

ALTGÖZ KAPAĞI TÜMÖRLERİNDE TRIPIER FLEPLE ONARIM*

Yağmur AYDIN, Zeki GÜZEL, Tamer TAŞ,
Selçuk KUYUBAŞI, İbrahim YILDIRIM

Background.- The aim of the study was to evaluate the late results of lower eyelid defects, which were reconstructed by myocutaneous flaps prepared from upper eyelid and septal chondromucosal graft.

Design.- 13 patients with lower eyelid defects due to neoplasm resection were reconstructed by myocutaneous flap prepared from upper eyelid and septal chondromucosal graft between 1989 and 1999.

Results.- Five patients that lost 50% of lower eyelid were reconstructed by unipedicular myocutaneous flaps, while remaining 8 patients with defect of more than 50% of lower eyelid were reconstructed with bidepidermal myocutaneous flaps. Patients were followed between 1 to 10 years. No complications were seen during early and late follow up periods.

Conclusion.- Tripiier flap is an alternative method to other procedures for lower eyelid reconstructions. It has lower complication rate and functionally and cosmetically better results. Especially it must be the first choice of surgeon for horizontally oriented lower eyelid full thickness defects.

Aydın Y, Güzel Z, Taş T, Kuyubaşı S, Yıldırım İ. Reconstruction of lower eyelid tumors with tripiier flap. *Cerrahpaşa J Med* 2001; 32: 163-168.

* *Anahtar Kelimeler:* Tripiier, Göz kapağı, Rekonstrüksiyon, Flep; *Key words:* Tripiier, Eyelid, Reconstruction, Flap; *Alındığı Tarih:* 26 Şubat 2001; Uzm. Dr. Yağmur Aydın, Prof. Dr. Zeki Güzel, Uzm. Öğr. Dr. Tamer Taş, Prof. Dr. İbrahim Yıldırım: İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Uzm Dr. Selçuk Kuyubaşı: SSK Samatya Hastanesi; *Yazışma Adresi (Address):* Dr.Y. Aydın, Mine sokak, Çamlık Apt No:3, D:7, 81070, Suadiye, İstanbul.

E-mail :yaydin@istanbul.edu.tr; yaydin@hotmail.com

http://www.ctf.istanbul.edu.tr/dergi/online/2001v32/s3/013a5.htm

Alt göz kapağı onarımı rekonstrüktif cerrahlar için özel bir önem taşır. Başarısız onarımlar konjonktivit, keratit ve sonunda körlüğe kadar gidebilen ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Ayrıca önemli estetik kusurlarda ortaya çıkar.¹⁻³

Tümör cerrahisi sonrası oluşan alt göz kapağı defektlerinin birçoğu daha önce tanımlanmış ve kabul görmüş tekniklerle onarılabilir.¹⁻⁵ Defektin büyüklüğüne göre geride kalan göz kapağı dokuları kullanılarak primer olarak veya lateral kantoliz yapılarak çevre dokulardan faydalanılarak primer onarım sağlanabilir. Daha büyük defektlerde alın flebi, yanak flebi, nazolabial flep, üst göz kapağından tarsokonjonktival flep veya üst göz kapağından hazırlanan kas-deri flepleri ile onarım yapılabilir. Tümör rezeksiyonu sonucu tam kalınlıkta defekt meydana geldiğinde alt göz kapağı fonksiyonunun sağlanması için bir destek dokunun da onarıma dahil edilmesi gereklidir.

Bu çalışmada tümör rezeksiyonu sebebi ile oluşan alt göz kapağı defektlerinin üst göz kapağından hazırlanan kas-deri flebi ve septal kondromukozal greft ile onarımının geç dönem sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM VE GEREÇLER

1989 ve 1999 yılları arasında kliniğimizde 13 hastada tümör nedeniyle alt göz kapağının yarısına yakını veya yarısından fazlası tam kat rezeke edildikten sonra oluşan defekt üst göz kapağından hazırlanan kas-deri flebi ve septal kondromukozal kompozit greft ile onarıldı (Şekil 1-3). 45 ve 78 yaşları arasında (ort. 61) olan hastaların 7'si erkek 6'sı kadındı.

