

Paralitik Alt Kapak Ektropiyonda Silikon ile Askılama Yöntemi

Silicone Slingsing Technique at Paralytic Lower Eyelid Ectropion: Surgical Technique

Sezer HELVACI,^a
Ahmet ERGİN,^a
Pınar ERGİN,^a
Selim CEVHER^a

^aGöz Hastalıkları Kliniği,
Adana Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Adana

Geliş Tarihi/Received: 06.11.2012
Kabul Tarihi/Accepted: 22.01.2013

*Bu çalışma, 46. Türkiye Oftalmoloji Derneği
Ulusal Kongresi (17-21 Ekim 2012,
Antalya)'nda poster bildirisi olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Sezer HELVACI
Adana Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Göz Hastalıkları Kliniği, Adana,
TÜRKİYE/TURKEY
sezerhelvacı1985@hotmail.com

ÖZET Ektropiyon, göz kapağının dışı doğru kıvrılmasıyla oluşan bir göz kapağı malpozisyonudur. Konjenital ve edinsel olmak üzere ikiye ayrılır. Etiyopatolojik olarak ise skatrisyel, mekanik, paralitik ve involüsyonel olarak sınıflandırılırlar. Tedavi seçimine ise mevcut anatomik değişiklikler ve etiyojik faktörler iyi değerlendirilerek karar verilmelidir. Çalışmamızda, paralitik ektropiyonu olan bir olguda literatürde rastlayamadığımız silikon tüp ile askılama yöntemini tartışacağız. İlk kez denediğimiz bu yöntemde kısa sürede ve altı aylık takibimizde olumlu sonuçlar almakla beraber, olgu sayısının artırılması ve daha uzun dönem takiplerinin olması gerektiği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Ektropiyon; silikon; göz kapakları

ABSTRACT Ectropion is a malposition of eyelid which the eyelid is pulled away from the globe. Ectropion is classified as congenital and acquired. Etiopathologically, ectropions are classified as cicatricial, mechanical, paralytic and involutonal. In order to decide the surgical procedure, we have to evaluate the anatomical changes and the etiological factors carefully. In our case we would like to describe an approach to correct the ectropion by using silicone to sling the lower eye lid, which we couldn't find in literature. By this approach that we first practiced, seem to have good conclusions in early and sixth month visit, but it has to be studied on big populations.

Key Words: Ectropion; silicon; eyelids

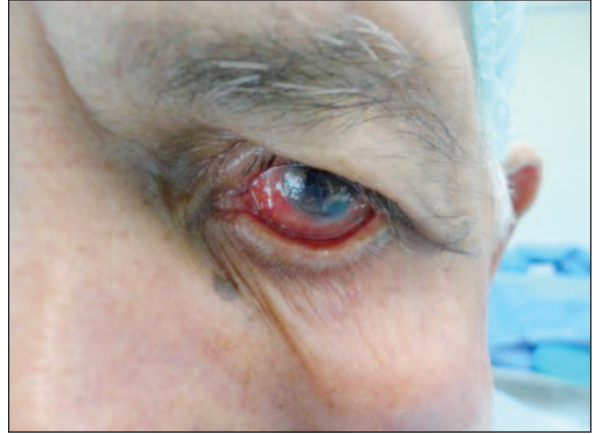
Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2014;23(3):192-4

En sık karşılaşılan alt kapak malpozisyonu involüsyonel ektropiyondur. Altta alt kapak yapılarının gevşekliği yatmaktadır. Yanık, travma ve inflamasyon gibi sebepler ön lamelde kısılmaya ve sikatrisyel ektropiyon oluşumuna neden olmaktadır. Tümörler ve kistik oluşumlar da ön lameli aşağı doğru çekerek mekanik ektropiyona neden olabilmektedir.^{1,2} Aynı tarafta fasyal paralizinin bir sonucu olarak da kaç düşüklüğü ve lagofthalmusla birliktelik gösterebilen paralitik ektropiyon görülebilir.³ Fasyal paralizi alt kapakta lakrimal pompa zaafiyetine, punktal eversiyon, skleral açıktık kalma ve lagofthalmusla birlikte ciddi problemlere neden olabilmektedir.

