

# İnvölüsyonel Entropion ve Ektropion Cerrahisinde Tarso-Periosteal Fiksasyon<sup>1</sup>

## INVOLUTIONAL ENTROPION AND ECTROPION SURGERY WITH TARSO-PERIOSTEAL FIXATION

Gölge ACAROĞLU\*, Çiğdem CAN\*, Bayazıt İLHAN\*

\*Uz. Dr. SSK Ankara Eğitim Hastanesi, Göz Bankası. II. Göz Kliniği, ANKARA

### Özet

**Amaç:** Hem ektropion hem de entropionun düzeltilmesinde kullanılabilir bir cerrahi yöntemin sunulması.

**Gereç ve Yöntem:** SSK Göz Hastalıkları Eğitim Hastanesi'nde (Ankara), Ekim 1998 - Aralık 1999 tarihleri arasında, yaşları 68 ile 82 arasında (ortalama 73) değişen 7 hastanın 8 göz kapağına involüsyonel entropion, 10 hastanın 12 göz kapağına involüsyonel ektropion nedeniyle (toplam 20 göz) modifiye McCord yöntemi ile tarso-periosteal fiksasyon yapıldı. Horizontal gevşeklik derecesine göre gerektiğinde horizontal kısaltma yapıldıktan sonra, asıcı sütürün tars içinden geçirilip şekli modifiye edilerek aynı yöntem her iki tür kapak malpozisyonunda kullanıldı.

**Bulgular:** Ortalama 16 aylık takipte 17 gözde uygun anatomik pozisyon elde edildi. 1 ektropion ve 1 iki taraflı entropion olgusunda da nüks nedeniyle reoperasyon gerekti.

**Sonuç:** Küçük bir modifikasyon ile her iki tip göz kapağı malpozisyonunu düzeltebilen bu tarsoperiosteal fiksasyon yöntemi kısa, kolay ve etkin bulundu.

**Anahtar Kelimeler:** Entropion, Ektropion, Tarso-periosteal fiksasyon

T Klin Ophthalmol 2002, 11:159-162

### Summary

**Objective:** We are describing a modified technique of tarso-periosteal fixation which enables the surgeon to treat both types of lid malposition.

**Material and Method:** This modified technique was used in 8 involuntional entropion (7 patients) and 12 involuntional ectropion cases (10 patients). Patients' mean age was 73 and they were operated at The Social Security Eye Hospital, Ankara, between October 1998 and December 1999. The lid was horizontally shortened when necessary, and a modification was made in the McCord's technique such that the periosteal suspension suture was attached to the tarsus differently according to the type of lid malposition.

**Results:** Mean follow-up was 16 months. 17 lids stayed in appropriate anatomic positions. 1 case of ectropion and 2 cases (both lids of same patient) of entropion recurred and were re-operated.

**Conclusion:** This modification allows quick, relatively easy and stable results.

**Key Words:** Entropion, Ectropion, Tarso-periosteal fixation

T Klin J Ophthalmol 2002, 11:159-162

Ektropion ve entropion sıklıkla karşılaşılan göz kapağı malpozisyonlarıdır. Her iki durumda da, aslında bir takım ortak etiyolojik faktörler vardır ve bunların doğru tanımlanması seçilecek cerrahi işlemin başarısını artırır. Ektropion ve entropionun tedavisinde ayrı ayrı tanımlanan pek çok cerrahi yöntem vardır (1-3). Bu olgulardan çoğunluğunu oluşturan involüsyonel malpozisyonlarda sıklıkla medial ve/veya lateral tendon gevşekliği ve buna bağlı olarak horizontal kapak gevşekliği de vardır.

Belirgin horizontal gevşeklik varlığında McCord yöntemi Wesley ve Collins tarafından tarif edilen lateral tarso-ligamentöz rezeksiyon ile

birlikte tarso-periosteal fiksasyon yöntemi etkin bir yöntemdir (4). Bu yöntemin bir aşamasında ufak bir modifikasyon yapılarak entropion da düzeltilebilir.

