

Periorbital Yumuşak Dokuların Onarımı

Rüştü KÖSE^a

Kahramanmaraş Devlet Hastanesi Plastik Cerrahi Servisi, KAHRAMANMARAŞ

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada periorbital bölgenin yumuşak dokularının tamir ve rekonstrüksiyon yöntemlerinin tartışılması amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: 51 hastaya periorbital yumuşak doku onarımı yapıldı. Yumuşak dokulara primer tamir, deri grefti, lokal flebler, Z-plasti ve W-plasti ile 59 onarım ve/veya rekonstrüksiyon yapıldı. Onarım gerektiren nedenler 17 bazal hücreli karsinom, 2 epidermoid karsinom, 17 travma, 11 benign lezyonlar, 4 skar dokusuydu.

Bulgular: primer tamirlerde dokular uygun yerlerine dikildiğinde başarılı sonuçlar alındı. Doku defektlerinde lokal flebler benzer özellik taşıdığından ilk olarak tercih edildiler. Greftle onarımlarda ilk tercih olarak kulak arkasından tam kalınlıkta deri grefti kullanıldı ve iyi renk uyumu sağlandı. 2 vakada inceltirmeden uygulanan glabellar flebler bu bölge için kalın bulundu.

Sonuç: Periorbital bölge vücudun küçük bir kısmını oluşturmasına karşın bir çok önemli yapıları içermektedir. İstenilen fonksiyonel ve estetik sonuçlara ancak bu bölgenin anatomisinin iyi bilinmesi, ameliyat öncesi lezyonun iyi değerlendirilmesi yapılması ve uygun onarım yöntemi seçilmesi ile ulaşılır. ©2005, Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Anahtar kelimeler: Periorbital bölge, yumuşak dokular, onarım şekilleri

ABSTRACT

The Repair of the Periorbital Soft Tissue

Aims: The aim of this study is to discuss the repair and reconstruction methods of the periorbital soft tissue.

Material and method: Periorbital soft tissue repair was performed in 51 patients. Fifty-nine repairs or reconstructions were carried out in soft tissues by primary repair, skin graft, local flaps, Z-plasty, W-plasty. The causes of the repair were 17 basal cell carcinomas, 2 epidermoid carcinomas, 17 traumas, 11 benign lesions and 4 scar tissues.

Results: Successful results were obtained in primary repairs when reciprocal places sutured. Local flaps were preferred in tissue defects because of similar structure. Full thickness skin graft harvested from the back of the ear was chosen firstly in skin graft repairing and color harmony was achieved. Glabellar flaps that performed without thinning in two cases were detected thick in this region.

Conclusion: Periorbital area comprises many important units despite being a little portion in whole body. Desired functional and aesthetic results may be attained to know the anatomy of this area, good evaluation the lesion preoperatively and choose the suitable repair method. ©2005, Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Key words: Periorbital area, soft tissues, repair methods

Periorbital bölge birçok önemli yapıyı içermektedir. Bu bölgenin yumuşak doku yaralanmaları travma, tümör, yanık, enfeksiyon ve konjenital anomaliler sonucu oluşabilmektedir. Bu yaralanmalarının tedavisi bölge anatomisinin tam bilinmesi ile birlikte özel önem ve dikkat gerektirir(1). Ameliyat öncesi iyi planlanmadan yapılan onarımlarda fonksiyonel ve estetik yönden istenilen sonuç elde edilememektedir(2).

Periorbital bölge yumuşak doku yaralanmalarının lokalizasyon ve tamirini kolaylaştırmak için Spinelli tarafından beş anatomik bölgeye ayrılmıştır. Zon I, üst göz kapağı; zon II, alt göz kapağı; zon III, medial kantil bölge; zon IV, lateral kantil bölge ve zon V, bu bölgelerle bağlantılı olan diğer yüz yaralanmaları. Kaşlar V. bölge içinde incelenir(Şekil 1)(1).

