

## ÜST KAPAK BLEFAROPLASTİ CERRAHİSİNDE ÇIKARILAN DOKU İÇERİĞİNİN CERRAHİ SONUÇLAR VE HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

### EVALUATION OF THE EFFECT OF REMOVED TISSUE IN UPPER BLEPHAROPLASTY ON SURGICAL OUTCOMES AND PATIENT SATISFACTION

Fatma ÇORAK EROĞLU<sup>1</sup>, Burcu KAZANCI<sup>1</sup>

#### ÖZET

**AMAÇ:** Üst kapak blefaroplasti uygulanan olgularda eksize edilen doku içeriğinin cerrahi sonuçlar, iyileşme süresi, komplikasyon oranları, skar gelişimi ve hasta memnuniyeti üzerine olan etkisini araştırmak.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Bu prospektif çalışmaya tamamı üst kapak blefaroplasti uygulanmış 94 hastanın 188 gözü dahil edildi. İntraoperatif olarak eksize edilen doku içeriği kaydedilerek cilt, cilt/kas, cilt yağ ve cilt/kas/yağ dokusu olarak sınıflandırıldı. Hastalar cerrahi sonuçlar, komplikasyon gelişimi, skar gelişimi ve iyileşme süresi açısından değerlendirildi. Postoperatif 3. ayda, hastalara cerrahi memnuniyet anketi ile birlikte, hastaların yaşam kalitesindeki değişimi, cerrahi yarar algısını ve bu değişimin özelliklerini belirlemek için Glasgow Yarar Envanter (GYE) anketi uygulandı. Eksize edilen doku içeriği ile iyileşme süresi, komplikasyon gelişimi, skar gelişimi, GYE skoru ve cerrahiden memnuniyet düzeyi arasındaki ilişki araştırıldı.

**BULGULAR:** Yaş ortalaması 55,2 ±7,6 yıl olup, hastaların % 78,7'si kadındı. Hastaların 19'una yalnızca cilt eksizyonu, 38'ine cilt ve kas eksizyonu, 7'sine cilt ve yağ eksizyonu, ve 30'una ise cilt, kas ve yağ eksizyonu uygulanmıştı. Hastaların %81,9'u geçirdikleri cerrahiden çok memnun olduğunu, %11,7'si memnun olduğunu, %5,3'ü orta düzeyde memnun olduğunu ve %1,1'i memnun olmadığını ifade etti. GYE anket sonucuna göre, hem total GYE skorunda hem de alt skorlarda artış saptandı. Eksize edilen doku içeriği ile cerrahi sonuçlar, iyileşme süresi, skar oluşumu, komplikasyon oranları, hasta memnuniyeti ve GYE skoru arasında anlamlı bir fark yoktu ( $p>0,05$ ).

**SONUÇ:** Üst kapak blefaroplasti cerrahisinden sonra, eksize edilen doku içeriğinden bağımsız olarak, hastaların büyük kısmında fonksiyonel iyileşme ile birlikte hasta memnuniyetinde ve cerrahi yarar algısında artış meydana gelmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** dermatoşalazis, blefaroplasti, hasta memnuniyeti, Glasgow Fayda Envanteri

#### ABSTRACT

**AIM:** To investigate the effect of the removed tissue on surgical results, recovery duration, complication rate, scar development, and patient satisfaction in cases in which upper blepharoplasty was performed.

**MATERIAL AND METHOD:** This prospective study included 188 eyes of 94 patients who underwent upper blepharoplasty. The removed tissue was classified as skin, skin/muscle, skin/fat, and skin/muscle/fat. The patients were evaluated in terms of surgical results, complications, scar development, and recovery duration. At the postoperative 3rd month, Glasgow Benefit Inventory (GBI) questionnaire and surgical satisfaction questionnaire were applied to determine the change in the quality of life, and the perception of surgical benefit. The relationship between the removed tissue and the recovery duration, complications, scar development, GBI score, and satisfaction with the surgery were evaluated.

**RESULTS:** Mean age was 55.2 ±7.6 years and %78.7 of the patients were female. The nineteen of patients underwent resection of skin, 38 of the patients underwent resection of skin/muscle, 7 of the patients underwent resection of skin/fat, and 30 of the patients underwent resection of skin/muscle/fat. Of the patients, 81.9% were very satisfied with the surgery, 11.7% were satisfied, 5.3% were moderately satisfied, and 1.1% were dissatisfied. An increase was detected both in total GBI scores and subscores. There was no significant difference between the removed tissue and surgical outcomes, recovery duration, scar development, complications, patient satisfaction, and GBI scores ( $p>0.05$ ).

**CONCLUSION:** Regardless of the removed tissue, the majority of patients experienced an increase in patient satisfaction and perceived surgical benefit, along with functional improvement.

**Keywords:** dermatochalasis, blepharoplasty, patient satisfaction, Glasgow Benefit Inventory

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye,

**Makale Geliş Tarihi / Submitted:** Temmuz 2021 / July 2021

**Sorumlu Yazar / Corresponding Author:**

Fatma ÇORAK EROĞLU

Adres: SBÜ Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kale Mah. Ulucanlar Cad. No:

