

Yüz Felcinde Üst Göz Kapağı Girişimi Olarak Altın Ağırlık Uygulaması

Gold Weight Implantation as an Upper Lid Procedure in Facial Palsy

Dr. Ahmet SÖNMEZ,^a
Dr. Nurdan ÖZTÜRK,^a
Dr. Nihal DURMUŞ,^a
Dr. Mehmet BAYRAMIÇLI,^a
Dr. Ayhan NUMANOĞLU^a

^aPlastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ABD,
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İSTANBUL

Geliş Tarihi/Received: 23.08.2007
Kabul Tarihi/Accepted: 04.11.2007

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Ahmet SÖNMEZ
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ABD,
İSTANBUL
ahsonmez@yahoo.com

ÖZET Amaç: Yüz felcinde gözü korumaya yönelik yapılan işlemler arasında üst göz kapağına altın ağırlık uygulaması hem fonksiyonel hem de estetik açıdan başarılı sonuçlar vermektedir. Bu çalışmada, kliniğimizde altın ağırlık uygulamasında kullanılan cerrahi yöntem ve yöntemde yapılan modifikasyonlar tarif edildi. Ayrıca kullanılan tekniğin avantajları ve dezavantajları değerlendirildi. **Gereç ve Yöntemler:** Tarif edilen tekniğe uygun olarak Ocak 2002-Temmuz 2006 yılları arasında üst göz kapağına altın yerleştirilen 44 hasta değerlendirmeye alındı. Hastaların yaş ortalaması 54, ortalama takip süreleri 16 aydı. **Bulgular:** Hasta grubunda yüz felcinin en sık sebebi köşe tümörü olarak bulundu (%64). İki implant ekspozisyon, bir implant enfeksiyon nedeniyle değiştirilmek zorunda kalındı. İki implantta yer değiştirme görüldü, ancak müdahale gerekmedi. İki hastada geç dönemde ptoz görüldü. Ameliyat sonrası takiplerde hastaların en fazla şikayetçi oldukları konular zaman zaman gözde kızarıklık oluşması ve batma hissi olarak tespit edildi. Cerrahların en sık not ettiği problem ise altın ağırlığın kenarlarının belirginliği oldu. **Sonuç:** Tarif edilen yöntemlerle, hem fonksiyonel hem de estetik açıdan hastalarda düzelme sağlandı. Karşılaşılan komplikasyonlar diğer yöntemlerle karşılaştırıldığında daha nadirdir ve basit uygulamalarla düzeltilebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yüz felci, göz kapağı

ABSTRACT Objective: Upper lid loading with gold weights provide good functional and aesthetic results in facial paralysis. In this study, surgical technique utilized for upper lid loading was described and results were evaluated. **Material and Methods:** Forty-four patients, operated between January 2002 and July 2006 with the described technique were included in the study. Mean age of the patients was 54 years and mean follow up was 16 months. **Results and Conclusion:** Most frequent cause of facial paralysis was cerebello-pontine angle tumors (64%). Two implants were changed due to exposition; one was changed due to infection. Migration was observed in two implants, but did not necessitate re-operation. Ptozis was observed in two patients in late follow ups. Redness and soreness of the eyes were the most frequent patient complaints. Most frequent surgeon complaint was the noticeable borders of the implant under the lid skin. **Conclusion:** In conclusion, both functional and symptomatic amelioration was achieved with the described technique. Complications were few and could be resolved easily when compared to the other techniques.

Key Words: Facial paralysis, eyelids

Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2008, 17:27-33

Yüz felci, hem fonksiyonel, hem de psikolojik olarak hastalarda ağır sorunlar oluşturmaktadır. Tüm yüz mimik kaslarının etkilendiği bu durumla baş etmek için statik ve dinamik pek çok plastik cerrahi girişim tanımlanmıştır. Fonksiyonel kayıp olarak en önemli risk gözdedir. Orbikülaris okülü kasının çalışmaması sonucu göz açık kalmakta (paralitık lagophtalmos); bu durum korneanın tahriş olmasına, ülserasyonuna ve so-

nuçta keratit ve körlüğe varabilecek komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu nedenle, yüz felcinde üst göz kapağının kapanmasını sağlayacak çeşitli yöntemler tarif edilmiştir. Palpebral yay uygulaması,¹ silikon bant uygulaması,² göz kapaklarına mık-natis uygulaması³ geçmişte kullanılmış, ancak elde edilen sonuçların yetersiz olması ve istenmeyen etkileri nedeniyle günümüzde yaygınlığını yitirmiş yöntemlerdir. Tarsorafı uygulamaları⁴ fonksiyonel olarak etkin bir sonuç sağladığı için hala daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak palpebral aralıkta neden olduğu daralma, asimetri ve görme alanı kısıtlanması nedeniyle en uygun yöntem değildir.