CERRAHİ TEKNİK

Tümör rezeksiyonunu, alt göz kapağı sınırlarını aşmadığı durumlarda defekti onarmak için uygun genişlikte flep üst göz kapağında superior palpebral fissürün hemen üzerinden hazırlanır. Bunun için önce alt insizyon hattı hemen superior palpebral kıvrımın üzerine



Şekil 1. A) Alt göz kapağında bazoskuamöz hücreli karsinom. Ameliyat sırasında tümör eksizyon sınırları işaretlenmiş olarak görülüyor; B) Tümör eksizyonundan sonra oluşan defekt ve onarımda kullanılacak iki pediküllü kas-deri flebinin dizaynı; C) Tümör eksizyonundan sonra septal kondromukozal greft üzerine flebin adapte edilmiş hali; D) Ameliyattan 3 yıl sonra hastanın görünümü.

çizilir. Dişsiz bir penset yardımıyla muskulokutan yapılar vertikal olarak kavranarak pinch testiyle üst göz kapağının kapanmasını engellemeyecek ölçüde ve defekte uygun olacak şekilde flep çizimi yapılır. 1/200.000 adrenalın solüsyonlu lokal anestezi orbikülaris oculi kasının hemen alt planına enjekte edilir. Cilt ve orbikülaris oculi kası beraberce tabanda orbital septum görünecek plandan kaldırılırken levator aponevrozuna zarar vermeye dikkat edilir. İnsizyonlar medial ve lateral kantusu 0,5 cm geçebilir. Donor sahada oluşan defekt kanama kontrolünü takiben, blefaroplastide olduğu gibi devamlı intradermal dikiş tekniğiyle kapatılır.

Nazal septal kondromukozal greft ile tarsokonjonktival tabaka onarılır ve dış yüzey defektin büyüklüğüne göre üst göz kapağından hazırlanan tek veya iki pediküllü kas-deri flebi (Tripier) ile kapatılır.

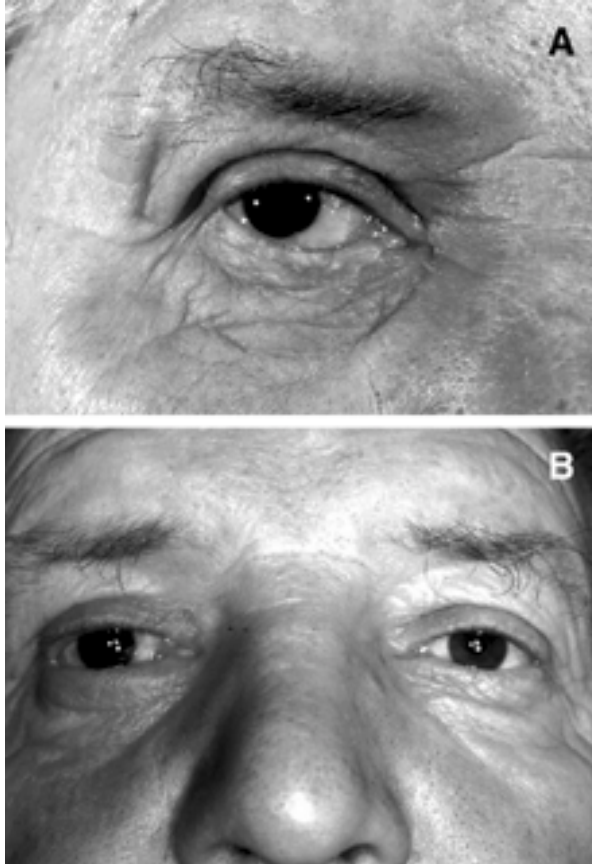
Alt göz kapağındaki defektin medial ve lateral kantusa dek uzanmadığı veya az mik-

tarda alt göz kapağı dokusunun korunduğu durumlarda dezepitelizasyon yapılarak flebin adaptasyonu kolaylaştırılır. Bu şekilde ikinci bir seansa gerek olmaz.

BULGULAR

Alt göz kapağı defekti % 50'den az olan 5 hastada tek pediküllü, daha fazla olan 8 hastada çift pediküllü flep kullanıldı. Flep kalınlıkları 2-3 mm ve flep genişliği 1-1,5 cm. idi. Burun septumundan alınan kondromukozal greft, defektin iç yüzeyini oluşturmak için dikildi. Sonra dış yüzey için üst göz kapağından hazırlanan kas-deri flebin defektin tamamına adaptasyonu ile oluşturuldu. Donör alan primer olarak kapatıldı.

