

Malign Kapak Tümörlerinde Kapak Rekonstrüksiyonu Sonuçlarımız

THE RESULTS OF EYELID RECONSTRUCTION IN MALIGNANT EYELID TUMORS

Banu M. HOŞAL*, Özlem EVREN ABBASOĞLU*, Zeliha YAZAR**, Emin GÜRSEL***

* Uzm.Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Göz Kliniği,

** Uzm.Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Göz Kliniği, Şef Yard.,

*** Doç.Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Göz Kliniği, Şefi, ANKARA

Özet

Amaç: Tümör eksizyonu sonucu gelişen kapak defektlerinin rekonstrüksiyonunda uygulanan cerrahi yöntemleri ve sonuçlarını incelemek.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: Ankara Numune Hastanesi 2. Göz Kliniği.

Gereç ve yöntem: 1996 ve 2000 tarihleri arasında kapak tümörü eksizyonu ve kapak rekonstrüksiyonu yapılan 21 hasta çalışma grubumuzu oluşturdu. Hastaların 15'i erkek, 6'sı kadın olup ortalama yaşları 57 (32-90 yaş) olarak saptandı.

Bulgular: Kapak defekti 8 olguda kapak kalınlığının bir kısmını, 13 olguda ise kapak kalınlığının tümünü içermekteydi. Tümöral kitle 4 olguda üst kapak, 12 olguda alt kapak, 1 olguda alt kapak ve lateral kantal bölge, 2 olguda medial kantal bölge ve 2 olguda üst kapak ve medial kantal bölgede yerleşim göstermekteydi. Bir olguda malign melanom, 1 olguda sebace, 2 olguda skuamöz, ve 17 olguda bazal hücreli karsinom mevcuttu. Kapak defekti 4 olguda primer sütürasyon, 2 olguda lokal cilt ilerletme flebi, 4 olguda lateral kantotomi-kantoliz, 1 olguda periost flebi, 1 olguda serbest tarsokonjonktival greft, 3 olguda semisirküler flep, 2 olguda ters semisirküler flep ile kombine edilen medial alın flebi ve lokal cilt ilerletme flebi, 2 olguda bukkal mukoza grefti ile kombine edilmiş yanak transpozisyon flebi, ve 2 olguda kulak arkasından alınan cilt grefti ile rekonstrüksiyon yapıldı.

Sonuç: Kapak tümörlerinin tedavisinde yeterli cerrahi sınırlar ile total kitle eksizyonu yapılmalıdır. Defektin büyüklük ve lokalizasyonuna göre en iyi fonksiyonel ve kozmetik sonuç oluşturacak cerrahi yöntem seçilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kapak tümörleri, Flep, Greft, Cerrahi

T Klin Oftalmoloji 2001, 10:165-170

Summary

Purpose: To investigate the surgical techniques and results of eyelid reconstruction after tumor removal.

Institution: Ankara Numune Hospital 2. Eye Clinic.

Material and methods: Twenty-one patients who had eyelid tumor excision and eyelid reconstruction between 1996 and 2000 were included in the study. Fifteen of the patients were male and 6 were female with a mean age of 57 years (32-90 years).

Results: The eyelid defect was partial in 8 eyelids and total in 13 eyelids. The tumor involved the upper eyelid in 4 patients, the lower eyelid in 12 patients, the lower eyelid and lateral canthal region in 1 patient, the medial canthal region in 2 patients and the upper eyelid and medial canthal region in 2 patients. One patient had malignant melanoma, one patient had sebaceous cell carcinoma, 2 patients had squamous cell carcinoma and 17 patients had basal cell carcinoma. The eyelid defect was reconstructed with primary suturation in 4 patients, local skin advancement flap in 2 patients, lateral canthotomy-cantholysis in 4 patients, periost flap in 1 patient, free tarsoconjunctival graft in 1 patient, Tenzel semicircular flap in 3 patients, inverted semicircular flap combined with medial forehead flap and local skin advancement flap in 2 patients, buccal mucosal graft combined with cheek transposition flap in 2 patients, and with retroauricular skin graft in 2 patients.

