

İnvölüsyonel Entropionda Cerrahi Tedavi¹

SURGICAL TREATMENT OF INVOLUTIONAL LOWER EYELID ENTROPION

Savaş ÖZAY*, Nur SUR**, Sadık ŞENCAN***, Feyza ÖNDER****

* Uz.Dr., Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi ,Göz Kliniği,
** Uz.Dr., Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi ,Göz Kliniği Başasistanı,
*** Doç.Dr., Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Kliniği Şef Muavini,
****Doç.Dr., Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Kliniği Şefi, İSTANBUL

Özet

Amaç: Senil (invölüsyonel) entropion, kapak ve orbita dokularındaki yaşlanmaya bağlı değişikliklerden dolayı alt göz kapaklarında meydana gelen içe dönmedir. Bu çalışmada cilt yoluyla alt kapak retraktörlerinin güçlendirilmesinin invölüsyonel entropionun giderilmesindeki etkinliği araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Mayıs 2000 – Ekim 2001 tarihleri arasında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Kliniğinde invölüsyonel entropion tanısıyla cerrahi tedavi uygulanan 10 hastanın 11 gözü çalışma kapsamına alındı. 9 göze cilt yoluyla alt kapak retraktörlerinin güçlendirilmesi (tamiri), belirgin yatay kapak gevşekliği olan 2 olgudan birine cilt, diğerine ise konjonktival yolla alt kapak retraktörlerinin güçlendirilmesi ve lateral tarsal şerit tekniklerinin kombinasyonu uygulandı.

Bulgular: Hastalar ortalama 15 ay (1-24 ay) izlendi. Olguların hiçbirinde izlemler boyunca nüks görülmedi. Bir olguda geçici entropion, 2 olguda kozmetik olarak kabul edilebilir düzeyde alt kapak serbest kenarında basamaklanma ve bir olguda cilt insizyonu hattında küçük bir cilt katlantısı oluştu.

Sonuç: Belirgin yatay kapak gevşekliği olmayan invölüsyonel entropionlu gözlerde, sadece cilt yoluyla alt kapak retraktörlerinin tarsi yeniden fiksasyonu entropionun düzelmesi için yeterli iken, belirgin yatay kapak gevşekliği olan olgularda entropionun başarıyla düzeltilmesi ve daha iyi kozmetik sonuçlar elde edilebilmesi için horizontal kısıltmanın cerrahiye ilave edilmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Alt göz kapağı retraktörleri,
İnvölüsyonel entropion, Yatay gevşeklik

T Klin Oftalmoloji 2003, 12:61-69

Summary

Aim: Involutional entropion is an inward rotation of the lower eyelid margin due to aging of lid and orbital tissues. In this study, the effectiveness of imbricating of lower eyelid retractors was searched.

Method: 11 eyes of 10 patients were operated in the Eye Clinic of the Haseki Education and investigation Hospital between May 2000 and October 2001. Imbrication of the lower eyelid retractors via skin was applied to 9 eyes. There was a marked horizontal laxity in the other 2 eyes. Combination of lower eyelid imbrication (via skin in one and via conjunctiva in the other case) and lateral tarsal strip were applied to these two cases.

Findings: Patients were followed up for 1-24 (mean :15) months. No recurrence was seen during the follow-up period. Temporary ectropion in one case, step at the eyelid margin which was cosmetically acceptable in two cases, and a little skin tuck on the incision line in one case were found.

Conclusion: In cases of involutional entropion without horizontal laxity, imbrication of the lower eyelid retractors is sufficient to correct involutional entropion. In cases with marked horizontal laxity, the addition of horizontal shortening to the imbrication of the retractors of lower eyelid is necessary for a successful treatment and a better cosmetic outcome.

Key Words: Lower eyelid retractors,
Involutional entropion, Horizontal laxity

T Klin J Ophthalmol 2003, 12:61-69

İnvölüsyonel entropion yaşlı bireylerde sıklıkla karşımıza çıkan, kozmetik ve fonksiyonel şikayetlere yol açan bir durumdur. Hastalarda gözde irritasyon, kızarıklık, sulanma ve fotofobi şikayetlerine yol açar. Nadiren tedavi edilmemiş

entropion, kornea ülserine sebep olabilir. İnvölüsyonel entropion patolojisinde ana faktör, artan yaşla birlikte elastik ve fibröz dokulardaki ilerleyici dejenerasyondur. Bu dejenerasyon dokularda atrofi ve laksite artışı ile sonuçlanır. Alt göz

kapaklarında; tars ve orbiküler adaledeki değişiklikler yatay gevşekliğe, alt kapak retraktörleri ve orbital septumdaki değişiklikler ise dikey gevşekliğe yol açar. Ek olarak orbiküler adalenin preseptal liflerinin, pretarsal lifleri üzerine binmesi sonucu alt göz kapağının dengesini bozarak içe dönmesine sebep olur (1).

