

# Alt Kapak Malpozisyonlarında Etiyolojik Değerlendirme ve Tedavi Yaklaşımı

ETIOLOGICAL EVALUATION AND  
TREATMENT IN LOWER EYELID MALPOSITIONS

Meltem Fatma SÖYLEV\*, Seyhan Bahar ÖZKAN\*\*, Üzeyir GÜNENÇ\*\*\*, Ahmet MADEN\*\*\*\*

\* Öğr.Gör.Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD, İZMİR  
\*\* Yrd.Doç.Dr.Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD, AYDIN  
\*\*\* Doç.Dr.Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD,  
\*»\*\* Prof.Dr.Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD, İZMİR

## Özet

Entropion tanısı alan 10, ektropion tanısı alan 15 olgu etiyojik faktörler ve tedavi yaklaşımları açısından retrospektif olarak değerlendirildi. Bir olguda çift taraflı konjenital; 2 olguda çift, 4 olguda tek taraflı involüsyonel; 3 olguda tek taraflı spastik entropion saptandı. 3 olguda çift, 3 olguda tek taraflı involüsyonel; 5 olguda tek taraflı sikatrisyel; 1 olguda tek taraflı sekonder; 3 olguda tek taraflı parolitik ektropion mevcuttu. Takip süresi 3 ile 84 ay arasında değişmekte olup ortalama 25.2 aydı. Spastik entropionlu bir olguya Botulinum A toksin enjeksiyonu, sekonder ektropionlu bir olguya protez uygulaması, diğer olgulara ise cerrahi tedavi uygulandı. Sikatrisyel ektropionlu bir ve involüsyonel ektropionlu bir olgu dışında reoperasyon gerekmedi. Olguların tümünde fonksiyonel ve kozmetik açıdan tatminkar sonuç alındı, iyi bir etiyojik değerlendirmenin arkasından altta yatan nedene yönelik yapılacak uygun tedavi ile alt kapak malpozisyonlarında başarılı sonuçlar elde edilebileceği kamsına varıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Ektropion, Entropion, Etiyoloji, Tedavi

T Klin Oftalmoloji 1997,6:178-182

Alt kapak malpozisyonlarından entropion kapak kenarının içe, ektropion ise dışa doğru dönmesi ile karakterizedir (1,2). Her iki alt kapak malpozisyonu da konjenital veya edinsel olabilir (1). Konjenital tip oldukça nadir görülür (1). Edinsel entropion involüsyonel, spastik ve sikatrisyel, sekonder ve parolitik olabilir (1,3).

Bu çalışmada alt kapak malpozisyonu olan olgularda etiyojik değerlendirme ve tedavi yaklaşımları ret-

**Geliş Tarihi:** 15.05.1996

**Yazışma Adresi:** Dr.Meltem Fatma SÖYLEV  
Erken Sok. Orko Sitesi 5/12  
Narhdcrc, İZMİR

## Summary

Etiological factors and therapeutical approaches were evaluated retrospectively in 10 patients with entropion and 15 with ectropion. Entropion was bilateral congenital in 1, bilateral involuntional in 2, unilateral involuntional in 4 and unilateral spastic in 3 patients. Ectropion was bilateral involuntional in 3, unilateral involuntional in 3, scarticial in 5, secondary in 1 and paralytic in 3 patients. The mean follow-up time was 25.2 months (range 3-84 months). Botulinum toxin A injection was performed in a case with spastic entropion, prothesis was applied in a patient with secondary ectropion and surgery was performed in the remaining 23 patients. One patient with scarticial and one patient with involuntional ectropion necessitated reoperation. The functional and cosmetic results were satisfactory in all patients. It is concluded that the results of treatment of lower eyelid malpositions are successful if treated appropriately following a careful etiological evaluation.

**Key Words:** Ectropion, Entropion, Etiology, Treatment

T Klin J Ophthalmol 1997,6:178-182

rospektif olarak değerlendirilmiştir.

## Gereç ve Yöntem

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalında 1989-1996 yılları arasında entropion tanısı alan 6'sı kadın, 4'ü erkek toplam 10; ektropion tanısı alan 3'ü kadın 12'si erkek toplam 15 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların yaşları 10 ile 95 arasında değişmekte olup ortalama 57.75'di. Olgular etiyojik faktörler ve alt kapak malpozisyonuna ek oküler bulguları açısından incelendi. Tüm olgular kliniğe davet edilerek subjektif yakınmaları açısından sorgulanıp, oküler incelemeleri tekrarlandı. Ulaşılmayan 4 olgunun dosyalarındaki son muayene bulguları değerlendirilmedi esas alındı.

