

ALT GÖZ KAPAĞI EKTROPİONU: ETİYOLOJİ, SINIFLAMA VE CERRAHİ SEÇENEKLERİN İNCELENMESİ

LOWER EYELID ECTROPION: REVIEW OF ETIOLOGY, CLASSIFICATION AND SURGICAL OPTIONS

Ahmet Duymaz, Osman Akdağ, Mustafa Keskin, Zekeriya Tosun, Nedim Savacı

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

ÖZET

Ektropion göz kapağının kenarının dışa doğru kıvrılmasıdır. Bu anatomik bozukluk başlıca konjenital ve edinsel olarak ikiye ayrılmakta edinsel ektropionlar ise involüsyonel, skatrisiyel, mekanik, paralitik olarak sınıflandırılmaktadır.

Bu çalışmanın amacı; plastik cerrahların sıklıkla karşılaştıkları bu durumun etiolojisinin, göz kapağında yaptığı değişikliklerin ve temel tedavi prensiplerinin gözden geçirilmesidir.

Ağustos 2002 ve Eylül 2008 ayları arasında, 37 hasta alt göz kapağında ektropion şikâyeti ile kliniğimizde tedavi edildi. Bu hastaların 19'u skatrisiyel ektropion, 6'sı alt göz kapağında tümoral kitleye bağlı mekanik ektropion 5'i paralitik ektropion ve 7 hastanın ise involüsyonel (senil) ektropiondu. Bu hastalara 'Kuhnt Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonu', kantopeksi, geçici tarsorafı, tam kalınlıkta cilt grefti, lokal flepler, kartilaj greftleri ve bunların kombinasyonlarının da olduğu cerrahi yöntemler uygulandı.

Tüm hastalarda uygun cerrahi yöntemin seçimi mevcut anatomik değişiklikler ve etiyojik faktörler preoperatif değerlendirildi. Sekonder ve ciddi ektropionlar ya da onarımı güç olan diğer olgularda lateral, medial kantopeksi cilt greftleri, tarsorafiler ve bunların kombinasyonları tercih edildi. Horizontal gevşekliğin daha ön planda olduğu involüsyonel ve paralitik ektropion olguların çoğunda Kuhnt Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonu kullanıldı.

Bunların yanında altta yatan nedenin iyi anlaşılması, uygun cerrahi tekniklerle kişinin cerrahi bilgi ve deneyimini yansıtması da son derece önemlidir.

Anahtar kelimeler: ektropion, alt göz kapağı, Kuhnt Szymanowski

ABSTRACT

Ectropion is a malposition in which the eyelid is an outward turning or eversion. This anatomic distortion is classified as congenital and acquired, which is divided into following conditions: involuntional, paralytic, cicatricial, and mechanical.

Ectropion is a common eyelid deformity which is operated by plastic surgeons. The goal of this study is to review classification, etiology, underlying anatomic changes in the ectropion, and basic principles of surgical treatment are also revisited.

Thirty seven patients with lower eyelid ectropion were treated between August 2002 and September 2008 in the study. The cause of ectropion were cicatricial ectropion in 19 patients, mechanic ectropion in 6 patients with a tumor of the lid margin, paralytic ectropion in 5 patients, and senile ectropion in 7 patients. Surgical procedures included: Smith modification of Kuhnt Szymanowski, canthopexy, temporary tarsorrhaphy, full thickness skin graft, local flaps, cartilage graft, and combined procedures in most of the patients.

The preoperative evaluation is obligatory in all patients, because surgical strategies should be directed to the specific etiology and the presented anatomic changes, combined procedures such as lateral or medial canthopexy or skin grafting and temporary tarsorrhaphy should be preferred in difficult reconstructive cases that had a history of multiple procedures or severe/complete ectropion. Smith modification of Kuhnt Szymanowski repairing involuntional horizontal laxity of senile and paralytic lower lid ectropion is effective in the majority of cases. An individual sophisticated approach combined with experience in the variety of surgical techniques must be encountered depending on the underlying problem

Keywords: ectropion, lower eyelid, Kuhnt Szymanowski

GİRİŞ

Ektropion göz kapağı kenarının dışa doğru kıvrılarak, göz küresi yüzeyine bitişik duramamasıdır. Göz kapağının bir kısmının hafif derece tutulumundan kapağın ve/veya kapakların tamamının tutulumuna kadar farklı derecelerde olabilir.^{1,2} Genellikle alt göz kapağında daha sıktır ve sıklıkla alt kapak için kullanılan bir terimdir. Çünkü alt göz kapağı yerçekiminden ve mekanik güçlerden daha fazla etkilenir.³ Ayrıca alt göz kapağı tarsı vertikal olarak daha kısa

dır ve bunun sonucu olarak tarso-kantal yapılar daha gevşektir.^{2,4} Ektropion konjenital ve edinsel olarak sınıflandırılmaktadır. Konjenital ektropion nadir bir durum olup, genellikle göz kapağının doğuştan defektine bağlı olarak geliştiği için skatrisiyel ektropionun bir formu olarak da düşünülmektedir.^{2,5-7} Edinsel ektropionlar ise genellikle; involüsyonel, skatrisiyel, mekanik, paralitik olarak sınıflandırılmaktadır.^{2,8} Ayrıca, edinsel ektropion için mekanik ektropion yerine kompleks ektropion olarak adlandırılan ayrı bir sınıf

