

Göz Çevresi Defektleri ve Bu Bölgenin Yeniden Yapılandırılması (Geçmişe dönük çalışma)

PERIORBITAL DEFECTS AND RECONSTRUCTION (RETROSPECTIVE STUDY)

Dr.Gül den AVCI,^a Dr.Eser AYDOĞDU,^a Dr.Serkan YILDIRIM,^a Dr.Tayfun AKÖZ^a

^aPlastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

Özet

Amaç: Ocak 1999-Nisan 2003 arasında kliniğimizde yapılan göz çevresi yeniden yapılandırma nedenleri ve sonuçlarının geçmişe dönük incelenmesi ile mevcut yeniden yapılandırma alternatiflerinin avantaj ve dezavantajlarının ortaya konması ve yeniden yapılandırma sırasında dikkat edilmesi gereken noktaların belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntemler: Elli üç aylık sürede 84 hastaya göz çevresi yeniden yapılandırma uygulanmıştır. Bu hastaların 62'sinde defekt nedeni cilt kanseri iken 18'inde ise neden yanık ve travma idi. Defektin özellikleri esas alınarak yeniden yapılandırma seçeneği belirlendi. On sekiz hastada tam kat kalınlıkta deri grefti, 19 hastada kompozit greft, 47 hastaya da lokal flep uygulandı. Defektlerin lokalizasyonları, tümörlü hastalarda nüks oranları, yeniden yapılandırma sonrası komplikasyonlar ve yapılan cerrahinin fonksiyonel ve kozmetik sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: Deri grefti ile yeniden yapılanma uygulanan 7 hastada ve kompozit greft kullanılan 2 hastada tekrarlayan greftleme gerekli olmuştur. Lokal flep ile alt gözkapağı yeniden yapılanma uygulanan hastalardan birinde alt gözkapağı yetmezliği görülmesi nedeni ile kompozit greft kondu. Dört cilt kanserli hastada nüks görülmüştür.

Sonuç: Göz kapağı çevresi bölge yeniden yapılandırma estetik ve fonksiyonel açıdan önemli üniteler içermesi ve anatomik olarak bu bölgede mevcut olan kombine dokuların yeniden yapılandırma sürecinde taklidinin zorlu olması nedeniyle, okuloplastik cerrahların sık olarak güçlükler yaşadığı konulardan birisidir. Bu bölgenin yeniden yapılandırmasında, cerrah tarafından mevcut olan yeniden yapılandırma alternatiflerinin iyi bilinmesi ve defektin nedeni, lokalizasyonu, ihtiyaçları, cerrahi sonrası olası problemlerin dikkate alınması ile fonksiyonel ve estetik açıdan optimum sonuçların elde edilebilecektir.

Anahtar Kelimeler: Periorbital bölge, cilt kanseri, travma, yanık, greft, lokal flepler

Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2004, 13:138-144

Summary

Objective: Between January 1999 and April 2003 the reasons and results of the periorbital reconstruction that was performed in our clinic were investigated retrospectively and advantages and disadvantages of the existing reconstruction alternatives were put forward and subjects that was necessary to be paid attention during reconstruction were determined.

Material and Methods: The reconstruction of the periorbital region was performed to 84 patients in fifty- three months. Sixty-two of 84 patients had skin cancer and 18 had periorbital deformity due to the burn and trauma. Reconstruction alternatives were determined according to the defects characteristics. Eighteen patients were reconstructed with full thickness skin grafts whereas 19 had composite grafts and 47 had local flaps. The localization of defects, recurrence rates of tumors, complications and functional and cosmetic results of the reconstruction were evaluated.

