

BLEFAROPTOSİS TEDAVİSİNDE ORBİKÜLARİS OKULİ KAS FLEBİ İLE SÜSPANSİYON*

Mustafa Rıza Özbek**

Murat Emiroğlu***

Nedim Savacı****

Mehmet Serdar Gültan****

Erdem Yormuk*****

Blefaroptosis, şaşılık ya da lagoftalmi gibi ekstraoküler orijinli, anatomik ve fonksiyonel yetersizlikler sonucu meydana gelen, tedavi edilmediği takdirde, görme fonksiyonlarının bozulmasına neden olan patolojik bir durumdur.

Özellikle konjenital blefaroptosis tedavisinde çok sayıda operasyon metodu önerilmiştir. Berke 1949'da 80'den fazla yöntemin bu amaçla uygulandığını açıklamıştır (1). Ancak, başarılı sonuçların alınmasında periorbital bölge anatomisine en az zarar veren, atravmatik, fonksiyonel anatomiye hakim cerrahi girişimlerin rolü büyük olmuştur. Ufak bir alanda, oldukça karmaşık bir anatomiye sahip olan üst göz kapağına yönelik cerrahi girişimlerde, seçilecek yöntem ve uygulamadaki titizlik, gelişebilecek komplikasyonları azaltarak sonuçların başarısını etkileyecektir.

Ptozis derecesi genellikle levator kas fonksiyonlarının azlığı ile ilişkilidir. Yapılacak girişimlerde de levator fonksiyonunun ptozis klasifikasyonu ile olan ilişkisi önem taşır (Tablo I) (4).

Orbikülaris okuli kası, derinin hemen altında uzanmakta olup pretarsal bölümünün 1/3'ü, tarsın 1/3 üst kısmına sıkıca yapışık iken, geri kalanı levator aponörozuna yapışıktır. Levator adalesi, distale doğru ilerledikçe yelpaze gibi açılarak bir kısmı tarsın üst kenarına, diğer bölümü ise orbikülaris okulinin lifleri altından geçtikten sonra

** A.Ü. Tıp Fak. Plastik Cer. Anabilim Dalı Öğ. Üyesi

*** A.Ü. Tıp Fak. Plastik Cer. Anabilim Dalı Araştırma Gör.

**** A.Ü. Tıp Fak. Plastik Cer. Anabilim Dalı Uz. Dr.

***** A.Ü. Tıp Fak. Plastik Cer. Anabilim Dalı Başkanı

deri altında, kirpiklere ait kıl köklerinin çevresinde sonlanır (Şekil 2-a). Otonom sinir sistemi ile innervé olan Müller adalesi ise levator adalesi altında, aponöroza sıkıca yapışık halde bulunur ve primer fonksiyonu üst göz kapağının tonusunu korumaktadır (8). Bu bilgiler ışığında, her üç adalenin de birbiriyle ve tarsla sıkı ilişkiler içinde bulunması ve göz kapağının elevasyonundan sorumlu olmaları tekniğimizin çıkış noktasını oluşturmuştur.

Anabilim Dalımız'a değişik etyolojilere bağlı blefearoptosis yakınımasıyla başvuran 36 hastaya geliştirdiğimiz «orbikülaris okuli flep transpozisyonu» ve Berke tarafından popülerize edilen levator rezeksiyon tekniği kombine edilerek uygulanmıştır.

MATERYEL VE METOD

Anabilim Dalımız'a 1984 - 89 yılları arasında başvuran 36 ptosis olgusunun özellikleri Tablo II ve IV'de gösterilmiştir. Olgularımızda ptosis düzeyi, primer pozisyonda (ileriye bakış) üst göz kapağının limbusu ne kadar geçtiği ölçülerek saptanmıştır (Tablo - I). Levator