lamada yapılmaktadır.⁹ İnvölüsyonel ektropion yaşa bağlı gelişen ektropion olup sadece alt göz kapağı etkilenir. Patogenezinde medial/lateral kant tendon, tarsus gibi kapak destek yapılarının gevşemesi, aktinik cilt değişiklikleri rol oynar.⁹⁻¹¹ Skatrisiyel ektropion, alt göz kapağındaki geçirilmiş cerrahi ya da yanık gibi nedenlere bağlı olarak cilt ve altındaki dokuların kontraktürü sonucu gelişir, en sık karşılaşılan ektropion grubudur.¹² Paralitık ektropion (nörojenik), sıklıkla fasiyal sinir paralizi sonrası meydana gelir, ciddi paralizi durumlarında üst ve alt göz kapaklar birlikte etkilenmektedir.¹³ Mekanik ektropion, göz kapağını mekanik olarak aşağı doğru çeviren tümör ve kistler nedeniyle meydana gelir. Kompleks ektropion, ektropiona ilave daha ciddi kapak deformitelerinin eşlik ettiği, genellikle çok sayıda ameliyat geçiren hastalarda karşılaşılan ve tedavisi nispeten daha zor olan ektropion olarak tarif edilmektedir.⁹ Kapakta belirgin dışa doğru dönme (eversiyon) ile birlikte retraksiyon da (vertikal kısalık) vardır.

Konjunktival hiperemi, keratinizasyon, epifora, punktal oklüzyon, inflamatuvar değişiklikler ektropion da gelişebilecek genel belirti ve bulgulardır. Epifora, medial lâkrimal punktumun malpozisyonu ve lâkrimal pompa fonksiyonunun bozulmasına bağlı gelişmektedir.¹⁴ Tedavide yapılacak en öncelikli adım etiyojinin belirlenmesi, kapak ve çevre dokuların dikkatli muayenesidir.⁴

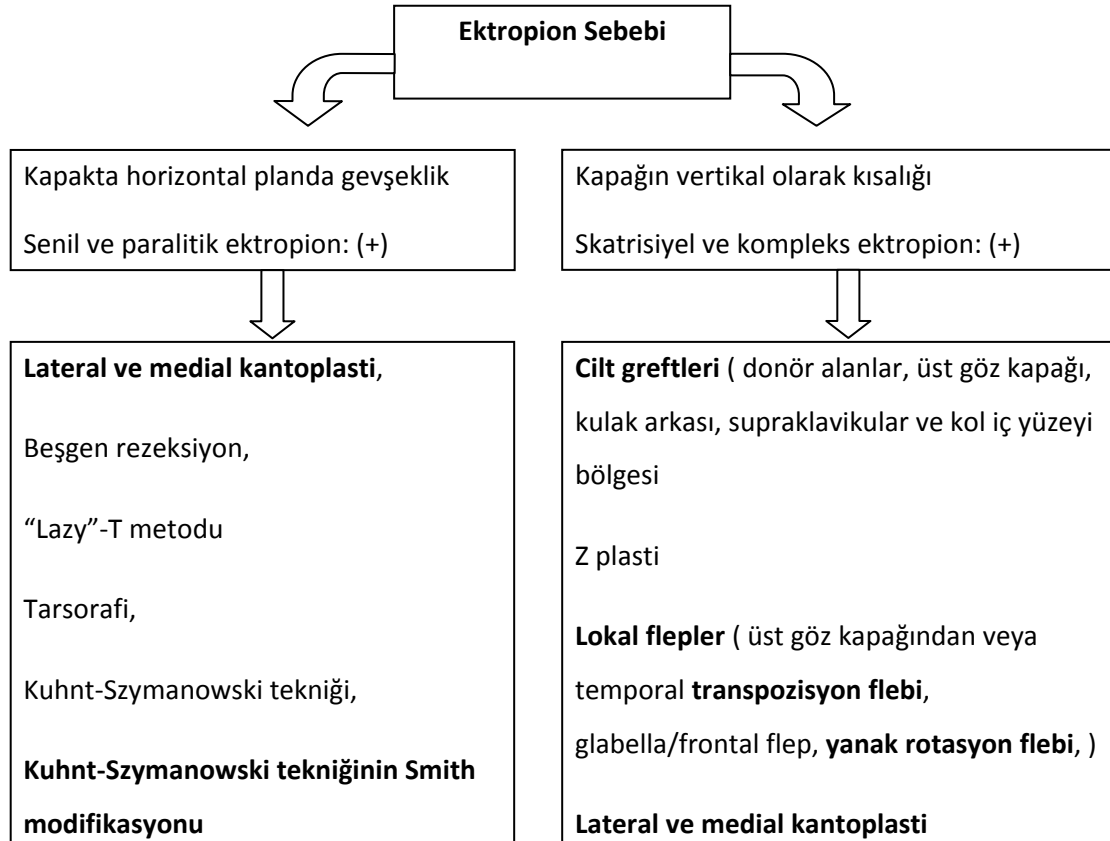
Göz Kapağı Muayenesi

“Pinch” testi: Kapak gevşekliği olup olmadığına karar vermede etkili bir testtir. Eğer kapak göz küresinden 6 mm’den daha fazla çekilebiliyorsa kapak gevşektir. Punktum normal pozisyonda nazal limbusa doğru laterale yer değiştirmişse, medial kant tendon laksitesi vardır. Eğer kapak “Pinch” edildiğinde horizontal palpebral çap ve temporal limbus ile lateral kantal açı arasındaki mesafe kısalıyorsa, lateral kant tendon gevşekliği vardır.³ Ayrıca kapakta skatris durumunun tespiti de önemlidir. Kapak kenarından tutulup yukarıya doğru çekildiğinde, inferior limbus ile kapak kenarı arasındaki mesafe 2 mm’den fazla ise kapakta vertikal kısalık vardır.¹⁵