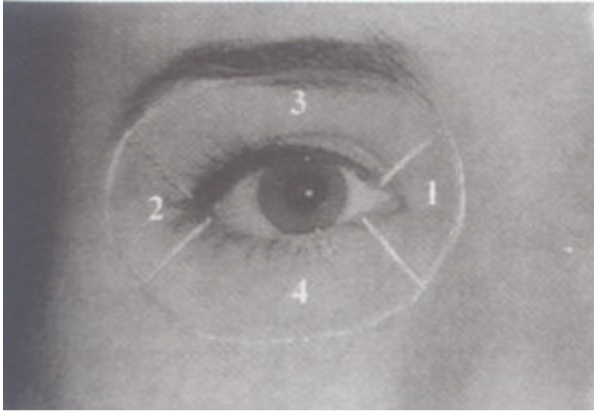
Results: Re-grafting was required for 7 patients whose defects were reconstructed with skin graft and for 2 patients whose defects were reconstructed with composite graft. One of patients, whom underwent lower lid reconstruction with local flaps, was later reconstructed with composite graft due to the insufficiency of lower lid. Four patients had recurrence of skin cancer. Recurrence of skin cancer was seen in 4 patients.

Conclusion: Periorbital reconstruction is one of the subjects that plastic surgeons frequently encounter difficulties, due to the aesthetic and functional important units included in this region and, the various types of tissues present as they are hardly imitated. For reconstruction of this region, reconstruction alternatives must be known very well by the surgeon and etiologies and localizations of defects, requirements for reconstruction and probable postreconstructional problems must be taken into consideration to achieve optimal results from functional and aesthetic aspects.

Key Words: Periorbital region, skin cancer, trauma, burn, graft, local flaps

Göz çevresi 4 estetik üniteye ayrılarak incelenir. Bunlar üst gözkapağı, alt gözkapağı, medial kantal ve lateral kantal bölgelerdir (Şekil 1)

(1). Göz çevresinin yeniden yapılandırılması defektin bulunduğu zona ve defektin kısmi veya kam kat olmasına göre yapılır (2). Bu cerrahide



Şekil 1. Estetik subüniteler

amaç anatominin sağlanması ve globun korunması ile lakrimal drenaj sisteminin bütünlüğünün devam ettirilmesidir (3).

Göz çevresi yeniden yapılandırmasında kullanılacak cerrahi seçeneğinde birden fazla doku türü içermesi gerekmektedir ve sonuçta fonksiyonel olmalıdır. Tam kat defektlerin onarımında deri ile kaplı dış yüzey, mukoza ile kaplı iç yüzey ve destek sağlayacak yapı gerekmektedir. Deri defektlerinde supraklavikula, kulak arkası, diğer gözkapağından veya “prepitium”da alınan greftler kullanılabilirdiği gibi aynı gözkapağından, supraorbital bölgeden, alından, yanaktan transpozisyon veya rotasyon flepleri ya da V-Y ilerletme flepleri de getirilebilir (1). “Prepitium”, bukkal ve palatal mukoza konjunktiva onarımında seçenekler arasındadır. Mukoza ve serbest kenar destek yapının onarımı gerektiğinde, nasal septum ya da üst lateral nasal kartilaj kondromukozal greft olarak kullanılabilir. Sert damaktan alınan

mukoperiosteal greftinde aynı amaçla kullanıldığı literatürde bildirilmiştir. Konkal kartilaj grefti, destek yapı onarımında uygun bir seçenektir (1-3). Medial kantal alanda medial kantal tendonun, nörovasküler yapıların ve lakrimal drenaj sisteminin bulunması nedeni ile yeniden yapılandırması zordur. Lateral kantal bölgede ise yine lateral kantal tendonun bütünlüğü sağlanmalıdır (3).