Conclusion: The excision of the eyelid tumors must be completed with clear surgical margins. The surgical technique which leads to have better cosmetic and functional results must be chosen and this depends on the localization and extend of the defect.

Key Words: Lid tumors, Flap, Graft, Surgery

T Klin J Ophthalmology 2001, 10:165-170

Geliş Tarihi: 30.01.2001

Yazışma Adresi: Dr.Banu M. HOŞAL
Ankara Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi 2. Göz Kliniği
ANKARA

T Klin J Ophthalmol 2001, 10

Tümör eksizyonu sonucu gelişen kapak defektlerinin rekonstrüksiyonunda amaç gözü ve korneayı koruyacak düzgün konjonktival yüzeyin ve kapak kenarının sağlanması, horizontal ve vertikal kapak stabilitesinin oluşturulması, ve medial

165

ve la-teral kantal tendonların normal pozisyonlarına fikse edilmesidir. Kapak rekonstrüksiyonu geride kalan sağlam kapak dokusunun birleştirilmesi veya yeterli kapak dokusunun olmadığı durumlarda başka bir bölgeden elde edilen greft ve flepler ile sağlanır. Tümörün tipi, büyüklüğü, lokalizasyonu ve çevre dokulara yayılımı cerrahi yönlendirir. Bu çalışmada tümör eksizyonu sonucu gelişen kapak defektlerinin rekonstrüksiyonunda uygulanan cerrahi yöntemler ve sonuçları incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem

1996 ve 2000 tarihleri arasında Ankara Numune Hastanesi 2. Göz kliniğinde kapak tümörü eksizyonu ve kapak rekonstrüksiyonu yapılan 21 hasta çalışmaya alındı. Hastaların 15'i erkek, 6'sı kadın olup ortalama yaşları 57 (32-90 yaş) olarak saptandı.

Tüm olgularda tümör total olarak eksize edildi ve eksizyonu takiben cerrahi sınırlar tümör hücreleri açısından incelendi. Cerrahi sınırlarda tümör hücreleri olan 3 olgu 15 gün içinde tekrar ameliyat edilerek rezidü tümör dokusu eksize edildi. Kapak defekti primer onarım veya uygun flep ve greftler ile rekonstrükte edildi.

Bulgular

Bir olguda malign melanom, 1 olguda sebace hücreli karsinom, 2 olguda skuamoz hücreli karsinom, ve 17 olguda bazal hücreli karsinom mevcuttu. Olguların karakteristik özellikleri Tablo 1'de belirtilmiştir.

Kapak defekti 8 olguda kapak kalınlığının bir kısmını, 13 olguda ise kapak kalınlığının tümünü içermekteydi. Tümöral kitle 4 olguda üst kapak, 12 olguda alt kapak, 1 olguda alt kapak ve

Tablo 2. Kapak tümörlerinin lokalizasyon ve büyüklüğüne göre dağılımı

	Tam kat kapak tutulumu	Parsiyel kapak tutulumu
Üst kapak	2	2
Alt kapak	8	4
Alt kapak + lateral kantus	1	0
Üst kapak + medial kantus	2	0
Medial kantal bölge	0	2
Toplam	13	8

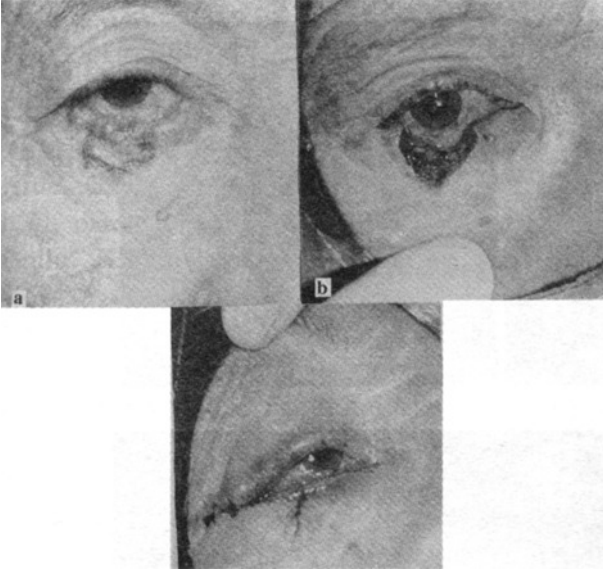
lateral kantal bölge, 2 olguda medial kantal bölge ve 2 olguda üst kapak ve medial kantal bölgede yerleşim göstermekteydi (Tablo 2).