“Snap” testi: ortalama kapak elastikiyeti kapağın göz küresinden uzaklaştırılmasıyla belirlenebilir. Eğer kapak “Pinch” testi sonrası anatomik yerine geri gelmesi sırasında ses çıkarıyorsa elastikiyet normal sınırlar içerisinde.^{15,16}

“Alt skleral gözükmeye”: ektropion olgularında “alt skleral gözükmeye” gözlemlenebilmektedir. Ayrıca siğ orbital kavite, büyük göz küresi olan ciddi derece miyop vakalarda kant tendonlarda ileri derece gevşeklik, proptosis, kapak posterior lamellasındaki kısalık gibi durumlarda da görülebilir. Bu sebeple mevcut durumun ektropiona mı, yoksa ilave belirtilen patolojilere mi bağlı geliştiği saptanmalıdır.¹⁷

Tablo I: Etiyolojiye yönelik tedavi seçenekleri



Tablo II: Hasta özellikleri

Etiyoloji	Hasta sayısı: 37	K/E: 21/16	Cerrahi yöntem	Komplikasyon
İnvölüsyonel	7	4/3	KSTSM (5) KSTSM ile kombine Lateral kantopeksi (1 olgu) KSTSM, fakat iki adet wedge rezeksiyon (1 olgu)	1 olguda geçici entropion
Paralitık	5	3/2	KSTSM ile kombine kantopeksi (5 olgu)	Yok
Mekanik	6	2/4	Parsiyel kapak rezeksiyonu (4 olgu) Total kapak rezeksiyonu ve nazolakrimal kanal onarımı (2 olgu) Onarımda: mukozal greft, kartilaj greft, yanak rotasyon flebi	Yok
Skatrisiyel	19	12/7	Cilt grefti ile kombine kantopeksi ve geçici tarsorafi (13 olgu) Lokal flep ile kombine kantopeksi (4 olgu) Sadece cilt grefti (2)	1 olgu geçici entropion 2 olgu ektropion nüksü

KSTSM: Kuhnt-Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonu



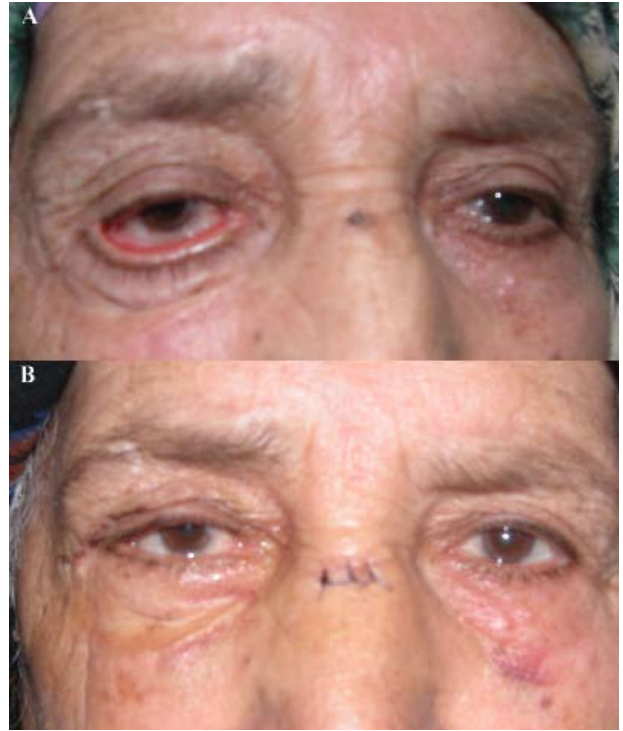
Şekil 1: (A)Yanığa sekonder gelişmiş çift taraflı nüks skatrisiyel ektropion olgusu (B)Tam kalınlıkta cilt grefti sonrası tarsorafi uygulanması (C) Olgunun ameliyat sonrası birinci aydaki görünümü

Ektropionun cerrahi tedavisinde, kapak ve kantal tendonların horizontal gevşekliği ile kapağın vertikal boyu temel belirleyici faktör olmaktadır. Bu doğrultuda birçok teknik ve yöntem tanımlanmıştır (Tablo-I).

Çalışmamızın amacı sıklıkla karşılaşılan bu patolojinin etiyolojisini incelemek ve temel onarım prensiplerini cerrahi tecrübelerimiz dâhilinde tartışmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