Üst göz kapağına ağırlık koyarak mekanik olarak kapanma sağlanması ilk olarak Sheehan tarafından denenmiştir.⁵ Smellie özgül ağırlığından ve dokuya olan uyumundan ötürü altını kullanmıştır.⁶ Daha sonra altın ağırlığın kullanıldığı farklı cerrahi teknikler ve bu tekniklerle elde edilen sonuçlar peşpeşe yayımlanmıştır.⁷⁻¹¹ Bu çalışmada, kliniğimizde altın ağırlık uygulamasında kullanılan cerrahi yöntem tarif edildi ve bu tekniğin avantaj ve dezavantajları değerlendirildi.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Ocak 2002- Temmuz 2006 tarihleri arasında, Marmara Üniversitesi Hastanesi plastik ve rekonstrüktif cerrahi kliniğinde yüz felci nedeniyle üst göz kapağına altın ağırlık uygulanan yapılan hastalar geriye dönük olarak tarandı. Hasta dosyalarında kayıtları tam olan ve en az altı aylık takipleri yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi.

CERRAHİ YÖNTEM

Hastalar ameliyat öncesi, üst göz kapaklarına steri-
striplerle tutturulan çeşitli deneme ağırlıklarıyla göz kapağı kapanması açısından değerlendirildi. Bu değerlendirmede 1-2 mm. skleral açıklık kalması yeterli görüldü ve bu şartı sağlayan en hafif ağırlık tercih edildi. Önceden belirlenen ağırlığa uygun olarak ameliyat için 24-karat altın kullanıldı. Aynı seansta alt göz kapağına fasya ile askı uygulandığı için genel anestezi alan bir olgu dışında tüm hastalar lokal anestezi ile ameliyat edildi. Hastaların üst göz kapaklarında cilt fazlası yoksa doğrudan tars üzerine yapılan 1 cm. uzunluğunda kesi ile girildi,

orbikülaris okülü kasının altında, tarsın üzerinde altın ağırlığı yerleştirecek kadar cep açıldı (Resim 1). Bu cebin kirpik çizgisinden en az 2 mm. uzak kalmasına dikkat edildi. Bu cebe altın yerleştirilip 6-0 monoflaman polivinildiflorür dikişle tarsi tespit yapıldı. Üst göz kapağı dışa katlanarak konjonktival yüzden dikiş geçilmediği kontrol edildi. Orbiküler kas 6-0 kromik katgütle veya poliglaktin 910 ile, cilt 6-0 polivinildiflorür dikişle ayrı tabakalar halinde dikildi. Üst göz kapağında cilt fazlası olup aynı seansta bu cildin eksizyonu planlanan hastalarda ise eksize edilecek cilt sonrası dikiş hattı supra-tarsal kıvrıma gelecek şekilde planlanarak kesiler yapıldı. Ciltle birlikte sınırlı orbiküler kas eksizyonu da yapıldı. Bu kesi hattından aşağıya doğru ilerleterek tarsın üzerinde altın ağırlık için cep oluşturuldu (Resim 2). Aynı şekilde ağırlık tespiti yapıldı, kas ve cilt ayrı ayrı kapatıldı.



RESİM 1: Doğrudan tars üzerinde yapılan 1 cm kesiyle cilt ve orbiküler kasın altında cep hazırlığı.



RESİM 2: Supratarsal kıvrımdan cilt eksizyonu yapıldıktan sonra orbiküler kasın derin planından inferiora yapılan diseksiyonla tars üzerinde cep hazırlığı.