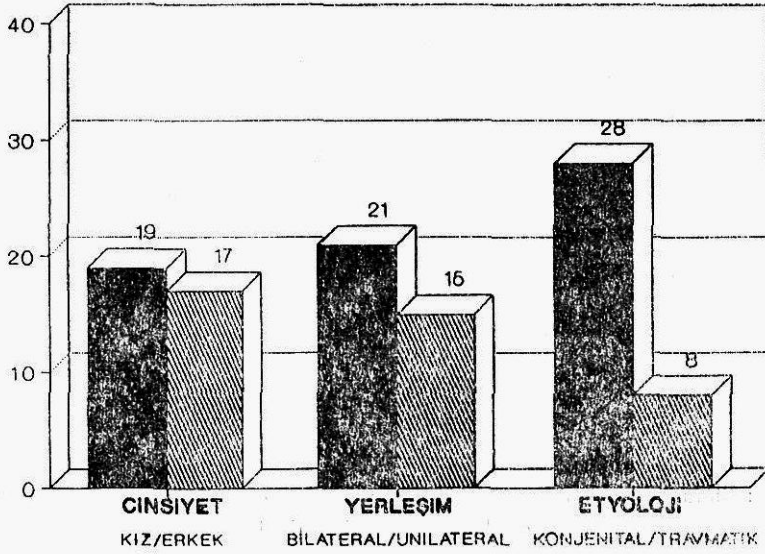
Tablo I : Ptosis derecesi ve levator fonksiyonunun sınıflandırılması

Ptosis Derecesi		Levator Fonksiyonu	
1 - 2 mm	Hafif	13 - 15 mm	Çok iyi
3 mm	Orta	8 - 10 mm	İyi
4 mm	Şiddetli	5 - 7 mm	Orta
		2 - 4 mm	Zayıf

fonksiyonu ise, aynı pozisyonda, aşağı bakış ile yukarı bakış arasında elevasyon miktarı ölçülerek belirlenmiştir. Bu işlemler sırasında, hastanın ilgili taraftaki kaşı hekimin başparmağı ile hareketsiz halde tutulmaya çalışılmış ve sağlıklı sonuçlar alabilmek için ölçümler bir kaç kez tekrarlanmıştır. Yapılan ölçümlerde hastaların ptosis dereceleri ile ilgili olarak elde edilen sonuçlar Tablo III'de gösterilmiştir.

Ameliyat sırasında; çocuklarda genel, erişkinlerde lokal anestezi kullanılmıştır. Gerekli preoperatif hazırlıkları takiben, blefaroplasti tekniklerinde olduğu gibi, üst göz kapağından planlanan oranda deri eksizyonu yapılır. Orbikülaris okuli kasının preparasyonu tamamlandıktan sonra, midpupiller hat hizasında kornea çapı genişliğinde inferior pediküllü, 6-8 mm uzunluğunda kuadrangüler kas flebi oluşturulur (Şekil 1,2-a, 3-a). Flep altındaki levator adalenin preparasyonu

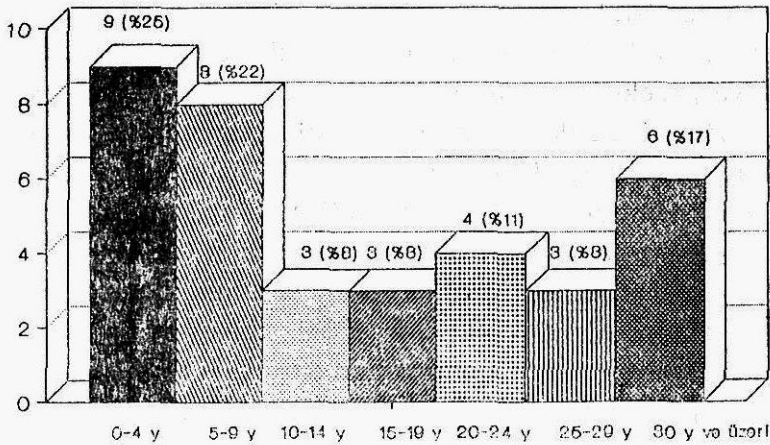
Tablo II : Blefaroptosisli 36 Olgunun Dökümü.