Altı ay önce periferik fasyal paralizi geçirmiş 79 yaşında erkek hasta, sol gözünde kızarıklık, batma, çapaklanma ve ağrı şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu (Resim 1). Yapılan muayenesinde hastanın görme keskinlikleri

snellen eşeline göre sağ gözde 0,6, sol gözde 0,2 idi. Biyomikroskopik muayenesinde sağ gözde evre 1 nükleer skleroz, sol gözde konjonktival hiperemi ve kemozis, kornea alt kadranda daha fazla olmak üzere açıkta kalma keratopatisi ve grade 1 nükleer skleroz mevcuttu. Sol gözde fasyal paraliziye bağlı lagoftalmus ve alt kapakta ektropiyon mevcuttu. Hastaya sol göz alt kapağa silikon ile askılama yöntemini uygulamayı tercih ettik. Eksternal dakriyosistorinostomideki cilt insizyonuna benzer bir insizyon ile iç kantal ligamana ulaşıldı. İç kantal ligaman çevre dokulardan künt disseksiyon ile ayrıldı. Böylece iç kantal tendon çevre dokulardan ayrılarak sonraki müdahaleler için hazır hâle getirildi. Daha sonra lateral kantatomi yapıp, orbiküler kas disseksiyonundan sonra periosta ulaşıldı. Orbital tüberkül hizasında, iç kantal tendondan 1,5-2 mm üstte olmak üzere yaklaşık 2 mm'lik periostal cep oluşturuldu. Yaklaşık 0,4 cm'lik serbest tarsal şerit oluşturuldu. Silikon tüp bağlı olduğu tel kılavuz yardımıyla subsilyer hat boyunca, tars ve pretarsal orbiküler kas arasında iç kantal ligamana doğru ilerletildi. İç kantal ligaman 6/0 vikril ile tespit edilip, periosttan ayrıldı. İç açıda kantal ligamanın altında kalacak şekilde periosta delik oluşturularak cilt altından geçirilen silikonun ucu, yaklaşık 3 mm kadar deliğe gömüldükten sonra, önce silikonun geçilerek 7/0 prolene ile silikon, periosta suture edildi (Resim 2). Daha sonra ise 5/0 prolene ile silikon üzerinden de geçilerek köprü şeklinde suture yapıldı. Dış kantatomi hattında ise pupil hizasında, daha önceden periosta oluşturulan deliğe, silikon yaklaşık 3 mm gömüldükten sonra, içinden geçirilen 7/0 prolene ile periosta suture edilip, yine iç kantal bölgede yapıldığı gibi suture 5/0 prolene ile güçlendirildi. Serbest tarsal şerit de çift iğneli 6/0 vikril suture ile orbital tüberküle suture edildi. Dış açıda sırasıyla kommissüroplasti, orbiküler kas ve cilt suture uygulandı. İç açıda ise yüzeyel kantal ligaman periosta tekrar eski yerine suture edildikten sonra cilt altı ve cilt suture uygulandı. Alt kanaliküle lavaj yapılarak zarar görmediği izlendi. Ameliyat sonrası birinci gün hasta muayene edildiğinde, ektropiyonun kaybolduğu, alt kapağın alt limbusu örtecek şekilde korneayı örttüğü, hastanın yaşarmasının ve gözyaşı

göllenmesinin kaybolduğu, lagoftalmusun kaybolduğu izlendi (Resim 3). Ameliyat sonrası 6. ayında yapılan muayenesinde ise konjonktival hipereminin tamamen geçtiği, korneadaki punktat epitelyopatının neredeyse tamamen kaybolduğu izlendi. Yapılan nazolakrimal kanal lavajının ise açık olduğu görüldü. Silikon tüpte ekspozur olmadığı gö-



RESİM 1: Ameliyat öncesi görüntü.