Bu çalışmada, tarsın lateral orbital periosta asılması sırasında yapılan modifikasyonla hem entropion, hem de ektropion düzeltilmiş ve bu yöntemin geçerliliği araştırılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

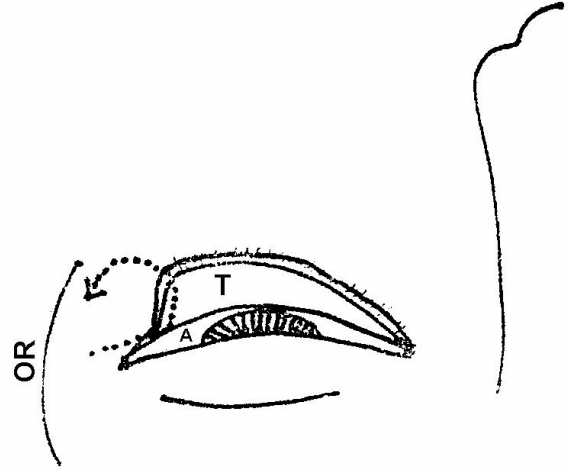
Ekim 1998 - Aralık 1999 tarihleri arasında involüsyonel alt kapak malpozisyonu ile başvuran daha önce ameliyat olmamış hastalar görüldü.

Lateral kantal tendon gevşekliğine bağlı alt kapakta horizontal gevşeklikle birlikte olan malpozisyonlar çalışmaya alındı. Ektropion nedeniyle 10 hastanın 12 gözkapağına, entropion nedeniyle 7 hastanın 8 gözkapağına operasyon uygulandı. Hastalar 6 kadın ve 11 erkek idi. Hasta yaşı ortalama 73 idi (68-82 yaş). Ameliyat sonrası 1. ve 7. gün ile 1. ve 4. ayda hastalar tekrar görüldü. Ortalama 16 ay (4-21 ay) izlendi.

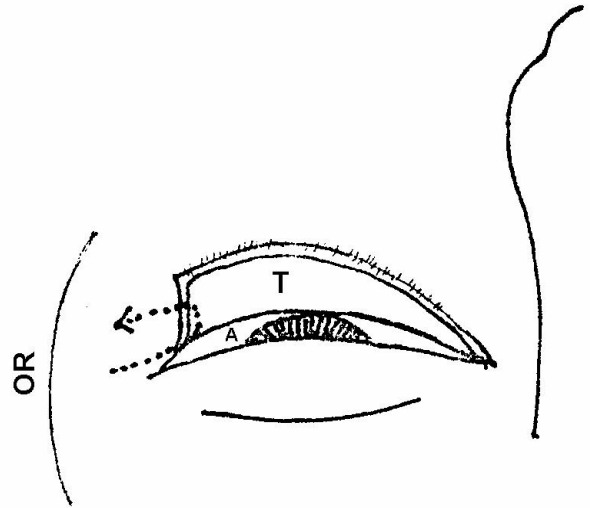
**Cerrahi teknik:** Topikal ve lokal anestezi kullanıldı, lateral kantal tendon, orbita lateral periostu ve alt forniks jetokain ile infiltre edildi. Lateral kantotomi ile lateral kantal tendonun alt parçasına kantolizis yapılarak alt kapağın lateral bölümü tamamen serbestleştirildi. Serbestleşen kapak bir miktar laterale doğru çekilerek horizontal gevşeklik derecesine göre gerektiğinde kapak kenarından üçgen şeklinde tam kat rezeksiyon yapıldı.

Kapağın asılması için, kıvrık ve sağlam çift iğneli 4-0 kaplamalı poliglaktin suture kullanıldı. İğne tarsus inferiorunda, cilt ve konjonktiva arasında kalan alt kapak retraktörlerinden sokulup tars içinde kirpikli kenara doğru ilerletildi. Bu noktada, tars içinden suturen geçiriliş şekli, kapağın içe veya dışa doğru çevrilmesini sağlayacak şekilde modifiye edildi. Ektropionda iğne tarsın tüm uzunluğu boyunca ilerletilerek kirpikli kenara çok yakın olarak çıkartıldı. Bu şekilde, tars içe doğru çevrilecek periosta asıldı (Şekil 1). Entropionda ise iğne tarsın alt 2/3 uzunluğu boyunca geçilerek kirpikli kenara gelmeden 2-3 mm önce çıkartıldı. Bu şekilde periosta asılan tars, dışa doğru çevrilmiş oldu (Şekil 2).

Daha sonra suturen diğer ucundaki iğne lateral orbital tüberkülün iç kısmındaki periosta içten dışa doğru gelecek şekilde geçirildi. Suture traksiyon uygulanarak sağlam bir fiksasyon sağlanıldığına emin olunduktan sonra, kapak gerginliği ve yüksekliği ayarlanarak suture tars kenarından çıkarılan diğer ucu üzerine bağlandı. Bu aşamada, alt ve üst kapakla uyumlu bir dış kantal açısı oluşturulmasına özen gösterildi. Gerekirse cilt ve cilt altı dokulara 1-2 adet ilave suture kondu.