Dokuların onarım yöntemleri; yaralanmanın lokalizasyonuna, büyüklüğüne, derinliğine ve hastanın tercihiyle ilgili olarak değişmektedir(3). Seçenekler arasında primer tamir, deri greftleri, flebler, sekonder iyileştirme, Z-plastiler, W-plastiler ve doku genişleticiler ile onarım bulun-

maktadır (4, 5). Doku kaybı olmayan yaralanmalarda primer dikiş onarımı ile istenilen sonuç alınabilmektedir. Yüzün kanlanması iyi olduğundan ezilmiş dokular kolayca sekonder iyileşirler. Bu iyileşmede skar oluşumu fazla olacağından göz kapakları, burun ucu, dudak kenarları ve kulak dışındaki yaralanmalarda debritleme yapılmalıdır(6). Doku defektlerinin sekonder iyileşme 2,5 cm den küçük konkav defektlerde tercih edilir(7, 8)

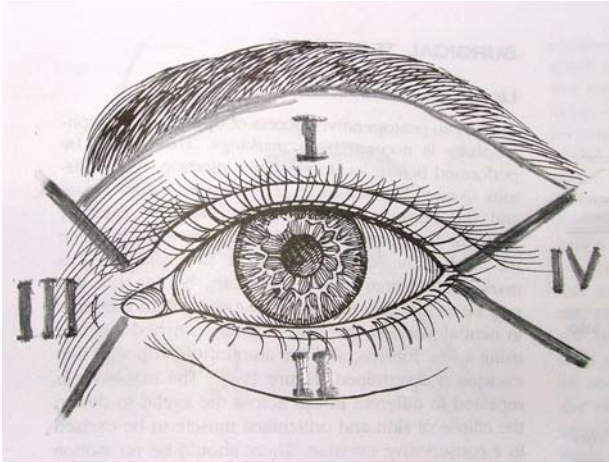
Kısmi ve tam kalınlıkta deri greftleri, kompozit greftler onarımda sıklıkla kullanılmaktadır. Periorbital defektlerin greftle onarımında ilk tercih postaurikular bölgedir. Alt göz kapağı defektleri için daha kalın olan mastoid bölge, üst göz kapağı defektleri için kulak arkası daha uygundur(9). Greft ile onarımın olumsuz yanı çökük alan bırakmasıdır(5, 10). Bu bölge için tarif edilmiş birçok flep bulunmaktadır. En sık kullanılanlar; bipediküllü tripiyer flep, frickle flep, glabellar flep, medial ve lateral kas-deri flepleri, süperior tabanlı nazolabial flep, yanak flebi ve tarsokonjunktival fleplerdir(11).

^a Yazışma Adresi: Dr. Rüştü Köse, Kahramanmaraş Devlet Hastanesi Plastik Cerrahi Servisi, KAHRAMANMARAŞ

Tel: 0344 2335330

Fax: 0 344 2235451

e-mail: rustu2000@yahoo.com



Şekil 1. Periorbital sahanın anatomik bölgeleri

Bu makalede 2003-2004 yılları arasında yukarıda sayılan çeşitli yöntemlerle periorbital yumuşak doku tamir ve rekonstrüksiyonu yapılmış 51 hastanın tartışılması amaçlandı.

GEREÇ ve YÖNTEM

Kliniğimizde 2003 – 2004 yılları arasında 22 kadın ve 29 erkek olmak üzere toplam 51 hastaya periorbital yumuşak doku onarımı ve/veya rekonstrüksiyonu yapıldı. Çalışmaya kemik yaralanması olan hastalar dahil edilmedi. Tüm vakalarda ameliyat sırasında gözü korumak amacıyla antibiyotikli pomat kullanıldı. Zon III de yapılacak tüm müdahalelerden önce silikon tüp ile lakrimal kanal entübasyonu yapıldı. Hastaların yaş dağılımı en küçük 2 yaşında, en büyük 85 yaşında olmak üzere ortalama yaş 39 idi. Hastalar en kısa 3 ay, en uzun 15 ay ortalama 11 ay takip edildiler. Bizim olgularımızda periorbital yumuşak dokulara müdahale gerektiren en sık neden bazal hücreli karsinomdu(BHK) (Tablo 1). En çok etkilenen alan periorbital bölgeye komşu olan zonV bölgesiydi (Tablo 2). Onarımda tercih ettiğimiz tedavi yöntemler primer dikiş, greft ile onarım, lokal flep ile onarım, Z-plasti ve W-plasti idi(Tablo 3).