Üst kapakta tümör eksizyonunu takiben gelişen defektlerin 2'si parsiyeldi. Bu defektlerden biri vertikal skar dokusu oluşacak şekilde horizontal olarak 6/0 ipek kullanılarak primer sütürasyon ile kapatıldı. Diğer olguda kapak ön lamelindeki cilt defekti lokal ilerletme flebi ile rekonstrükte edildi. Üst kapaktaki tümör eksizyonunu takiben tam kat kapak defekti oluşan 2 olguda defekt kapak kenarını içermekteydi. Bu olgulardan birinde defekt kapak uzunluğunun yaklaşık %25'ini içermekteydi. Bu hastada lateral kantotomi ve superior kantoliz yapıldıktan sonra kapak defekti primer olarak kapatıldı. Primer sütürasyon esnasında bir adet horizontal ve bir adet vertikal olmak üzere 2 adet 6/0 vikril sütün kullanıldı. Vertikal kapak sütürü düğümü yara yerinde kalacak şekilde (inverted sütün tekniği) yara yerinden ve gri çizgiden geçirildi. Horizontal kapak sütürü subsilyer bölgeden cilt, ciltaltı dokusu ve tarsdan geçirildi. Pretarsal orbikülaris 2-3 adet 6/0 vikril sütün ile kapatıldıktan sonra cilt 6/0 ipek sütün ile kapatıldı. İkinci olguda tümöral kitle üst göz kapağının tümünü içermekteydi. Tümör dokusu eksize edildikten sonra diğer göz üst kapağından serbest tarsokonjonktival greft alınarak arka lamel oluşturuldu. Bu esnada greft alınan sağlam üst göz kapağının stabilitesinin bozulmaması için kapak kenarında 4 mm'lik vertikal tarsus bırakıldı. Tarsokonjonktival greft ile arka lamel oluşturulduktan sonra levator aponevrozu tars ön yüzüne dikildi ve üst göz kapağındaki cilt-orbikülaris kas flebi ilerletilerek ön lamel oluşturuldu.

Alt kapakta tümör eksizyonunu takiben

Tablo 1. Hastaların karakteristik özellikleri

Yaş	ort: 57 (32-90 yaş)
Cins	6 K/15 E
Tanı	
Basal hücreli karsinom	17 (% 80.9)
Skuamoz hücreli karsinom	2 (% 9.5)
Sebace hücreli karsinom	1 (% 4.8)
Malign melanom	1 (% 4.8)



Şekil 1a. Tümöral kitlenin preoperatif görünümü, **1b.** Eksizyon sonrası gelişen kapak defekti, **1c.** Lateral kantotomi ve inferior kantoliz ile kapak defektinin primer olarak kapatılması.

gelişen defektlerin 4'ü parsiyeldi. Bu defektlerden 3'ü vertikal skar dokusu oluşturacak şekilde primer sutureasyon, 1'i ise lokal ilerletme flebi ile rekonstrükte edildi. Diğer 8 olguda alt kapak defekti kapak kenarını içermekteydi. Bu defektlerden 3'ü kapak uzunluğunun yaklaşık %25-50'sini içermekteydi ve lateral kantotomi ve inferior kantoliz ile primer olarak kapatıldı (Şekil 1). Üç olgumuzda defekt kapak kenarının % 50-75'ini içermekteydi ve Tenzel'in semisirküler flebi ile rekonstrükte edildi (Şekil 2). Diğer iki olguda kapak defekti kapak uzunluğunun tümünü içermekteydi. Bu olgu-



Şekil 2a. Olgunun preoperatif görünümü, **2b.** Semisirküler flebin hazırlanması, **2c.** Olgunun postoperatif görünümü.

larda arka ve ön lamel ayrı ayrı oluşturuldu. Arka lamel ağız mukozası ile oluşturulduktan sonra, ön lamel yanak transpozisyon flebi ile rekonstrükte edildi (Şekil 3).