Gereç ve Yöntemler

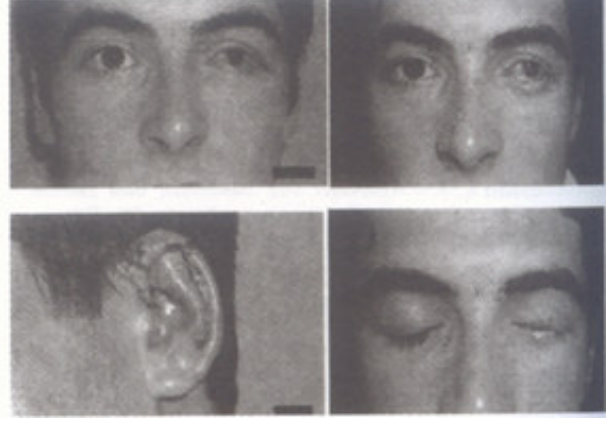
Ocak 1999- Nisan 2003 tarihleri arasında Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi kliniğinde 84 hastada tümör eksizyonuna ve travmaya ikincil göz çevresi defektler onarılmıştır. Seksendört hastanın 46’si erkek, 38’si kadın olup yaşları 4 ile 78 arasında değişmekteydi. Yaş ortalaması 51,7 olan hastaların 66’sı cilt tümörü nedeni ile 18 ise travma ve yanık sonrası oluşan doku defekti nedeni ile opere edildi (Tablo 1). Altmışaltı hastanın 62’sinde tümörün histolojik tipi basal hücreli karsinom (BHK), 3’ünde yassı hücreli karsinom (YHK), birinde ise merkel hücreli karsinom idi. Diğer 18 hastanın 12sinde defekt nedeni yanık, kalan 6 hastada ise travmaydı. Hastalara genel anestezi veya lokal anestezi ve sedasyon altında müdahale yapıldı. Defekt büyüklükleri 8x20 mm ile 28x40 mm arasında değişmekteydi. Onsekiz hastada oluşan defekte tam kalınlıkta deri grefti kondu (Tablo 2). Üç yaşında üst gözkapağında yanık kontraktürü açılan erkek hastanın, gözkapağında oluşan defekte sirkümsizyon sonrası alınan “prepitium” grefti adapte edildi. Diğer hastalarda ise tam kalınlıkta deri grefti 9 hastada kulak arkası bölgeden, 4 hastada supraklavikular bölgeden, 3 hastada kulak önü bölgeden, 1 hasta da diğer göz üst gözkapağından

Tablo 1. Göz çevresindeki defektlerin etiyolojileri ve lokalizasyonları

	Toplam	Cilt Kanseri			Toplam	Diğer		Toplam
		BHK	YHK	Diğer		Yanık	Travma	
Alt gözkapağı	38	31	2		33	3	2	5
Üst gözkapağı	15	3			3	9	3	12
Medial kantal	27	26			26		1	1
Lateral kantal	4	2	1	1	4			
Ara toplam		62	3	1	66	12	6	18
Toplam	84			66			18	

Tablo 2. Uygulanan yeniden yapılandırma seçenekleri ve lokalizasyonları

	Toplam	Alt gözkapağı	Üst gözkapağı	Medial kantel	Lateral kantel
Deri grefti	18	9	3	4	2
Kompozit greft	19	11	8		
“Tripier” flebi	5	3	2		
“Fricke” flebi	4	2	2		
V-Y ilerletme ve “glabellar” flep	23			23	
“Limberg” flep	4	2			2
Yanak flebi	6	6			
V-Y ilerletme	5	5			
	84	38	15	27	4

**Şekil 2.** Üst gözkapağına kompozit greft ve alt göz kapağına tam kalınlıkta deri grefti konan hastanın ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası görünümüleri**Şekil 3.** Alt gözkapağına “sandwich” greft konan hastanın ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası görünümüleri

alındı ve defektlere adapte edildi. 19 hastaya da kompozit greft kondu (Şekil 2).

Alt gözkapağına 11 hastada konan kompozit greftin 8’i kulak heliksinden alındı ve “sandwich” greft olarak deri-kıkırdak-deri içermekteydi (Şekil 3). Üst gözkapağında defekt olan 5 hastaya da aynı yöntem uygulandı. “Sandwich” greftlerle alt ve/veya üst gözkapağında serbest kenarın onarımı yapıldı. Kompozit greft, diğer 6 hastanın 3’ünde üst gözkapağına kalan gruptaysa alt gözkapağına kondu. Bu greft kulak konkasından alındı, deri-kıkırdak içermekteydi. İki tabakalı kompozit greft uygulanan hastaların konjunktiva bütünlüğü korunmuştu ve greft ile sadece ön katman onarıldı. Kompozit greft konan hastaların defektlerinin maksimum büyüklüğü 10x20 mm idi. Kırkyedi hastaya lokal flepler uygulandı. Medial kantel bölgedeki defektlerin yeniden yapılandırılmasında 23 hastada nasolabial V-

Y ilerletme flebi ve “glabellar” flep kombine kullanıldı (Şekil 4). Alt ve üst gözkapağında tam kat defektlerde kullanılan fleplerle birlikte 13 hastaya göz kapağı arka katmanı onarımı için greft kondu. Bu 13 greftin 5’i damaktan alınan mukoperiosteal greft iken 8’i ise burun septumundan alınan mukokartilajinöz greftlerdi.