**Şekil 1.** Ektropionun düzeltilmesi. Alt kapak retraktörlerinden tars içine girilerek suture kirpikli kenara kadar ilerletilir ve tars kenarı içe doğru çevrilmiş olarak lateral orbita periostuna asılır. (T= Tarsın konjunktival yüzeyi, A= Alt forniks, OR= Orbital rim)



**Şekil 2.** Entropionun düzeltilmesi. Alt kapak retraktörlerinden tars içine girilerek suture tarsın 2/3'ü kadar ilerletilir ve tars kenarı dışa doğru çevrilmiş olarak lateral orbita periostuna asılır. (T= Tarsın konjunktival yüzeyi, A= Alt forniks, OR= Orbital rim)

Postoperatif ilk günlerde kapağın biraz gergin ve lateral kantusun diğer göze göre biraz yüksek olması arzu edildi. Cilt sutureleri 1-2 haftada alındı.

### Bulgular

Olgularda ameliyat öncesi bulunan epifora, konjunktival ve korneal iritasyon, hiperemi ve



**Resim 1.** İnvölüsyonel entropionlu hastanın ameliyat öncesi (a), ve ameliyattan 14 ay sonraki görünümü (b).

sekresyon cerrahi sonrası düzeldi ve subjektif yakınmalarında belirgin azalma gözlemlendi. İnsizyonun lateral kantil açıda olması ve bu bölgede deri kıvrımları içinde kalması sonucunda estetik açıdan problemle karşılaşılmadı (Resim 1- a ve 1- b).

Ameliyat sonrası erken dönemde bir hastada subkonjonktival hemoraji oldu. Bir hastada bir hafta süreyle sütür bölgesinde yoğun sekresyon izlendi. Hiçbir olguda aşırı düzeltme olmadı. Bir olguda 1. haftada askı sütürünün periosttan serbestleşmesi nedeniyle ektropion yeniden oluştu ve hasta yeniden aynı yöntemle ameliyat edildi.

82 yaşındaki bir olguda (iki taraflı entropion) postoperatif 3. ayda nüks görüldü. Bu olguda ikinci bir operasyonla cilt ile alt kapak retraktörleri arasında kapağı çevirici sütürler konarak tedavi edildi (4).

### Tartışma

Ektropion ve entropionda göz küresi ile kapağın anatomik ilişkisi bozulur (6). Entropionda kapağın, dolayısı ile kirpiklerin glob ile teması sonucunda epifora, konjunktiva ve kornea iritasyonu, enflamasyon ve hatta enfeksiyon gelişmekte ve buna bağlı olarak komplikasyonlar görülmektedir. Uygulanacak operasyonun amacı kapağın pozisyonunu düzelterek kirpik - göz küresi temasını ortadan kaldırmaktır (2,7,8).

Ektropionda ise kapakla birlikte konjunktiva dışa dönmekte ve kornea travmaya açık hale gel-

mekte, punktum karünkülden uzaklaşmaktadır. Epifora, kronik iritasyon, konjunktivit, keratit ve uzun dönemde konjunktival keratinizasyon gelişmektedir. Cerrahide amaç kapak ile gözün anatomik apozisyonunu sağlamaktır (1,7).

Her iki malpozisyonda çoğunlukla alt kapak retraktörleri ve orbiküler kas ile ilgili faktörler ile birlikte horizontal kapak gevşekliği etiolojide önemli bir faktördür. Kapağı gözden uzaklaştıran ve göze yaklaştıran kuvvetler arasındaki denge kapağın üst kenarında bu kuvvetin azalması şeklinde bozulursa ektropion, aksi durumunda ise kapağı göze doğru iten kuvvetler kapağın alt forniks kısmında azalacak olursa ve bir de buna yaşlılık nedeniyle enoftalmus eklenirse entropion oluşur (6). Bu da genellikle lateral tendonun involüsyonel olarak esneyip gevşemesi ile birlikte dir. Bu tür olgularda lateral kapak eksizyonu ile kapak gevşekliği giderilmeye çalışılır. Literatürde ektropion cerrahisi ile ilgili olarak tarif edilen, kapağın horizontal kısaltmadan sonra yine zaten esnemiş olan bu tendona asılması şeklindeki yöntemler sıklıkla başarısız olmaktadır (9). Bunun yerine kapağın bir tars askısı hazırlanarak (10,11) veya doğrudan lateral orbita periostuna asılması ile daha kesin sonuçlar elde edilmiştir. Ektropion durumunda malpozisyonun özellikle lateral kantil tendon gevşekliğiyle birlikte olması bu ameliyatın endikasyonunda önemlidir. Ektropion medialde daha belirgin ise tariflenen yöntem tek başına yeterli olmayabilir (4,12,13).