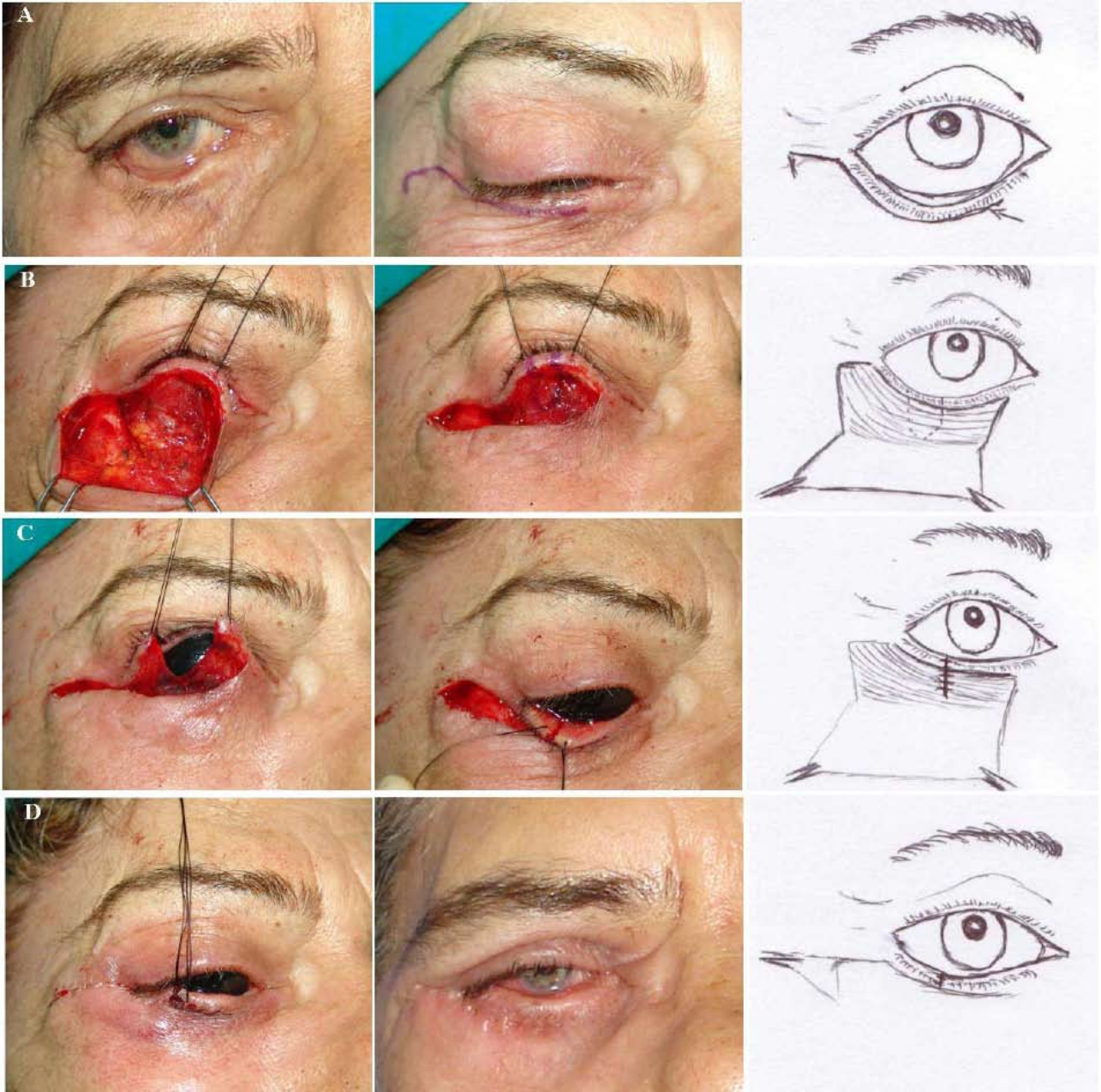
Ağustos 2002 ve Eylül 2008 ayları arasında, 37 hasta alt göz kapağında sarkma, çekme, felç ve kitle şikâyetleri ile kliniğimize başvurdu. Hastalar ameliyat öncesi dönemde; horizontal kapak ve kantal tendon gevşekliği, anterior lamellar defekt, "alt skleral gözükmeye", ektropionun uzanımı (lateral, medial, komplet), kapak etraf dokunun kalite ve durumu açılarından değerlendirildi. Preoperatif değerlendirmeler de Pinch testi ve snap testi ile yapıldı.



Şekil 2: (A) Skatrisiyel ektropion olgusu (B) Kuhnt-Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonu ve lateral kantopeksi uygulanmış olgunun postoperatif birinci haftadaki görünümü

Sonuçlar ise kapağın ameliyat sonrası pozisyonu, estetik başarı, aşırı düzeltme, ektropion nüksü ile intraoperatif komplikasyonlar göze alınarak yorumlandı. Şayet göz kapağı kapalı iken lagoftalmus yoksa inferior limbus ile kapak arası mesafe 2 mm ya da daha az ise ve kabul edilebilir skar oluşturulabilmiş ise, pozisyonu ve estetik sonuç başarılı olarak kabul edildi.

Onarım için involüsyonel ve paralitik ektropion olgularında sıklıkla Kuhnt-Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonu skatrisiyel ektropion olgularında ise vertikal uzatma (cilt grefti veya lokal flepler



Şekil 3: Kuhnt-Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonu resim ve şematik gösterimi

(A) Paralitık ektropionu mevcut hastanın preoperatif görünümü ve insizyon hattı gösterilmiştir. (B) Cilt tamamen eleve edildikten sonra, kapaktan tabanı yukarıda olacak şekilde beşgen tam kat rezeksiyon şekli gösterilmiştir. (C) Rezeksiyon sonrası çift tabaka dikiş gösterilmiştir. (D) Fazla cilt eksize edilmiş ve hastanın postoperatif birinci hafta görünümü gösterilmiştir.