**Tablo 1** Entropionlu olguların klinik özellikleri ve uygulanan tedavi yöntemleri

	Y/C (*)	Taraf	Etiyoloji	Yapılan Ameliyat
1	16/K	Bil. (**)	Konjenital	Cilt ve kas bandı rezeksiyonu
2	80/K	Sağ	İnvölüsyonel	Quickert sütürleri
3	92/K	Bil.	İnvölüsyonel	Quickert sütürleri
4	60/E	Sol	İnvölüsyonel	Quickert ameliyatı
5	72/E	Sağ	İnvölüsyonel	Quickert ameliyatı
6	80/K	Bil.	İnvölüsyonel	Quickert ameliyatı
7	79/E	Sağ	İnvölüsyonel	Lateral kantal tendon katlaması + Quickert sütürleri
8	73/K	Sağ	Spastik	Quickert sütürleri
9	60/K	Sol	Spastik	Quickert sütürleri
10	62/E	Sağ	Spastik	Botulinum A toksin enjeksiyonu

(\*) : Yaş/cinsiyet

(\*\*) : Bilateral

**Tablo 2.** Ektropionlu olguların klinik özellikleri ve uygulanan tedavi yöntemleri

	Y/C (*)	Taraf	Etiyoloji	Yapılan Ameliyat
	83/E	Bil. (**)	İnvölüsyonel	Lateral kantal tendon sıkılaştırılması + Pentagonal rezeksiyon
~	66/E	Sağ	İnvölüsyonel	Lateral kantal tendon sıkılaştırılması + Pentagonal rezeksiyon
3	80/E	Bil.	İnvölüsyonel	Lateral kantal tendon sıkılaştırılması + Pentagonal rezeksiyon + Romboid tarsokonjonktival rezeksiyon
4	95/E	Bil.	İnvölüsyonel	Pentagonal rezeksiyon
5	78/E	Sol	İnvölüsyonel	Pentagonal rezeksiyon
6	72/K	Sağ	İnvölüsyonel	1) Pentagonal rezeksiyon 2) Lateral kantal tendon sıkılaştırılması
7	10/E	Sağ	Sikatrisyel	Medial kantal fiksasyon
8	18/K	Sol	Sikatrisyel	Serbest cilt grefti
9	36/E	Sol	Sikatrisyel	"Z" plasti + Dış kantüs rekonstrüksiyonu
10	60/E	Sol	Sikatrisyel	Serbest cilt grefti
11	18/E	Sağ	Sikatrisyel	1) Kıkırdak grefti 2) Kıkırdak grefti + Üst kapaktan transpozisyon flebi
12	68/E	Sol	Sekunder	Protez uygulaması
13	67/E	Sağ	Paralitik	Silikon ile alt ve üst kapak askısı
14	45/E	Sağ	Paralitik	Silikon ile alt kapak askısı
15	50/K	Sol	Paralitik	Silikon ile alt ve üst kapak askısı

(\*) : Yaş/cinsiyet

Bilateral

## Sonuçlar

Entropionlu olguların klinik özellikleri ve uygulanan tedavi yöntemleri Tablo 1'de, ektropionlu olguların ise Tablo 2'de görülmektedir.

Takip süresi 3 ile 84 ay arasında değişmekte olup ortalama 25.2 aydır.

Entropion 3 olguda çift, 7 olguda tek taraflı; ektropion ise 3 olguda çift, 12 olguda tek taraflıdır.

Spastik entropion bir olguda büüllöz keratopati, bir olguda kronik keratokonjonktivit, bir olguda ise kornea ülserine bağlı olarak gelişmişti. Sikatrisyel ektropiona bir olguda şarbon skan, 4 olguda ise mekanik travma ne-

den olmuştu. Sekunder ektropion ise fitizis bulbiye bağlı olarak bir olguda görüldü.

Spastik entropionlu bir olguya (Tablo 1, olgu 10) Botulinum A toksin enjeksiyonu, sekonder ektropionlu bir olguya (Tablo 2, olgu 12) ise protez uygulaması ile düzeltme yapılmış; diğer olgularda ise cerrahi tedavi uygulanmıştır.

Spastik entropionu olan olgu 10'a orbikularis adalesinin alt yarısına 3 bölgeye toplam 15 ünite Botulinum A toksin enjeksiyonu yapılmış ve toksinin etkisi henüz bitmeden kornea ülseri tedavi edildiğinden ikinci bir enjeksiyona gerek kalmamıştır.