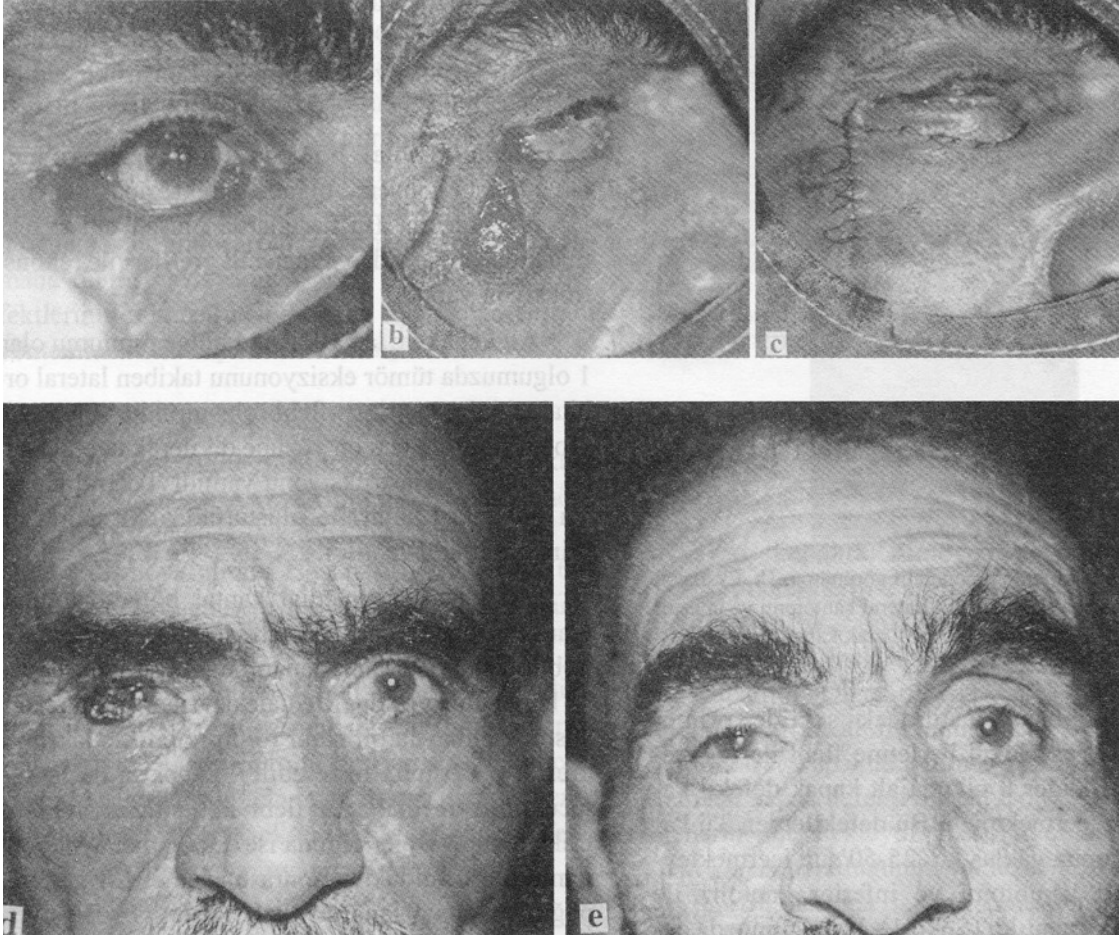
Medial kantal bölgede tümör eksizyonuna bağlı defekt gelişen 2 olguda defekt kapak kenarını içermemekteydi. Bu hastalarda oluşan cilt defektine kulak arkasından alınan cilt greftleri ile rekons-trüksiyon yapıldı.