Bahsedilen yöntemlerle ameliyat edilen hastaların; yaşı; cinsiyeti; yüz felci sebepleri; kullanılan ağırlık; göz kapağına yönelik ek cerrahi girişimler; ortalama takip süreleri, görülen komplikasyonlar ve gözün kapanma seviyesi hasta takip formlarından not edildi.

BULGULAR

Hastaların geriye dönük olarak taranmasından, Ocak 2002-Temmuz 2006 yılları arasında, yukarıda tarif edilen tekniğe uygun olarak üst göz kapağına altın yerleştirilen toplam 55 hastaya ulaşıldı. Bu hastaların 11'i yetersiz kayıt sebebiyle çalışmaya dahil edilmedi, geri kalan 44 hasta çalışma kapsamına alındı. Altın ağırlık yerleştirilen en genç hasta 14, en yaşlı hasta 78 yaşındaydı. Olguların yaş ortalaması 54 olarak bulundu. On beş hasta erkek, 29 hasta kadındı. On sekiz hastada sağ, 26 hastada sol yüz felci mevcuttu. Yüz felcine sebep olan faktörler Tablo 1'de gösterilmektedir. En sık sebep köşe tümörü olarak belirlendi (%64). Bu hastalardan 22'sinde akustik nörinom, 6'sında menenjiom patolojik etkendi. Travma geçiren 7 hastanın 4'ünde tanesinde ateşli silah yaralanmasının, 2'sinde temporal kemik kırığının, birinde bıçakla yaralanmanın yüz felcine neden olduğu bulundu. İyatrojenik olduğu tespit edilen 2 yüz felci olgusunda da intrakranial anevrizma ameliyatı sonrası felç gelişmişti. Hastaların ortalama takip süreleri 16 aydı. (minimum 6 ay, maksimum 4.5 yıl).

Tüm cerrahi işlemler iki cerrahın birisi tarafından yapıldı (A.S.,M.B). Kullanılan altın ağırlıklar 0.8 gr ile 1.6 gr. arasındaydı. En sık kullanılan başlangıç ağırlığı, 13 hastada 1.2 gr., 13 hastada 1.4 gr. oldu. Hastaların 7'sine, altın ağırlık yerleştirilmesiyle birlikte üst göz kapağında cilt fazlalığı nedeniyle yukarıda tarif edilen yöntemle cilt

eksizyonu yapıldı. Aynı zamanda 14 hastada eş zamanlı olarak alt kapağa yönelik işlem de yapıldı. Bu işlemler; 11 hastada lateral kantoplasti; 2 hastada alt kapak lateralinden pentagonal eksizyon; bir hastada ise fasya ile askıdır. Ameliyat sonrası takiplerde üç hastada yeterli orbiküler kas fonksiyonu döndüğü için altın ağırlıklar çıkarıldı. Bu hastalardan 2'si köşe tümörü nedeniyle bir tanesi de ateşli silah yaralanması nedeniyle yüz felci gelişen olgularlardı. İki hastada altın ağırlıklarda yer değiştirme görüldü, kapak fonksiyonu etkilenmediği için müdahalede bulunulmadı. Bir hastada enfeksiyon görüldü, antibiyotik tedavisine yanıt alınmadığı için altın implant çıkarılmak zorunda kalındı. Bu hastaya 3 ay beklenip aynı implant yeniden yerleştirildi. İki hastada altın implant inferior sınırdan ekspoze oldu. Bu implantlar çıkarıldı, 4 ay bekledikten sonra daha yukarı bir konuma tekrar yerleştirildi. Üst kapaktan cilt eksizyonuyla birlikte altın ağırlık yerleştirilen bir hastada implant yerleştirmek için diseksiyon yapılırken levator aponöz yapıyı bölgeden ayırdı. Bu durum ameliyat sırasında fark edilerek onarıldı, hastada ameliyat sonrası ptoz görülmedi. İki hastada geç dönemde (ameliyat sonrası 8 ay ve 12 ay) ptoz tespit edildi. Ptoz seviyesinin bir müdahale gerektirecek boyutta olmadığı saptandı. Üç hasta, başlangıçta yerleştirilen ağırlığın yetersiz olması ve korneanın inferiora açık kalması nedeniyle tekrar ameliyat edildi. Bu hastalara 0.2 gr. daha ağır altın yerleştirildi ve korneanın kapanması sağlandı. Bu 3 hasta dışında düz bakışta korneası açık kalan hasta yoktu. Geri kalan hastaların 28'inde göz kapalıyken 1-2 mm. skleral açıklık kaldığı, 13'ünde de tam kapanmanın sağlandığı not edildi.