Cerrahi tedavi uygulanan 23 olgudan 21'inde tek bir operasyon sonunda kozmetik ve fonksiyonel açıdan sonuçlar tatminkardı. Bu olgularda takip süresi boyunca nüks görülmedi. Sikatrisyel entropionlu bir olguda hipokorreksiyon ve involüsyonel entropionlu bir olguda nüks nedeniyle ikinci bir operasyon gerekmiştir (Tablo 2; Olgu 6 ve 11). Olgu 11 'de düzeltme kulak arkasından alman kıkırdak grefti ile yapılmıştır. Ancak 11 ay sonraki kontrolde entropionun devam emesi üzerine tekrar kıkırdak grefti kullanılmış ve üst kapaktan transpozisyon flebi çevrilmiştir. Bu operasyondan sonra entropion düzelmiş ve kapak fonksiyon kazanmıştır. İnvölüsyonel entropionu olan olgu 6'da ise ilk operasyonda pentagonal rezeksiyon yapılmış ve postoperatif erken dönemde entropionda düzeltme gözleendiği halde; bir yıl sonra nüks görülmesi üzerine lateral kantal tendon sıkılaştırılması ile düzeltme yapılmıştır.

### Tartışma

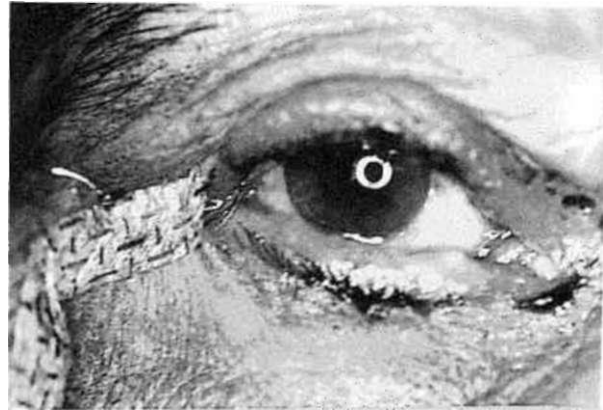
Alt kapak malpozisyonları tedavi edilmedikleri takdirde gözün kaybı ile sonuçlanabilecek ciddi komplikasyonlara neden olabilirler. Oluşmalarında çeşitli faktörler rol oynamakta ve tedavi planının altta yatan faktörler dikkate alınarak yapılması başarı şansını arttırmaktadır (1).

Konjenital entropion orbikularis kas liflerinin hipertrofisi, alt kapak retraktörlerinde gelişimsel defektler, alt kapak retraktörlerinin ayrılması (4) veya tarsal plağın yokluğuna bağlı olarak gelişebilir (1). Konjenital entropionda tedavi cerrahidir, ancak çocuklarda kirpiklerin korneaya teması oldukça iyi tolere edildiğinden cerrahi tedavi anestezi açısından güvenilir bir yaşa kadar ertelenebilir (1,5,6). Bu çalışmada bilateral konjenital entropionu olan 16 yaşındaki bir olguya (Tablo 1, olgu 1) her iki alt göz kapağına cilt ve orbikularis kas bandı rezeksiyonu yapılmıştır.

Edimsel entropiona yol açan etiyolojik faktörler içerisinde en sık görüleni involüsyonel tiptir (1). 1) Alt kapak retraktörlerinde uzama ve incelme ve/veya ayrılma ile vertikal kapak gevşekliği, 2) kantal ligamanların gevşemesi, tarsda incelme ve uzama ve/veya enofalmus sonucu arka destek kaybı ile horizontal kapak gevşekliği, 3) kas yapışıklığının azalması ve/veya blefarospazm ile orbiküler kas kayması, involüsyonel entropion oluşumunda rol oynayan senil değişikliklerdir (1). İnvölüsyonel entropion, klinik değerlendirmede saptanan bulgular doğrultusunda önerilen çeşitli cerrahi tekniklerle düzeltilebilir (1-3, 7-9). Bu çalışmada ikisi bilateral olmak üzere 6 olguda involüsyonel entropion saptandı. Horizontal kapak gevşekliği bulunan biri çift, ikisi tek taraflı olan 3 olgunun 4 kapağına horizontal alt kapak kısaltılması yapılmış ve yatay ekseninde kapak ayrılarak çevirici sütürler konmuştur (Quickert ameliyatı) (3). Tek



Şekil 1. İnvölüsyonel entropionlu bir olgu (Olgu 7).



