

Aponevroz Katlama Yöntemi Uygulanan Ptozis Cerrahisi Sonuçları

RESULTS OF APONEUROTIC TUCKING METHOD FOR PTOSIS REPAIR

H.İbrahim ALTINSOY,* K. TUNCER*, Fatih Mehmet MUTLU**, Erol YILDIRIM***

* Doç.Dr..O.ATA Göz Hastalıkları AD.

** Yrd.Doç.Dr.,GATA Göz Hastalıkları AD.

***Prof.Dr..GATA Göz. Hastalıkları AD. ANKARA

Özet

Levator fonksiyonu 10 mm ve üzerinde (dan ptozislenile aponevroz katlaması operasyonu sonuçları araştırıldı.

Üst kapak sulkusuna yapılan küçük bir kesi ile levator aponevrozuna tek sütür ile ayarlanabilir katlama işlemi uygulandı. Konfeti dal ve akkiz toplum 10 vakanın fi'inde sonuçlar başardı bulundu.

Kısa süren küçük bir girişimle, kapak kavşına dikkat edilmek kaydı ile başarılı sonuç alınabilen bir yöntem olduğu kanaatine varıldı.

Anahtar Kelimeler: Ptoz cerrahisi, Aponevrotik katlama

T Klin Oftalmoloji 1998, 7:104-106

Başarılı ptozis cerrahisi büyük oranda ptozis tipinin doğru olarak belirlenmesi ve buna uygun cerrahi tekniğinin seçilmesine bağlıdır. Akkiz, konjental ayırımı seçilecek cerrahiye belirlemede bir ölçüde yardımcı olabilirse de bu konuda en kesin ve tartışmasız en güvenilir parametre levator kas fonksiyonudur (LKF) (1-6).

LKF'nun 8 mm ve üzerinde olduğu ptozislerde sonuçları oldukça başarılı olan bir çok teknik tarif edilmiştir. Aponevroz cerrahisinin 1883'de Evenbusch ile başladığı ve katlama tekniğinin 1975'de Jones ve arkadaşları tarafından kullanıldığı bilinmektedir (9). Liu, 1993'de daha az zaman alan, daha basit, tek sütür kullanılan bir operasyon tekniği tarif etmiştir (9). Kliniğimizde LKF'nu 10 mm üzerinde olan ve bu yöntemi uyguladığımız 10 olgudaki sonuçları araştırdık.

Geliş Tarihi: 15.02.1997

Yazışma Adresi: Dr.H.İbrahim ALTINSOY
GATA Göz Hastalıkları AD,
Etilik, ANKARA

* 24-26 Mayıs IW6 TOP Bahar Sempozyumunda sunulmuştur.

Summary

The results of aponeurotic tucking surgery for ptosis with levator function of 10 mm or more were examined.

We performed a single adjustable suture for aponeurotic tucking with a minimal incision to the upper lid sulcus. The results were satisfactory for 10 patients with congenital or acquired ptosis. We agreed that good results could be achieved with this short lasting procedure, method if one could pay enough attention to the lid curvature.

Key Words: Ptosis surgery, Aponeurotic tuck

T Klin J Ophthalmol 1998, 7:104-106

Materyel ve Metod

Mayıs 1993 - Aralık 1994 tarihleri arasında GATA ve Askeri Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları A.D.'na başvuran ptozis vakaları arasından levator fonksiyonu 10 mm ve üzerinde olan 10 vaka çalışma kapsamına alındı. Vakaların ptozis dereceleri, tipi ve LKF'lan Tablo 1 ve 2'de gösterilmiştir.

Ameliyat lokal anestezi etkisinde uygulandı, 0.5 cc jetokain ile frontal ve lakrimal sinir blokajı yapılarak sadece duyuşal blok sağlanmaya çalışıldı ve böylece ameliyat sırasında kapak yüksekliğini ayarlama imkanı elde edildi. Girişim üst kapak derisinden yapıldı. Sağlam göz kapağı kıvrımına uyacak şekilde yaklaşık 1.5-2 cm'lik deri kesişinden sonra orbiküler kas ve postorbiküler fasya geçilip orbita septumu bulundu, horizontal kesi ile septum açılıp preaponevrotik yağ dokusu altından üstte Whitnall ligamanına, aşağıda tars üstü hizasına kadar levator aponevrozu ortaya çıkarıldı. Pupil alanı 2 mm nazal hizasına uyacak şekilde altta tars üzeri aponevrozdan, yukarıda Whitnall ligamanına yakın yerden 6/0 prolene horizontal tek U sütür geçirildi. Hasta oturur pozisyona getirilip, primer bakışta kapağın diğer göze göre yüksekliği ve kurvatürü kontrol edilerek sütür bağlandı.

Tablo 1. Olguların ptozis dereceleri ve KF'ları

Sıra no	Adı Sovadı	Amclivat Tarihi	Görme Derecesi	Ameliyat öncesi		Ameliyat sonrası
				Ptozis - Lev.Fonk.(mrn)		1. hafta plozis
1	M.D.	15.5.93/362	TT	3	12	1.5
2	A.S.	14.10.93/765	TT	2.5	10	0.5
3	D.B.	19.1.93/839	TT	2	14	0
4	A.K.	6.1.94/20	TT	2	15	0.5
5	C.B.	24.1.94/64	0.7-T	2	10	0
6	C.T.	1.3.94/157	0.8-T	2	11	0.5
7	MİL	3.6.94/549	TT	2	10	0
8	İ.C.	13.6.94/560	TT	1.5	12	0
9	A.T.	15.9.94/702	0.8-T	3	15	1.5
10	S.B.	3.1.94/861	0.9-T	3	15	0.5

Orbiküler kas alt katmanları ve levator aponevrozdan geçirilen 6/0 vicryl suture ile kapak kıvrımı oluşturuldu. Keşi yeri 6/0 prolene suture ile derialtı konularak kapatıldı. Ameliyat sonrası ilk 2 gün kapağa buz uygulaması yapıldı.

