

Surgical Treatment Results of Lower Eyelid Ectropion

Alt Göz Kapağı Ektropiyonunda Cerrahi Tedavi Sonuçlarımız

Nazire Terzi, Rahmi Duman, Ceyda Başkan, Mehmet Balcı, Sibel Özdoğan

Dr. A. Y. Ankara Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları, Ankara, Türkiye

Doi: 10.5505/aot.2013.78941

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada alt göz kapağına ektropiyon nedeniyle cerrahi tedavi uyguladığımız hastalardaki sonuçlarımızı değerlendirmek amaçlandı.

Yöntemler: Ağustos 2008 ve Haziran 2011 yılları arasında kliniğimizde ektropiyon operasyonu uygulanmış 28 hastanın kayıtları retrospektif olarak tarandı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, cerrahi öncesi ve sonrası görme keskinliği, ektropiyonun derecesi kaydedildi. Uygulanan cerrahi teknik, cerrahi sonrası tedaviler ve cerrahiye bağlı oluşan komplikasyonlar not edildi.

Bulgular: Çalışmaya Ankara Onkoloji Hastanesi Göz Hastalıkları Bölümünde ektropiyon cerrahisi uygulanmış 28 hasta alındı. Bu hastaların 18'i erkek, 10'u kadındı. Ortalama yaş 63,2 yıl olup 31 ile 81 arasında yaş dağılımı değişmekteydi. Hastaların ortalama takip süresi 14 (7-22) aydı. 28 Hastanın 10'u sağ alt göz kapağı, 11'i sol alt göz kapağı, 7'si bilateral alt göz kapağından opere edildi. Ektropiyon etyolojisinde sırasıyla involüsyonel (n=17), skatrisyel (n=7), mekanik (n=4) faktörler yer almaktaydı. İnvölüsyonel ektropiyon olgularında Kuhnt-Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonu, skatrisyel ektropiyon olgularında vertikal uzatma (cilt grefti veya lokal fleple ile), mekanik ektropiyon olgularımızda ise mukozal greft ve yanak veya alın rotasyon flebi ile kombine onarım yapıldı.

Sonuç: Kliniğimizde ektropiyon cerrahisi genellikle involüsyonel sebeplerle uygulandı. İnvölüsyonel sebeplerle oluşan ektropiyon cerrhisinde Kuhnt-Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonu ile başarı oranının çok yüksek olduğu saptandı. Alt göz kapakları, fonksiyonel olarak göz küresini korumaları yanında, estetik olarak da önemli yapılardır bu yüzden deformitelerinin onarımları titiz bir çalışmayı gerektirdiği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ektropiyon; Alt göz kapağı; Kuhnt Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonu

ABSTRACT

Objective: We tried to evaluate the results of the patients that had inferior eye lid ectropium surgery.

Methods: The records of 28 patients that had ectropium surgery in our clinic between August 2008 ve June 2011 were examined retrospectively. The age, gender, visual acuity before and after surgery and the grade of the ectropium were recorded. The performed surgical method, applied treatments after surgery and the complications due to surgery were all noted.

Results: 28 patients that had ectropium surgery in Ankara Oncology Hospital Eye Clinic were included in the study. 18 of them were male, 10 of them were female. Average age was 63,2 years old and the distribution of the age was between 31 and 81years. The average follow up period of the patients were 14(7-22) months. The 10 of the 28 patients were operated from right inferior eye lid, 11 from left inferior eye lid and 7 from bilateral inferior eye lid. The etiology of the ectropium includes respectively involuntional, (n=17), scatrical (n=7) and mechanical(n=4) factors. Kuhnt-Szymanowski technique with Smith modification, vertical elongation(skin greft or local fleb) and combined repair with mucosal greft and cheek or forehead fleb was performed respectively in involuntional, scatrical and mechanical ectropium cases.

Conclusion: Ectropium surgery was performed especially for involuntional reasons in our clinic. Kuhnt-Szymanowski technique with Smith modification was found more successful in involuntional ectropium cases. Inferior eye lids are important functionally in protecting eye ball as well as esthetically in appearance so it is important not to forget to be sensitive in repairment of their deformities.