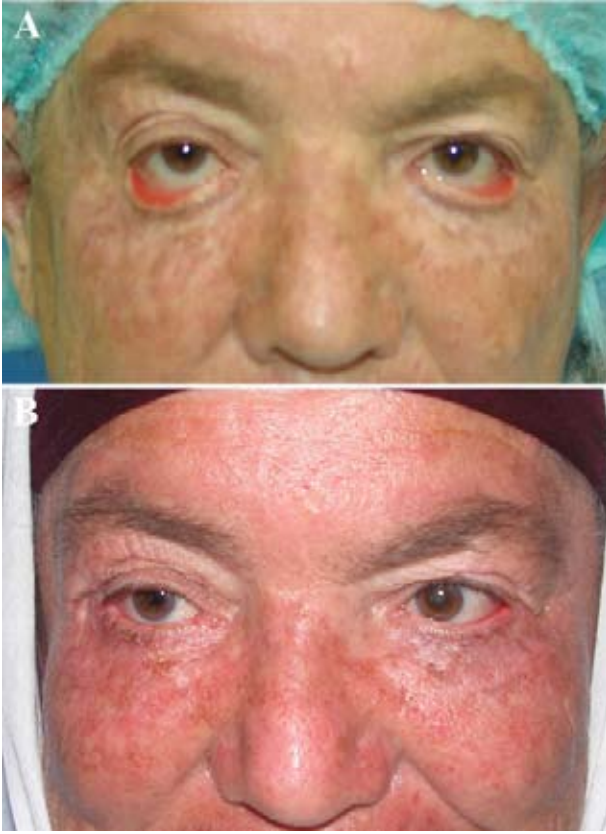
ile), geçici tarsorafı ve kantopeksi kullanılarak kombine onarım, mekanik ektropion olgularımızda tümör rezeksiyonu, sert damaktan alınan mukoza ya da kulaktan alınan kıkırdak greft ve yanak rotasyon flebi ile onarım yapıldı (Tablo-II).

BULGULAR

Hastaların 16'sı erkek, 21'i kadın olup, yaşları ortalaması 39 idi (13-81). Hastaların detaylı anamnez ve fizik muayenelerinde 19 hastanın skatrisiyel ektropion (5 bilateral, 14 unilateral), 6 hasta tümöre bağlı gelişen tek taraflı mekanik ektropion, 5 hasta

tek taraflı paralitık ektropion, 7 hasta ise involüsyonel ektropion (4'ü çift taraflı, 2'si tek taraflı) olarak değerlendirildi (Tablo-II). Skatrisiyel ektropion olgularının 15'i yanığa bağlı, 4'ü geçirilmiş cerrahi girişim sonrası geliştiği öğrenildi.

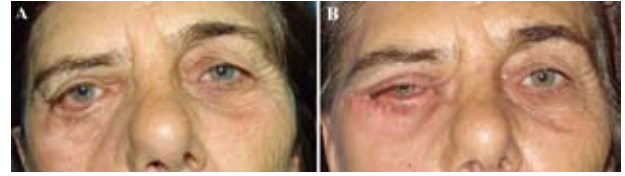
İnvölüsyonel ve paralitık ektropion olgularının biri hariç tümü lokal anestezi veya sedasyon altında ameliyat edilirken, skatrisiyel ektropion olgularının 13'ü ektropion dışında ilave farklı nedenden dolayı genel anestezi ile 2'si lokal anestezi ile, mekanik ektropion olan tüm olgularımız genel anestezi altında ameliyat edildi. Ameliyat sonrası dönemde



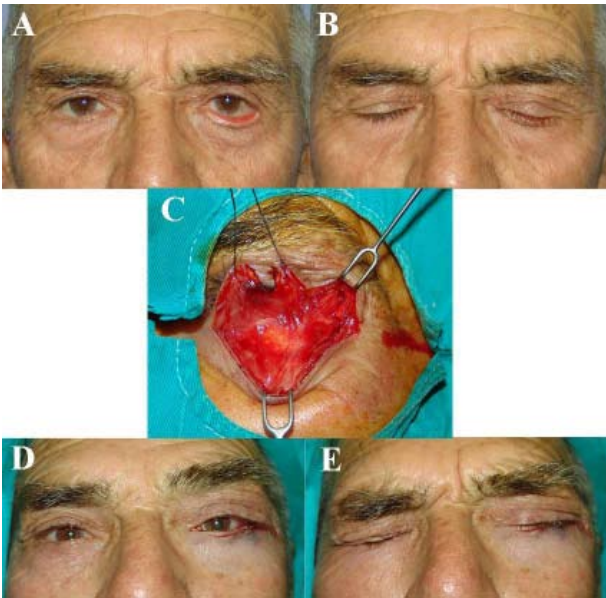
Şekil 4: (A) Bilateral involüsyonel ektropion olgusu (B) Kuhnt-Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonu ile onarım yapılan hastanın postoperatif üçüncü aydaki görünümü



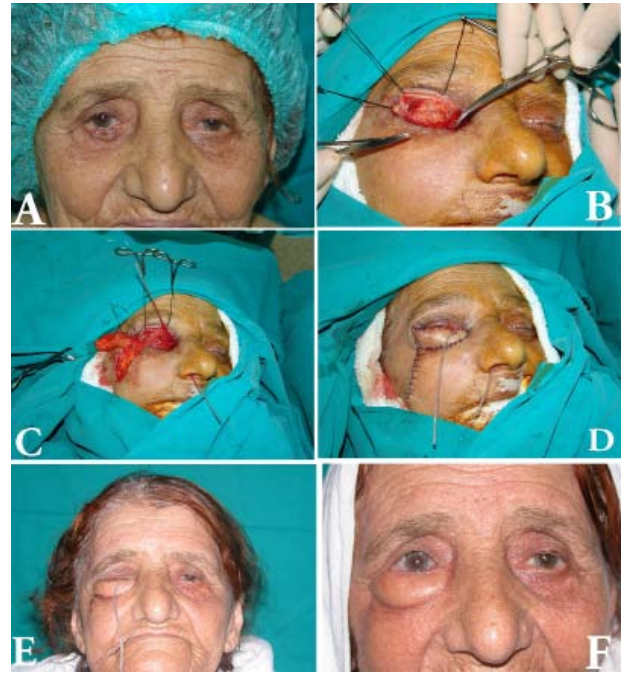
Şekil 6: (A) (B) Tümör cerrahisi sonrası gelişen fasiyal paraliziye sekonder parolitik ektropion olgusunun preoperatif görünümü (D) Kuhnt-Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonu ve lateral kantopeksi uygulanan hastanın postoperatif birinci haftadaki görünümü