Hem tek hem de iki pediküllü fleplerde erken dönemde makroskopik olarak endişe edici nekroz görünümü veren dolaşım

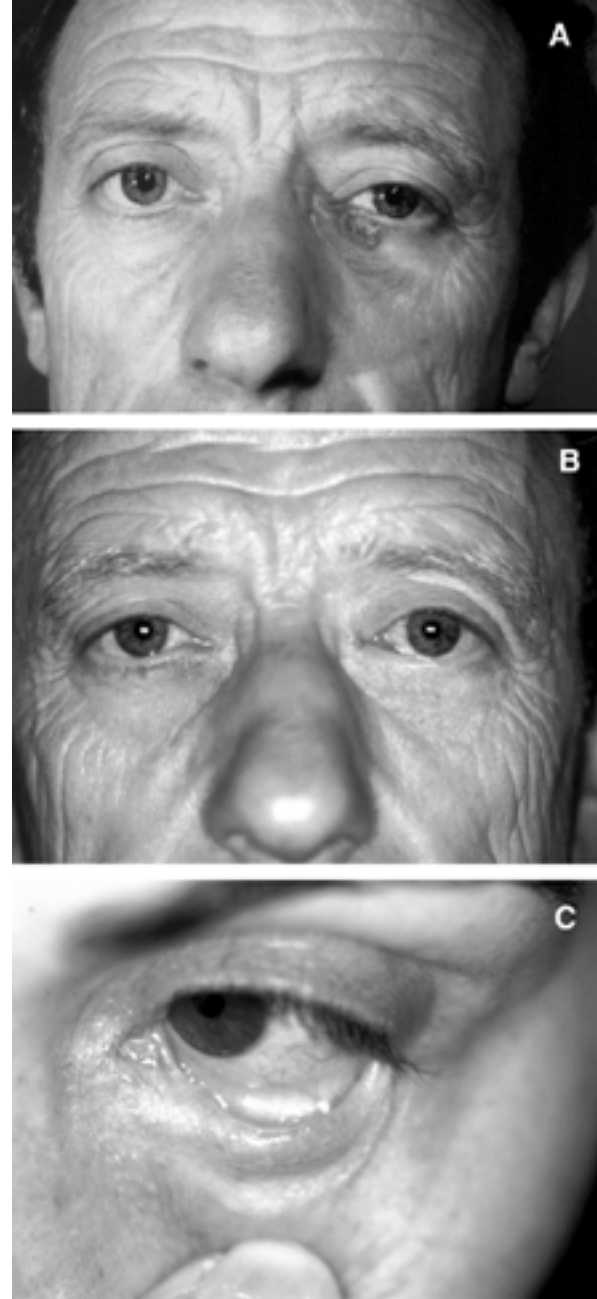


Şekil 2. A) Alt göz kapağı medialinde bazal hücreli karsinom; **B)** Tümör eksizyonu ve pediküllü Tripier flep ve septal kondromukozal greft ile onarımdan 7 yıl sonraki görünüm

bozukluğu görüldü. Bu durum 3. günden itibaren kaybolarak fleplerde pembeleşme görüldü ve tüm hastalarda primer iyileşme oldu. Kondromukozal greft tüm hastalarda burun septumundan alındı. Hastalar en az 1 yıl en çok 10 yıl (ort. 6 yıl) izlendi. Erken ve geç komplikasyon görülmedi.

TARTIŞMA

Alt göz kapağı tümörü cerrahi tedaviden sonra değişen büyüklüklerde defekt meydana gelebilir. Kapağın $\frac{1}{4}$ ü kadar olan defektler primer olarak onarılabilir.² Biraz daha büyük defektlerde kantoliz yardımıyla primer kapama sağlanabilir. Lateral kantolizin yeterli olmayacağı büyük defektler için alın flebi, nazolabial



Şekil 3. A) Sol alt göz kapağı medialinde bazal hücreli karsinom; **B)** Tam kat tümör eksizyonundan sonra iki pediküllü Tripier flep ve septal kondromukozal greft ile onarımdan 11 yıl sonra hastanın önden görünümü; **C)** 11 yıl sonra yakından oluşan forniks derinliği görülmekte

flep üst göz kapağından hazırlanan tek veya iki pediküllü kas-deri flebi, üst göz kapağından tarsokonjonktival flep veya Mustarde yanak flebi ile onarım yapılabilir.¹⁻⁴