Şekil 2. Lateral kantal tendon katlaması ve Quickert sütürleri ile düzeltme yapılan olgu 7'nin postoperatif görünümü.



Şekil 3. İnvölüsyonel entropionu olan bir olgu (Olgu 2).



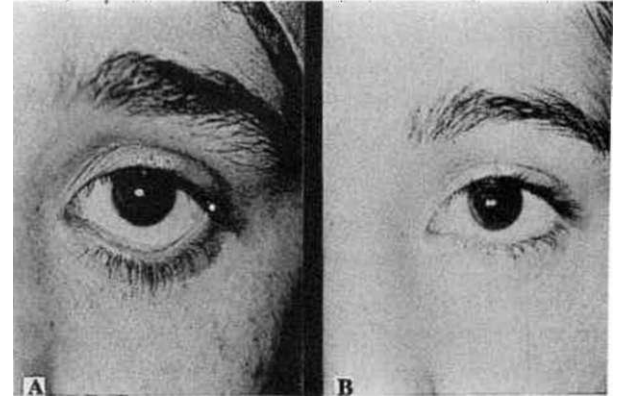
Şekil 4. Quicken 3 sütür tekniği ile entropion düzeltilmesi yapılan olgu 2'nin postoperatif görünümü.



Şekil 5. İnvölüsyonel ektropionlu bir olgu (Olgu 1).



Şekil 6. Olgu 1'in pentagonal rezeksiyon ve lateral kantat tendon sıklaştırılmasından sonraki görünümü.



Şekil 7. Sikatrisyel ektropionlu olgunun (Olgu 8) A. preoperatif, B. postoperatif görünümü.

tarafli bir olguya lateral kantat tendon katlaması ve Quickert sütürleri ile düzeltme yapılmıştır (1) (Şekil 1,2). Horizontal kapak gevşekliği olmayan bir olgunun iki, bir olgunun tek kapağına Quickert 3 sütür tekniği (10) ile düzeltme yapıldı (Şekil 3,4). Bu yöntem hasta yatağında bile çok kısa sürede uygulanabilen bir girişimdir, ancak etki her zaman kalıcı olmayabilmektedir (3). Bu çalışmada da bu teknikle entropion düzeltilmesi yapılanlar genellikle kapak gevşekliğinin belirgin olmadığı ve daha uzun bir girişimi reddeden veya tolere edemeyeceği düşünülen olgulardır.

Spastik entropion, oküler bir irritasyon nedeniyle gelişen blefarospazma balığı olarak meydana gelir ve involüsyonel değişikliklerin olduğu yaşlı kişilerde daha sık görülür (1). Bu çalışmada da 73 yaşında büllöz keratopati, 60 yaşında kronik konjonktivit ve 62 yaşında kornea ülserli 3 olguda spastik entropion mevcuttu ve ilk

iki olguda Quickert sütürleri, üçüncü olguda ise botulinum A toksin enjeksiyonu ile entropion düzeltildi. Ayrıca her 3 olguya da alta yatan primer patolojilerine yönelik tedavi uygulandı. Botulinum A toksin enjeksiyonuyla elde edilen düzeltme geçicidir ve spastik entropionda alta yatan patoloji düzeleneye kadar entropionun düzeltilmesinde kullanılabilir (10,11).

En sık görülen edinsel ektropion nedeni de entropionda olduğu gibi involüsyonel tip olup her iki malpozisyonun gelişimindeki involüsyonel değişiklikler çok benzerlik gösterir (1,2). Ancak orbiküler kasın küçük farklı biyomekanik özellikleri gevşemiş olan kapağın içe ya da dışa dönmesinde belirleyici rol oynar. Ektropionda cerrahi tedavi alta yatan etiyolojik neden ve ektropionun lokalizasyonuna göre planlanmalıdır (1). Bu çalışmada 15 ektropionlu olgunun üçü bilateral olmak üzere 6'sında involüsyonel ektropion saptanmıştır.

Bu olgulara ektropion neden olan involüsyonel değişikliklere ve ektropionun lokalizasyonuna göre değişik cerrahi girişimler uygulanmıştır (Tablo 2) (Şekil 5,6). İnvolüsyonel ektropionlu bir hastada nüks görülmüş ve ikinci bir operasyonla düzeltilmiştir. Bu olguda nüksün operasyondan bir yıl kadar sonra olması nüksün involüsyonel değişikliklerin ilerlemesiyle ilgili olduğunu düşündürmektedir.