Key words: Ectropium; Inferior eye lid; Kuhnt Szymanowski technique with Smith modification

Giriş

Alt göz kapağı önden arkaya cilt, orbikularis okuli, tars ve konjonktivadan oluşan,

subkonjonktival bölgede mukoz ve sebese glandları içeren kompleks bir yapı olarak karşımıza çıkmaktadır. İlk iki yapı ön lamellayı son iki yapı ise arka lamellayı



oluşturmaktadır (1,2). Bazı nedenlerle göz kapaklarının serbest kenarlarının göz küresi ile normal apozisyonu bozulmakta ve serbest kenar dışa doğru dönmektedir ve bu klinik durum ektropiyon olarak adlandırılmaktadır (3,4). Bu anatomik bozukluk başlıca konjenital ve edinsel olarak iki ana başlık altında incelenebilir. Edinsel ektropiyonlar involüsyonel, skatrisiyel, mekanik, paralitik olarak sınıflandırılmaktadır (5-8).

Çalışmamızda kliniğimizde ektropiyon cerrahisi uygulanmış hastaların klinik, demografik özellikleri ve tedavi sonuçları sunulmuştur.

Materyal ve Metod

Ağustos 2008 ve Haziran 2011 tarihleri arasında kliniğimizde ektropiyon nedeniyle alt göz kapak rekonstrüksiyonu uygulanan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, cerrahi öncesi ve sonrası görme keskinliği, ektropiyon olan göz kapağı kaydedildi. Uygulanan cerrahi teknik ve cerrahiye bağlı oluşan komplikasyonlar gözden geçirildi. Hastaların yazılı onayları alındı. Hastalara rutin göz muayenesi ve çeşitli ektropiyona yönelik alt göz kapağı gevşekliliğini değerlendiren testler (Pinch testi, Snap testi Alt skleral gözükmeme testi) yapılmıştı. Cerrahi teknik olarak involüsyonel ektropiyon olgularının tümüne Kuhnt-Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonu uygulanmıştı. Bu teknikte cilt tamamen eleve edildikten sonra, kapaktan tabanı yukarıda olacak şekilde beşgen tam kat rezeksiyon yapıp fazla cilt eksize edilerek cilt ve cilt altı sütüre edildi.

Skatrisiyel ektropiyon olgularında ise vertikal uzatma (cilt grefti veya lokal fleple ile) geçici tarsorafi ve kantopeksi kullanılarak kombine onarım, mekanik ektropiyon olgularımızda ise tümör rezeksiyonunu takiben peroperatif "dondurulmuş kesitler" ile cerrahi sınır incelemesi yapıldıktan sonra, sert damaktan alınan mukozal greft ile arka lamella oluşturulup yanak veya alın rotasyon flebi ile onarım tamamlandı. Tümöre sekonder mekanik ektropiyon olgularımızın ikisinde; genel anestezi uygulanırken, diğer olgularımız lokal anestezi altında opere edildi.

Sonuçlar kapağın ameliyat sonrası pozisyonu, estetik başarı, aşırı düzeltme, ektropiyon nüksü, intraoperatif komplikas-

yonlar değerlendirilerek yorumlandı. Göz kapağı kapalı iken lagoftalmus yoksa, inferior limbus ile kapak arası mesafe 2 mm ya da daha az ise veya kabul edilebilir skar oluşturulabilmiş ise başarılı olarak kabul edildi. Olguların preoperatif ve postoperatif fotoğrafları karşılaştırıldı.

Bulgular

Çalışmaya Dr. A.Y. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Bölümünde ektropiyon cerrahisi uygulanmış 28 hasta alındı. Bu hastaların 18'i erkek, 10'u kadındı. Ortalama yaş 63.2 (32-81) olarak saptandı. Hastaların ortalama takip süresi 14 (7-22) aydı. Operasyona bağlı hiçbir hastada operasyona bağlı görme kaybı gelişmediği değerlendirildi. Yirmisekiz hastanın 10'u sağ alt göz kapağı, 11'i sol alt göz kapağı, 7'si bilateral alt göz kapağından opere edildi. Hastaların tanıları tablo 1'de özetlendi.

Kapak rekonstrüksiyonu sonrası skatrisiyel ektropiyonlu olgularımızın birinde göz açma kapama fonksiyonlarında yetersizlik ile karşılaşıldı. İnvolüsyona bağlı ektropiyonlu bir olgumuzda ise ilk haftada geçici entropiyon izlendi ancak ekimoz ve ödemin düzelmesi sonrasında alt göz kapağı fonksiyonları normale döndü. Mekanik ektropiyonlu bir olgumuzda lateral kantall pozisyon bozukluğu izlenip reoperasyon ile düzeltildi. Hiçbir olguda flep beslenmesinde bir problem olmadı. Sütürler birinci haftada alındı.