Ameliyat sonrası dönemde, sadece kompozit greft ile onarılan hastalara ilk 48 saat buz uygulandı. Renk değişimi ile takip edildi ve ameliyat sonrası 3. gün venöz konjesyon açılmaya başladı. “Sandwich” greft konan hastalardan 3’ünde greftin cildinde marjinal nekroz gelişti. Günlük pansumanla iyileşmeye bırakıldı. Üst gözkapağı kas-deri çift pediküllü flep (“Tripier” flep) yapılan hastalarda 3’ünde ameliyat sonrası dönemde gözkapağında minimal ödem görüldü. Ancak ameliyat sonrası birinci haftada ödem problemi çözüldü (Şekil 5).



Şekil 4. Medial kantal tümörlü hastanın ameliyat öncesi görünümü, operasyon öncesi V-Y ilerletme flebi ve glabellar flep planlaması ve ameliyat sonrası görünümü



Şekil 5. Alt gözkapağına Tripier flep getirilen hastanın ameliyat öncesi, erken ve geç ameliyat sonrası görünümü

Bulgular

Dört ay ile 4 yıl arasındaki takiplerimizde üst gözkapağı onarımı yapılan 5 yanıklı hastada lagoftalmus görüldü, bu hastalardan 3'ü deri grefti ile, 2'si ise 2 tabakalı kompozit greft ile onarımı yapılan hastalardı ve tekrarlayan greftleme gerekli görüldü. Kulak arkasından alınan tam kat deri grefti kondu. Deri grefti ile alt gözkapağı onarımı yapılan hastalardan 4'ünde de ektropion gelişti ve tekrar greftlendi. Tekrar greft konması gereken bu vakaların yedisinde etioloji yanık idi, yanık sonrası yeniden yapılandırmada tekrarlayan greftleme ihtiyacının daha fazla olduğu kansına varıldı. Bir hastada nasolabial V-Y ilerletme flebi ile alt gözkapağı onarımı sonrası alt kapak serbest kenar yetmezliği oldu ve ameliyat sonrası 5. ayda kulak heliksinden alınan "sandwich" grefti kondu.

Üçü medial kantal birisi de alt göz kapağında olmak üzere BHK nedeni ile opere edilen 4 hastada nüks görülmüştür. Bu hastalar tekrar ameliyat edilmişlerdir ve oluşan defekt tam kalınlıkta deri grefti ile onarılmıştır.

Uzun dönem sonuçlarda lokal dokulardan kaldırılan flepler ile ön lamel, burundan veya damaktan alınan greft ile arka lamel onarımı yapılan hastalarda hem estetik hem de fonksiyonel sonuç memnuniyet verici olmuştur.

Tartışma

Aktinik yaralanmanın en önemli etyolojik faktör olduğu düşünülen göz çevresi kanserlerin %85-

90'ını BHK oluşturur (4). Carter ve arkadaşlarının 264 vakalık serisinde 281 malign tümör bulunmuş, bunların %90'ının BHK olduğu tespit edilmiştir (5). YHK ise daha az görülmektedir ve tüm gözkapağı kanserlerinin %2'sinden daha azını oluşturur(2). Bizim serimizdeki %94'lük BHK, %4,5 YHK oranı literatürdeki veriler ile uyumlu bulunmuştur.