Tablo 1. Periorbital yumuşak doku onarım ve/veya rekonstrüksiyon nedenleri

Travmatik nedenler	benign lezyonlar	Malign lezyonlar	skar
Trafik kazası	12	Nevüs	4
Yanık	2	Dermoid kist	4
Düşme	2	Sebase kist	2
Darp	1	Hemanjiom	1
		Bazal hücreli karsinom	17
		Epidermoid karsinom	2

Tablo 2. Periorbital yumuşak doku yaralanmalarının bölgelere göre dağılımı

	I	II	III	IV	V
Toplam	13	12	8	6	22

Not: bazı nedenler birden fazla bölgeyi etkilemiştir

BHK'lı 17 hastada eksizyondan sonra 10 flep ile onarım, 8 greft ile onarım, 4 primer tamir yöntemleri tercih edildi. Greftle onarımda 7 tam kalınlıkta deri grefti, 1 kondromukozal greft kullanıldı. Greft kullanımında ilk tercih olarak kulak arkası seçildi. Kondromukozal greft burundan alındı ve alt göz kapağı rekonstrüksiyonunda kullanıldı.

Tablo 3. Periorbital yumuşak dokulara yapılan onarım şekilleri

Primer dikiş	27
Tam kalınlıkta deri grefti	10
kısmi kalınlıkta deri grefti	1
Kondromukozal greft	1
Dermofat greft	1
Limberg flebi	4
Lokal ilerletme flebi	4
Glabellar flep	2
Yanak flebi	2
Nazolabial flep	1
Paramedian alın flebi	1
Süperior tabanlı nazolabial fleb	1
Z-plasti	3
W-plasti	1
Toplam	59

Not: Bazı olgularda birden fazla yöntem ile onarım yapılmıştır.

Zon V de epidermoid karsinomu olan iki hastadan bir tanesine geniş eksizyonun takiben + kısmi kalınlıkta greft ile, diğerine paramedian alın flebi ile onarım yapıldı.

Travma sonucu periorbital yumuşak doku yaralanmalı 17 hasta tedavi edildi. Onarım yapılmadan önce vakalara yara temizliği ve debritleme uygulandı. Vakaların 12 tanesine primer dikiş ile tamir yapıldı. Tamirde dokuların anatomik yerlerine getirilmesine özen gösterildi. Doku kaybı olan 4 hastaya deri grefti ile onarım yapıldı. Greft olarak 3 tam kalınlıkta deri grefti ve 1 dermofat greft kullanıldı. Hastaların 3 tanesine lokal ilerletme flebler ile onarım yapıldı. Periorbital skarı mevcut olan 4 hastanın onarımı için 3 vakada Z-plasti ve 1 vakada W-plasti kullanıldı.

Benign lezyonlu 11 hasta tedavi edildi. Olguların hepsinde eksizyon + primer tamir yapıldı.

BULGULAR

Eksize edilen tüm lezyonlar patolojik incelemeye gönderildi. BHK hastaların patolojik incelenmesi sonucunda cerrahi sınırlarda tümör devam eden 2 hasta takibe alındı. Hastalar ilk yıl 1., 3. ve 6. aylarda olmak üzere toplam 3 kez kontrole çağrıldılar. Bu hastalarda nüks oluşmadan ikinci operasyon düşünülmüdü(Şekil 2, 3). Bu hastaların takiplerine yılda 1 kez olarak devam edilmektedir. Epidermoid karsinomu olan ve patolojik incelemesi sonucu derin cerrahi sınırdaki tümör tespit edilen bir hasta için tedaviye gönderildi.



Şekil 2. Zon II ve Zon III tutan bazal hücreli karsinom(BHK).



Şekil 3. BHK eksizyonundan sonra defektin yanak flebi ve burun dorsumundan limberg fleb ile onarımı. Medial cerrahi sınırdaki tümör devam ediyordu. 13 aylık takibinde nüks görülmedi.

Zon III de kemik defekti içermeyen yumuşak doku onarımı için gabellar flep yapılan 2 vakada fleblerin kalınlığı bu bölge için uygun olmadığı görüldü(Şekil 4, 5).



Şekil 4. Zon III de BHK olgusu.



Şekil 5. Glabellar flep ile Zon III bölgesi onarımı.