Sonuçlar

Ptozis derecesi ameliyat öncesi ve sonrası 7'nci gün ölçüldü. İzleme süresi tüm vakalarda en az bir hafta, 3 vakada 1 yıldır. Sonuçların değerlendirilmesi, diğer göz kapak yüksekliğine göre yapıldı.

Postoperatif 1 mm'ye kadar ptozisler başarılı olarak kabul edildi (Şekil 1-3). 3 vakada ameliyat sonrası 1 mm den fazla ptozis saptandı ve bunlar başarısız olarak kabul edildi. Ameliyat sonrası fazla düzelme olan vaka ile karşılaşılmadı. Keşi yeri sutureasyonu ile ilgili problemler görülmedi. 3 vakada 1 yıl sonraki kapak pozisyonunda değişiklik gözlenmedi.

Tartışma

Günümüzde, levator kas fonksiyonu 8 mm üzerinde olduğu ptozislerde Fozenella-Servat ve aponevroz



Şekil 1.

Tablo 2. Ptozis tipleri

Ptozis tipi	No
Konjenital	7
Akkiz	3
-Katarakt sonrası	2
-Aponevroz ayrılması	1

katlanması veya rezeksiyonu operasyonları çoğunlukla tercih edilen tekniklerdir (7,8,10). Aponevroz yaklaşımında deri yoluyla ve ayarlanabilir suture yöntemleri ile literatürde başarılı sonuçlar bildirilmiştir (7,8). İzleme süremiz 3 hasta dışında 1 hafta ile sınırlı kaldı, Ancak 1 hafta sonundaki kapak pozisyonu ile 3 ay sonraki kapağın durumu arasında bir değişiklik olmadığı bazı yazarlarca bildirilmiştir (8,9).

Aponevroz katlamasının değişik şekilleri literatürde bir çok yazarca belirtilmiştir (11-13)

Liu, daha öncekilerden farklı olarak aponevroz katlamayı 3 suture yerine sadece tek suture (6/0 naylon) kullanılarak uygulamıştır. Bu uygulamanın operasyon za-



Şekil 2.



Şekil 3.

manini kısaltması, kapak dokularının daha az disseke edilmesi, daha az lokal anestezi kullanımı ve anatominin daha az bozulması gibi avantajları olduğu bildirilmiştir.

Tek siitürle aponevroz katlamanın kapak kurvatüründe olumsuz bir görünüm oluşturmadığı yine aynı yazarca bildirilmiştir.

Çalışmamızda, 2 vakada 1 mm'den fazla ameliyat sonrası ptosis saptandı. Vakanın biri konjenital, diğeri akkiz idi. Yazarca belirtilen endikasyonları içinde ptosisin akkiz veya konjenital olmasının sonucu etkilemediğim düşündük.

LKF'nin 10 mm üzerinde olan ve ptosis derecesi düşük (2-3 mm) vakalar için önerilen Fozenella-Servat veya Konjonktiva-Müllerektomi yöntemleriyle karşılaştırılmalı çalışma imkanımız olmadı, ancak bu yöntemin

geriye dönülebilir özelliği ve kapak anatomisini bozması bu iki yonteme göre en önemli üstünlüğüdür.

Sonuç olarak tek siitürle aponevroz katlama tekniğinin basit, etkili ve kapak kurvatürüne belirgin olumsuz etkileri görülmeyen bir yöntem olduğu düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Beard. C.Ptozis, 2nd ed. St Lemis Mo: CV Mosby Co, 1976:18-22.
2. Slem G. Ptozis muayenesi,tipleri,tiplerinde tedavi endikasyonu, XV.ulusal Türk Oft Kongresi Ed. Özçetin ve ark. Bursa 1981: 111,118.
3. Leone.CH.Shore J.W.,The Management of the ptozis patient part 1.Ophthalmic Surg 1985; 16:666-70.
4. Leone CH, Shore JW. The Management of the ptozis patient part 2.Ophthalmic Surg 1985; 16:720-7.
5. Maden A.Okuloplastik cerrahi. İzmir: Özden Ofset, 1995.
6. Altınsoy Hİ, Yıldırım E, İlker SS, Bilge AH. Konjenital Göz Kapağı ptozislerinde deri yolu ile yaklaşım ve ayarlanabilir levator ilerletmesi tekniği ile elde edilebilen sonuçlar.Ed.Günalp I. ve ark. T.O.D. 24. Ulusal Kongresi Bülteni Ankara Cild 1990; 1:49-53.
7. Older JJ. Levator aponeurosis surgery for the correction of acquired ptosis:analysis of 113 procedures.Ophthalmology 1983;90: 1056-9
8. Linberg JV, Vasquez RJ,Chao GM. Aponeurotic ptosis repair under local anesthesia:prediction of results from operative lid height.Ophthalmology 1988; 95:1046-52.
9. Liu D. Ptosis repair by single suture aponeurotic tuck. Ophthalmology 1993; 100(2):251,259.
10. Yaylım T. Fasanella -Servat tekniğiyle blefaroplozis koreksiyonu. T Oft Göz 1981; 11:279-89.
11. Fox SA. Levator tucking Ann.Ophthalmol. 1979;11:453-6,
12. Harris W.A.,Dortzbach RK Levator tuck:a simplified blepharoplo-sis procedurc.Ann.Ophthalmol. 197: 7: 873-8.
13. Older J.J.Levator aponeurosis tuck.ai treatment for ptosis. Ophthalmic Surg.: 1978.9 (4): 102-10.