Serimizde alt gözkapağındaki cilt kanserleri, göz çevresi cilt kanserlerinin %50'sini, üst gözkapağı kanserleri ise %4,5'ini oluşturmaktadır. Literatürde göz çevresi tümörlerinin yaklaşık %10'unun üst gözkapağında görüldüğü belirtilmiştir (2). Hastalarımızın %32'ünde defekt medial kantal bölgede olup bu bölgedeki birincil sebep cilt kanseri olup göz çevresi cilt kanserlerinin %39,4'ü olarak bulunmuştur. Altmışaltı cilt kanserli hastanın 4'ünde nüks görülmüştür, bunların %75'i medial kantal bölgede lokalizeydi. Üst gözkapağı onarımı yapılan hastaların %80'inde birincil etyolojik sebep çeşitli travmalar olup, yanık bunlar içerisinde ilk sırada yer almaktadır.

Gözkapağı onarımında defektin büyüklüğü ve kalınlığı nasıl bir onarım yapılması gerektiğini belirler. İnce yapısı olan gözkapakları iki lamelden oluşur. Ön lamel deri ve kas içerirken arka lameli konjunktiva ve tars oluşturur. Gözkapağının bu karmaşık yapısı nedeni ile yeniden yapılandırılması zordur. Deri tümörü eksizyonu veya travma sonrasında oluşan gözkapağı defektinin yeniden yapı-

landırılmasında mukoza ile kaplanmış düz bir iç yüzey, stabil gözkapağı marjini elde etmek amaçlanır. Ayrıca vizyonu sağlamak için fonksiyonel gözkapağı retraktörleri, gözkapağının globa göre şekil almasını sağlayan tarsal ve kantal alandaki serbest kenar yarı-sertliği elde edilmeli ve kabul edilebilir kozmetik sonuç ile fasyal simetri sağlanmalıdır. Onarım tekniğinde ön ve arka lamel yeniden yapılandırılırken en az birinin vaskülarize olması tercih edilir (1). Genelde lokal flepler greftlere tercih edilir, çünkü doku uyumu, benzer kalınlık, duyulu olması, aynı operasyon sahası gibi avantajlara sahiptir (6).

Göz çevresindeki defektler kısmi kalınlıkta olduğunda primer onarılabilir ya da defektin büyüklüğüne göre tam kalınlıkta deri grefti veya lokal ilerletme flepleri ile onarılabilir. Lowry ve arkadaşlarının 59 hastalık serisinde göz çevresindeki kısmi kalınlıktaki defektleri ikincil iyileşmeye bırakmışlar, sadece 2 hastada ikincil bir onarım gerektiğini, elde edilen sonuçların kozmetik ve fonksiyonel olarak iyi olduğunu belirtmişlerdir (7). Yirmi beş mm²'den küçük defektlerin ikincil iyileşmeye bırakılabileceği, kozmetik ve fonksiyonel iyi sonuç elde edileceği bilinmektedir (1). Kısmi kalınlıkta defektlerde kullanılan deri greftlerinin tam kat olması ve defekte mümkün olan en yakın yerden alınması tercih edilir. Bu amaçla kulak arkası, supraklavikular, kulak önü ve diğer göz kapağı greft verici alanı olarak kullanılır. Elastisitesi, yumuşak yapısı nedeni ile Grabosh ve arkadaşları gözkapağı yanıklarında "prepitium"u kullanmışlar ve renk uyumu problemi olmasına rağmen, üst gözkapağına "prepitium"un mükemmel uyumu ile çok iyi sonuç elde edildiğini belirtmişlerdir (8).

Tam kat gözkapağı defektlerinde ise defekt gözkapağının %25'ini içeriyorsa primer onarılabilir. Bu oran yaşlı hastalarda %40'a dek çıkarılabilir. %25-50 arası defektlerde ise lateral kantotomi ve kantolizis ile onarılabilir. %50'nin üzerindeki defektlerde ise lokal flepler kullanılır. Bu defektlerin onarımında hem ön hem de arka katman yeniden yapılandırılmalıdır (2). Deri ile konjunktiva arasında yarı-sert bir yapının yeniden sağlanması ile ilgili yapılan çalışmalarda Goldstein

