Plastic Surgery. 6 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.; 2007.
7. Spinelli HM, Jelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg. 1993;91(6):1017-24; discussion 25-6.
8. Maloof A, Ng S, Leatherbarrow B. The maximal Hughes procedure. Ophthalmic plastic and reconstructive surgery. 2001;17(2):96-102.