Senil entropionda lubrikanlar, alt kapağın yanağa bantlanması veya botulinum A toksini ile orbikularis kemodenervasyonu geçici düzelmeler sağlasa da, asıl tedavi cerrahidir (1). Cerrahideki amaç ise, uzun vadede başarı sağlamaktır. Bugüne kadar birçok cerrahi teknik tanımlanmış olmasına rağmen, çoğu yüksek nüks oranları nedeniyle terk edilmiştir. Uzun vadede başarılı bir sonuç almak için involüsyonel entropion patolojisinde rol oynayan üç faktörün düzeltilmesi gerekliliği kabul görmüştür. Bu faktörler: 1-Yatay kapak gevşekliği 2-Dikey kapak gevşekliği (alt kapak retraktör ayrışması) 3-Preseptal orbiküler adalenin pretarsal orbiküler adele üzerine binmesidir (2-8).

İlk kez Dryden ve arkadaşları (9) 1978 yılında retraktörlerin tarsiya yeniden tutturulmasından (reattachment) bahsetmiştir. Ondört hastada ortalama 8 aylık (4-17ay) izlem sonunda %87 oranında başarı bildirmişlerdir. Bu çalışmada involüsyonel entropionun tedavisinde alt kapak retraktörlerinin güçlendirilmesinin etkinliği araştırılmış ve yatay kapak gevşekliğinin giderilmesinin önemi tartışılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya 10 hastanın 11 involüsyonel entropionlu alt göz kapağı alındı. Entropion bir olguda iki taraflıydı. Hastaların 5'i erkek, 5'i kadındı ve yaşları 55 ile 78 yıl arasında değişmekteydi (ortalama 69 yıl).

Hastaların ayrıntılı özgeçmişleri sorgulandı ve ayrıntılı göz muayeneleri yapıldı. Göz kapakları dikey ve yatay gevşeklikler açısından değerlendirildi. Normal kişilerde aşağı bakışta alt göz kapaklarında meydana gelen 3-4 mm'lik aşağı çekilmenin izlenmemesi dikey gevşekliğin göstergesi olarak kabul edildi. Olguların hepsinde dikey gevşeklik mevcuttu.

Alt kapağın işaret parmağı ile aşağı çekilmesi durumunda kapak serbest kenarının globdan uzaklaşma miktarı ölçülerek yatay gevşeklik derecelendirildi. 9-10 mm'lik uzaklaşma 'hafif', 11-12 mm'lik uzaklaşma 'orta' düzeyde gevşeklik olarak değerlendirilirken, kapağın 12 mm'den daha fazla globdan uzaklaşması ve serbest bırakınca çok yavaş geri dönüş göstermesi 'belirgin' yatay gevşeklik olarak değerlendirildi. Olguların 6'sında hafif, 3'ünde orta, 2'sinde ise belirgin yatay kapak gevşekliği vardı.

Hafif ve orta derecede yatay kapak gevşekliği olan olguların hepsine cilt yoluyla alt kapak retraktörlerinin güçlendirilmesi (refiksasyonu) tekniği; belirgin yatay kapak gevşekliği olan olgularımızdan birine cilt, diğerine ise konjonktival yolla alt kapak retraktörlerinin güçlendirilmesi ve lateral tarsal şerit tekniklerinin kombinasyonu ile tedavi uygulandı.

Bütün olguların ilk ameliyatıydı. Tüm olguların ameliyat öncesi fotoğrafları çekildi. Ameliyat sonrası 1. hafta, 1. ay ve daha sonra 3'er ay aralıklarla kontroller yapıldı. Ameliyat sonrası 1. hafta ve ortalama 6. ayda hastaların tekrar fotoğrafları çekildi. En uzun izlem 24 ay, en kısa izlem ise 1 ay olup, ortalama izlem süresi 15 ay olarak gerçekleşti. Tablo 1'de olguların demografik özellikleri, muayene bulguları, uygulanan cerrahi teknikler ve gelişen komplikasyonlar verilmiştir.

Cerrahi teknik: Ameliyat sahası antiseptik solüsyonla temizlendikten sonra, %2'lik pantokainle topikal konjonktival anestezi, %2'lik lidokainle alt kapak tars alt kenarı boyunca infiltrasyon anestezi ve infraorbital blok yapıldı. Takiben alt kapak serbest kenarının 4 mm aşağısından, medialde alt punktumun 1 mm temporaline, lateralde dış kantüs hizasına kadar kirpik altı cilt insizyonu yapıldı. Tars alt hizasından makasla orbiküler adale yatay olarak kesildi ve orbital septuma ulaşıldı. Yapılan yatay kesi ile orbital septum açılarak alt kapak retraktörleri açığa çıkarıldı. Künt ve keskin diseksiyonla tars alt kenarından 8-12 mm aşağısına kadar konjonktivadan ayrılan retraktörler 6/0 polyglactin (vikril) sütün kullanılarak tars ön yüzü 1/3 alt kısmına 3 adet sütünle tutturuldu (Şekil 1 ve