Şekil 7: (A) Parolitik ektropion olgusunun preoperatif görünümü (B) Kuhnt-Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonu ve lateral kantopeksi ve üst göz kapağına altın ağırlık yerleştirilen hastanın postoperatif birinci hafta görünümü



Şekil 5: (A) (B) İnvölüsyonel ektropion olgusunun preoperatif görünümü (C) Beşgen şeklinde tam kat rezeksiyon (D) (E) Olgunun postoperatif erken dönemdeki görünümü



Şekil 8: (A) Alt göz kapağında yerleşimli tümöral kitleye bağlı mekanik ektropion olgusu (B) Tümör rezeksiyonu sonrası oluşan tam kat defekt (C) Gözyaşı kanalına silikon tüp yerleştirilmesi (D) Lokal flep ile kapağın onarımı (E)(F) Postoperatif birinci ay ve geç dönem görünümü

göz kapaklarına antibiyotikli pomat uygulaması ve anti-inflamatuvar tablet tedavisi verildi. Hastalar ortalama 10,5 (7-27 ay) ay takip edildi. Parolitik ve involüsyonel ektropion olgularının tümünde ciddi

kapak gevşekliği, skatrisiyel ektropion olgularının 4'ünde hafif derecede kapak gevşekliği, mekanik ektropion olgularımızın sadece 1'inde kapak gevşekliği kaydedildi. İntraoperatif komplikasyon hiçbir olguda gözlenmedi. İki olguda (biri involüsyonel diğeri skatrisiyel ektropion) ameliyat sonrası dönemde geçici entropion gözlemlendi (%5,4), fakat takip eden 5 hafta içerisinde iyileşme sağlandı ve bu dönemde suni gözyaşları ve göz pomadı tedavisi verildi. Skatrisiyel ektropion olan ve sadece cilt grefti ile vertikal uzatma yapılan iki olguda ameliyat sonrası 11 ve 13. haftalarda ektropion nüksü gözlemlendi (%5,4). Lokal transpozisyon flebi kullanılarak vertikal uzatma sağlanan hastalarda lateral kantopeksi de tedaviye eklenmiştir. Diğer tüm hastaların takiplerinde estetik olarak istenmeyen bir skar, greft kaybı, lagofthalmus, ektropion nüksü veya entropion tespit edilmedi ve memnun edici estetik sonuç elde edildi.

TARTIŞMA

Minimal, semptomsuz, punktumun çok az etkilediği ya da etkilenmediği ektropion olgularında cerrahi tedavi yapılmaksızın enjeksiyonlar, gözlem ve gözün nem dengesini koruyan medikal tedavi şekilleri uygulanabilmektedir.^{18,19} Daha ciddi ektropionlarda göz kapağının internal koterizasyonu uzun bir süre tedavide kullanılmıştır.¹⁷

Skatrisiyel ektropion: Kapak anterior lamellasının kısılması sonucunda meydana gelir. Travma, radyoterapi, alt kapakta herhangi bir nedenle cerrahi takiben oluşan skar ve yanığa bağlı gelişir.⁹ Onarımında temel prensip olarak, kapak cildinin vertikal planda boyu uzatılmalı ve ilişkili faktörler düzeltilmelidir. Bu amaçla; cilt grefti kullanılması, kantopeksi, tarsorafı, özellikle segmental ektropion olguları için daha fazla tercih edilen Z-plasti, lokal flepler yapılmaktadır.⁹ Bu doğrultuda Skatrisiyel ektropion olgumuzda tam kalınlıktaki cilt grefti ile vertikal uzatma sağlanarak onarım yapılmıştır.¹⁷ Kantopeksi özellikle daha laterale veya mediale yerleşim gösteren orta veya hafif derecede ektropion olgularında etkili bir yöntemdir.³ Skatrisiyel ektropion olgularında sıklıkla ilave kombine bir metot olarak kullanılır. Olgularımızın 17'sinde kantopeksi ile kombine onarım yapılmıştır. Tarsorafı geçici ya da kalıcı olarak hem horizontal, hem de vertikal olarak palpebral aperturayı daraltmanın en kolay yoludur.^{17,20} Ektropion onarımlarında genellikle lateral kantal bölgede parsiyel bir tarsorafı yapılır. Çalışmamızda; tarsorafı sadece cilt grefti ile onarım yapmış olduğumuz olgularda, iki hafta süresince yapıldı. Tarsorafı sırasında silikon rod kullanılarak teknik uygulandı. Skar serbestlenmesi sonrası oluşan daha ciddi ektropion olgularında yukarıda belirtilen tekniklerle kombine ya da tek başına lokal flepler ile onarım planlanmalıdır.²¹ Üç olgumuz da, skar serbestlenmesi sonucu oluşan defekt temporal ve yanak bölgesinden kaldırılan transpozisyon flepleri ile kapa-

ıldı. Skatrisiyel ektropion olgularımız da ya daha önce çok sayıda kapak cerrahisi ya da uzun süreli ektropion hikâyesi bulunduğu için tek bir tedavi şekli uygulanmayıp çoğunlukla cilt grefti, tarsorafı ve kantopeksi ile kombine tedavi yapıldı (Şekil 1-2). Kapak, kenarından tutulup yukarıya doğru çekildiğinde, inferior limbus ile kapak kenarı arasındaki mesafe 2 mm' den fazla ise kapakta vertikal kısalık vardır. Bu durumlarda sadece skarlı cilt değil alttaki dokularda serbestlenmeli ve vertikal kısalığın düzeltilmesi için kıkırdak grefti, lateral kantooplasti, ya da lokal flepler kullanılmalıdır. Ciddi vakalarda temporal fasya şeridi ya da mini tendon şeritleri ile medial kantal tendondan lateral kantal tendonuna doğru tüm kapağı destekleyerek onarılabilir.^{22,23} Yakın zamanda, bir doku doldurucusu olan hyaluronik asit skatrisiyel ektropion onarımında kullanılmış ve başarılı sonuçlar bildirilmiştir.¹⁹