59, Altındağ, Ankara, Türkiye

Tel: +90 505 455 6144 / +90 312 312 6261

E-posta: dr\_fatoscorak@hotmail.com

ORCID: 0000-0003-3003-0756

**Makale Kabul Tarihi / Accepted:** Mart 2022 / March 2022

**Yazar Bilgileri / Author Information:**

Burcu KAZANCI: ORCID: 0000-0002-0147-3841, drburcus@hotmail.com

## GİRİŞ

Dermatoşalazis, genellikle ileri yaşlarda ortaya çıkan, üst kapakta oluşan cilt fazlalığı ile birlikte orbital septumun zayıflamasına bağlı olarak sıklıkla yağ dokusunda fıtıklaşmanın da eşlik ettiği bir tablodur.<sup>1</sup> Kozmetik problemlerin yanı sıra, ciltteki sarkma ve kirpik pitozuna bağlı olarak üst yarı görme alanında daralma ve kontrast duyarlılıkta azalma gibi fonksiyonel sorunlara da neden olmaktadır.<sup>2-3</sup> Blefaroplasti cerrahisinin hem kozmetik hem de fonksiyonel olarak tatminkâr sonuçların elde edilmesini sağladığı ve hastaların yaşam kalitelerinde artış sağladığı önceki çalışmalarda gösterilmiştir.<sup>1-3</sup>

Günümüzde artmakta olan yaşam beklentisinin de etkisiyle, blefaroplasti dünyada en sık uygulanan cerrahi girişimlerin başında gelmektedir.<sup>4</sup> Bu artışa paralel olarak, hasta memnuniyeti, kozmetik değişiklikler, iyileşme süresi, komplikasyon oranları ve yara izi ile ilgili sorular güncelliğini korumaktadır. Blefaroplasti cerrahisinde cilt, kas ve/veya yağ dokusu fazlalığı eksize edilerek hem fonksiyonel hem de kozmetik düzleme amaçlanmaktadır.<sup>3-5</sup> Preoperatif muayenede eşlik eden yağ herniasyonu olup olmaması, eş zamanlı kaş pitozu varlığı, fazla cilt dokusunun miktarı, hastanın yaşı ve kozmetik beklentisi eksize edilecek olan dokunun belirlenmesinde önemlidir.<sup>5-6</sup> Ancak, cerrahi sırasında eksize edilecek doku içeriğinin ne olması gerektiği hastaya özgü olup, eksize edilen doku içeriğinin cerrahi sonuçlar, iyileşme süresi, kozmetik beklentiler ve hasta memnuniyeti üzerine olan etkisi belirsizliğini korumaktadır.<sup>5-7</sup>

Bu çalışmada amacımız, üst kapak blefaroplasti uygulanan hastalarda cerrahi sonuçların değerlendirilmesi ve eksize edilen doku içeriğinin komplikasyon gelişimi, skar gelişimi, iyileşme süresi ve hasta memnuniyeti üzerine olan etkisini araştırmaktır.

## GEREK VE YÖNTEM

Prospektif olarak yürütülen ve Ocak 2018 ile Kasım 2020 tarihleri arasında Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi oküloplastik bölümünde gerçekleştirilen bu çalışmaya tamamı üst kapak blefaroplasti cerrahisi geçirmiş olan toplam 94 hastanın 188 gözü dahil edildi. Tüm hastalar çalışma hakkında bilgilendirildi ve tümünden bilgilendirilmiş onam formu alındı. Çalışma Helsinki bildiğesinin ilkelerine uygun olarak gerçekleştirildi ve etik kurul onayı alındı (Etik kurul no: E-19-166, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara).

Kırk yaşın altındaki hastalar, geçirilmiş göz kapağı cerrahisi ve/veya travma öyküsü bulunanlar, periorbital botulinum toksin enjeksiyonu uygulananlar, eşlik eden kapak hastalığı olan hastalar (entropium, ektrorupium, pitozis, lagofthalmus, vs.), intrakranial patolojisi olanlar ve postoperatif düzenli takibe gelmeyen hastalar çalışma dışı bırakıldı. Tüm hastalar preoperatif dönemde ve postoperatif 3. ayda en iyi düzeltilmiş görme keskinliği, biyomikroskopik ve fundoskopik muayene, göz içi basınç ölçümü (GİB), vertikal kapak aralığı, marjin refleks mesafesi, üst kapak kıvrımı yüksekliği, levator fonksiyonu, kapak gevşekliliği ve kaş pitozu açısından değerlendirildi. İntraoperatif olarak eksize edilen doku içeriği (Cilt/orbiküler kas/yağ) kaydedildi. Hastalar komplikasyon gelişimi, skar dokusu gelişimi ve iyileşme süresi açısından değerlendirildi. İyileşme süresi, hastaların günlük sosyal yaşantılarına ve/veya iş hayatlarına dönme süresi olarak kabul edildi. Skar dokusunun sınıflandırılması, ülkemizden Akkaya ve ark.<sup>8</sup> tarafından yapılan çalışmada olduğu gibi yapıldı. Buna göre; (1); insizyon hattında skar yok, (2); insizyon hattına dikkatli bakınca belli oluyor, (3); rahatça görünür skar, (4); belirgin hipertrofik skar.

Cerrahi sonrasında hastaların yaşam kalitesindeki değişimi, cerrahi yarar algısını ve bu değişimin özelliklerini belirlemek için Glasgow Yarar Envanteri (GYE) anketi uygulandı. GYE, ilk olarak otolaringolojik cerrahiler için geliştirilmiş olup, oküloplastik cerrahiler için de doğrulanmış bir anketir.<sup>9,10</sup> GYE anketi, hastaların cerrahi sonrasındaki sağlık durumundaki ve yaşam kalitesindeki değişimi değerlendiren 18 sorudan oluşmaktadır ve 3 farklı alt ölçek analizini içermektedir. Bu alt ölçekler genel etki (kendi kendine psikolojik yarar), fiziksel etki (genel fiziksel sağlık) ve sosyal etki (başkalarından destek) şeklinde sınıflandırılmıştır. Cevaplar 5 seviyeli Likert skala şeklinde ölçeklendirilmiş olup, ölçek sonrası toplam skor, genel alt ölçek skoru, sosyal destek skoru ve fiziksel sağlık skoru elde edilmektedir. Çalışmamızda, GYE anketi oküloplastik cerrahiler için modifiye edilmiş ve dilimize çevrilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Glasgow Yarar Envanteri (Oküloplastik cerrahi için revize edilmiş ve Türkçe'ye çevrilmiş)