Travma nedeni ile avülsiyon yaralanması olan bir hastada kendi yerine dikilen flebin ucunda nekroz gelişti. Bu vaka ikinci kez ameliyata alındı. Debritleme ve greftle onarım yapıldı(Şekil 6, 7). Zon V de yaralanması olan bir hastada kesik olan supraorbital ve supratrochlear sinirler mikrocerrahi yöntemiyle onarıldı. Primer onarım yapılan travmalı hastalarda dokuların anatomik yerlerine dikkat edilerek çok iyi sonuçlar alındı.



Şekil 6. Travmatik periorbital yaralanma.



Şekil 7. Primer tamir ve greft ile onarım.



Şekil 8. Zon II bölgesinin %40 tutan BHK.

Lezyon eksizyonundan sonra alt ve üst göz kapaklarında % 40'a kadar noksanlığı olan alt ve üst göz kapağı gevşek derili 4 hasta mevcuttu. Bu hastalarda ilerletme flebleriyle yapılan onarım başarılı oldu(Şekil 8, 9).



Şekil 9. Tümör eksizyonundan sonra iki ilerletme flebi ile onarım yapıldı.

TARTIŞMA

Periorbital bölge onarımında kullanılacak dokular iyi vaskülarize, ince, katlanabilir, duyasu bulunan, deri, kas, tarsoligamentöz ve muköz membran içermelidirler. Bu özellikleri taşıyan dokular genelde komşu yapılardır(1). Göz kapakları deri ve kas içeren ön lamella ile konjunktiva, tarsal plak ve kapak retraktörlerini bulunduran arka lamelladan oluşmaktadır. Kapak rekonsrüksiyonlarında bu lamellalardan en az bir tanesinin vaskülarize dokular ile onarılması gerekmektedir(12).

Periorbital bölgeye müdahale sırasında ve sonrasında göz küresi yaralanma ile kurumadan korunmalıdır. Bu amaçla yapay gözyaşı ve antibiyotikli merhem kullanılır. Biz kendi hastalarımızda göz küresini korumak için antibiyotikli merhem kullandık ve hiçbir sorun ile karşılaşmadık. Bu konuda silastik kornea lensleri veya geçici tarsorafiden de kullanılabilir(12).

Periorbital yumuşak doku yaralanmalarında en sık kullanılan yöntem primer dikiş ile onarımdır(13, 14). Bizde travma sonucu yaralanması olan 17 hastamızın 12'sini primer dikiş yöntemi ile onardık. Dokuların uygun yerlerine getirilmesine özen göstererek başarılı tamir yapabildik. Doku kaybı olan durumlarda ise en sık lokal flebler ve deri greftleri kullanılmaktadır(14). Bizim vakalarımızda renk uyumu daha iyi olduğundan ilk tercih olarak lokal flebleri kullandık. İkinci sıklıkla tam kalınlıkta deri greftleri ile onarım gerçekleştirildi. Deri greftlerinin koyu renkli olan hastalarda daha fazla renk uyumsuzluğu ve çökük skar bırakma gibi dezavantajları vardır(5). Kendi hastalarımızda da aynı sorunlar ile karşılaştık. Glabellar fleblerin bu bölge için fazla kalın olmaktadır(14, 15).

Zon I bölgesinin onarımında amaç kayıp tarsokonjunktival yapılar ve deri gibi, gözün korumasını sağlayacak yapıların oluşturulması, minimal donör saha hasarı bırakarak, mümkünse tek aşamalı işlem ile iyi bir görünüm oluşturmaktır(16, 17). Üst göz kapağı gözü koruması bakımından alt kapaktan çok fazla öneme sahiptir. Kısmi kalınlıkta % 50 den küçük defektler için en iyi onarım şekli kasi da içeren lokal ilerletme flepleridir. Daha büyük defektler ise diğer üst kapaktan veya kulak arkasından tam kalınlıkta deri grefti ile tamir edilirler(1, 16, 17). Alınan tam kalınlıkta % 25 den küçük kayıplar primer dikişle onarılırlar. Bu onarımda en sık karşılaşılan problem göz kapağı serbest kenarında çentik oluşmasıdır. Bunu engellemek için lezyon beş gen şeklinde