Tümöre sekonder ektropiyon hastaların hepsinin patolojik tanısı bazal hücreli karsinomdu (BCC) ve takiplerinde nüks görülmedi. Tüm olgularda memnun edici estetik sonuçlar elde edildi.

Tartışma

Ektropiyon genellikle alt göz kapağında daha sık olarak gözlenmektedir ve sıklıkla alt kapak için kullanılan bir terimdir. Alt göz kapağı yerçekiminden ve mekanik güçlerden daha fazla etkilenmektedir. Ayrıca alt göz kapağı tarsı üst göz kapağına göre vertikal olarak daha kısadır ve bunun sonucu olarak tarso-kantal yapılar daha gevşektir (3,4).

Konjenital ektropiyon nadir görülmektedir ve genellikle skatrisiyel ektropiyonun bir



Tablo 1: Ektropiyon cerrahisi geçirmiş hastaların etyolojileri, hasta cinsiyet dağılımları ve opere edilen göz

Etyoloji	Hasta Sayısı	Kadın/Erkek	Sağ / Sol Göz
İnvolyusyonel	17	6/11	4 sağ, 6 sol, 7 bilateral
Skatrisyel	7	2/5	4 sağ, 3 sol
Mekanik	4	2/2	2 sağ, 2 sol
Toplam	28	10/18	10 sağ, 11 sol, 7 bilateral

formu olarak da düşünülmektedir (3-8). İnvolyusyonel ektropiyon medyal veya lateral kantal tendon, tarsus gibi kapak destek yapılarının gevşemesi ve aktinik cilt değişikliklerine bağlı olarak yaşa bağlı olarak gelişmektedir (9,10). Skatrisyel ektropiyon ise alt göz kapağındaki travma, geçirilmiş cerrahi, skatrisyel cilt hastalıkları ya da yanık gibi nedenlerle cilt ve altındaki dokuların kontraktürü sonucu gelişmektedir. Paralitik ektropiyon (nörojenik), sıklıkla fasiyal sinir paralizisi sonrası meydana gelmektedir. Mekanik ektropiyon ise göz kapağını mekanik olarak aşağı doğru çeviren tümör ve kistler nedeniyle oluşmaktadır (9).

Alt göz kapak malpozisyonunun en sık nedeni yaşa bağlı involyusyonel ektropiyondur. Daha sonra travmaya sekonder skatrisyel ve tümöre sekonder mekanik ektropiyon gelmektedir.

Cerrahi öncesi yapılacak en öncelikli adım etiyolojinin belirlenmesi, kapak ve çevre dokuların dikkatli muayenesi ve uygun cerrahi yöntemin seçilmesidir. Ayrıca cerrahi planlanırken etyolojik faktörlerin yanında hastanın yaşı, cinsiyeti, mevcut ek hastalıkları ve hastanın beklentileri göz önünde bulundurulmalıdır. Cerrahi başarıda ise ektropiyonun ciddiyeti, seçilen cerrahi yöntem ve cerrahın deneyimi en önemli faktörlerdir. Tedavide ideal olan dinamik fonksiyonel bir kapak oluşturmak olmasına rağmen, kozmetik iyileşme, kornea ve punktumun korunması bu hastalarda daha önceliklidir.

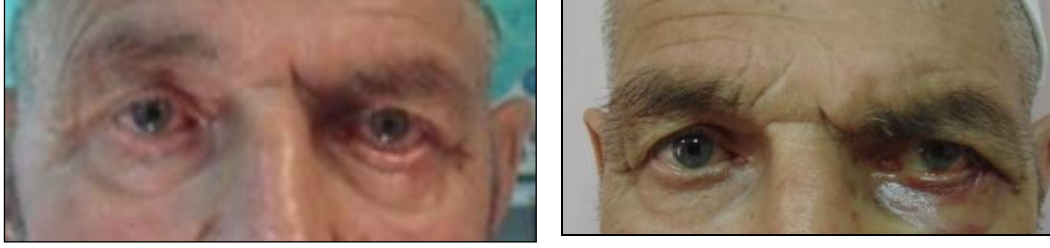
Yeterli desteğini kaybeden göz kapağının yerçekiminin etkisi ile aşağı doğru sarkması sonucu oluşan involyusyonel ektropiyonda punktum lakrimal sistemden uzaklaşır ve epifora gelişir (11-14). Ektropiyonun epifora ile birlikte olduğu olgularda, horizontal gerginlik sağlanmalı ve yeterli vertikal yükseklik elde edilmelidir.