Alt kapak ve lateral kantal bölge tutulumu olan 1 olgumuzda tümör eksizyonunu takiben lateral orbital rimden periost flebi oluşturuldu. Flep 4/0 prolene suture ile tars ön yüzüne dikilerek lateral kantal tendon rekonstrüksiyonu yapıldı. Lateral kantal açığı 6/0 vikril suture ile oluşturulduktan sonra cilt primer olarak kapatıldı.

Üst kapak ve medial kantal bölge tutulumu olan bir olgularda ters semisirküler flep ve bu flebin distalinden hazırlanan tarsal rotasyon ile arka lamel oluşturuldu. Mediale çevrilen tarsın distali absorbe olmayan bir suture (5/0 prolene) ile lakrimal krestin periostuna fikse edildi. Defektin ön lameli inceltirilmiş medial alın flebi kullanılarak rekonstrükte edildi. Diğer olguda ise arka lamel aynı yöntemle oluşturulduktan sonra ön lamel üst göz kapağından hazırlanan lokal ilerletme flebi ile onarıldı. Bu iki olguda postoperatif dönemde epifora izlendi.

Tartışma

Kapak defektlerinin iyileşmesinde primer sutureasyon, granülasyon dokusu ile iyileşme, cilt greftleri veya bölgesel flepler kullanılabilir (1,2). Rekonstrüksiyon yöntemi her hasta ve her defekt için ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Burada dikkat edilmesi gereken faktörler çevre dokunun uygunluğu, hastanın sağlık durumu ve kozmetik beklentisidir. Cerrahin deneyimi ve kişisel tercihleride bu seçimde rol oynar. Cerrahi tedavi öncesi tümör dokusunun büyüklüğü, lokalizasyonu, kapak kenarını, lateral veya medial kantal bölgeyi içermesi, çevre dokulara invazyonu ve bölgesel lenf nodu tutulumu olup olmadığı değerlendirilmelidir. Özellikle medial kantal bölgeyi içeren tümörlerde orbita, burun ve sinüslere yayılım olabileceği unutulmamalıdır. Büyük tümörlerde geniş cerrahi eksizyon öncesi biyopsi alınarak tanı kesinleştirilmeli, bunu takiben tümör eksize edilmelidir (3).



Şekil 3a. Tümör eksizyonunu takiben gelişen kapak defekti, **3b.** arka lamelin ağız mukozası ile oluşturulması, **3c.** Ön lamelin yanak transpozisyon flebi ile rekonstrükte edilmesi, **3d.** Olgunun preoperatif görünümü, **3e.** olgunun postoperatif görünümü.

Bununla beraber iyi bir kozmetik sonuç elde etmek için yetersiz tümör eksizyonu yapılmamalıdır. Doku kenarlarının mikroskopik analizi ile rezidü tümör dokusunun kalmadığı belirlenmelidir.

Tümör eksizyonunu takiben ortaya çıkan kapak defektleri farklı teknikler ile kapatılabilir. Kapak kenarını içermeyen defektler granülasyon dokusu ile iyileşmeye bırakılabilir veya primer sütürasyon, lokal flebler veya serbest cilt greftleri ile kapatılabilir. Yüzeysel ve konkav yüzeylelerdeki küçük defektler veya tümör tekrarından şüphelenilen durumlarda defekt granülasyon dokusu oluşumu ile ikincil iyileşmeye bırakılabilir (1). Bu tekniğin dezavantajı kozmetik sonucun çoğu vakada iyi olmaması, uzun süren iyileşme dönemi ve bu dönemde yara yerinin bakım gerektirmesidir.