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/oftalmoloji-dergisi/1300-0365/>)



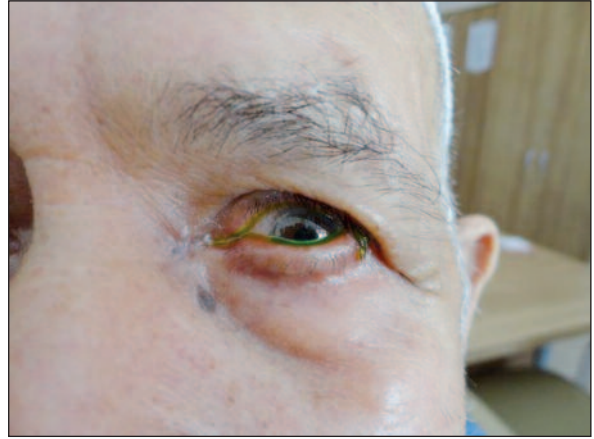
RESİM 2 Silikon tüpün subsilyer hat boyunca ilerletilmesi.

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/oftalmoloji-dergisi/1300-0365/>)



RESİM 3: Ameliyat sonrası görüntülerde laçoftalmusun tamamen kaybolduğu görülmektedir.

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/oftalmoloji-dergisi/1300-0365/>)



RESİM 4: Ameliyat sonrası 6. ayda gözdeki kızarıklığın kaybolduğu görülmektedir.

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/oftalmoloji-dergisi/1300-0365/>)

rüldü ve tüpe bağlı inflamasyona dair anormal bir bulguya rastlanılmadı (Resim 4).

Paralitik ektropiyon tamirinde çeşitli yöntemler tanımlanmıştır. Üst kapağa altın implantasyonu, palpebral halka uygulamalarının yanı sıra, alt kapakta kısaltma prosedürleri, lateral tarsal strip, kantoplasti, kıkırdak grefti, suborbikülaris okülü resüspansiyonu ve minitendon greft gibi cerrahi uygulamalar tanımlanmıştır.⁴ Özetle yapılması gereken şey, alt kapağı kaldırmak veya üst kapağı aşağı çekmektir. Terzis ve ark., dominant olmayan üst ekstremiteden alınmak üzere palmaris longus tendonunu subsilyer hattan geçip, iç ve dış kantal tendonlar hizasında asmak üzere alt kapak paralitik ektropiyonu düzeltmişlerdir. Üst kapak için ise gerektiği takdirde altın implantasyonu veya palpebral halka kullanmışlardır.⁴ Akdağ ve ark., paralitik ektropiyonda uygulamış oldukları Kuhnt-Szymanowski tekniğinin Smith

modifikasyonu tekniği ile olumlu sonuçlar aldıklarını bildirmişlerdir.⁵ Bizim ilk defa uyguladığımız tekniğin avantajları, her hangi ekstra bir kısaltma ihtiyacına gerek olmadan kapağı normal pozisyonuna getirmiş olması, estetik ve fonksiyonel olarak olumlu sonuç doğurması ve altı aylık takiplerinde herhangi bir komplikasyonla karşılaşmamış olmasıdır. Kanaliküllerin zarar görmesi, silikonun tel kılavuzla ilerletilmesi esnasında cilt perforasyonu, anguler ven hemorajisi, silikon tüp ekspozürü, silikona karşı reaksiyon gelişmesi ameliyat esnasında ve sonrasında karşılaşılabileceğimiz olası komplikasyonlardı. Ancak saydığımız bu komplikasyonlarla karşılaşmadık.

Uyguladığımız bu teknik her ne kadar kısa dönemde yüz güldürücü sonuçlar doğursa da, uzun dönem takiplerini görüp ve olgu sayısının arttırılması ile daha kesin sonuçlara ulaşacağımızı kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Miletic D, Elabjer BK, Bosnar D, Busic M. Our approach to operative treatment of lower lid ectropion. *Acta Clin Croat* 2010;49(3):283-7.
2. Piskiniene R. Eyelid malposition: lower lid entropion and ectropion. *Medicina (Kaunas)* 2006;42(11):881-4.
3. Schrom T, Habermann A. Temporary ectropion therapy by adhesive taping: a case study. *Head Face Med* 2008;4:12. doi: 10.1186/1746-160X-4-12.
4. Terzis JK, Kyere SA. Minitendon graft transfer for suspension of the paralyzed lower eyelid: our experience. *Plast Reconstr Surg* 2008; 121(4):1206-16.
5. Duymaz A, Akdağ O, Keskin M, Tosun Z, Savacı N. [Lower eyelid ectropion: review of etiology, classification]. *Turk Plast Surg* 2010; 18(3):103-10.