Tablo 1 Hastaların dökümü

Olgu no	Yaş	Cins	Taraf	Teknik	Takip süresi	Yatay gevşeklik	Komplikasyonlar
1	65	E	Sol	CAKRG	1 ay	Hafif	-
2	72	K	Sol	CAKRG	3 ay	Hafif	-
3	78	K	Sağ	CAKRG	19 ay	Hafif	-
4	76	E	Bilateral	CAKRG	24 ay/24ay	Hafif	Sağda cilt katlantısı
5	55	E	Sağ	CAKRG	24 ay	Orta	Serbest kenarda basamaklanma
6	61	K	Sol	CAKRG	20 ay	Orta	Serbest kenarda basamaklanma
7	73	E	Sol	CAKRG+LTŞ	13 ay	Belirgin	-
8	68	E	Sağ	CAKRG	9 ay	Hafif	-
9	70	K	Sağ	KAKRG+LTŞ	16 ay	Belirgin	-
10	65	K	Sol	CAKRG	9 ay	Orta	Geçici ektropion (1ay)

CAKRG:Cil yoluyla alt kapak retraktörlerinin güçlendirilmesi.

KAKRG:Konjonktival yolla alt kapak retraktörlerinin güçlendirilmesi.

LTŞ:Lateral tarsal şerit.

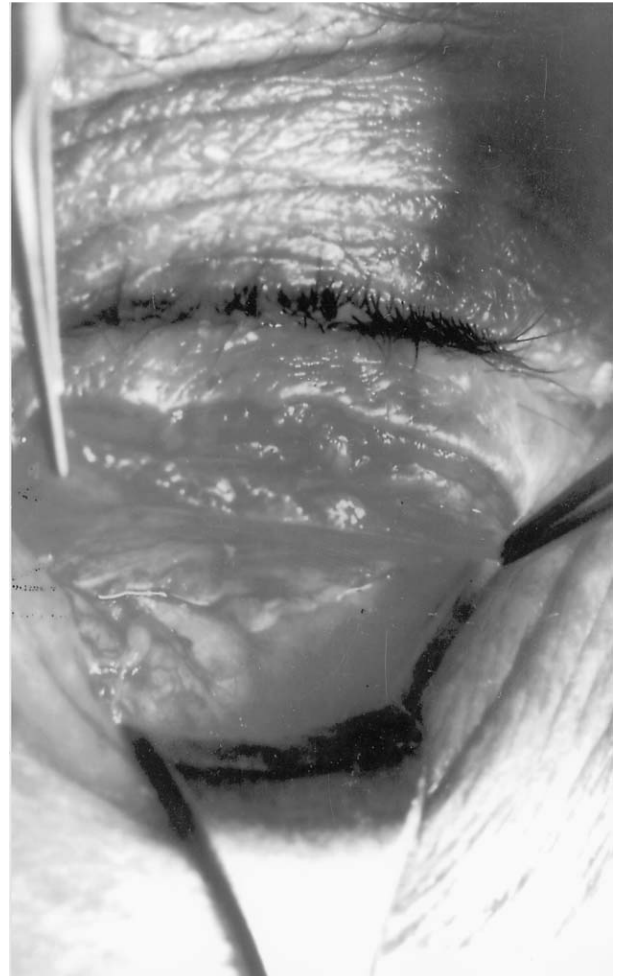
2). Kanama kontrolü sağlandıktan sonra alt kapak çizgisi oluşturulacak şekilde cilt ve cilt altı dokular kapatıldı.

Belirgin yatay kapak gevşekliği olan olgularımızdan birinde cilt, diğerinde ise konjonktival yolla alt kapak retraktörleri güçlendirilirken, yatay kapak gevşekliğinin giderilmesi için lateral tarsal şerit tekniği cerrahiye ilave edildi. Lateral kantotomi ve lateral kantolizisi takiben serbestleştirilen alt kapak tarsının etrafındaki dokular uzaklaştırılarak tarsal şerit hazırlandı. Alt kapak, dış orbita kenarına doğru çekilerek, yeterli kapak gerginliğinin elde edilebilmesi için eksize edilmesi gereken tars miktarı belirlendi ve takiben alt kapak tarsı kısaltılarak 6/0 erimeyen (prolen) sütürlerle orbita dış duvarı iç yüzünde periosta sütüre edildi. Tüm olgularda ameliyat sonrası 5. günde cilt sütürleri alındı.

Bulgular

Olgular en az 1, en çok 24 ay (ortalama 15 ay) izlendiler. Ameliyat sonrası tüm olgularda entropion ve trikiazis düzeldi. İzlemler boyunca hiçbir olguda entropionda yineleme gözlenmedi.

Ameliyat sonrası dönemde orta derecede yatay kapak gevşekliği olan olgularımızdan ikisinde kozmetik olarak kabul edilebilir düzeyde kapak serbest kenarında basamaklanma, birinde ise 1 ay devam eden geçici ektropion izlendi.



Şekil 1. Alt kapak retraktörlerinin konjonktivadan ayrılmış haldeki görünümü

Bir olgumuzda cilt kesisi bölgesinde küçük bir cilt katlantısı oluştu. Bu durum blefaroplasti ile düzeltildi.