Smith modifikasyonu bu tür olgularda da kullanılabilir uygun bir seçenektir. Bu yöntemin ilk hali Szymanowski tarafından 1870 yılında sadece lateral kantusta cilt ve kas rezeksiyonu yapılarak başlanmış, Kuhnt ise 1883 yılında orta hatta yakın kısımdan konjonktiva ve tarstan üçgen şeklinde bir rezeksiyon ile daha başarılı cerrahi sonuçlar elde etmiştir (15). 1893 yılında Meller bu iki yöntemi birleştirmiştir (3,16-17). Alt göz kapağında yeterli miktarda cilt dokusu olan olgularda Kuhnt-Symanowski tekniğinin Smith modifikasyonu tercih edilebilir. Çalışmamızda involyusyonel ektropiyon olgularımızda bu teknik ve 24 göz kapak cerrahisinin birinde geçici entropiyon dışında komplikasyon ile karşılaşmadık.

Bu teknik de klasik alt göz kapağı blefaroplasti insizyonunun kullanılması ve tam kat rezeksiyonun bu kesinin içinden yapılması diğer tekniklere göre üstünlüğü olarak kabul edilebilir. Böylelikle daha az skar dokusu oluşması sağlanmaktadır. Ayrıca fazla ve sarkmış olan cildin ektropiyon lehine olan mekanik etkisi de ortadan kalkmıştır (3,16).

Mekanik ve skatrisyel ektropiyonun onarımı involyusyonel ektropiyona göre oldukça zordur. Çalışmamızda *Kseroderma pigmentosuma* sekonder skatrisyel ektropiyon gelişen bir olgumuzda operasyon sonrası göz açma kapama fonksiyonunda yetersizlik görülmüştür. Tümöre sekonder bir olgumuzda ise lateral kantal malpozisyon izlenmiş tekrar opere edilmiştir (%2.8). O'Donnel ve ark.'nın 128 olguluk çalışmasında da bu oran %1.56 olarak bildirilmiştir (18). Eğer defektler göz kapağın 1/4'ü kadar ise primer olarak onarılabilir. Ancak biraz daha büyük defektlerde primer kapama kantoliz yapıldıktan sonra sağlanabilir. Büyük defektlerin onarımı alın flebi, nazolabial flep, üst göz





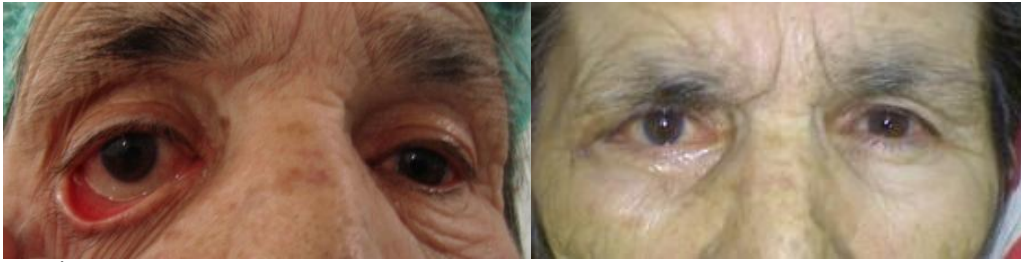
Resim 1. İnvolyusyonel ekтроpiyon olgusu. Hastaya Kuhnt Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonu yapılmıştır. (A) Ameliyat öncesi görünüm (B) Postoperatif birinci hafta görünümü



Resim 2. İnvolyusyonel ekтроpiyon olgusu. Kuhnt Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonu ile onarım yapılmıştır. (A) Ameliyat öncesi görünüm (B) Postoperatif birinci hafta görünümü



Resim 3. İnvolyusyonel ekтроpiyon olgusu. Kuhnt Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonu ile onarım yapılmıştır. (A) Ameliyat öncesi görünüm (B) Postoperatif üçüncü hafta görünümü



Resim 4. İnvolyusyonel ekтроpiyon olgusu. Hastaya Kuhnt Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonu yapılmıştır. (A) Ameliyat öncesi görünüm (B) Postoperatif birinci aydaki görünümü



Resim 5. Xeroderma pigmentosuma sekonder gelişmiş tek taraflı skatrisyel ekтроpiyon olgusu. Hastaya tam kalınlıkta cilt grefti ve tarsorafı yapılmıştır. (A) Ameliyat öncesi görünüm (B) Postoperatif birinci hafta görünümü



kapağında hazırlanan tek veya iki pediküllü kas-deri flebi, üst göz kapağında tarsokonjonktival flep, infraorbital bölgeden hazırlanan fasyokutanöz V-Y ilerletme veya rotasyon flebi, temporoparyetal fasya flebi, semisirküler Tenzel flebi veya Mustardé yanak flebi ile yapılabilmektedir (19-21).