	Total skor	Genel skor	Sosyal skor	Fiziksel skor
1. Ameliyatınızın sonuçları günlük hayatta yapabileceğiniz faaliyetleri ne yönde etkiledi?	*	*		
2. Ameliyatınızın sonuçları genel yaşamınızı daha iyi mi yoksa daha kötü hale mi getirdi?	*	*		
3. Ameliyatınızdan sonra gelecekteki yaşamınız için daha iyimser beklentiler içinde misiniz?	*	*		
4. Ameliyatınızdan sonra topluluk içinde kendinize güveniniz ne yönde değişti?	*	*		
5. Ameliyatınızdan sonra daha mı iyi yoksa daha mı kötü hissediyorsunuz?	*	*		
6. Ameliyatınızdan sonra iş yerinde karşılaştığınız sorunla başa çıkma şekliniz ne yönde değişti?	*	*		
7. Ameliyatınızdan sonra yeni iş fırsatları konusunda kendinize olan güveniniz ne yönde değişti?	*	*		
8. Ameliyatınızdan sonra sosyal ortamlardan daha az mı yoksa daha fazla mı çekiniyorsunuz?	*	*		
9. Geçirdiğiniz operasyon nedeni ile kendinizi daha bilinçli hissediyor musunuz?	*	*		
10. Ameliyat olmanızın nedeni olan şikayetinizden duyduğunuz rahatsızlık ameliyat sonrasında ne yönde değişti?	*	*		
11. Ameliyatınızdan sonra sosyal ortamlara katılma isteğiniz ne yönde değişti?	*	*		
12. Ameliyatınızdan sonra, sosyal ortamlara katılmaktan çekim ve utanma eğiliminiz ne yönde değişti?	*	*		
13. Ameliyatınızdan sonra arkadaşlarınızın size olan desteği ne yönde değişti?	*		*	
14. Ameliyatınızdan sonra ailenizin size olan desteği ne yönde değişti?	*		*	
15. Ameliyatınızdan sonra sizi gerçekten önemseyen kişi sayısının daha az mı yoksa daha fazla mı olduğunu hissettiniz?	*		*	
16. Ameliyatınızdan sonra herhangi bir nedenden dolayı doktora gitme sıklığınız ne yönde değişti?	*			*
17. Ameliyatınızdan sonra herhangi bir nedenle ilaç alma sıklığınız ne yönde değişti?	*			*
18. Ameliyatınızdan sonra herhangi bir sağlık sorununa bağlı rahatsızlık geçirme sıklığınız ne yönde değişti?	*			*

Hastalar her bir soruya Likert ölçeğine göre 1 ile 5 arasında puan vermektedir:

1: Çok daha kötü; 2: Biraz daha kötü; 3: Değişiklik yok; 4: Biraz daha iyi; 5: Çok daha iyi

Cerrahi sonrası postoperatif 3. ayda tüm hastalara GYE anketi uygulanarak her bir hasta için toplam skor, genel alt ölçek skoru, sosyal destek skoru ve fiziksel sağlık skoru hesaplandı. Glasgow Yarar Envanterinin yanı sıra, postoperatif 3. ayda hastalara kısa bir anket uygulanarak hastalardan cerrahiden memnuniyet düzeylerini subjektif olarak sınıflandırmaları istendi.<sup>8</sup> Buna göre; "0: Memnun değil, 1: Orta derecede memnun, 2: Memnun, 3: Çok memnun" olarak kaydedildi. Üst kapak kıvrımının belirlenmesinin ardında fazla cilt miktarı ve insizyonun üst sınırı bir penset yardımı ile belirlenerek işaretlendi. Uygun infiltrasyon anesteziyunun ardından, radyofrekans cihazı yardımı ile işaretli hat boyunca cilt insizyonu yapıldıktan sonra, cilt flebi yükseltilerek alttaki dokudan ayrıldı. Kas gevşekliliği gözlenen olgularda, bir diseksiyon makası kullanılarak orbikularis okuli kasından bir şerit şeklinde kas dokusu da eksize edildi. Glob üzerine bası uygulanarak yağ herniasyonu olup olmadığı kontrol edildikten sonra, uygun görülen olgularda orbital septum açılarak yağ dokusu klemp arasına alınarak radyofrekans cihazı ile eksize edildi. Hemostazın sağlanmasının ardından öncelikle 3 adet 6.0 vicrly sütür yardımı ile kapak kıvrım çizgisi oluşturuldu. Ardından cilt dokusu 6.0 vicrly sütür ile tek tek sütüre edildi.

Blefaroplasti cerrahisi ve cerrahi sonrası değerlendirme tek oküloplastik cerrahi (FCE) tarafından yapıldı. Hastalar, eksize edilen doku içeriğine göre aşağıdaki şekilde sınıflandırıldı: Yalnızca cilt dokusu eksizeyonu; C, cilt dokusu ve kas dokusu eksizeyonu; CK, cilt dokusu ve yağ dokusu eksizeyonu; CY, cilt dokusu + kas dokusu + yağ dokusu eksizeyonu; CKY. Eksize edilen doku içeriğinin C, CK, CY, CKY) iyileşme süresi, GYE, cerrahiden memnuniyet düzeyi, komplikasyon oranları ve skar gelişimi üzerindeki etkisi ilişki araştırıldı. Ayrıca hastalar, yağ dokusu eksizeyonu yapılması gereken ve gerekmeden olmak üzere iki gruba ayrıldı. Buna göre, yağ dokusu eksizeyonu ile iyileşme süresi, GYE, cerrahiden memnuniyet düzeyi, komplikasyon oranları ve skar gelişimi arasındaki ilişki araştırıldı.