Şekil 2. Alt kapak retraktörlerinin tars ön yüzü alt kısmına sütüre edilmiş hali.

Yatay kısaltma yapılan iki olgumuzda da yeterli alt kapak gerginliği elde edildi ve entropionlar düzeldi.

Şekil 3'de 8 no'lu olgunun ameliyat öncesi, Şekil 4'de ise aynı olgunun ameliyat sonrası 6. aydaki görünümü verilmiştir.

Tartışma

İnvolyüsyonel entropion cerrahisinde yüzlerce yöntem tanımlanmış ve bunların çoğu yüksek nüks oranları nedeniyle terkedilmiştir. Tablo 2'de en çok kabul gören cerrahi teknikler ve başarı oranları görülmektedir (1).

İnvolyüsyonel entropionun tedavisinde, uzun dönemde başarı sağlanması için, entropiondaki düzeltilebilir risk faktörlerine yönelik cerrahi



Şekil 3. Sağ alt göz kapağında senil entropionu olan olgunun ameliyat öncesi görünümü.



Şekil 4. Şekil 3 teki olgunun ameliyat sonrası 6. aydaki görünümü.

tekniklerin seçilmesi konusunda bir çok yazar hemfikirdir. Bu faktörler: yatay kapak gevşekliği, dikey kapak gevşekliği ve orbiküler kasın preseptal kısmının pretarsal kısmı üzerine binmesidir. İnvolyüsyonel enoftalmus da bir risk faktörü olmakla birlikte, bu faktör kolay ve güvenli bir şekilde giderilemez (8).

İnvolyüsyonel entropionda dikey kapak gevşekliğinin, alt kapak retraktörlerinin zayıflaması ve tarstan ayrılmasından kaynaklandığı bilinmektedir. Alt kapak retraktörlerinin güçlendirilmesi veya tarsi yeniden tutturulması (tamiri) cilt veya konjonktival yolla uygulanabilir (6,8).

İlk kez 1972 yılında Jones ve arkadaşları (11) involyüsyonel entropionlu olgularda alt kapak retraktörlerindeki fonksiyon bozukluklarını tesbit

Tablo 2.İnvölüsyonel entropion cerrahisindeki teknikler ve başarı oranları.

Yazar	Teknik	Vaka sayısı	No	Yöntem	Süre	Rekürrens	Aşırı düzeltme
Wies 1955(10)	Horizontal tam kat kesi	40	BM.	B.M.	8 yılı aşkın tecrübeleri	Yok	Çoğu vakada hafif Yok
Jones et al (1972) (11)	Retraktör katlama	15	BM.	B.M.	10 ay	Yok	Yok
Collin ve Rathbun (1978) (12)	Quickert tekniği	27	Hepsi	K.D.	6-84 ay (ort. 20 ay)	1 (%96 başarı)	Yok
Dryden et al (1978) (9)	Retraktör refikasyonu	14	Hepsi	K.D.	4-178 ay (ort.8 ay)	2 (%86 başarı)	Yok
Dortzbach ve McGetrick (1983) (13)	Retraktör refikasyonu, Horizontal kısaltma	38	Hepsi	K.D.	6-78 ay (drt.47 ay)	Yok	2 (%95 başarı)
Nowinski (1991) (14)	Retraktör refikasyonu, lateral tarsal şerit ve orbikülaris eksizyonu	50	Hepsi	K.D.	15-63 ay (ort.38 ay)	Yok	2 (%96 başarı)
Dresner ve Karesh (1993) (8)	Transkonj. retraktör refikasyonu, lateral kantal askı, orbikülaris eksizyonu	23	Hepsi	K.D.	9-18 ay	Yok	Yok
Van den Bosch et al (1998) (15)	Retraktör refikasyonu, yatay kısaltma, yağ eksizyonu	266	Hepsi	K.D.	50-80 ay (ort.42 ay)	9 (%91 başarı)	12
Danks ve Rose (1998) (16)	A) Wies veya Jones B) Retraktör refiksasyonu+Wuickert veya lateral tarsal şerit	405	360 A) 152 B) 208	A) K.D B) K.D.	A) 1-54 ay (ort.3-5 ay) B) 1-54 ay (ort.3-5 ay)	A) 15 (%75 başarı) B) 1 (%99 başarı)	1
Cook et al (2001) (6)	Transkonj retraktör fiksasyonu, horizontal kısaltma, miyektomi	52	36	K.D.	12,5-79 ay (ort.31.5 ay)	3 (%91.7 başarı)	Yok
Olver ve Barnes (2000) (1)	Küçük kesili cerrahi diagonal septum+retraktör sıkılaştırma, lateral tarsal şerit	45	42	K.D.	12-24 ay	6 (%86 başarı)	Yok