Eğer defekt alt göz kapağının tamamını tutmuşsa yapılacak onarımla karşı göz kapağı ile simetrik, yeterli konjonktiva derinliği olan, yeterli yükseklik ve sertlikte stabil bir kenar elde edilmelidir. Yeni oluşturulacak kapağın doğal lateral kantus görünümü sağlaması ve gözün doğal kurvatürüne uyum göstermesi istenir. Ayrıca uzun dönemde sarkma sonucu ektropion gelişmemelidir.^{2,4}

Mustardé total alt göz kapağı defektlerini yanak ve temporal bölgelerden kaldırdığı rotasyon flebini septal kondromukozal grefti örtterek onarmıştır.^{2,5} Ancak bu doku alt göz kapağından daha kalın ve elastik olmayan bir yapıdadır. Kozmetik ve fonksiyonel açıdan yeterince tatmin edici olamamaktadır. Ayrıca fasyal sinir hasarı, geç dönemde sarkma ve geniş dekolman ve insizyonlara bağlı olarak skar dokusu oluşumu gibi dezavantajları vardır.⁴

Alın flebi (Fricke flep) de alt göz kapağı onarımında kondromukozal greftle birlikte kullanılmıştır.^{1,4,6} Göz kapağına benzemeyen, çok kalın, inelastik bir doku olduğu için artık nadiren tercih edilmektedir. Ayrıca pedikülün iadesi ve revizyonu için ikincil bir seansa gerek duyulur.

Hughes⁷ tarsokonjuntival flabı üst göz kapağından hazırlanır ve dış yüzü deri greftiyle kapatılır. Ancak Hughes tekniğinde üst göz kapağı tarsımın kullanılmasının birçok sakıncaları yanında ikinci seansa ihtiyaç vardır ve göz bu dönem içinde flebin pedikülü tarafından kapalı kalır.^{2,4}

Üst göz kapağından hazırlanan tek veya iki pediküllü kas-deri flebi Fransız cerrah Tripier'e atfedilir. Tripier tarafından 1889 yılında ilk olarak alt göz kapağındaki defektlerin onarımı için üst göz kapağından transfer edilen myokütan flep tarif edildi. İlk makalesinde resim veya çizim bulunmuyordu.⁸ Ancak ikinci makalesinde gösterdiği çizimde iki pediküllü flebin kaşın hemen üzerinden farklı bir şekilde

kaldırdığı görüldü.⁹ Bugün bildiğimiz anlamda Tripier flep ilk olarak Landolt¹⁰⁻¹² tarafından üst göz kapağından iki pediküllü flep olarak tarif edilmiştir.

Alt göz kapağının tam kalınlıklı kayıplarında en iyi rekonstrüksiyon metodunun ne olduğu konusu halen tartışmalıdır. Üst kapak tam olarak fonksiyone olduğu durumlarda alt kapaktaki kısmi veya tam kayıplar iyi tolere edilebilir ancak üst kapakta bulunan minimum bir fonksiyon bozukluğu özellikle orta kısımda ise göz kaybına kadar gidebilen ciddi problemlere yol açar.² Bu yüzden bazı yazarlar üst kapağın fonksiyonunun çok önemli olduğunu ve alt kapak onarımında donör alan olarak kullanılmak için risk edilmemesi gerektiğine inanmaktadır.⁴ Bu özellikle alt kapak onarımı için üst göz kapağından tam kalınlıklı dokuların kullanıldığı onarımlar (Abbé flap gibi) ve Hughes'ın transkonjontival flebi için geçerlidir. Aynı nedenle Mustardé de alt kapak onarımı için yanak rotasyon-ilerletme flebinin kullanılmasını tavsiye etmektedir.²