İnvolüsyonel ektropion: Göz kapağının destek yapılarının özellikle göz kapağı retraktörleri, tarsus, kantal yapıların gevşemesinden dolayı meydana gelir ve senil ektropion olarak da bilinir.⁵ Kapak retraktörleri ile yer çekimi, zayıflamış olan orbükülaris kası ve tarsal yapının fonksiyonunu etkisiz hale getirir. Onarımında genellikle beşgen rezeksiyon, tarsorafı, lateral veya medial kantopeksi, lazy-T, Kuhnt-Szymanowski tekniği, Kuhnt-Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonu veya kombine yöntemler uygulanır. Olgularımızda Kuhnt-Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonu tercih edildi (Şekil 3).

Kuhnt (1883) involüsyonel ektropion onarımı için konjunktiva ve tarstan üçgen şeklinde bir rezeksiyon tarif etmiştir. Szymanowski (1870) ise lateral kantusta cilt ve kas rezeksiyonu yaptıktan sonra alt göz kapağı dokusunun yönünü ve şeklini yeniden dizayn eden farklı bir yaklaşım bildirmiştir.²⁴ Daha sonra Meller (1893) Kunt ve Szymanowski tekniğini kombine etmiştir. Ancak günümüzde en fazla kabul edilen ve alt göz kapağı cildinde yeterli ya da fazla miktarda doku mevcut olan olguların büyük çoğunluğunda etkili olan, Kuhnt-Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonudur.²⁵ Olgularımızın 5'inde involüsyonel ektropion olgularının onarımı için bu modifikasyonu uygulanırken kalan 1 olgu da buna ilave medial kantopeksi ile kombine onarım yapıldı (Şekil 3-4). Hafif aşırı düzeltme olguları geç dönem de daha yüz güldürücü sonuç vermektedir. Komplet ve ciddi senil ektropion olan diğer bir olgumuzda, tek wedge rezeksiyonu ile onarım sağlanamadığından dolayı Smith modifikasyonunda tanımlanan kama rezeksiyonu, hem lateral hem medialden iki adet olacak şekilde yapılarak bu tekniğe ilave modifikasyon yapıldı. Böylelikle kapak altındaki ciltte herhangi bir vertikal skar olmaksızın onarım sağlandı. Ektropion kapağın hangi tarafında daha ciddi ve belirgin ise ilk rezeksiyona oradan başlanmalıdır.

Paralitik (nörojenik) ektropion: Bu da orbükülaris oküli kası ile gözün koruyucu kaslarının denervasyonuna bağlı meydana gelir.^{13,17} Patoloji göz kapaklarında hareket yokluğu ve atrofi ile sonuçlanır. Yeteri kadar gergin olamayan bir alt göz kapağı yerçekimine daha hassas hale gelir ki, bu yaşlı hastalarda daha belirgin görülür. Ayrıca üst göz kapağının denervasyonu da mevcut ise korneal ülser riski de artar. Tedavide ideal olan dinamik fonksiyonel bir kapak oluşturmak olmasına rağmen, kozmetik iyileşme, kornea ve punktumun korunması bu hastalarda daha önceliklidir. Tüm paralitik ektropion olgularımız, horizontal kısaltma ve lateral kantoplasti kombine edilerek tedavi edildi. Horizontal kısaltma işlemi Kuhnt-Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonu ile sağlandı.¹⁵ Tekrarlayan ektropionla ile paralitik ektropionlarda fasya ile asma yöntemleri de kullanılabilir (Şekil 6-7).²⁶

Mekanik ektropion: Tümörler veya kapak kenarına yakın kistler göz kapağını mekanik olarak aşağı çekerler. Tedavi etiyolojik nedenin ortadan kaldırılmasına yönelik planlanmalıdır.⁸ Altı olgumuzda tümör alt kapağa da lokalize idi. 4 hastada parsiyel, kalan 2 olguda ise total kapak rezeksiyonu yapıldı. Onarım ise genel kapak rekonstrüksiyonu prensipleri dahilinde sert damaktan alınan mukoz grefti, kulaktan alınan kıkırdak grefti ve lokal flepler ile onarım yapıldı. 2 olguda nazolakrimal kanal onarımı için ameliyat sırasında kanala silikon tüp yerleştirildi. Tüp iki ay sonra çıkarılarak kanal bütünlüğü sağlandı (Şekil 8).

Kompleks ektropion: Alt kapakta ektropiona ilave olarak daha ciddi deformateler vardır. Kapakta belirgin retraksiyon ile birlikte eversiyon da vardır. Genellikle altta yatan sebep; ciddi kapak laserasyonları, bununla birlikte olan orbital kırıkların cerrahisi için yapılan çok sayıda kesiler ve sonrasında gelişen reyaksiyonel durumlardır.