gözkapağının fonksiyonel tamirinde kartilajın gerekli olmadığını belirtmiştir (9). Ancak Mustarde ise tam tersi bir görüşle kalıcı bir destek dokunun gerekliliğini belirtmiştir (10). Tam kat defektlerde, lokal dokuların tam kat getirilerek her iki katmanın tamir edilebileceği düşünülmüştür. Üst yada alt gözkapağında orta yerleşimli %40-60 defektlerde Tenzel ve Stewart tarafından tarif edilen semisirküler rotasyon flebi kullanılabilir. Bu teknikte kas-deri rotasyon flebi hazırlanır ve lateral kantal tendon kemiğe yapıldığı yerden ayrılır, flep nasale doğru rotasyon hareketi ile ilerletilir. Böylece kaşların gözkapağı ortasında olması ve medialle birlikteliği sağlanmış olur. Posterior lamelin yeniden yapılandırılması için ise konjunktiva ilerletilebilir (11). Cutler- Beard tekniğinde üst gözkapağının büyük, tam kat defektlerde alt göz kapağından kaldırılan tam kalınlıkta flep kullanılır. Bu teknik 2 aşamalı yeniden yapılandırma seçeneği olup her iki katman vaskülarize olarak onarılmaktadır (12). Yine gözkapağı onarımı için diğer gözkapağından kaldırılan Abbe benzeri fleplerde kullanılabilir (13). Ancak bu tarz yeniden yapılandırmalarda hastanın 2 kez operasyona alınması gerekmektedir ve iki operasyon arasındaki sürede hastanın görmesi engellenmiş olmaktadır. Bu tekniklerde her iki katmanda vaskülarize olarak onarılmaktadır. Oysa ki katmanların birinin vaskülarize olmasının yeterli olduğu bildirilmiştir (1, 3). Arka lamelin vaskülarize olarak yeniden yapılandırıldığı teknikler arasında Hughes tarsokonjunktival flep, tarsokonjunktival ilerletme flepleri bulunmaktadır. Hughes tarsokonjunktival flep alt gözkapağı onarımında üst gözkapağından kaldırılan tarsokonjunktival fleptir, 2 aşamalı tekniktir. Arka lamelin vaskülarize olarak yeniden yapılandırılmasında ön lamel onarımı için deri grefti kullanılır. Uzun dönem sonuçlarda greftte renk değişimi ve kontraksiyon görülebilir. Sonuç estetik ve fonksiyonel olarak memnuniyet verici olmayabilir (1). Bu nedenle ön lamelin vaskülarize olarak yakın dokulardan getirilmesi uygun görülmüştür. Serimizdeki flep uyguladığımız vakalarda ön lamelin vaskülarize olması amacıyla lokal deri veya kas-deri flepleri kullanıldı. Böylece defekte yakın bölgelerden kaldırılan fleplerin benzer kalınlığı ve rengi ile de uyumu mükemmel olmaktadır.

Aynı zamanda arka katmanı yapacak olan mukoperiosteal / kondromukozal greftler içinde vaskülarizasyonu iyi olan bir alan sağlanmış olur. Bu amaçla üst gözkapağı kas-deri çift pediküllü flebi (Tripiere flebi), kaş üstü lateral pediküllü flebi (Fricke flebi), yanak flebi, V-Y ilerletme fleplerini kullandık. Arka katman onarımı için ise nazal septumdan alınan kondromukozal greft veya damaktan alınan mukoperiosteum greftleri kullanıldı. Böylece mukoza ile kaplı düz bir iç yüzey oluşturulmuş ve serbest kenar yarı-sertliği de elde edilmiş oldu.