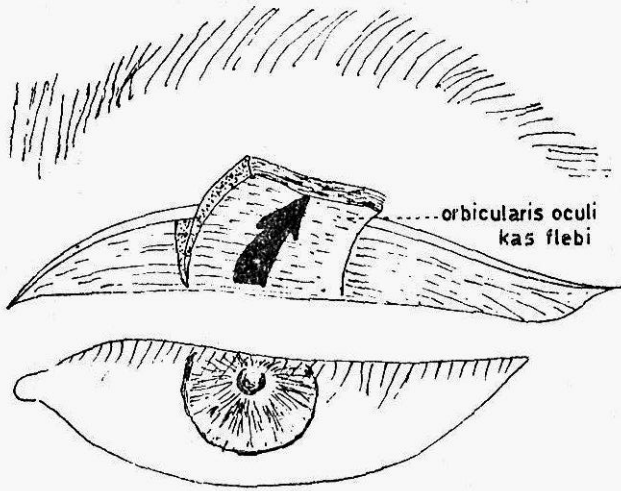


Tablo III : Ptosis derecelerinin olgulara göre dağılımı.

Ptosis Derecesi	Olgu Sayısı	Oran (%)
Hafif	8	22.2
Orta	11	30.6
Şiddetli	17	47.2

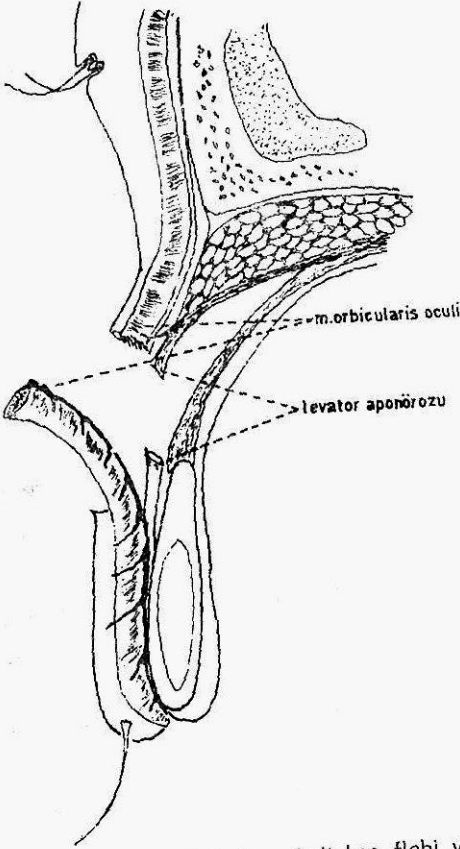
Tablo IV : Blefaroptosis Olgularının Yaşa Göre Dağılımı.



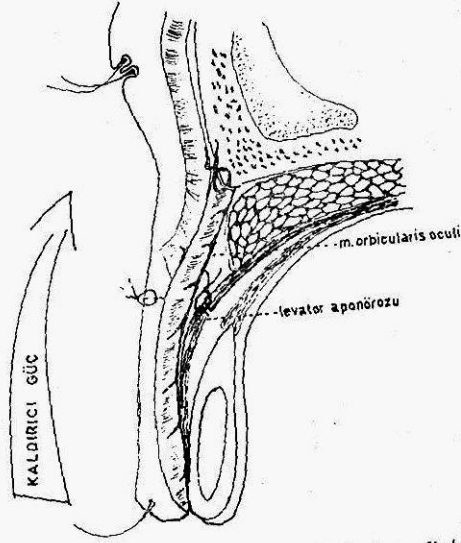


Şekil 1 : Blefaroplasti insizyonu ile yapılan deri eksizyonu ve bu bölgede oluşturulan orbikülaris okuli kas flebi.