Ameliyat sonrası takiplerde hastaların en fazla şikayetçi oldukları konular, zaman zaman gözde kızarıklık oluşması ve batma hissi olarak tespit edildi. Cerrahların en sık not ettiği problem ise altın ağırlığın kenarlarının belirginliği oldu. Tarif edilen yöntemlerle ameliyat edilen bazı hastaların ameliyat öncesi ve sonrası görüntüleri Resim 3, Resim 4 ve Resim 5'te gösterilmiştir.

TABLO 1: Hastalarda yüz felcine sebep olan faktörler.

Faktör	Hasta sayısı
Köşe tümörü	28
İnfeksiyon	4
Travma	7
İyatrojenik	2
Konjenital	3
TOPLAM	44



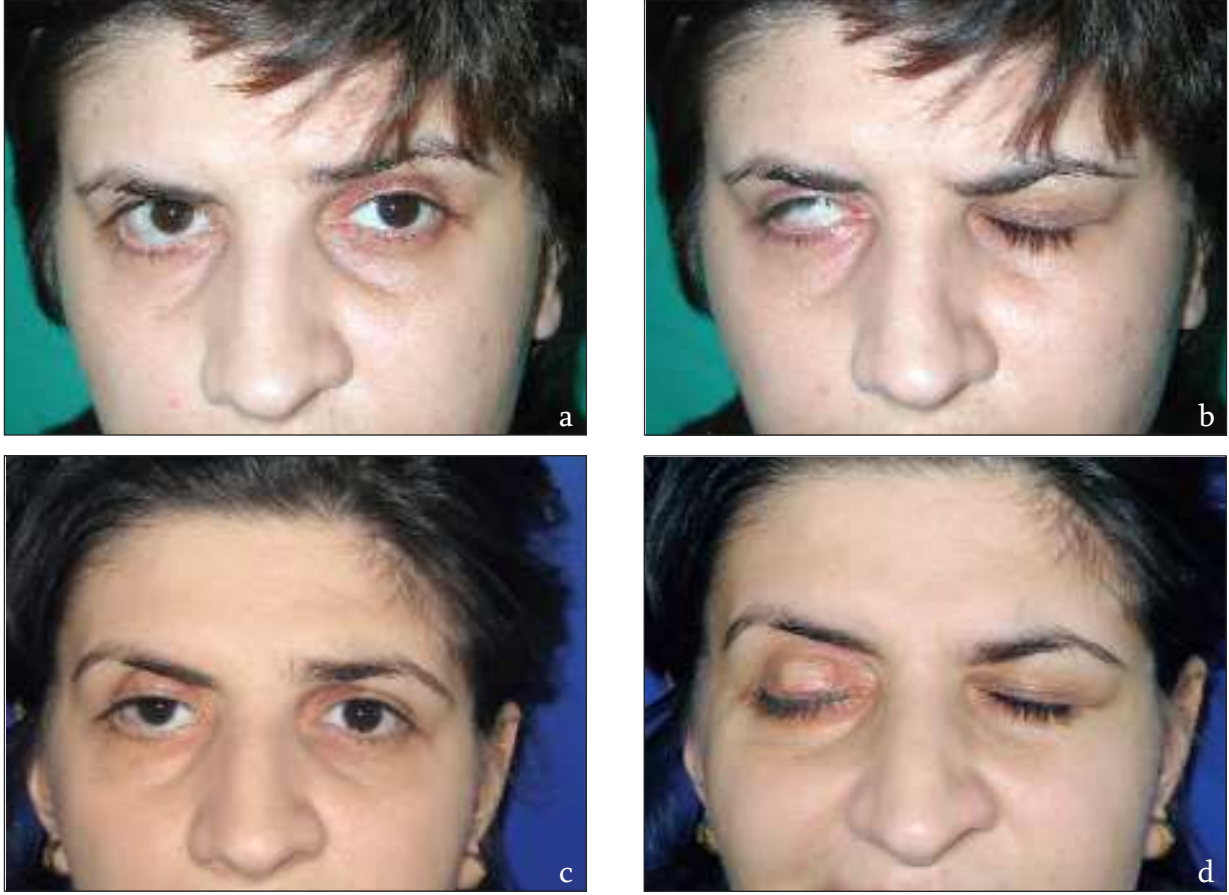
RESİM 3: 39 yaşındaki hastanın sol yüz felci nedeniyle 1.2 gr altın ağırlık yerleşimi öncesi (a, b); ameliyattan 1 hafta sonra (c, d) ve ameliyattan 5 hafta sonraki (e, f) görüntüleri.