Konjenital ektropion: Genellikle konjenital blefrofimozis sendromuyla ilişkilidir. Temel olarak skatriyel ektropiona benzer şekilde tedavi edilir.^{6,8}

SONUÇ

Ektropionun başarılı onarımı için öncelikle sebep olan etkenin iyi tespit edilmesi gerekmektedir. Genel olarak ektropion sebebi ya horizontal kapak gevşekliğinden (genellikle lateral kantusta, daha nadiren medial kantus gevşekliği nedeniyle horizontal kapak gevşekliği oluşur) ya da vertikal olarak kapak kısalığından dolayı meydana gelir. Bu nedenle cerrahi, bu ektropiondan sorumlu olan anatomik bozukluğun onarımı doğrultusunda olmalıdır. Cerrahi tedavi seçimimiz genel olarak:

1- Horizontal gevşeklik durumunda; lateral ve medial kantoplasti, Kuhnt-Szymanowski tekniğinin

Smith modifikasyonu (özellikle involüsyonel ektropion olguları için) ve bunlarla kombine teknikler şeklinde düşünülebilir.

2- Vertikal kapak kısalığı durumunda; cilt greftleri ile onarım, Z-plasti, lokal flepler, lateral ve medial kantoplasti, tarsorafı ve kombine teknikler şeklindedir.

Cerrahi başarıda ektropionun ciddiyeti, seçilen cerrahi yöntem ve cerrahın deneyimi en önemli faktörlerdir.

Dr. Osman AKDAĞ

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi

Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

S Blok No 204, 42080 Meram, Konya

Tel: (332) 223 6706

E-posta: oakdag@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Richards AM. Key notes on plastic surgery. 2002. Çev: Tosun Z. Plastik cerrahide temel ilkeler. İstanbul: Nobel Kitabevleri 138-144: 2007.
2. Beaconsfield M. Ectropion. In Collin R, Rose G (eds.) Fundamentals of Clinical Ophthalmology Plastic and Orbital Surgery. London: BMJ Publishing Group, 15-23: 2001.
3. Mathes SJ. Plastic surgery: the head and neck part 1. Philadelphia: Saunders Elsevier, 801-855: 2006.
4. Vallabhanath P, Carter SR. Ectropion and entropion. Curr Opin Ophthalmol 2000; 11(5): 345-51.
5. Watts MT, Dapling RB. Congenital eversion of the upper eyelid: A case report. Ophthal Plast Reconstr Surg 1995;11(4): 293-5.
6. Alvarez EV, Wakakura M, Alvarez EI. Congenital eversion of upper eyelids: case report and management. Indian J Ophthalmol 2006; 54(3): 203-4.
7. Neigel JM. Congenital eversion of the upper eyelid: A case report. Ophthal Plast Reconstr Surg 1997;100(1): 287.
8. Piskiniene R. Eyelid malposition: Lower lid entropion and ectropion. Medicina (Kaunas) 2006; 42(11): 881-4.
9. Mc Charty C. Plastic surgery: the face. Philadelphia: W.B. Saunders Co, 1744-1752: 1990.
10. Marshall JA, Valenzuela AA, Strutton GM et al. Anterior lamella actinic changes as a factor in involuntional eyelid malposition. Ophthal Plast Reconstr Surg 2006; 22(3): 192-4.
11. Stefanyszyn M, Hidayat AA, Flanagan JC. The histopathology of involuntional ectropion. Ophthalmology 1985; 92: 120-7.
12. Patipa M. The evaluation and management of lower eyelid retraction following cosmetic surgery. Plast Reconstr Surg 2000; 106: 438-53.
13. Seiff SR, Carter SR. Reanimation of the paretic eyelid complex. Fac Plast Surg Clin N Am 1998; 6: 21-30.
14. McCulley TJ. Eyelid Reconstruction. In: Persing JA, Evans GRD (eds.) Soft-Tissue Surgery of the Craniofacial Region. New York: Informa Healthcare, 21-43: 2007.
15. Newman MI, Spinelli HM. Reconstruction of the eyelids, correction of ptosis, and canthoplasty. In: CH.Thorne (Ed.) Grabb Smith's Plastic Surgery. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 397-416: 2007.
16. Dolan RW. Functional and Aesthetic Blepharoplasty. In R.W. Dolan (Ed) Facial Plastic Reconstructive and Trauma Surgery. New York: Marcel Dekker Inc, 845-899: 2004.
17. Maden A. Okuloplastik cerrahi. İzmir: Punto Yayıncılık, 162-181: 1995.
18. Aristodemou P, Baer R. Reversible cicatricial ectropion precipitated by topical brimonidine eye drops. Ophthal Plast Reconstr Surg 2008; 24(1):57-8.
19. Fezza JP. Nonsurgical treatment of cicatricial ectropion with hyaluronic acid filler. Plast Reconstr Surg 2008; 121(3): 1009-14.
20. Duymaz A, Karabekmez FE, Tosun Z, Savacı N. Tarsorafide doku hasarını azaltıcı bir materyal: Silikon rod. Selçuk Tıp Derg 2008; 25: 43-48
21. Manku K, Leong JK, Ghabrial R. Cicatricial ectropion: Repair with myocutaneous flaps and canthopexy. Clin Experiment Ophthalmol 2006; 34(7): 677-81.
22. Abenavoli FM, De Gregorio A, Corelli R. A technique to correct severe ectropion. Plast Reconstr Surg 2005; 115(6): 1788-9.
23. Terzis JK, Kyere SA. Minitendon graft transfer for suspension of the paralyzed lower eyelid: Our experience. Plast Reconstr Surg 2008; 121(4): 1206-16.
24. Fox SA. A modified Kuhnt-Szymanowski procedure for ectropion and lateral canthoplasty. Am J Ophthalmol 1966; 62(3): 533-6.
25. 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.
26. Beyer CK, Albert D. Use and fate of fascia lata and sclera in ophthalmic plastic surgery. Ophthalmology 1981; 88(9): 869-86.