Yeterli kapak dokusunun olduğu durumlarda en iyi ve basit yöntem primer sütürasyon yöntemidir. Bu esnada çevre dokularda çekinti olmasına ve skar dokusunun mümkün olduğunca yüz çizgileri arasına gizlenmesine özen gösterilmelidir (1). Kapak kenarını içermeyen parsiyel kapak defektleri kapak kenarında şekil bozukluğuna sebep vermeme için vertikal skar dokusu oluşacak şekilde horizontal olarak kapatılır. Kapak defekti kapak uzunluğunun %25'inden az ise kapak direkt olarak sütüre edilir. Kapak laksitesi olan yaşlı hastalarda %50'lere varan kapak defektleri bu şekilde kapatılabilir. Bu esnada lateral kantotomi ve kantoliz yapılabilir (3). Primer sütürasyon esnasında inverted sütür tekniği kullanılarak düğümü yara yerinde olacak şekilde gri çizgiden geçen 1 adet vertikal 6/0 vikril sütür atılır, bunu

takiben ikinci sütür horizontal olarak tarsı içerecek şekilde subsiliyer bölgeye yerleştirilir (6/0 vikril). Cilt ve orbikularis kası kapatılarak cerrahi tamamlanır.

Kapak kenarının %50'sinden büyük defektlerde, defektin lokalizasyonuna ve büyüklüğüne bağlı olarak farklı greft ve flep yöntemleri kullanılır. Kliniğimizde, kapak kenarını içeren ve %50-75 arasında doku kaybına sebep olan lezyonlarda defektin her iki yanında tarsal doku mevcutsa Tenzel'in semisirküler flebini alt ve üst kapak rekonstrüksiyonunda tercih etmekteyiz. Bu yöntem ile %75'lere varan kapak defektleri kapatılabilir. Bu teknikte tarsın primer sütürasyonunu takiben lateral kantal açı oluşturulması ve semisirküler flebin periosta asılması cerrahi sonucu iyileştirir. Flebin dermal tabakası ile periost arasına yerleştirilen askı sütürlerinin avantajları arasında yara yerinin geriliminin azaltılması, ölü alanın kapanması ve zaman içinde gelişebilecek yerçe-kimine bağlı sarkmaların engellenmesi sayılabilir (1,4,5).

Kapak kenarının %75'ini geçen büyük defektlerin onarımında arka lamel (konjonktiva ve tars) ve ön lamelin (cilt ve orbiküler kas) ayrı ayrı onarımı yapılmalıdır. Bu esnada sadece bir lamel serbest greft ile oluşturulmalı, diğer lamel avasküler nekrozun önlenmesi için vasküler flep ile kapatılmalıdır (6,7). Alt kapak dokusunun büyük defektlerinin arka lamelinin rekonstrüksiyonunda Hughes' un tarsokonjonktival flebi, üst kapaktan alınan serbest tarsokonjonktival greft, ağız mukozası, sert damak mukozası ve septal kartilaj kullanılabilir (5). Hughes' un tarsokonjonktival flebinin dezavantajı cerrahi ile flep ayrılması arasında geçen sürede hastanın görmesinin engellenmesidir. Tarsokonjonktival greftler geniş tam kalınlık kapak defektlerinin tamirinde sık olarak kullanılırlar. Bu teknikte kapak rekonstrüksiyonu yapılan olgularda çok iyi kozmetik sonuçlar elde edilebilse de tarsokonjonktival greftlere bağlı komplikasyonlar gelişebilir. Bu komplikasyonlar arasında yara yerinde ayrılma, kapak retraksiyonu, kapakta kontur defekti, sikatrisyel ektropium, triki-azis, simbleferon, ve ptozis gelişebileceği bildirilmiştir (8). Ön lamel tam kalınlık cilt greftleri veya kas deri flepleri ile desteklenir. Cilt greft-

leri, sağlam dokunun primer kapama ve lokal flepler ile kapatılmaya uygun veya yeterli olmadığı durumlarda tercih edilir. Tam kalınlıktaki cilt greftleri daha iyi kozmetik sonuç vermesi açısından tercih edilmelidir. Bu greftlerin avantajı daha az yara kontraksiyonuna sebep olmalarıdır. Graft kullanımının dezavantajı, primer kapama veya fleplere göre rengi ve dokusunun alıcı bölgeye göre daha az uygun olabilmesidir. Ayrıca greft uygulanacak alıcı bölgede yeterli derecede yumuşak doku ve vaskülarizasyon olması gereklidir (1). Biz kliniğimizde kulak arkasından veya üst göz kapağından alınan tam kalınlık cilt greftlerini tercih etmekteyiz. Lokal flepler, tümör dokusu ile beraber periostunda alındığı durumlarda uygulanabilir. Fakat periferik vasküler hastalıklar, diabetes mellitus ve sigara içen kişilerde dolaşım bozukluğuna bağlı flep yetmezliği olabilir. Normal doku oryantasyonu bozulacağı için doku defekti flep ile rekonstrükte edilmeden önce cerrahi sınırların tümör hücreleri açısından temiz olduğundan emin olmak gerekir (1).