Bu çalışmada lateral tendon gevşekliği ve horizontal kapak gevşekliğinin bulunduğu ektropionun cerrahi tedavisinde etkin bir yöntem olan McCord yöntemini (tarsokonjonktival rezeksiyon + tarsoperiosteal fiksasyon) tekniğin bir aşamasında modifiye ederek, benzer etiolojiye sahip entropionda da kullanmayı denedik. 20 gözkapasının 17'sinde memnuniyet verici başarı elde ettik. İki taraflı bir olgumuzda muhtemelen entropiona etki eden vertikal (kapak retraktörleri ve orbikularis) faktörler veya tarsın ince olması nedeniyle bu yöntem etkili olmamıştır. Bir olguda ise, sütür periosttan serbestleşmiştir. Bu olguda periost fiksasyonu yeterince sağlam yapılmamış olabilir. Ayrıca kapak gerginliği ilk günlerde belirgin olduğundan, hastanın oğuşturması da buna neden olmuş olabilir.

Bu cerrahi teknik çok az bir doku rezeksiyonu ve tek bir sütürle yapılan, çok kısa süren basit bir tekniktir. Stabil bir dış kantus oluşturulmakta, dış kantus açısı korunmakta, kapakta çentiklenme, trikiyazis gibi sorunlara yol açılmamakta ve bazal gözyaşı sekresyonu korunmaktadır. Hasta seçimi doğru yapıldığı takdirde, özellikle bu hastaların yaşları gözönüne alındığında bu yöntem güvenilir bir yöntem olarak seçilebilir. Hastaların daha uzun dönemde takipleri, yöntemin kalıcılığının saptanması açısından gereklidir.

#### KAYNAKLAR

1. Benger RS, Frueh BR. Involitional ectropion: A review of the management. *Ophthalmic Surgery* 1987; 18: 136-9.
2. Benger RS, Frueh BR. Involitional entropion: A review of the management. *Ophthalmic Surgery* 1987; 18: 140-2.

3. Çiftçi F Sönmez M, Ünal M, Gülecek O. İnvölüsyonel entropiumda kombine cerrahi. *Türk Oftalmol Gaz* 2000; 30: 215-9.
4. Wesley RE, Collins JW. Mc Cord procedure for ectropion repair. *Arch. Otolaryngol.* 1983; 109: 319-22.
5. Wright M, Bell D. Everting suture correction of lower lid involitional entropion. *Br J Ophthalmol* 1999; 83: 1060-63.
6. Meulen JC. Radical correction of senile entropion and ectropion. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1983; 71: 318-23.
7. Beyer-Machule CK. Malposition of lids. In *Atlas of Ophthalmic Surgery* Heilmann K, Paton D. eds. Stuttgart-New York. Thieme-Stratton. 1985: I. 1.1-1.42.
8. Martin RT, Nunery WR, Tanenbaum M. Entropion, trichiasis, distichiasis. In *Oculoplastic Surgery* McCord CD, Tanenbaum M, Nunery WR. eds. New York. Raven Press. 1995: 221-48.
9. Bick MW. Surgical management of orbital tarsal disparity. *Arch Ophthalmol* 1966; 75: 386-9.
10. Jordan DR, Anderson RL. Lateral tarsal strip revisited. *Arch Ophthalmol* 1989; 107: 604-6.
11. Yakut E, Mutlu FM, Uğurbaş SH, Tuncer K. Ektropion tedavisinde lateral tarsal şerit tekniği. *MN Oftalmoloji* 2000; 7 (1): 54-7.
12. Hoşal BM, Tekeli OK, Gürsel E. Ektropionun cerrahi tedavisinde modifiye Bick yöntemi. *MN Oftalmoloji*. 1998; 5: 32-4.
13. Hurwitz JJ, Mishkin SK, Rodpers KJA. Modification of Bick's procedure for treatment of eyelid laxity. *Can J Ophthalmol* 1987; 22:262-5.

**Geliş Tarihi:** 30.10.2001

**Yazışma Adresi:** Dr.Gölge ACAROĞLU  
SSK Ankara Eğitim Hastanesi  
Göz Bankası. II. Göz Kliniği, ANKARA  
eacaroglu @ superonline.com

\*Bu çalışma, 2000 yılı TOD Ulusal Oftalmoloji Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.