çıkartılmalı ve tarsiya vertikal mattres dikişle maksimum eversiyon yaptırılmalıdır. Konulan bu bölgede yaralanması olan tüm hastalarımızda her iki yöntemi birlikte kullandık ve bu çentik problemi ile karşılaşmadık. Göz kapağını aşağıya doğru çeken Frost dikiş traksiyonunda kapakta çentik oluşumunu engellemeye yardımcı olmaktadır(12, 14). Kendi vakalarımızda bu dikiş ile askı yöntemini kullanmadık. Göz kapağı derisi gevşek olan yaşlı hastalarda % 40'a kadar olan defektler primer dikiş ile kapatılabilirler (12). %25-50 arasındaki tam kalınlıkta defektler ise lateral kantolizis ve kantotomi yardımıyla primer olarak onarılırlar(11, 12). Bu ameliyatlarda kantal tendonun üst kısmına müdahale edilip, alt parça sağlam olarak bırakılmalıdır. % 50 den daha büyük tam kalınlıkta defektler için Tenzel rotasyon flebi, Cutler-Beard flebi, kondromukozal greft ve lokal flep ile tamir edilirler(1, 11). Kondromukozal greftler için verici alanlar burun, sert damak, kulak konka ve heliksindir. Burun lateral duvarından kondromukozal flep ve deri grefti ile onarım diğer bir tedavi seçeneğidir(17). Tam kalınlıkta üst göz kapağı defektlerin de düzgün bir konjunktival yüzey oluşturulmaya özen gösterilmelidir. Sekonder iyileştirme göz kapaklarında çok küçük kısmi kalınlıkta defektlerle sınırlıdır(10, 12). Kendi vakalarımızda sekonder iyileştirme yöntemini hiç bir vakamızda tercih etmedik.

Zon II bölgesinin onarımında % 50 ye kadar olan kısmi kalınlıkta defektler kantotomi veya kantolizis ile birlikte lokal doku ilerletilmesi ve primer dikişle onarılabilir. Bu bölgede lateral kantal tendonun yalnız alt kısmına müdahale yapılmalı, üst lateral kantal tendon sağlam bırakılmalıdır. Doku büyük defektler için tam kalınlıkta deri greftleri ile onarım yapılır. Başka bir tamir şeklide üst göz kapağından medial veya lateral tabanlı kas deri flebi ile onarımdır. Tam kalınlıkta defektlerden % 50 den az olanlar dokuların ilerletilmesi ile primer tamir edilirler. Derileri gevşek olan 4 hastamızda %40'a kadar varan tam kalınlıkta defektleri ilerletme flepleri ile onardık. Sliding tarsokonjunktival flep ve greft ile de bu defektler tamir edilebilirler(1, 12). Üst göz kapağından deri, kas, tars ve konjunktivayı içeren ada flebi ile onarım bu defektler için kullanılır(18). % 50 den fazla olan defektlerde de sliding tarsokonjunktival flep, kondromukozal greft ile bipediküllü tripiier flep kullanılmaktadır. Geniş alt kapağı defektlerinin onarımında, lokal flepler arasında en uygununun Fricke flep olduğu bazı yazarlarca bildirilmiştir(19, 20). Yumuşak doku defektli alt kapağın dış kısmında olduğunda, üst kapaktan alınan kas-deri flebi (Tripiier flep) kullanılması onarım için iyi bir seçimdir (21). % 75 den fazla olan alt göz kapağı kayıplarında Mustarde'ın tarif etmiş olduğu kompozit greft ve yanak ilerletme flebi ile onarım çok faydalıdır (22). Bir vakamızda alt göz kapağı onarımı için burundan alınan kondromukozal greft ve yanak ilerletme flebi ile onarım yöntemini kullandık. Defekt yanağı da içeriyorsa servikofasiyal ilerletme flebi daha uygundur (23). Kompozit greft ve süperior tabanlı nazolabial flep ile onarımda uygun vakalarda tercih edilebilir.