BM.= Belirtilmemiş

K.D.= Klinik değerlendirme

etmiş ve cilt yoluyla retraktör katlama tekniğini tanımlamışlardır. 1978 yılında Dryden ve arkadaşları (9) benzer bir yaklaşımla, ayrılmış olan alt kapak retraktörlerini tars alt kenarına yeniden tutturmuşlardır. İnvölüsyonel entropionun fizyopatolojisinin daha iyi anlaşılması ile birlikte kombine teknikler geliştirilmiştir; Dortzbach ve McGetrick (13) 1983 yılında retraktör refiksasyonunu yatay kısaltma ile kombine etmiştir. Nowinski (14) 1991 yılında retraktör refiksasyonunu, Anderson ve Gordy'nin (17) tanımladıkları lateral tarsal şerit tekniği ile beraber uygulamışlar ve cerrahiye orbiküler kas eksizyonunu da ilave etmişlerdir. Cilt yaklaşımlı bu tekniklere bir alternatif olarak 1993 yılında Dresner ve Karesh (8) ilk kez konjonktival yolla retraktör refiksasyonunu tanımlayarak, bu tekniği

lateral kantal askı ve orbiküler kas eksizyonu ile kombine ederek uygulamışlardır. Son olarak Olver ve Barnes (1) 2000 yılında cilt yoluyla orbital septum ve alt kapak retraktörlerinin oblik düzlemde sıkılaştırılması esasına dayanan küçük kesili bir cerrahi tanımlamışlar ve bu tekniği lateral tarsal şerit tekniği ile kombine ederek uygulamışlardır.

İnvölüsyonel entropion cerrahisinde fonksiyonel başarının yanı sıra kozmetik başarı da önemlidir. İdeal cerrahi teknik entropionu başarı ile düzeltip, uzun vadede nüksetmesini engellemesi yanısıra, aşırı düzeltme, alt kapak serbest kenarında düzensizlik veya çekinti, kapak cildinde belirgin skar gibi kozmetik sorunlara da yol açmamalıdır. Bazı yazarlar cerrahinin konjonktiva

yoluyla uygulanması durumunda cilt yaklaşımına göre daha iyi kozmetik sonuçlar alınacağını savunup, konjonktival yolla yapılan birçok kapak ve orbita girişimini örnek göstererek, aslında konjonktivada oluşan skar dokusunun tahmin edilenden çok daha az oranlarda entropionu yol açtığını bildirmişlerdir (6,8,18-23).

Bu çalışmamızda cerrahinin cilt yoluyla uygulanması durumunda, alt kapak ön lamelinde oluşacak skar dokusunun pretarsal ve preseptal orbiküler kas lifleri arasında bir bariyer oluşturarak entropion nüksünü engellemesi açısından faydalı olacağı düşüncesi ile olguların çoğunda (% 91) cilt yaklaşımı tercih edilmiştir.

İnvölüsyonel entropionlu olguların çoğunda çeşitli derecelerde yatay kapak gevşekliği olduğu bilinmektedir (15). Normal kişilerde alt göz kapağının aşağı doğru çekilmesi ile kapak serbest kenarının globtan 8 mm kadar olan uzaklaşması normal kabul edilmekte ve 10 mm ve üzerindeki mesafeler alt kapak gevşekliğinin göstergesi olarak değerlendirilmektedir (24). Bu çalışmada olguların ameliyat öncesi alt kapak gevşeklik miktarları ölçülerek 'hafif' (9-10 mm), 'orta' (11-12 mm), 'belirgin' (12 mm'nin üzeri) olmak üzere derecelendirilmiş ve bunlardan sadece belirgin kapak gevşekliği olan olgularda yatay kısaltma yapılmıştır. Böylece yatay kapak gevşekliğinin düzeltilmesinin sonuçlar ve komplikasyonlar açısından önemi değerlendirilmiştir.

Literatürde tanımlanan cerrahi tekniklerin başarı oranlarının %70 ile %100 arasında değiştiği görülmektedir. Genelde başarı oranlarının kombine girişimlerde, tek veya iki basamaklı girişimlerden daha fazla olduğu ve nüks oranlarının konjonktival yolla uygulan tekniklerde cilt yoluyla uygulanan tekniklere oranla daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir (Tablo 2).

Jones ve arkadaşları (11) cilt yoluyla 15 olguda retraktör katlama tekniğini uygulayarak tüm olgularda başarı elde etmişler ve ortalama 10 aylık izlemler sonunda hiç nüks bildirmemişlerdir. Dryden ve arkadaşları (9) cilt yoluyla 'retraktör refleksasyonu' tekniğini uyguladıkları 14 olguda 8 aylık izlem sonunda %86 başarı bildirmişken, Dortzbach ve McGetrick (13) aynı tekniği yatay

kısaltma ile kombine ederek ortalama 47 aylık izlem sonunda 38 olgunun hepsinde başarı elde etmişlerdir. Charonis ve Gossman (25) 35 hastanın 42 alt göz kapağına cilt yoluyla yatay kısaltma ve miyektomi kombine cerrahisini uygulamışlar ve ortalama 33 aylık (5-58ay) izlemlerde nüks bildirmemişlerdir. Corin (26) 15 hastanın 21 alt göz kapağına cilt yoluyla lateral tarsal şerit ve miyektomi kombinasyonunu uygulamış ve hiç nüks bildirmemişlerdir. Glatt (27), Corin'in tekniğini kullanarak yaptığı cerrahilerde, ortalama 25 aylık (6-58 ay) izlem sonunda 51 hastanın 2'sinde (%4) entropionda yineleme bildirmiştir.