yapılıp, gerekli hallerde orbikülaris okuli süspansiyonuna uyacak miktarda rezeksiyon yapıldıktan sonra distal ve proksimal uçlar birbirine sütüre edilir (Şekil 2-b). Levatorun distal kısmında yapılan disseksiyonla Müller adalesinden ayrılmasının oldukça travmatik olacağı açıktır. Uyguladığımız bu yaklaşımda levator adalesi en dar olduğu ve anatomisinin en az karmaşıklık gösterdiği bölümden eksize edildiğinden, rezeksiyon altta bulunan Müller adalesi korunarak yapılmakta ve gereksiz travmatik disseksiyonlardan kaçınılmış olmaktadır. Böylece, adalelerin beslenmesini sağlayan damarsal yapılar da korunabilmektedir. Hazırlanan kas flebi üstte kalan orbikülaris okuli kası altından yukarı doğru ilerletilerek supraorbital rim perios-tuna 5/0 nonabsorbabl 3 adet sütürle tespit edilir (Şekil 2-b, 3-b). Kasın kaldırıcı güç olarak hesaplanmasında, her 1 mm ptosis derecesi için 3 mm elevasyon planlanır (Şekil 2-a). Bipolar koter ile yapılan titiz bir hemostazdan sonra cilt 6/0 monoflaman sütürle intrakütan olarak kapatılıp, postoperatif dönemde, göze 24 saat süreyle fazla basınçlı olmayan pansuman uygulanır.



Şekil 2-a : Orbikularis okuli kas flebi ve rezeksiyon uygulanmış levator aponörozu.



Şekil 2-b : Orbikularis okuli kas flebinin superior orbital rim periostuna fikasasyonu ve gerekli segment çıkartıldıktan sonra levator aponöroz onarımı.



Şekil 3-a : Oluşturulan orbikularis okuli kas flebi.



Şekil 3-b : Kas flebinin transpoze edilmiş görünümü.

TARTIŞMA

Kliniğimize müracaat eden olduların büyük bir çoğunluğunda ptosis düzeyinin orta veya ileri derecede olması ve % 50'sinin daha önce opere edilmeleri, ayrıca levator fonksiyonlarının zayıflığı nedeniyle, orbiküler adaleden hazırlanan fleple süspansiyon uygulamayı ve buna levator rezeksiyonu tekniğini de destekleyici bir prosedür olarak eklemeyi uygun bulduk.

Ptosis cerrahisinde özellikle levator rezeksiyonu amaçlanarak yapılan konjunktival girişimler çok eski tarihlerde dahi gerçekleştirilmiş, ancak konjenital ptosisler ve ptosis derecesinin az olduğu olgularda yaralı olmuştur (2,3,4,5). Ptosis tedavisinde kullanılan bir diğer yöntem olan tarsektomi, bazı otörler tarafından yeterli bulunmamış ise de, kapağın hem ağırlığını hem de boyunu azaltmak suretiyle, (split level lid resection) ptosis tedavisinde halen uygulanmaktadır. Ancak, fonksiyonel stabiliteyi negatif yönde etkileyebilmeleri nedeniyle bazı otörlerce eleştirilmiştir (6).

Üst göz kapağı fonksiyonlarında önemli bir yere sahip olan levator adalesinin hafif ve orta derecedeki yetersizliklerine bağlı olarak gelişen ptosislerde, 1974'de Jones'un önerdiği levator kısaltma operasyonu çok başarılı olmasına rağmen endikasyon açısından çok sınırlı kalmıştır (9).

Alternatif bir operasyon yöntemi olan frontalis süspansiyonlarının daha fonksiyonel tekniklerin kullanıma girmesiyle geçmişe oranla endikasyon sınırları daralmakla birlikte, geçerliliğini halen korumaktadır (5).

Levator fonksiyonlarının tama yakın bozuk olduğu konjenital ve travmatik ptosislerde, günümüze kadar yapılan en akılcı girişimler, kapak süspansiyonları olmuştur (7). Bu süspansiyonlarda, az da olsa bulunan levator fonksiyonlarından yararlanmak, yaklaşıma fonksiyonel bir etkinlik kazandırmaktadır.