Alt göz kapağı onarımı için yanak ilerletme flebinin kullanılmasının kolaylıkla öğrenilebilen, sonucu önceden görülebilir bir metot olduğu bildirilmektedir. Bu flebin alt göz kapağının total onarımı için gerekli tüm komponentleri içerdiği söylenir. Bu teknikte destekleyici örtü septal kondromukozal greft ile sağlanır. Bazı yazarlar flepteki sarkma ve retraksiyona dikkat çekmişlerdir.⁴ Bu durum genellikle onarımdan sonraki 2-3 yıl içinde ortaya çıkar. Mustarde diğer seyrek görülen komplikasyonları trişiazis, lateral simblefaron, yuvarlak kantus ve kapak kenarında bir çentik oluşması olarak bildirmiştir. Erken dönemde ektropion gelişmesi, flebin iyi dizayn edilememesi, gergin kapama veya hematoma nedeniyle ortaya çıkar. Kondromukozal greftin bir kısmının kaybı fibroza ve vertikal skar kontraktürüne yol açarak ektropiona neden olur.^{1,4} Vakaların çoğunluğunda elde edilen sonuç kabul edilebilir düzeyde ol-

duğu bildirilmektedir. İkincil düzeltmeler ancak çok az bir hasta grubunda gerekmiştir. Burun septumundan mukoza ve kartilajdan alınan kondromukozal greftlerin ağız mukozasından alınan mukozal greftlere göre belirgin üstünlük gösterdiği kanıtlanmıştır.²⁻⁴ Kondromukozal destek, flepteki sarkma oluşumunun engellenmesine de yardımcı olur. Mustardé yanak flebini absorbe olmayan dikişlerle flebin subkutanöz dokusunun lateral orbita kenarının periostuna veya lateral kantal tendona tespiti her zaman flebin sarkmasını önlemeye yetmez. En iyi ameliyat sonucu flebin temporal bölgede yüksek ark yapacak şekilde hazırlanması, kompozit nazal kartilaj-mukoza grefti ve asıcı dikişlerin kombinasyonu ile elde edilir.^{2, 5}

Mc Gregor alt göz kapağının % 60'ını aşmayan defektlerinde yanak flebine lateral bir Z plastinin eklenmesini tavsiye etmiştir.²

Eksik göz kapağı dokularının gözkapasına benzer dokularla kapatılması gerektiğini savunanlar benzer dokuların kullanılması ile yanak dokuları kullanılarak elde edilene göre daha az nedbe oluştuğu ve daha iyi kozmetik sonuç elde edildiğini ileri sürmektedirler. Bu görüş Kuzey Amerika oftalmik cerrahlarının büyük kısmı tarafından güvenli ve teknik olarak daha kolay olduğu için benimsenmiştir.⁴

Yumuşak doku defekti alt kapağın dış kısmında olduğunda, üst kapaktan alınan kas-deri flebi (Tripier flep) kullanılması onarım için en iyi seçimdir. Total alt kapağın horizontal olarak % 30 veya daha azının alındığı durumlarda kartilaj desteği genellikle gerekli olmaz. Üst kapağın 2/3'ün alındığı durumlarda tek yanlı pedikül genellikle yeterlidir. Tripier flebinde cilt ve orbikularis okuli kası ile birlikte kaldırılır. Eğer sadece cilt flebi kaldırılırsa parsiyel nekroz olma olasılığı daha yüksektir.

Üst göz kapağından hazırlanan kas-deri flebi bir blefaroplasti flebi olarak düşünülebilir. Üst göz kapağının bu artık dokuları kesilip atılmak yerine, alt göz kapağındaki eksik kas ve deri desteğinin tamamlanmasında kullanılır. Üst kapaktan alınan derinin alt kapakla mükemmel renk ve yapısal uyum sağlar. Ayrıca flep içinde bulunan kas dokusu da çıkartılan orbikularis okuli kasının yerini alır. Uygun vektörde kuvvetli bir kas dokusu alt göz kapağına iyi bir destek sağlar. Oluşan ameliyat izleri doğal göz kapağı çizgileri içindedir.

Tripier flebinin diğer rekonstrüksiyon seçeneklerine göre birçok avantajı olduğunu düşünüyoruz. Bunlar; 1) mükemmel doku uyumu ve kozmetik sonuç; 2) geniş diseksiyona ve insizyonlara ihtiyaç göstermemesi; 3) fonksiyone orbital adalenin fleple taşınması sonucu alt göz kapağında ki ektropion oluşumunu engelleyen interkantal gerginliğin sağlanmış olması; 4) aynı seansta medial ve lateral kantal bölgelerdeki defektlerinde onarımın sağlanması; 5) diğer tekniklere göre nispeten daha hızlı bir teknik olması; 6) fonksiyonel açıdan yeterli yükseklik ve gerginlikte alt göz kapağı onarımı sağlaması; 7) tek seansta da yapılabilmesi; gibi avantajlardır. Bu flebin dezavantajı genç hastalarda yeterli üst kapak bolluğu olmadığı durumlarda kullanımının sınırlı olmasıdır.