**İstatistiksel Analiz**

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 22.0, IBM, Chicago, IL, USA) paket programı kullanılarak yapıldı. Sürekli değişkenlerin dağılımı Kolmogrov-Smirnov testi ile belirlendi. Elde edilen sayısal değişkenler ortalama  $\pm$  standart sapma, medyan ve minimum-maksimum değerler ile, kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde ile sunuldu. İstatistiksel analizler Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Wilcoxon signed rank testi ve ki-kare testi kullanılarak yapıldı. Korelasyon analizleri için Spearman testi kullanıldı. P değerinin 0,05'ten küçük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**BULGULAR**

Çalışmaya dahil edilen toplam 94 hastanın yaş ortalaması 55,2  $\pm$ 7,6 yıl olup, hastaların 74'ü %78,7 kadın ve 20'si %21,3 erkek hastalardan oluşuyordu. Ortalama takip süresi 11,5 $\pm$ 5,6 6-17 ay) idi. Hastaların tümünde cilt sütürleri 10. günde alındı. Ortalama işe/sosyal hayata dönüş süresi ortalama iyileşme süresi) 12,5 $\pm$ 3,9 gün idi.

Cerrahisi öncesi ile cerrahi sonrası 3. aydaki en iyi düzeltilmiş görme keskinliği p=0,653) ve GİB ölçümleri p=0,345) açısından anlamlı fark izlenmedi (Wilcoxon testi). Cerrahi sonrası 3. ayda elde edilen marjin refleks mesafesi ve interpalpebral vertikal kapak mesafesi cerrahi öncesi döneme göre anlamlı iyileşme saptandı her bir parametre için p<0,05). Cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası 3. ayda üst kapak kıvrım yüksekliği ve levator fonksiyonu açısından anlamlı fark yoktu her bir parametre için p>0,05) Tablo 2).

Tablo 2. Cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası 3. ayda marjin refleks mesafesi, vertikal kapak mesafesi, üst kapak kıvrım yüksekliği ve levator fonksiyonunun karşılaştırılması

	Cerrahi öncesi	Cerrahi Sonrası 3 , ay	P *
Marjin Refleks Mesafesi (mm)	3,4 $\pm$ 1,5	4,0 $\pm$ 1,2	0,042
Vertikal Kapak Mesafesi (mm)	8,2 $\pm$ 2,1	10,9 $\pm$ 1,9	0,025
Üst kapak Kıvrım Yüksekliği(mm)	9,8 $\pm$ 1,4	10,2 $\pm$ 1,2	0,123
Levator Fonksiyonu (mm)	10,7 $\pm$ 2,1	11,2 $\pm$ 1,8	0,291

\*Wilcoxon testi

Hastaların 19'una %20,2) yalnızca cilt eksizyonu, 38'ine %40,4) cilt + kas eksizyonu, 7'sine %7,4) cilt + yağ eksizyonu ve 30'una %31,9) cilt+ kas + yağ eksizyonu uygulandı. Cerrahi sonrasında hastalarda erken dönemde ağrı, periorbital ödem ve hiperemi dışında ciddi komplikasyon gelişmedi. Postoperatif 3. ayda 65 hastada %69,2) insizyon hattında herhangi bir skar dokusu izlenmezken, 18 hastada %19,1) dikkatli muayene ile saptanan skar dokusu ve 11 hastada %11,7) rahatça bakılınca gözlenen skar dokusu izlendi .

Resim 1. Ameliyat sonrası skar dokusunun sınıflandırılması



a. insizyon hattında skar yok, b. insizyon hattına dikkatli bakınca belli olan skar, c. Rahatça görünür skar

(Resim 1). Hiçbir hastada hipertrofik skar dokusu gelişmedi.

Hasta memnuniyet anketine göre, hastaların %81,9'u 77 hasta) geçirdikleri cerrahinin sonucundan çok memnun olduğunu, %11,7'si 11 hasta) memnun olduğunu, %5,3'ü 5 hasta) orta düzeyde memnun olduğunu ve %1,1'i 1 hasta) memnun olmadığını ifade etti. Glasgow fayda anketinin sonucuna göre, ortalama total GYE skoru +45,3  $\pm$ 21,2, genel alt ölçek skoru +51,5  $\pm$ 27,9, sosyal destek skoru +34,7  $\pm$ 25,8 ve fiziksel sağlık skoru ise +1,7  $\pm$ 1,0 olarak hesaplandı. Buna göre, hem total skorda hem de fiziksel destek skoru haricindeki tüm alt skorlarda artış saptandı.

Eksize edilen doku içeriği C, CK,CY,CKY) ile cerrahi sonrası iyileşme süresi, skar oluşumu, cerrahi sonrası üçüncü ayda elde edilen cerrahi sonuçlar, hasta memnuniyeti ve GYE skoru arasındaki ilişki araştırıldığında, her bir parametre için istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı her bir değer için p>0,05) Tablo 3).

Tablo 3. Eksize edilen doku içeriği ile cerrahi sonuçlar ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişki.