Dresner ve Karesh (8) 23 olguda konjonktival yolla retraktör refleksasyonu, lateral kantal askı ve orbikülaris eksizyonu kombine cerrahisini uygulamış ve 9-18 aylık izlem sonunda hiçbir olguda nüks, aşırı düzeltme ve alt kapak retraksiyonu görmemişlerdir. Cook ve arkadaşları (6) 31 hastanın 36 involüsyonel entropionlu alt göz kapağına transkonjonktival yolla miyektomi, retraktör refleksasyonu ve yatay alt kapak kısaltması kombine cerrahisini uygulamış ve %8.3 oranında nüks bildirmiştir. İzlem süresi ortalama 16.3 ay (7-35ay) olan seride, %11.1 oranında ortalama 6 tane (1-10) trikiatik kirpik en fazla görülen komplikasyon olarak bildirilmiştir. Bir olguda konjonktiva kesi bölgesinde belirgin skatrizasyon nedeniyle entropionun nüks ettiği gözlenmiştir. Yüksek nüks oranlarının, cilt yaklaşımıyla yapılan cerrahilerdeki nüks oranlarından (%0-%4) daha fazla olduğunu, bunun sebeplerinin yetersiz miyektomi, yetersiz retraktör refleksasyonu, konjonktiva kesisinde oluşan skar dokusunun etkisi veya ilerleyici involüsyonel değişiklikler olabileceğini belirtmişlerdir.

Bu çalışmada 10 olguya cilt, 1 olguya ise konjonktival yolla entropion cerrahisi uygulanmıştır ve ortalama 15 aylık takipler sonunda hiçbir olguda nüks izlenmemiştir. Sonuçlarımız literatürle uyumluluk göstermektedir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çiftçi ve arkadaşları (28) primer ve nüks involüsyonel entropionlu 49 olgunun 57 kapağına entropion cerrahisi uygulamışlardır. Otuzsekizine Wies tekniği ile,

15'i primer 4'ü nüks olgulardan oluşan toplam 19 olguya ise Quickert tekniği ile yapılan cerrahilerde ortalama 22.9 aylık takip sonunda, Wies tekniği uygulanan grupta %18.4 oranında nüks bildirmişlerdir. Nüks etmiş 7 olgudan birine Quickert tekniği, 6'sına ise alt kapak retraktörlerini katlama (Jones) tekniği ile ikinci kez cerrahi uygulamışlar ve hepsinde başarılı sonuçlar almışlardır. İnvolyonel entropionlu tüm olgularda patofizyolojik değişiklikleri göz önüne alarak kombine cerrahilerin uygulanması gerektiği sonucuna varmışlardır.

Yüksel ve arkadaşları (29) 7 olguya Quickert tekniği ile entropion cerrahisi uygulamışlar ve ortalama 14 aylık izlem süresi içinde tüm olgularda tatminkar düzelme elde etmişlerdir. Bazı olgularda dikey kapak kesi bölgesinde kapak serbest kenarında hafif çentiklenme meydana geldiğini bildirmişlerdir.

Durmuş ve arkadaşları (30) 7 hastanın 8 alt göz kapağına pretarsal orbiküler adelenin zayıflatılması ve transpozisyonu tekniği ile cerrahi uygulamışlar ve ortalama 22.3 aylık takipler sonunda %75 başarı bildirmişlerdir.

Yatay kapak gevşekliğinin giderilmesinin uzun dönemde entropion nüksü üzerine etkisi konusunda çelişkili düşünceler ortaya atılmıştır. Hedin (31) ve Danks (16) gibi yazarlar yatay kapak kısaltması yapmadan, yalnızca alt kapak retraktörlerinin tamir edilmesi durumunda ektrypion ve skleral görünme gibi komplikasyonların gelişmesi yanısıra, uzun dönemde entropionun daha yüksek oranda nüksedeceğini savunmuşlardır. Bosch ve arkadaşları (15) ise 266 olguluk serilerinde, alt kapak retraktör tamirine yatay kapak kısaltmasının eklenmesinin, ameliyat sonrası aşırı düzeltmeyi (ektrypion) önlediğini, fakat nüks gelişimine herhangi bir etkisinin olmadığını bildirmişlerdir. Ülkemizden Banaz ve Arslan (32) 10 olguya yalnızca alt kapak retraktör tamiri, 10 olguya ise alt kapak retraktör tamiri ve lateral tarsal şerit tekniklerini beraber uygulamışlar ve sonuçları karşılaştırmışlardır. Sadece alt kapak retraktör tamiri yapılan grupta 1 olguda skleral açıklık, 1