Defekt lateral kantal açığa uzanıyorsa lateral orbital tüberkül hizasında orbita rimine periosta absorbe olmayan bir sütür ile fikse edilir. Lateral veya medial kapak defektlerinde tarsokonjonktival pedikül flebi veya tarsal rotasyon tekniği ile ek doku sağlanır. Tarsal rotasyon tekniği ile tarsal fleb mediale doğru çevrilir ve kalıcı sütürler ile arka lakrimal kreste fikse edilerek medial kantal tendonun derin bölümü rekonstrükte edilir. Lateral kapak defektlerinde lateral kantal tendonun rekonstrüksiyonunda periost flebi kullanılabilir (9).

Üst göz kapağının total defektlerinde Mustarde'nin yanak rotasyon flebi ile kombine edilen alt göz kapağı rotasyonu veya Cutler-Beard tekniği kullanılabilir. Medial kantal bölgenin defektleri granülasyon (Laissez-Faire metodu) ile iyileşebilir. On mm'den büyük olan defektlerin rekonstrüksiyonunda inceltirilmiş medial alın flebi gibi lokal flepler veya serbest cilt greftleri kullanılır (10).

Sonuç olarak kapak tümörlerinin tedavisinde yeterli cerrahi sınırlar ile total kitle eksizyonu yapılmalı ve defektin büyüklük ve lokalizasyonuna göre en iyi fonksiyonel ve kozmetik sonuç oluşturacak cerrahi yöntem seçilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Summers BK, Siegle RJ. Facial cutaneous reconstructive surgery: General aesthetic principles. *J Am Acad Dermatol* 1993;29:669-81.
2. Günalp İ, Akbaş F. Göz kapaklarının yassı hücreli karsinomu: 164 olguda klinik bulgular ve tedavi yaklaşımları. *MN Oftalmoloji* 1996;3: 284-91.
3. Günalp İ, Akbaş F. Göz kapağının bazal hücreli karsinomu: 1100 olguda klinik bulgular ve tedavi yaklaşımları. *MN Oftalmoloji* 1996;3:292-301.
4. Tenzel RR, Stewart WB. Eyelid reconstruction by the semi-circle flap technique. *Ophthalmology* 1987;85:1164-9.
5. Flanagan JC, Mazzoli RA, Bigham WJ. Reconstruction of the lower eyelid. In: Stewart WB editors. *Surgery of the eyelid, Orbit, and Lacrimal System. Ophthalmology Monographs* 8, volume 2. American Academy of Ophthalmology 1994;20:204-24.
6. Ünal M. Kapak cerrahisindeki yenilikler. *MN Oftalmoloji* 1997;4:79-85.
7. Nunery WR. Reconstruction of the upper eyelid. In: Stewart WB editors. *Surgery of the eyelid, Orbit, and Lacrimal System. Ophthalmology Monographs* 8, volume 2. American Academy of Ophthalmology 1994;20:225-35.
8. Hawes MJ, Jamell GA. Complications of tarsoconjunctival grafts. *Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery* 1996;12:45-50.
9. Rathbun JE. Reconstruction of canthal defects. In: Stewart WB editors. *Surgery of the eyelid, Orbit, and Lacrimal System. Ophthalmology Monographs* 8, volume 2. American Academy of Ophthalmology 1994;20:236-42.
10. Dortzbach RK, Hawes MJ. Midline forehead flap in reconstructive procedures of the eyelids and exenterated socket. *Ophthalmic Surgery* 1981;12:257-68.