Zone III bölgesi onarımı; bu bölge medial kantal tendon ve lakrimal kanalı içermesi bakımından önemlidir. Kantal tendon yaralanmalarında karşı göze bakılarak uygun tamir yapılmalıdır. Kemigi açıkta bırakmayan 2,5 cm den küçük defektler de sekonder iyileştirme veya tam kalınlıkta deri greftleri ile onarım kullanıla bilinir(8). Koyu renkli cildi olan kişilerde deri greftlerinin renk uyumu iyi değildir. Kendi olgularımızda uzun süre pansuman gerektirdiğinden sekonder iyileştirme yöntemini kullanmadık. İlk tercih olarak tam

kalınlıkta deri grefti ile onarım yöntemi seçtik. Greft verici sahası olarak da genelde kulak arkasını kullandık. Deri grefti kullandığımız hastalarda renk uyumu problemi görüldü. Kemik yapılar açıkta kaldığı da glabella flebi ile onarım çok uygun bir yöntemdir. Bu flep yerine transfer edilmeden önce kanlanması ve kalınlığı dikkate alınarak inceltilmelidir(12). Biz inceltme yapmadığımız 2 vakada iç karın bölgesinde fleb kalın olarak duruyordu. Hastalara da flebi inceltme için önerilen ikinci ameliyat kabul etmedi. İç kontrol bölgesinde bu flep ile onarım yapılacaksa flebin inceltilerek kullanılması tercih edilmeli. Burun derisi gevşek olan yaşlı hastalarda daha az girişim gerektiren burun sırtından rotasyon flepleri tercih edilebilir(3). Üst göz kapağından medial tabanlı kas deri flepleri renk ve kalınlık bakımından çok uygundur(1, 15). Bu onarım ile kendi deneyimimiz bulunmamaktadır. Komplikasyon olarak medial kantusun yukarıda veya aşağıda kalması, epikantus ve lakrimal kanal yaralanması görülebilir. İç kontrol ameliyatı yaparken tüm vakalarımızda ameliyattan önce lakrimal kanal entübasyonu yapılarak kanal yaralanmalardan korundu. Epikantus deformiteleri V-Y ilerletme flebi veya Z-plastikler ile onarılırlar(5, 24). Bu deformiteye sahip hastamız olmadı.

Zon IV bölgesinin onarımında lateral kantal tendon yaralanmaları mutlaka kalıcı dikiş ile orbita lateral duvarına asılmalıdır. Yaşlı hastalarda görülebilen tendon gevşekliği pilikasyon yöntemiyle giderilmelidir(12). Bu bölge doku kayıpları deri greftleri ve yanak ilerletme flebi ile kolaylıkla onarılır(1). Rotasyon flepleri de uygun tamir yöntemlerindedir. İki hastamızda limberg flepleri ile onarım yaptık ve başarılı sonuç aldık.

ZonV bölgesinin onarımında en önemli dokular kaşlardır. Kaşlar onarımında cerraha kılavuzluk ettiğinden hiçbir zaman kesilmemelidirler. Çoğu vakalarda primer dikiş veya doku ilerletme yöntemleri ile arzu edilen sonuç elde edilmektedir(14). Travmatik hastalarımızın çoğunda bu bölge yaralanmıştır. Bu bölge yaralanmalarında primer tamir ile çok iyi sonuçlar elde ettik. İlerletme flepleri için yapılan insizyonlar kaş foliküllerine paralel olmalıdır. Kaş rekonstrüksiyonunda kadınlar da deri daha ince olduğundan geri greftleri, erkeklerde ise saçlı deriden ada flepleri ile onarım daha uygun olmaktadır. Kaşların yönü dikkate alındığında kadınlar için oksipital bölgeden tam kalınlıkta deri grefti, erkekler de lateral parietal sahadan ada flebi ile onarım istenilen sonuçları vermektedir(25).

Periorbital bölgeyi en sık tutan tümör BHK'dur. Bu tümörler en sık olarak da zon I bölgesinde yerleşirler(1, 26). Kendi vakalarımızda da BHK'lar en çok zon I bölgesindeydiler. Travmatik yaralanmalar ve benign lezyonların ise çoğu zon V bölgesindeydi. Toplam olarak en çok etkilenen bölge zon V idi (Tablo 2).

KAYNAKLAR

1. Spinelli HM, Jelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. *Plast Reconstr Surg* 1993; 91: 1017-1024.
2. Klapper SR, Patrinely JR, Sopakar CNS. Eyelid reconstruction. In: *Evans GRD (Editor). Operative plastic surgery. California: McGraw-Hill, 2000: 241-254.*
3. Ng SGJ, Inkster CF, Leatherbarrow B. The rhomboid flap in medial canthal reconstruction. *Br J Ophthalmol* 2001; 85: 556-559.