olguda ise nüks gelişirken diğer grupta herhangi bir komplikasyon ve nüks bildirmemişlerdir. Böylece, uzun dönemde başarıyı arttırmak ve daha iyi kozmetik sonuçlar elde etmek için tüm olgularda cerrahiye yatay kapak kısaltmasının eklenmesi gerektiği sonucuna varmışlardır. Bu çalışmamızda orta derecede yatay kapak gevşekliği olan olgularımızdan 1'inde 1 ay devam eden ve kendiliğinden kaybolan ektrypion, diğer ikisinde ise kapak serbest kenarında hafif basamaklanma meydana gelmiştir. Bu üç olguda da 10–11 mm kadar yatay kapak gevşekliği vardı ve hepsinde, yatay kısaltma yapılmadan, sadece cilt yoluyla alt kapak retraktör tamiri yapılmıştı. Bu komplikasyonların sebebinin gevşek ve atrofik tars dokusu nedeniyle alt kapak dengesinin bozulmasına bağlı olduğu düşünülmüştür.

Lateral tarsal şerit tekniği ile yapılan yatay kapak kısaltmalarında geçici orbital kenar hassasiyeti görülebilir. Olver ve Barnes (1) orbital septum ve alt kapak retraktörlerinin çapraz olarak gerdirilmesi ve lateral tarsal şerit tekniklerinin kombinasyonunu uyguladıkları 42 olgunun 6'sında (%14) 4 haftadan daha az süren geçici dış orbital kenar hassasiyeti bildirmişlerdir. Olgularımızın hiçbirinde rastlamadığımız, nisbeten önemsiz gibi görünen bu sorunu da göz önüne alarak lateral tarsal şerit tekniği ile yatay kapak kısaltmasının 10 mm'nin üzerinde yatay kapak gevşekliği olan her olguda cerrahiye ilave edilmesinin faydalı olacağı kanısına varılmıştır.

İnvolyonel entropionlu hastalar yaşlı oldukları için ameliyat sonrası takipleri güçlük arz etmektedir. Ölüm veya hastalıklar nedeniyle hastalar yeterli süre takip edilemeyebilirler (33). Cerrahi sonuçlar değerlendirilirken, takip süresinin göz önünde tutulması gerekmektedir. Daha önce yapılan birçok çalışmada takip sürelerinin 1 ile 7 ay arasında olduğu görülmektedir (7,9,11,13,15, 25,34,35). Bazı yazarlar takip süresini 1 yıldan az ise kısa dönem, 1-2 yıl ise orta dönem, 2 yıldan fazla ise uzun dönem olarak değerlendirmişlerdir (1). Buna rağmen nükslerin en sık olarak ameliyat sonrası erken dönemde, özellikle ilk 6 ay içinde ortaya çıktığı belirtilmektedir (16). Bu çalışmada

olgular en az 1 ay, en çok 24 ay izlenmişlerdir. Ortalama 15 aylık izlem süresinin gelişebilecek nüksler için yeterli bir süre olduğunu düşünüyoruz.

Sonuç olarak involüsyonel entropion cerrahisinin başarılı sonuçlar almak için, altta yatan 3 temel faktöre yönelik kombine cerrahilerin uygulanması gerekmektedir. Bugün için cilt veya konjonktival yaklaşımla alt kapak retraktörlerinin tamiri, lateral tarsal şerit tekniği ile yatay kapak kısaltması ve gerekli olgularda orbikuler adale eksizyonu kombinasyonu en ideal cerrahi tedavi şekli olarak kabul görmüştür. Yatay kapak gevşekliği olmayan veya hafif (8-9 mm) düzeyde olan olgularda yalnızca alt kapak retraktör tamiri yeterliyken, 10 mm'den fazla yatay kapak gevşekliği olan olgularda daha iyi fonksiyonel ve kozmetik sonuçlar elde edebilmek için yatay kapak kısaltmasının da yapılması gerektiği sonucuna varılmıştır. Nüks oranlarının daha düşük olması nedeniyle cilt yaklaşımının tercih edilmesinde fayda vardır.