Postoperatif 3. Ay Sonuçları	Eksize Edilen Doku				P	
	C (n=19)	CK (n=38)	CY (n=7)	CKY (n=30)		
İyileşme süresi (gün) (ortalama $\pm$ standart sapma)	12,2 $\pm$ 2,4	12,6 $\pm$ 1,9	12,4 $\pm$ 2,0	12,4 $\pm$ 2,1	0,521 <sup>#</sup>	
Marjin refleks mesafesi (mm)	3,9 $\pm$ 0,9	4,1 $\pm$ 1,0	3,8 $\pm$ 0,8	4,0 $\pm$ 1,1	0,410 <sup>#</sup>	
Vertikal kapak aralığı (mm)	10,7 $\pm$ 1,4	11,1 $\pm$ 1,7	10,6 $\pm$ 1,5	10,9 $\pm$ 1,5	0,372 <sup>#</sup>	
Üst kapak kıvrım yüksekliği (mm)	10,2 $\pm$ 0,9	10,1 $\pm$ 1,0	9,9 $\pm$ 1,2	10,3 $\pm$ 1,1	0,501 <sup>#</sup>	
Levator Fonksiyonu (mm)	11,0 $\pm$ 1,3	11,2 $\pm$ 1,5	11,1 $\pm$ 1,2	11,3 $\pm$ 1,4	0,443 <sup>#</sup>	
Skar Dokusu (n:%)	Skar yok	14 (%73,6)	26 (%68,4)	5 (%71,4)	20 (%66,7)	0,381*
	Dikkatli bakınca görünen skar	4 (%21,1)	7 (%18,4)	2 (%28,6)	6 (%20)	0,126*
	Rahatça görünür skar	2 (%10,5)	5 (%13,2)	-	4 (%13,3)	0,333*
	Belirgin hipertrofik skar	-	-	-	-	-
Hasta memnuniyeti (n:%)	Çok Memnun	16 (%84,2)	31 (%79,5)	6 (%85,7)	24 (%80)	0,674*
	Memnun	2 (%10,5)	5 (%13,1)	-	4 (%10)	0,537*
	Orta Düzeyde Memnun	-	4 (%10,6)	1 (%14,3)	-	0,472*
	Memnun Değil	-	1 (%2,6)	-	-	-
GYE	Total skor	+47,5 $\pm$ 20,8	+45,9 $\pm$ 22,7	+44,9 $\pm$ 21,9	+46,6 $\pm$ 22,0	0,631 <sup>#</sup>
	Genel alt ölçek skoru	+53,3 $\pm$ 26,6	+50,8 $\pm$ 26,9	+52,9 $\pm$ 27,4	+55,0 $\pm$ 26,7	0,362 <sup>#</sup>
	Sosyal destek skoru	+38,3 $\pm$ 24,9	+37,4 $\pm$ 22,0	+34,2 $\pm$ 26,1	+33,9 $\pm$ 25,8	0,414 <sup>#</sup>
	Fiziksel sağlık skoru	+1,0 $\pm$ 0,9	+1,3 $\pm$ 1,0	+2 $\pm$ 1,1	+1,6 $\pm$ 1,2	0,651 <sup>#</sup>

Eksize Edilen Doku; C: Cilt; CK: Cilt +Kas; CY: Cilt + Yağ; CKY: Cilt + Kas + Yağ; GYE: Glasgow Yarar Envanteri, <sup>#</sup>Kruskal Wallis testi,\*ki-kare testi ,

Diğer yandan, yağ herniasyonu nedeni ile yağ eksizyonu gerektiren hastalar ile yağ eksizyonu gerektirmeyen hastalar karşılaştırıldığında, yağ eksizyonu yapılmayan hastalarda cerrahiden memnuniyet düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu p=0,02), buna karşılık iyileşme süresi, komplikasyon gelişimi, GYE ve skar gelişimi açısından iki grup arasında fark olmadığı saptandı her bir değer için p>0,05) (Tablo 4)

Tablo 4. Yağ dokusu eksizyonu yapılan ve yapılmayan hastaların cerrahi sonuçlar ve hasta memnuniyeti açısından karşılaştırılması

Postoperatif 3. Ay Sonuçları	Eksize Edilen Doku		P	
	Yağ eksizyonu yapılan (n=37)	Yağ eksizyonu yapılmayan (n=57)		
İyileşme süresi (gün) (ortalama $\pm$ standart sapma)	12,4 $\pm$ 1,9	12,5 $\pm$ 2,1	0,482 <sup>#</sup>	
Marjin refleks mesafesi (mm)	3,9 $\pm$ 1,0	3,9 $\pm$ 0,8	0,501 <sup>#</sup>	
Vertikal kapak aralığı (mm)	10,7 $\pm$ 1,3	10,9 $\pm$ 1,4	0,292 <sup>#</sup>	
Üst kapak kıvrım yüksekliği (mm)	10,1 $\pm$ 0,9	10,1 $\pm$ 1,1	0,522 <sup>#</sup>	
Levator Fonksiyonu (mm)	11,2 $\pm$ 1,3	11,1 $\pm$ 1,2	0,521 <sup>#</sup>	
Skar Dokusu (n:%)	Skaryok	25 (%67,6)	40 (%70,1)	0,402 <sup>#</sup>
	Dikkatli bakınca görünen skar	8 (%21,6)	11 (%19,7)	0,130 <sup>#</sup>
	Rahatça görünür skar	4 (%10,8)	7 (%12,2)	0,323 <sup>#</sup>
	Belirgin hipertrofik skar	-	-	-
Hasta memnuniyeti (n:%)	Çok Memnun	30 (%81,1)	47 (%82,5)	0,413 <sup>#</sup>
	Memnun	4 (%10,8)	7 (%12,3)	0,621 <sup>#</sup>
	Orta Düzeyde Memnun	1 (%2,7)	4 (%7)	0,026*
GYE	Total skor	+45,8 $\pm$ 21,9	+46,7 $\pm$ 21,8	0,465 <sup>#</sup>
	Genel alt ölçek skoru	+53,6 $\pm$ 27,1	+52,05 $\pm$ 26,8	0,310 <sup>#</sup>
	Sosyal destek skoru	+34,1 $\pm$ 25,9	+37,9 $\pm$ 23,4	0,541 <sup>#</sup>
	Fiziksel sağlık skoru	+1,8 $\pm$ 1,2	+1,6 $\pm$ 1	0,443 <sup>#</sup>