Sonuç olarak ektropiyon cerrahisi öncesi hastalar iyi muayene edilmeli ve özellikle ektropiyon etyolojisi belirlenmeli ve buna yönelik cerrahi teknik seçilmelidir.

Çıkar Çatışması: Yok

Kaynaklar

1. Carraway JH, Vincent MP. Reconstruction of eyelid deformities In: Gregory SG and Nicholas GG, eds. Textbook of Plast Maxillofacial and Reconstructive Surgery. Baltimo Williams and Wilkins, 1992, 2nd ed. p. 551-65
2. Carraway JH. Reconstruction of the eyelids and correction ptosis of the eyelid. In: Aston SJ, Beasley RW, Thorne HC (eds): Grabb and Smith's Plastic Surgery. New York: Lippincoc Raven, 1997, 5th ed p.529-44
3. Beaconsfield M. Ectropion. In Collin R, Rose G (eds.) Fundamentals of Clinical Ophthalmology Plastic and Orbital Surgery. London:BMJ Publishing Group, 2001, pp15-23
4. Vallabhanath P, Carter SR. Ectropion and entropion. Curr Opin Ophthalmol 2000;11:345-51
5. Watts MT, Dapling RB. Congenital eversion of the upper eyelid: A case report. Ophthal Plast Reconstr Surg 1995;11:293-5
6. Alvarez EV, Wakakura M, Alvarez EI. Congenital eversion of upper eyelids: case report and management. Indian J Ophthalmol 2006;54:203-4
7. Piskiniene R. Eyelid malposition: Lower lid entropion and ectropion. Medicina (Kaunas) 2006;42:881-4
8. Neigel JM. Congenital eversion of the upper eyelid: A case report. Plastic & Reconstructive Surgery 1997;100:287
9. Mc Charty C. Plastic surgery: the face. Philadelphia: W.B. Saunders Co, 1744-1752:1990
10. Stefanyszyn M, Hidayat AA, Flanagan JC. The histopathology of involutonal ectropion. Ophthalmology 1985;92:120-7
11. Mathes SJ. Plastic surgery: the head and neck part 1. Philadelphia: Saunders Elsevier, 801-855: 2006
12. Collin JRO: A manual of systematic eyelid surgery. Churchill Livingstone 1989:8-44
13. Maden A: İnvölüsyonel ektropiyon . Oküloplastik cerrahi. Punto yayıncılık. İzmir, 1995:163-4
14. Zilelioğlu O: Entropion, Ektropiyon. Hasanreisioğlu B, Kural G. Duman S (Ed): Lakrimal sistem hastalıkları ve oküloplastik cerrahi. Yıldırım Ofset Basımevi, Ankara, 1991, 113-9
15. Fox SA. A modified Kuhnt-Szymanowski procedure for ectropion and lateral canthoplasty. Am J Ophthalmol 1966;62:533-6
16. Smith B, Cherubini T. D. Modifications of the Kuhnt-Szymanowski ectropion repair. In: Oculoplastic Surgery: A Compendium of Principles and Techniques. St. Louis: C. V. Mosby Co, 92-94:1970
17. Bosniak SL, Zilkha MC, ed. Ectropion: Smith's Ophthal-mic Plastic and Reconstructive Surgery, St. Louis: Mosby Year Book Inc; 1998:290-307
18. Brett A O'Donnell FRCOphth Department of Ophthalmology, Royal North Shore Hospital, Sydney, New South Wales, Australia Clinical and Experimental Ophthalmology 2000;28:293-7
19. Siegel R.J. Severe ectropion: repair with a modified Tripiier flap. Plast Rec Surg 1987;80:21-8
20. Mustarde JC. Repair and Reconstruction in the Orbital Region. A Practical. Guide. New York, Churchill Livingstone Inc, 1980
21. Codner M.A. Reconstruction of the eyelids and orbit. Coleman, JJ in Plastic Surgery. London, Mosby, 2000, 1425p