Tripier flebi için uygun olgular seçilen serimizde temel plastik cerrahi prensiplerine titizlikle uyularak lieratürle karşılaştırılabilir başarılı sonuçlar elde edildi.

Tripier flebi diğer alt göz kapağı onarım tekniklerine göre önemli bir alternatiftir. Sonuçları kozmetik ve fonksiyonel açıdan daha tatminkar; komplikasyon oranı daha düşüktür. Özellikle alt göz kapağında horizontal planda ve kapağı aşmayan defektlerin onarımında diğer flep seçeneklerine göre mükemmel sonuçlar vermektedir ve bu bölge onarımında her zaman ilk seçenek olarak düşünülmelidir.

ÖZET

Göz kapağı tümörleri cerrahi tedavisinden sonra oluşabilecek bir başarısızlık, gözde körlüğe kadar gidebilen komplikasyonlara neden olur. Alt göz kapağı onarımı için bir çok teknik tarif edilmiştir. Biz 1989 –1999 yılları arasında alt göz kapağı tümörü olan 13 hastada tümör rezeksiyonundan oluşan defekti üst göz kapağından hazırlanan kas-deri flebi (Tripier flep) ve septal kondromukozal greft ile tedavi ettik. Alt göz kapağı defekti yarından az olan 5 hastada tek pediküllü, yarısından büyük olan 8 hastada ise iki pediküllü kas-deri flebi kullanıldı. Hastalar en az 1 yıl en çok 10 yıl (ort. 6 yıl) izlendi. Erken ve geç komplikasyon görülmedi. Tripier flep ile alt göz kapağı onarımı ile fonksiyonel ve kozmetik sonuçlar elde ettik. Sonuçları kozmetik ve fonksiyonel açıdan literatür verilerine göre çok daha iyi; komplikasyon oranını daha düşük bulduk. Tripier flebinin alt göz kapağı sınırlarını aşmayan defektlerin onarımında diğer tekniklere göre daha iyi bir alternatif olduğunu düşünüyoruz. Özellikle alt göz kapağındaki horizontal defektler medial veya lateral kantusa kadar uzanıyorsa Tripier flebi her zaman ilk seçenek olarak düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Grabb and Smith's Plastic Surgery. 5th edition. Lippincott- Raven. 1997; 532-535.
2. Mustarde JC. Repair and Reconstruction in the Orbital Region. A Practical. Guide. New York, Churchill Livingstone Inc, 1980;
3. Codner M.A. Reconstruction of the eyelids and orbit. Coleman, JJ in Plastic Surgery. London, Mosby, 2000; 1425.
4. Siegel R.J. Severe ectropion: repair with a modified Tripier flap. *Plast Rec Surg* 1987; 80: 21-28.
5. Güzel MZ., Yıldırım I, Aygıt AC, Aydın Y, Bayramıçlı M. Reconstruction of the total lower eyelid defect- Useful modifications. *Eur J Plastic Surg* 1995; 18: 171-174.
6. Kurul S, Özcan G, Yılmazlı C. Fricke supraorbital flap for reconstruction of total lower eyelid defects. *Eur J Plast Surg* 1989; 12 : 8-15.
7. Hughes WC. A new method for rebuilding a lower lid: report of a case. *Arch Ophthalmol* 1937; 17: 1008-1017.
8. Tripier L. Lombeau Musculocutane en forme de pont. *Lancette Française Gaz Hospitaux* 1889; 62: 1124.
9. Tripier L. Du double plan de lambeaux: Comme moyen de reparer certaines portes de substances interessent a'la fois les parties moles et le squette de la region sous orbitaire. *Rev Chir* 1890; 10: 149.
10. Van der Meulen JC. Senile ectropion. *Plast Reconstr Surg* 1988; 81: 642-643.
11. Landolt, M. Nouveau procede blepharoplastie. *Arch Ophthalmol (Paris)* 1881; 1 : 9.
12. Landolt. De quelques operations pratiquées sur les pauvres. *Arch Ophthalmol (Paris)* 1885; 5: 481.