Eksize Edilen Doku; C: Cilt; CK: Cilt +Kas; CY: Cilt + Yağ; CKY: Cilt + Kas + Yağ; GYE: Yarar Envanteri<sup>#</sup>MannWhitney U testi, \*ki-kare testi

## TARTIŞMA

Blefaroplasti, günümüzde en yaygın uygulanan cerrahi girişimlerden biri olup, üst kapak blefaroplastisi genellikle tatmin edici cerrahi sonuçlar ve düşük komplikasyon oranları ile güvenli bir prosedür olarak kabul edilmektedir.<sup>11-12</sup> Geçmişte blefaroplasti sonrası tedavi başarısının değerlendirilmesinde fiziksel görünümdeki iyileşme ve komplikasyon gelişmemesini göz önüne alırken, günümüz modern koşullarında cerrahi sonrasında yaşam kalitesinin artması da önemli bir kriter ve tedavi hedefi haline gelmiştir.<sup>6-11-14</sup> Dermatoşalazis sadece cilt dokusundaki gevşeklik ile değil, aynı zamanda gelen zayıflama nedeni ile preaponevrotik ve medial yağ dokularının herniasyonu ile karakterizedir.<sup>15</sup> Bu nedenle, üst yarı görme alanında azalma ve baş ağrısı gibi fonksiyonel sorunların yanı sıra, hayat kalitesinde azalma, kozmetik sorunlar ve psikososyal problemlere de yol açmaktadır.<sup>11-14-16-17</sup> Cerrahi sonrasında fonksiyonel başarıyı sağlamak kadar, hastaların hayat kalitelerini artırmak ve psikososyal açıdan tatminî sonuçlara ulaşmak da önemlidir.<sup>18-20</sup>

Daha önce yapılan bir çalışmada, blefaroplasti sonrasında yaşam kalitesinde elde edilen artışın sadece fonksiyonel kazançla açıklanamayacağı, dermatoşalazis bulunan hastaların toplum tarafından olumsuz olarak algılandığı ve cerrahi düzeltmenin fonksiyonel düzelmenin yanı sıra hastalarda psikososyal açıdan da iyileşme sağladığı bildirilmiştir.<sup>13</sup> Blefaroplasti yapılması planlanan hastalar ile kontrol grubunu yaşam kalitesi ve özsaygı açısından karşılaştıran bir başka çalışmada ise, cerrahi planlanan grubun kontrol grubuna kıyasla daha düşük özsaygıya ve yaşam kalitesine sahip olduğu belirtilmiştir.<sup>20</sup> Bater ve ark.<sup>19</sup> ise, blefaroplasti geçiren hastaların kendilerinin daha sağlıklı, daha az yorgun ve daha enerjik olarak algıladıklarını bildirmiştir. Herreur ve ark.<sup>21</sup>, blefaroplasti uygulanan hastalarda üç farklı değerlendirme anketinin etkinliğini değerlendirmişler ve GYE'nin, blefaroplasti cerrahisinin hastaların günlük yaşamlarındaki faydasını değerlendirmede son derece etkili bir yöntem olduğunu belirtmişlerdir. Mevcut çalışmamızda, hasta memnuniyeti hem kısa bir memnuniyet anketi ile, hem de GYE değerlendirilmiş ve hastaların %93.6'sı geçirdikleri cerrahinin sonucundan çok memnun ya da memnun olduğunu ifade etmiş ve total GYE skorunda, genel alt ölçek skorunda ve sosyal destek skorunda artış elde edilmiştir.

Çalışmamızda, hastaların büyük kısmının cerrahiden memnun olduğunu ifade etmelerinin yanı sıra, cerrahisi sonrasında marjin refleksi mesafesi, vertikal kapak mesafesi, üst kapak kıvrım yüksekliği ve levator fonksiyonu gibi objektif parametrelerin tümünde artış olduğu ve bu artışın marjin refleksi mesafesi ve vertikal kapak mesafesi için istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda, vertikal kapak mesafesinde saptanmış olan artış hem marjin refleksi mesafesindeki artış ile hem de dermatoşalazise bağlı cilt fazlalığının ortadan kalkması ile açıklanabilir. Çalışmamızda marjin refleksi mesafesinde ortalama 0.6 mm'lik bir artış saptanmış olup, daha önce Nakra ve ark.<sup>22</sup> tarafından yapılan bir çalışmada bu artış ortalama 0.7 mm olarak bildirilmiştir. Diğer yandan, Park ve ark.<sup>23</sup> ise çalışmalarında ise bu artışın ortalama 0.19 mm olduğunu bildirmişlerdir. Ülkemizden yapılan bir çalışmada, başarılı bir üst kapak blefaroplasti sonrası görme alanı defektinde anlamlı düzelleme sağlandığı gösterilmiştir.<sup>24</sup> Demirok ve ark.<sup>25</sup> tarafından yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada, hasta memnuniyet oranı çalışmamıza benzer şekilde yüksek olup (%97,6), postoperatif skar gelişimi çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Üst kapak blefaroplasti cerrahisinde, cilt rezeksiyonu yapıldıktan sonra preseptal orbikularis okuli ve yağ rezeksiyonu yapıp yapılmaması gerektiği konusunda literatürde bir görüş birliği bulunmamaktadır.<sup>5-7-27</sup> Belirgin yağ herniasyonu bulunmayan hastalarda yağ rezeksiyonu yapılmasının gözde çukur bir görünüme neden olabileceği bildirilmiştir.<sup>5-28</sup> Orbikularis okuli kasının bir şerit halinde rezeksiyonunu öneren çalışmalar olmakla birlikte, üst kapak dolgunluğunun korunması ve daha genç bir görünümün sağlanması için kasın korunması gerektiğini savunan çalışmalar da bulunmaktadır.<sup>5-7-26</sup> Damasceno ve ark.<sup>28</sup>, orbikularis okuli rezeksiyonu yapılan blefaroplasti cerrahilerinde komplikasyon oranının daha fazla olduğunu ve erken dönemde estetik sonuçların daha kötü olduğunu, buna karşın geç dönemdeki estetik sonuçların kas rezeksiyonu yapılmayan cerrahiler ile benzer olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda, blefaroplasti cerrahisinde rezeksiyon yapılan doku içeriğine göre yalnızca cilt rezeksiyonu, cilt-kas rezeksiyonu, cilt-yağ rezeksiyonu ve cilt-kas-yağ rezeksiyonu yapılan hastalar olarak şeklinde 4 gruba ayrılarak cerrahi sonuçlar (marjin refleksi mesafesi, vertikal kapak aralığı), iyileşme süresi, skar dokusu gelişimi,