KAYNAKLAR

- Olver JM, Barnes JA. Effective small-incision surgery for involutional lower eyelid entropion. *Ophthalmology* 2000; 107:1982-88.
- Kanski JJ. *Clinical Ophthalmology*. 3rd ed. London: Butterworth-Heinemann, 1995;15-7.
- Schaefer AJ. Involutional entropion. In: *Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery*. Della Rocca RC, Nesi FA, Lisman RD, eds. St Louis: CV Mosby, 1987; 1:546-55.
- Callahan MA, Callahan A. *Ophthalmic Plastic and Orbital Surg*. Birmingham: Aesculapius, 1979: 77.
- Collin JR, Rathbun JE. Involutional entropion. *Arch Ophthalmol* 1978;96:1056.
- Cook T, Lucarelli MJ, Lemke BN, Dortzbach RK. Primary and secondary transconjunctival involutional entropion repair. *Ophthalmology* 2001;108: 989-93.
- Mauriello JA, Abdelsalam A. Modified corncrib (inverted T) procedure with Quickert suture for repair of involutional entropion. *Ophthalmology* 1997; 104:504-7.
- Dresner SC, Karesh JW. Transconjunctival entropion repair. *Arch Ophthalmol* 1993;111:1144-8.
- Dryden RM, Leibsohn J, Wobig J. Senile entropion pathogenesis and treatment. *Arch Ophthalmol* 1978;96:1883-5.
- Wies FA. Spastic entropion. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol* 1955;59:503-6.
- Jones LT, Reeh MJ, Wobig JL. Senile entropion. A new concept for correction. *Am J Ophthalmol* 1972; 74:327-9.
- Collin JRO, Rathbun JE. Involutional entropion. A review with evaluation of a procedure. *Arch Ophthalmol* 1978; 96:1058-64.
- Dortzbach RK, McGetrick JJ. Involutional entropion of the lower eyelid. *Adv Ophthal Plast Reconstr Surg* 1983; 2: 257-67.
- Nowinski TS. Orbicularis oculi muscle extirpation in a combined procedure for involutional entropion. *Ophthalmology* 1991; 98:1250-6.
- Van den Bosch WA, Rosman M, Stijen T. Involutional lower eyelid entropion: results of a combined approach. *Ophthalmic Surg Lasers* 1998; 29: 581-6.
- Danks JJ, Rose GE. Involutional lower lid entropion. To shorten or not to shorten? *Ophthalmology* 1998; 105: 2065-7.
- Anderson RL, Gordy DD. The tarsal strip procedure. *Arch Ophthalmol* 1979;97:2192-6.
- Baylis HI, Long JA, Groth MJ. Transconjunctival lower eyelid blepharoplasty. Technique and complications. *Ophthalmology* 1989; 96: 1027-32.
- Zarem HA, Resnick JJ. Expanded applications for transconjunctival lower lid blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1991; 88: 215-21.
- Tenzel RR, Miller GR. Orbital blow-out fracture repair, conjunctival approach. *Am J Ophthalmol* 1971; 71:1141-2.
- Fedok FG. The transconjunctival approach in the trauma setting: avoidance of complications. *Am J Otolaryngol* 1996;17: 16-21.
- Jackson IT, Schiele UU, Adham M. The conjunctival approach to the orbital floor and maxilla—advantages and disadvantages (review). *Ann Plast Surg* 1987; 19:46-8.
- Westfall CT, Shore JW, Nunery WR, Hawes MJ, Yaremchuk MJ. Operative complications of the transconjunctival inferior fornix approach. *Ophthalmology* 1991; 98:1525-8.
- Maden A. *Oküloplastik Cerrahi*. İzmir: Özden Ofset, 1995: 141-54.
- Charonis GC, Gossman MD. Involutional entropion repair by posterior lamella tightening and myectomy. *Ophthalmol Plast Reconstr Surg* 1996;12:98-103.
- Corin S, Veloudios A, Harvey JT. A modification of the lateral tarsal strip procedure with resection of orbicularis muscle for entropion repair. *Ophthalmic Surg* 1991; 22:606-8.
- Glatt HJ. Follow-up methods and the apparent success of entropion surgery. *Ophthalmol Plast Reconstr Surg* 1999;15:396-400.
- Çiftçi F, Sönmez M, Ünal M, Gülecek O. İnvölüsyonel entropiyumda kombine cerrahi. *T Oft Gaz* 2000;30:215-9.
- Yüksel D, Ünal M, Hasanreisioğlu B. Entropion cerrahisindeki yenilikler: Quickert Tekniği. In: Andaç K, Menteş J, Yağcı A ve ark, eds. *TOD XXVII. Ulus Kong Bülteni* (1993), Cilt III. İzmir:Yeniyl Matbaası, 1994: 1754.
- Durmuş M, Özertürk Y, Bardak Y. Senil entropion tedavisinde pretarsal orbikuler adalenin zayıflatılması ve transpozisyonu kombine tekniği. *MN Oftalmoloji* 1998;5:222-5.
- Hedin A. Senile entropion, cure rate by retractor tightening and horizontal shortening. *Acta Ophthalmol Scand* 1997; 75:443-6.
- Banaz A, Arslan MO. Senil entropionda güncel cerrahi tedavi; alt kapak retraktör tamiri ve horizontal kapak kısaltması. *T Klin Oftalmoloji* 2000; 9:189-92.

33. Wright M, Bell D, Scott C, Leatherbarrow SB. Everting suture correction of lower lid involutional entropion. Br J Ophthalmol 1999; 83:1060-63.
34. Wesley RE, Collins JW. Combined procedure for senile entropion. Ophthalmic Surg 1983; 14: 401-5.
35. Saunders DH, Shannon GM, Nicolitz E. The corner repair of senile entropion. Ophthalmic Surg 1980; 11:128-30.

Geliş Tarihi: 11.03.2002

Yazışma Adresi: Dr.Savaş ÖZAY
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Göz Kliniği, İSTANBUL
savas.ozay@hotmail.com

**Bu Çalışma 23-26 Eylül 2001 İzmir TOD XXXV. Ulusal Oftalmoloji Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.*