Sikatrisyel ektropion çeşitli nedenlerle kapak ön lamelinde kısıalma veya doku kaybı ile meydana gelir (1,2). Bu çalışmada bir olguda şarbon skarının (Şekil 7), 3 olguda ise mekanik travmanın sikatrisyel ektropionu neden olduğu görülmüştür. Sikatrisyel ektropionda, kısıalmış olan ön lamelin uzatılması ve kapağın normal pozisyonuna getirilmesine yönelik çeşitli cerrahi yöntemler uygulanır (1,12). Bu çalışmada da sikatrisyel ektropionlu olgularda değişik cerrahi yöntemlerle düzeltme yapılmıştır (Tablo 2).'

Sekonder ektropion primer nedenin göz kapakları ile ilgili olmadığı ektropiondur (1). Göz küresi kapakların normal pozisyonunda kalmaları için destek sağlar. Göz küresi desteğinin olmadığı veya yeterli olmadığı olgularda sekonder ektropion ya da entropion görülebilir. Bu çalışmada da fitizis bulbuli bir olguda sekonder ektropion görülmüştür. Bu olguda protez uygulamasından sonra yeterli destek sağlanmış ve kapak cerrahisi uygulamadan ektropion düzeltilmiştir.

Periferik fasial paralizilerde bazan, özellikle zeminde involüsyonel değişikliklere bağlı olarak gevşekliğinin bulunduğu yaşlı kişilerde orbiküler kas tonusunun kaybolması ve yer çekimi etkisiyle ektropion görülebilir (1). Paralitik ektropionun cerrahi tedavisinde ektropionun şiddetine göre çeşitli yöntemler önerilmektedir (1,13). Bu çalışmada ağır paralitik ektropionu olan 2 olguda silikon ile alt ve üst kapaklara çevreleme şek-

ünde askı uygulandı; bir olguda ise silikon bant ile alt kapak askısı yapıldı.

Sonuç olarak alt kapak malpozisyonlarının tedavisinde iyi bir klinik değerlendirme ile altta yatan faktörler saptanıp, tedavi şeklinin buna göre belirlenmesi gerektiği saptanmıştır. Cerrahi tedavi endikasyonu olan olgularda ise cerrahın tecrübesi doğrultusunda seçilen yöntem uygulandığında hem kozmetik hem de fonksiyonel açıdan başarı şansının daha yüksek olacağı kanısındayız.

#### KAYNAKLAR

1. Maden A. Oküloplastik cerrahi. İzmir: Özden Ofset, 1995: 137-88.
2. White WL, Woog JJ. Lower eyelid malpositions. In: Albert DM, Jacobiec FA eds. Principles and practice of ophthalmology. Philadelphia: WB Saunders Company, 1994: 1845-50.
3. Collin JRO. A manual of systematic eyelid surgery. London: Churchill Livingstone, 1986: 7-38.
4. Tse DT, Anderson RL, Fratkin JD. Aponeurosis disinsertion in congenital entropion. Arch Ophthalmol 1983; 101:436-40
5. İrkeç M. Konjenital entropion ve cerrahi tedavisi. T Oft Oaz 1981; 11:115.
6. O'Donnell BA, Colin JR. Congenital lower eyelid deformity with trichiasis. Aust N Z J Ophthalmol 1994; 22:33-7.
7. Sürel Z. Alt gözkapagının senil ve sikatrisyel entropiyumların Weis usulü ile tashihi. Göz Klin Bült 1960; 137-9.
8. Erda S, Erda N.. İnvolüsyonel entropiyum olgularında cerrahi tedavi. K-öker ÖF, Ersöz TR, Kaya A, ed. Ulus Kong Bült Adana Çukurova Üniv Basımevi, 1989; 3:922.
9. Dresner SC, Carosh JW. Transconjunctival entropion repair. Arch Ophthalmol 1993; 111:1144-48.
10. Quickert MH, Rathbun E. Suture repair of entropion. Arch Ophthalmol 1971; 85:304-5.
11. Serrano LA. The use of botulinum A toxin for the treatment of facial spasm. Bol Asoc Med P R 1993; 85:7-11.
12. Yılmazbaş P, Ünal M, Hasanreisioğlu B. Sikatrisyel ektropion cerrahisi. TOD XXVIII. Ulusal Kongresi Bülteni Cilt 3, 949-50.
13. Flowers RS, Caputy GG. The "Diamond Head" graft for paralytic ectropion of the lower eyelid. Plast Reconstr Surg 1994; 94:544-7.