komplikasyon oranları, hastaların cerrahi sonrası 3. aydaki memnuniyet düzeyleri ve GYE anketi kullanılarak cerrahi yarar algısı karşılaştırılmış ve parametrelerin tümünde gruplar arasında anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır. Bununla birlikte, cerrahiden orta düzeyde memnun olduğunu ifade eden 4 hasta ile memnun olmadığını ifade eden 1 hasta, cilt+ kas rezeksiyonu yapılan hastalardan oluşuyordu. Cerrahi öncesinde dikkatli bir muayene ile eksize edilecek doku içeriğine karar verilmesi, hastaların cerrahiden sağladıkları fayda algısı açısından önemli olup, gereksiz doku rezeksiyonundan kaçınmak hasta memnuniyeti açısından önemli olabilir. Çalışmamıza benzer şekilde, Saalabian ve ark.<sup>5</sup>'da, ekzize edilen doku içeriğine göre hasta tatmini ve komplikasyon oranları değerlendirilmiş olup, yalnızca cilt, cilt+kas, cilt+yağ ve cilt+kas+yağ rezeksiyonu yapılan hastalar arasında hasta tatmini ve komplikasyon oranları arasında fark olmadığı bildirilmişlerdir.

Hoortnje ve ark.<sup>7</sup>, üst kapak blefaroplasti cerrahisi sırasında yağ herniasyonu izlenen hastalarda, yağ herniasyonu ile birlikte kas rezeksiyonu da yapılması gerektiğini belirtmiştir. Damasceno ve ark. ise<sup>26</sup>, cerrahi sonrasında daha genç bir görünüm elde etmenin özellikle medial bölümdaki yağ dokusunun dikkatli bir şekilde çıkarılması ve gerektiğinde repoze edilmesi ile sağlanabileceği belirtilmiştir. Çalışmamızda üst kapak blefaroplasti cerrahisinde cilt rezeksiyonu takiben, gereksiz kas rezeksiyonu ve yağ rezeksiyonundan kaçınılmış olup, kalın cilt ve dolgun göz kapağı olan hastalarda şerit şeklinde preseptal orbikularis okuli rezeksiyonu yapılmıştır. Diğer yandan, belirgin yağ herniasyonu olan hastalardan kontrollü bir şekilde yağ rezeksiyonu yapılmış ve gerekli olgularda yağ transpozisyonu uygulanmıştır. Yağ dokusu rezeksiyonu gerektiren hastalar ile yağ rezeksiyonu gerektirmeyen hastalarımızı karşılaştırdığımızda ise, iyileşme süresi, komplikasyon gelişimi, GYE ve skar gelişimi açısından anlamlı fark olmamasına karşın, yağ rezeksiyonu uygulanmayan hastalarda rezeksiyon uygulanan hastalara kıyasla cerrahi memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buna göre, hastaların uygun ve dikkatli bir preoperatif muayeneden geçirilerek ve gerektiğinde operasyon esnasında tekrar değerlendirilmesi yapılarak, ekzize edilecek olan doku miktarına ve doku içeriğine karar vermek daha yüksek cerrahi başarıyı ve hasta memnuniyetini artıracaktır. Mevcut çalışmamızda, kullanmış olduğumuz blefaroplasti cerrahi tekniğinin ve ekzize edilecek doku içeriğine karar verme şeklimizin, cerrahi sonrası ciddi komplikasyon gelişmemiş olmasına, hastaların hiçbirinde ciddi skar dokusu oluşmamasına ve hastaların büyük kısmında yaşam kalitesinde ve cerrahi yarar algısındaki artışa katkıda bulunduğu kanısındayız.

## SONUÇ

Sonuç olarak, üst blefaroplasti cerrahisi tatmin edici cerrahi sonuçlara sahip olan yaygın bir cerrahi prosedürdür. Çalışmamızda cerrahi sonrasında hastaların büyük kısmında fonksiyonel iyileşme ile birlikte hasta memnuniyetinde ve cerrahi yarar algısında artış meydana gelmiştir. Ayrıntılı ve dikkatli bir preoperatif muayene ile ekzize edilecek olan doku içeriğine karar vermek, cerrahi sonrası hem fonksiyonel ve estetik sonuçlara hem de hasta memnuniyetinde tatmin edici sonuçlara ulaşılmasını sağlamada önemlidir.