Levator rezeksiyonunun da eklenmesiyle fonksiyonel bir süspansiyon niteliği kazanan, uyguladığımız bu kombine yöntem özellikle reopere ve travmatik ptosislerde bozulan anatomi nedeniyle, bilinen klasik yöntemlerin yetersiz kaldığı olgularda, basit ve kabul edilebilir iyi sonuçlar veren bir yaklaşımdır. Ayrıca, uygulamamızda geniş çap-

lı disseksiyonlar yapılmamasından dolayı, ameliyat sonrası dönemde diğer tekniklere oranla kapak ödemi, hematoma gibi komplikasyonlar daha az görülmektedir. Ameliyat transkütan yaklaşımla gerçekleştirildiğinden, transkonjunktival girişimlerde görülebilen muhtemel kornea iritasyonları ortadan kalkmaktadır. Yapılan deri rezeksiyonu az da olsa göz kapağı elevasyonuna yardımcı olmakta, ayrıca ptosis olgularında genellikle silik olan supratarsal oluk da oluşturulmaktadır.

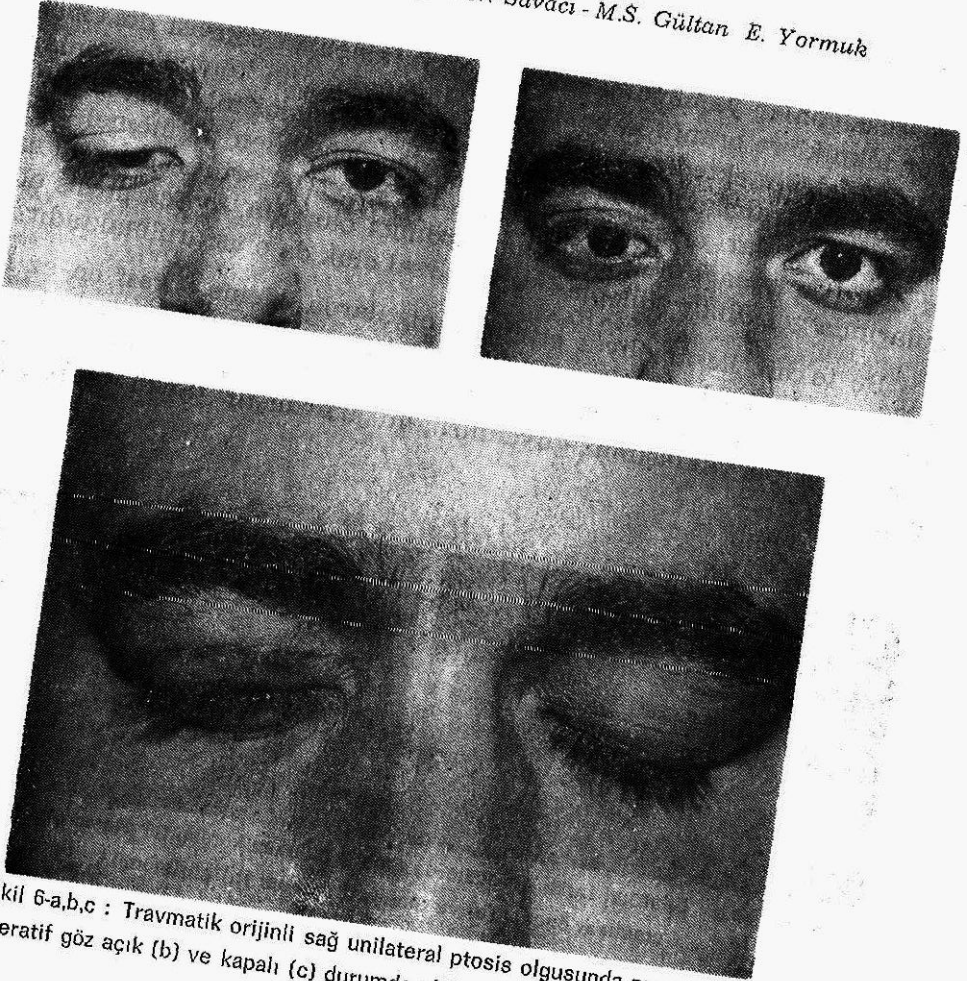
Bu teknik ile ameliyat ettiğimiz olgularda izleme süresi en az 6 ay, en fazla 4 yıl olmuştur. Elde ettiğimiz sonuçların fonksiyonel ve kozmetik açılarından başarılı olması, minimal travmayla olumlu sonuçlar veren bu yaklaşımın güvenilirliğini artırmıştır (Şekil 4-a,b, 5-a, 6-a,b,c).