İnfracorbital alandaki defektlerin horizontal olarak kapatılması alt göz kapağının aşağı doğru çekilmesini azaltacaktır. Malar bölgenin S-plasti ile onarımı oluşacak skarın kontraksiyon ve inversiyonunu azaltmaktadır. Orta büyüklükteki defektlerde tam kalınlıkta deri greftleri kullanılır. Geniş defektler de yanak ve serviko fasiyal ilerletme fleplerinden yararlanılır(14). Büyük defektler için serbest doku aktarımı gerekebilir. Biz serbest doku aktarımı gerektirecek kadar büyük defektle karşılaşmadık.

Ameliyat sonrası takipte göz açık veya kapalı bırakılabilir. Kapalı pansumanda antibiyotikli merhem ile göz nemlendirilmelidir. Göz kapaklarına steri-strips uygulayıp açık bırakılabilir. Göz damlası veya merhemi kullanılmalıdır. Deri greftleri olan durumlarda üzerine lokal baskılı pansuman uygulanır. Alt göz kapağına deri grefti ile onarım yapıldığında 10-14 gün Frost dikiş ile kaşa asılması ektropionun önlenmesine yardım eder. Biz kendi olgularımızda plaster ile asma yöntemi kullandık. Hastalara bu konuda eğitim verilerek uyarılarak bu plasterler gevşeyince yenilenmesi sağlandı. Bu uygulamayı her hastada 10 gün devam ettirttik ve hiçbir vakada ektropion problemi ile karşılaşmadık. Periorbital bölgedeki cilt dikişleri genelde 3-5 günde alınır(12). Biz tüm hastalarımızın periorbital bölgedeki dikişlerini 5. günde aldık.

Cilt tümörlerini çıkartırken BHK'da sağlam cilt kenardan 4 mm, epidermoid karsinomda ise 6 mm olarak çıkartılması gerekmektedir (27). Bizde tüm vakalarımızda bu şekilde eksizyon yaptık. Cilt Tümörlerin tam çıkartılamaması nüks nedenlerinden biridir. BHK'lar inkomplet eksizyon yapılasalar bile nüks oranları düşüktür(27). Kendi vakalarımızdan 2 tanesinde cerrahi yan sınırdaki mikroskopik olarak tümör devam ediyordu. Bu hastaların rekonstrüksiyon işlemi tamamlandığından nüks oluşmadan Mohs'un mikroskopik cerrahisi planlanmadı. Merkezimizde frozen inceleme imkanı olmadığından ve BHK'larda inkomplet eksizyonda bile nüks oranı az olduğundan izleme yöntemi seçildi. Periorbital bölge, tümörlerin nüks oranının en fazla olduğu bölgelerdendir(28). Buranın rekonstrüksiyonu çok zor olduğundan buradaki sağlam dokuların mümkün olduğu kadar korunmaları da gerekir. Bu nedenlerden dolayı zon III bölgesinin tümörlerini Mohs'un mikroskopik cerrahisi ile tedavi etmek belki de en iyi yöntemdir. Böylece sağlam dokuların gereksiz eksizyonundan kaçınılmış olunur(28).

Periorbital bölge insan yüzünde hem estetik hemde fonksiyonel açıdan önemli bir bölgedir. Bu bölgenin yumuşak doku yaralanmaları için birçok onarım yöntemi tarif edilmiştir. Ameliyat öncesi değerlendirme iyi yapılmadan ve uygun onarım yöntemi seçilmeden yapılacak girişimler de iyi sonuçlar alınmamaktadır. Bu bölgenin anatomisinin genellikle iyi bilinmesi, lezyonun iyi değerlendirmesi ve uygun onarım yöntemiyle istenilen fonksiyonel ve estetik sonuçlara ulaşılabilir.