## YAZARLIK KATKILARI

Konsept ve Tasarım: FÇE, BK

Veri Toplama: FÇE

Analiz: FÇE

Literatür derleme, araştırma: FÇE, BK

Makalenin yazımı: FÇE, BK

## KAYNAKLAR

1. Yang P, Ko AC, Kikkawa DO, et al. Upper Eyelid Blepharoplasty: Evaluation, Treatment, and Complication Minimization. *Semin Plast Surg*. 2017;31(1):51-57. doi:10.1055/s-0037-1598628
2. Olds C, Most SP. Upper Blepharoplasty. *JAMA*. 2019;321(13):1320. doi:10.1001/jama.2019.1957.
3. Bhattacherjee K, Misra DK, Deori N. Updates on upper eyelid blepharoplasty. *Indian J Ophthalmol*. 2017;65(7):551-558. doi:10.4103/ijo.IJO\_540\_17.
4. Zhang SY, Yan Y, Fu Y. Cosmetic blepharoplasty and dry eye disease: a review of the incidence, clinical manifestations, mechanisms and prevention. *Int J Ophthalmol*. 2020;13(3):488-492. doi:10.18240/ijo.2020.03.18
5. Saalabian AA, Liebmann P, Deutinger M. Which Tissue Should Be Removed in Upper Blepharoplasty? Analysis and Evaluation of Satisfaction. *World J Plast Surg*. 2017;6(3):324-331.

6. Rohrich RJ, Coberly DM, Fagien S, et al. Current concepts in aesthetic upper blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2004;113(3):32e-42e. doi:10.1097/01.prs.0000105684.06281.32.
7. Hoorntje LE, Lei Bv, Stollenwerck GA, et al. Resecting orbicularis oculi muscle in upper eyelid blepharoplasty--a review of the literature. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2010;63(5):787-792. doi:10.1016/j.bjps.2009.02.069.
8. Akkaya, S. Evaluation of surgical outcomes, patient satisfaction, and potential complications after blepharoplasty. *Beyoglu Eye Journal.* 2018;3(2): 91-95. doi:10.14744/bej.2018.08208.
9. Robinson K, Gatehouse S, Browning GG. Measuring patient benefit from otorhinolaryngological surgery and therapy. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1996;105(6):415-422. doi:10.1177/000348949610500601.
10. Smith HB, Jyothi SB, Mahroo OA, et al. Patient-reported benefit from oculoplastic surgery. *Eye (Lond).* 2012;26(11):1418-1423. doi:10.1038/eye.2012.188.
11. Papadopoulos NA, Hodbod M, Henrich G, et al. The Effect of Blepharoplasty on Our Patient's Quality of Life, Emotional Stability, and Self-Esteem. *J Craniofac Surg.* 2019;30(2):377-383. doi:10.1097/SCS.0000000000005057.
12. Hollander MHJ, Contini M, Pott JW, et al. Functional outcomes of upper eyelid blepharoplasty: A systematic review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2019;72(2):294-309. doi:10.1016/j.bjps.2018.11.010.
13. Bullock JD, Warwar RE, Bienenfeld DG, et al. Psychosocial implications of blepharoptosis and dermatochalasis. *Trans Am Ophthalmol Soc.* 2001;99:65-72.
14. Jacobsen AG, Brost B, Vorum H, et al. Functional benefits and patient satisfaction with upper blepharoplasty - evaluated by objective and subjective outcome measures. *Acta Ophthalmol.* 2017;95(8):820-825. doi:10.1111/aos.13385
15. DeAngelis DD, Carter SR, Seiff SR. Dermatochalasis. *Int Ophthalmol Clin.* 2002;42(2):89-101. doi:10.1097/00004397-200204000-00009.
16. Bahceci Simsek I. Association of Upper Eyelid Ptosis Repair and Blepharoplasty With Headache-Related Quality of Life. *JAMA Facial Plast Surg.* 2017;19(4):293-297. doi:10.1001/jamafacial.2016.2120.
17. Fuller ML, Briceño CA, Nelson CC, et al. Tangent screen perimetry in the evaluation of visual field defects associated with ptosis and dermatochalasis. *PLoS One.* 2017;12(3):e0174607. doi:10.1371/journal.pone.0174607.
18. Warwar RE, Bullock JD, Markert RJ, et al. Social implications of blepharoptosis and dermatochalasis. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2001;17(4):234-240.
19. Bater KL, Ishii M, Nellis JC, et al. A Dual Approach to Understanding Facial Perception Before and After Blepharoplasty. *JAMA Facial Plast Surg.* 2018;20(1):43-49. doi:10.1001/jamafacial.2017.1099.
20. Gracitelli CPB, Osaki TH, Hirai FE, et al. Assessment of self-esteem and psychological aspects in patients undergoing upper blepharoplasty. *Rev Bras Ophthalmol.* 2017; 76: 280-4. doi.org/10.5935/0034-7280.20170058
21. Herruer JM, Prins JB, van Heerbeek N, et al. Patient-reported outcome measurement in upper blepharoplasty: How to measure what the patient sees. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2018;71(9):1346-1351. doi:10.1016/j.bjps.2018.05.033
22. Nakra T, Modjtahedi S, Vrcek I, et al. The effect of upper eyelid blepharoplasty on eyelid and brow position. *Orbit.* 2016;35(6):324-327. doi:10.1080/01676830.2016.1193541
23. Park J, Choi B, Baek S. The Effect of Upper Aging Blepharoplasty on Upper and Lower Eyelid Position. *J Craniofac Surg.* 2018;29(3):747-750. doi:10.1097/SCS.0000000000004348.
24. Doğan E, Akbaş Kocaoğlu F, Yalnız Kaya Z, ve ark. Dermatoşalazis olgularında üst kapak blefaroplastisi ve görme alanı bulguları. *MN Oftalmoloji.* 2012;19(2):118-22.
25. Demirok G, Gürdal C, Atik E, ve ark. Üst kapak blefaroplasti sonrası uzun dönem sonuçların ve hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi. *MN Oftalmoloji.* 2017;24(3):138-42.
26. Damasceno RW, Cariello AJ, Cardoso EB, et al. Upper blepharoplasty with or without resection of the orbicularis oculi muscle: a randomized double-blind left-right study. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2011;27(3):195-197. doi:10.1097/IOP.0b013e318201d659.