Basit ve kısa sürede uygulanabilen bir yöntem olan "sandwich" greft, kulak heliksi üst kısmından alınır ve deri-kıkırdak-deri içerir. Renk uyumu çok iyi olan bu yöntemde kartilajın ince yapısı ve yapısındaki kıvrımı nedeniyle kontur uyumu da memnuniyet vericidir. Ancak bu yöntemde viabilite sorunu vasküler alanla temas edeceği alanın kısıtlı olmasına bağlı iken kombine yöntem olan ön katmanın flep , arka katmanın greft olduğu yöntemde bu sorun görülmez. Greft damak veya nazal septumdan alındığından heliksdan alınan kompozit greftin epitelyal yüzünün konjunktivada yaratacağı irritasyon görülmez. Lauritzen ve arkadaşları, bu irritasyonu engellemek amacıyla bukkal mukozayı konkaya prefabrike etmişler ve elde ettikleri prefabrike "sandwich" greft ile gözkapağı onarımı yapmışlardır. Ancak bu yöntem 2 aşamalıdır ve iki aşama arasında ortalama 3 hafta geçmesi gerekmektedir (14). Korneal irritasyon engellemek için getirilen "sandwich" greftin konjunktiva onarımını yapacak yüzeyi dezepitelize edilip bipediküllü konjunktival flep getirilebilir. Ancak "defektin büyüklüğü bu yöntemin uygulanabilirliğinde sınırlayıcı faktördür. "Sandwich" greftin ortalama 20x10mm büyüklükte olabileceği bilinmektedir (15).

Medial kantal bölge defektlerinde, 4 hastaya tam kalınlıkta deri grefti kullanılırken, 23 hastada kombine nasolabial V-Y ilerletme flebi ve glabellar flep uygulanmıştır. Kliniğimizde yapılan bir çalışmada Yıldırım ve arkadaşları tarafından bu kombine yöntem kullanılmıştır, köpek kulağı deformitesi olmadan , donör alan skarlarının gizlenmediği, renk ve doku uyumu ile memnuniyet

verici sonuç elde edilmiştir (16). Medial kantal bölge onarımında deri grefti, frontal flap yada V-Y ilerletme flep seçenekleri literatürde yer almaktadır. Defekt büyüklüğü 3x3cm'den büyük olduğunda onarım için tam kalınlıkta deri grefti kullanılır. Bu onarım seçeneğinin dezavantajları renk uyumsuzluğu , kalınlık ve doku uyumsuzluğudur. Jelks ve arkadaşları, bu bölgenin yeniden yapılandırılmasında medial bazlı üst gözkapağından kaldırılan kas-deri flebinin ideal olduğunu belirtmişlerdir (17).

Göz çevresi onarımında karşılaşılan önemli problemlerden bir tanesi de bu bölgenin kanserlerinin yüksek nüks oranıdır (18). Bu nedenle tam çıkarıldığından şüphe duyulan veya rekürrens riski yüksek kanserlerde deri grefti tercih edilir. Serimizde takip ettiğimiz göz çevresi tümörlü olan hastalardan 4'ünde rekürrens görülmüş olup bu hastaların 3'ünün lezyonu medial kantal bölgede lokalize idi. Literatürde göz çevresi kanserlerin nüks oranı %9,5 olarak belirtilmiş ancak bizim serimizde bu oran %6,1 bulunmuştur ve bunların %75'i medial kantal bölgede lokalize kanserlerdir (19).

Sonuç olarak, göz çevresi, hem fonksiyonel hem de kozmetik olarak önemli bir bölge olup bu bölgenin yeniden yapılandırılması özellik arz eder. Aktinik hasarın fazla görüldüğü bu bölgede cilt kanseri insidansı yüksektir. Özellikle BHK görülmekte olup medial kantal bölgede nüks olasılığı daha fazladır. Üst gözkapağı onarımları ise genelde yanık sonrası deformiteler nedeni ile gerekli olur.

Göz çevresi yeniden yapılandırılmasında cerrahi seçenek defektin lokalizasyonuna, kalınlığına ve büyüklüğüne göre karar verilir. Tam kat ve primer onarılamayacak göz kapağı defektlerinin onarımında ön lamel için lokal flepler, arka lamel için ise kompozit greftler kullanılabilir. Tek aşamada yapılan bu tarz onarım ile hastanın hayat kalitesini düşürmeden hem kozmetik hem de fonksiyonel başarılı sonuç elde edilmiş olunur. Kantal bölgele rin onarımında da donör alan morbiditesi minimum olacak şekilde, kalınlık ve renk uyumu en iyi olan lokal flepler tercih edilir. Medial kantal bölge için kombine glabellar ve nasolabial v-y ilerletme flebi idealdir. Ancak medial kantal bölgenin yeniden

yapılandırılmasında, özellikle tümör eksizyonu sonrası nüks olasılığının da yüksekliği göz önüne alınarak, deri grefti kullanımı yeterli olabilmektedir.