4. Glat PM, Longaker MT, Jelks EB ve ark. Periorbital melanocytic lesions: excision and reconstruction in 40 patients. *Plast Reconstr Surg* 1998; 102: 19-27.
5. Patrinely JR, Marines HM, Anderson RL. Skin flaps in periorbital reconstruction. *Surv Ophthalmol* 1987; 31: 249-261.
6. Manson PN. Assessment and management of facial injuries. In: *Weinzwieg J (Editor). Plastic surgery secrets 2. Baskı, Philadelphia: Hanley Belfus, 1999; 130-135.*

7. Lawrence CM, Comaish JS, Dahl MG. Excision of skin tumours without wound closure. *Br J Dermatol* 1986; 115: 563-571.
8. Lowry JC, Bartley GB, Garrity JA. The role of second-intention healing in periocular reconstruction. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 1997; 13: 174-188.
9. Clodius L. Surgery for the facial port-wine stain: technique and results. *Ann Plast Surg* 1986; 16: 457-471.
10. Anderson RL, Edwards JJ. Reconstruction by myocutaneous eyelid flaps. *Arch Ophthalmol* 1979; 97: 2358-2362.
11. Carraway JH. reconstruction of the Eyelid and correction of ptosis of the eyelid. In Sj Aston, RW Beasley, CHM Thorne (Editors). *Grabb and Smith's Plastic Surgery*. 73. Baskı, Philadelphia: Lippincott Raven Publishers, 1997: 529-544.
12. Jewett BS, Shockley WW. Reconstructive options for periocular defects. *Otolaryngol Clin North Am* 2001; 34: 601-625.
13. Pieh S, Kuchar A, Novak P ve ark. Long-term results after surgical basal cell carcinoma excision in the eyelid region. *Br J Ophthalmol* 1999; 83: 85-88.
14. Moy RL, Ashjian AA. Periorbital reconstruction. *J Dermatol Surg Oncol* 1991 ; 17: 153-159.
15. Borman H, Ozcan G. Superomedially based upper eyelid musculocutaneous flap for closure of medial canthal defects. *Eur J Plast Surg* 2001; 24: 239-242.
16. Fischer T, Noever G, Langer M, Kammer E. Experience in upper eyelid reconstruction with the Cutler-Beard technique. *Ann Plast Surg* 2001; 47: 338-342.
17. Scuderi N, Rubino C. Island chondro-mucosal flap and skin graft: a new technique in eyelid reconstruction. *Br J Plast Surg* 1994; 47: 57-59.
18. Porfiris E, Christopoulos A, Sandris P ve ark. Upper eyelid orbicularis oculi flap with tarsoconjunctival island for reconstruction of full-thickness lower lid defects. *Plast Reconstr Surg* 1999; 103: 186-191.
19. Durak N, Şimşek Ş, Yüksel F, Bekereci M, Karacaoğlan E. Alt Göz Kapağı Onarımlarında Fricke Flep'in Üstünlüğü. *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası* 1998; 61: 4
20. Durak N, Şimşek Ş, Peker F, Bekereci M, Karacaoğlan E. Alt Göz Kapağı Kanserlerinde Cerrahi Tedavi Yöntemlerinin Karşılaştırılması. *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası* 1999; 62: 1
21. Aydın Y, Güzel Z, Taş T, Kuyubaşı S, Yıldırım İ. Alt Göz Kapağı Tümörlerinde Tripiyer Fleple Onarım. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi* 2001; 32: 163-168.
22. Mustarde JC. The use of flaps in the orbital region. *Plast Reconstr Surg* 1970; 45: 146-150.
23. Spinelli HM, Forman DL. Current treatment of post-traumatic deformities. Residual orbital, adnexal, and soft-tissue abnormalities. *Clin Plast Surg* 1997; 24: 519-530.
24. Hudson DA. Some thoughts on choosing a Z-plasty: the Z made simple. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 665-671.
25. Juri J. Eyebrow reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2001; 107: 1225-1228.
26. Demir C Y , Köhler Ü. Periorbital Bölge Malign Cilt Tümörleri: Retrospektif Çalışma. *Fırat Tıp Dergisi* 2003; 8: 206-209.
27. Strong JW, Worsham GF, Hagerty RC. Peripheral in-continuity tissue examination: a modification of Mohs' micrographic surgery. *Clin Plast Surg*. 2004; 31: 1-4.
28. Lang PG Jr. The role of Mohs' micrographic surgery in the management of skin cancer and a perspective on the management of the surgical defect. *Clin Plast Surg*. 2004; 31: 5-31.

Kabul Tarihi:15.02.2005