Şekil 4-a,b : Bilateral farklı derecelerde ptosisi bulunan konjenital ptosis olgusunun ameliyat öncesi (a) ve ameliyat sonrası (b) görünümü.



Şekil 5-a,b : Bilateral ileri derecede konjenital ptosisli opere hastada ameliyat öncesi (a) ve ameliyat sonrası (b) görünüm.



Şekil 6-a,b,c : Travmatik orijinli sağ unilateral ptosis olgusunda preoperatif (a), postoperatif göz açık (b) ve kapalı (c) durumda elde edilmiş olan kabul edilebilir sonuç.

ÖZET

Konjenital veya akkiz, değişik etyolojilere bağlı olarak gelişen blefaroptosisin tedavisinde günümüze kadar çeşitli otörler tarafından bir çok farklı yöntem geliştirilmiştir. Klasik olarak, sıkça uygulanan levator rezeksiyon tekniğine, kliniğimizde, orbikülaris okuli adalesinden hazırlanan kas flebinin superior orbital rim periostuna süspan-siyonu da eklenerek yeni bir modifikasyon geliştirilmiştir. Anabilim Dahmızda 1984-1989 yılları arasında 36 olguda uygulanan bu yöntem çeşitli literatürlerin ışığı altında tartışılmıştır.

SUMMARY

Treatment of Blepharoptosis By Orbicularis Oculi Muscle Suspension

In the treatment of congenital or acquired blepharoptosis of different etiologies, many authors have developed different techniques. In our clinic, we have set-up a new modification by creating a muscular flap from orbicularis oculi which is suspended to superior orbital rim periosteum, combined with the classical levator resection technique. This modification has been performed in 36 cases between 1984 - 1989 and discussed by the help of the literature.

LİTERATÜR

1. Berke RN : An operation for ptosis utilizing the superior rectus muscle. Trans Am Acad Ophthalmol., 53 : 499, 1949.
2. Berke RN : A simplified Blaskovics operation for blepharoptosis. Arch Ophthalmol., 45 : 460, 1952.
3. Blaskovics L : A new operation for ptosis with shortening of the levator and tarsus. Arch Ophthalmol., 52 : 563 1923.
4. Carraway JH Vincent MP : Levator advancement technique for eyelid ptosis. Plast Reconstr Surg. 77 : 394, 1986.
5. Converse JM Smith B : The eyelids and their adnexa. In. Converse JM (Ed.) : Reconstructive Plastic Surgery, Philadelphia, W.B. Saunders Company, Vol 2, pp. 858-946, 1977.
6. Fasanella RM, Servat J : Levator resection for minimal ptosis : Another simplified operation. Arch Ophthalmol., 65 : 493, 1961.
7. Garcia FA Blandford SE : The use of three tailed fascial sling with pull-out wires to correct blepharoptosis. Plast Reconstr Surg., 23 : 596, 1959.
8. Jones LT : The anatomy of the upper eyelid and its relation to ptosis surgery. Am J Ophthalmol., 57 : 943, 1964.

9. Jones LT : Levator resection. In. Callahan A : Ptosis associated with congenital defects : Blepharophimosis, epicanthus and other syndromes. Ch. 21 in Symposium on Surgery of the Orbit and Adnexa. Transactions of the New Orleans Academy of Ophthalmol., St. Louis Mo., C.V. Mosby Company, 1974a.