KAYNAKLAR

- Jewett BS, Shockley WW. Reconstruction options for periocular defects. *Otolaryn Clin North Am.* 2001; 34:601-24.
- Carraway JH. Reconstruction of the Eyelid and Correction of Ptosis of the Eyelid. In: Aston SJ, Beasley RW, Thorne CHM, ED. *Grabb and Smith's Plastic Surgery.* Philadelphia Lippincott- Raven Publishing. 1997: 529-44.
- Kenkel J M. Eyelid reconstruction. *Selective Readings of Plastic Surgery.* 2000; 9:1-41.
- Aurora AL, Blodi FC: Lesions of eyelids: A clinicopathological study. *Surg Ophthalmol* 1970; 15:94-104.
- Caeter KD, Nerad JA, Whitaker DC: Clinical factors influencing periocular surgical defects after Mohs micrographic surgery. *Ophtal Plast Recons Surg.* 1999; 15:83-91.
- Ito O, Suzki S, Park S, Kawazoe T, Sato M, Saso Y, Iwasaki Y, Hata Y. Eyelid reconstruction using a hard palate mucoperiosteal graft combined with a V-Y subcutaneous pedicled flap. *British J Plast Surg.* 2001; 54:106-111.
- Lowry JC, Bartley GB, Garrity JA. The role of second-intention healing in periocular reconstruction. *Ophtal Plast Recons Surg* 1997; 13:174-88.
- Grabosch A, Weyer F, Grhl I, Bruck JC. Repair of the upper eyelid by means of the prepuce after severe burns. *Ann Plst Surg* 1991; 26:427-30.
- Goldstein MH. Orbiting the orbicularis restoration of muscle ring continuity with myocutaneous flaps. *Plast Recons Surg* 1983; 72:294-301.
- Mustardee JC. Major reconstruction of the eyelids-functional and aesthetic considerations. *Clin Plast Surg* 1981; 8:227-36.
- Tenzel RR, Stewart WB. Eyelid reconstruction by semi-circular flap technique. *Tars Am Soc Ophthalmic Otolaryngol.* 1978; 85: 1164-9.
- Fisher T, Noever G, Langer M, Kammer E. Experience in upper eyelid reconstruction with the Cutler-Beard technique. *Ann Plast Surg.* 2001; 47:338-342.
- Mustarde JC. New horizons in eyelid reconstruction. *Int Ophthalmol Clin* 1989; 29:237-41.
- Lauritzen C, Kocabalkan O, Sugawara Y, Tarnow P. Reconstruction of eyelid defects: A prefabricated multilayer sandwich graft. *Scand J Plast Hand Surg* 1999; 33:99-104.
- Yıldırım S, Gideroğlu K, Aköz T. Application of helical composite sandwich graft for eyelid reconstruction. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2002; 18:295-300.
- Yıldırım S, Aköz T, Akan M, Çakır B. The usage of combined nasolabial v-y advancement and glabellar flaps for large medial canthal defects. *Dermatol Surg.* 2001; 27:215-8.
- Jelks GW, Glat PM, Jelks EB, Longaker MT. Medial canthal reconstruction using a medially based upper eyelid myocutaneous flap. *Plast Recons Surg.* 2002; 110:1636-43.
- Baker SR, Swanson NA. Reconstruction of midfacial defects following surgical management of skin cancer. The role of tissue expansion. *J Dermatol Surg Oncol* 1994; 20:133-40.
- Spraul CW, Ahr WM, Lang GK. Clinical and histologic features of 141 primary basal cell carcinomas of the periocular region and their rate of recurrence after surgical excision. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 2000 ; 217: 207-14.

Geliş Tarihi: 24.07.2003

Yazışma Adresi: Dr.Gülden AVCI
Çetin Apt. Yankı Sok.
Yukarı Mah. 7/3 Kartal İSTANBUL
drguldenavci@hotmail.com