TARTIŞMA

Bu çalışmaya, korneayı korumak için üst göz kapaklarına altın ağırlık yerleştirilen toplam 44 yüz felçli hasta dahil edildi. Bu 44 hastanın 6'sına çeşitli sebeplerden ötürü ikinci kez altın yerleştirildi (3 olguda mevcut ağırlık yetersiz kapanma sebebiyle

arttırıldı, ikisine ekspozisyon sonrası, birine ise enfeksiyon sonrası mevcut altınları çıkarıldıktan sonra ayrı bir seansta altın yerleştirme işlemi uygulandı). Toplamda, tarif edilen cerrahi yöntem 50 kez gerçekleştirildi.

Cerrahi yöntemle ilgili tartışılması gereken birkaç nokta vardır. Üst kapak altın uygulamala-



RESİM 4: 31 yaşındaki hastanın sağ yüz felci nedeniyle 1.4 gr altın ağırlık yerleştirilmesi öncesi (a, b) ve 27 ay sonraki (c, d) görüntüleri.

rında altının yerleştirilmesi gereken plan orbikülaris kasının altıdır. Literatürde seçilen insizyon genelde supratarsal kıvrıma uyacak şekilde tarif edilmiştir.^{4,8,12-14} Biz bu insizyonu sadece üst kapaktan cilt fazlasını eksize etmeyi planladığımız 7 olguda kullandık. Diğer olgularda doğrudan tars üzerine yaptığımız kesilerle cebi oluşturduk. Supratarsal kıvrımdan girerek tars üzerinde cep oluşturmak nispeten daha zor bir yöntemdir ve özellikle yaşlı ve levator aponöruzu gevşek kişilerde bu diseksiyon sırasında levator aponöruzun yapışma noktaları ayrılabilir. Bizim serimizde 7 olgudan birinde bu komplikasyonla karşılaştık. Diğer taraftan, insizyon doğrudan tars üzerine yapıldığında implant hemen insizyonun altında konumlandırılmak zorunda kalacağı için ekspoze olmasından çekinilmektedir. Ancak kas ve cilt tabakaları ayrı ayrı onarıldığında bu komplikasyon ihmal edilebilecek boyuttadır. Bizim se-

rimizde gördüğümüz iki implant ekspozisyonu da kesi hattından değil, implantın inferior sınırında kirpiklere yakın bölgede oldu. Bu nedenle cep diseksiyonunu kirpiklere belirli bir mesafede sonlandırmak gerektiğini düşünüyoruz.

Altın ağırlığın yerleştirilmesi gereken seviye de tartışma konusudur. Tars üzerine yerleştirilen altının kenarları ne kadar ince işlenirse işlensin belli olmaktadır. Bu nedenle altını daha yukarıya, orbital septum seviyesine yerleştirmek gerektiğini ileri sürenler olmuştur.¹⁴ Öte yandan Hontanilla'nın çalışmasından,¹⁵ ameliyat öncesi göz kapağına uygulanan deneme ağırlıklarının sağlıklı sonuç vermesi için mümkün olduğu kadar düşey düzleme yakın, yani tarsın üzerine doğru, yerleştirilmesi gerektiği sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu takdirde de bizim 2 olgumuzda olduğu gibi cildin en ince olduğu distal kesimden ekspozisyon sorunu ortaya çıkmaktadır. Bizim tercihimiz implantı



RESİM 5: 34 yaşındaki hastanın sağ yüz felci nedeniyle 1.4 gr altın ağırlık yerleştirilmesi ve lateral kantoplasti öncesi (a, b) ve 22 ay sonraki (c, d) görüntüleri.

mümkün olduğu kadar tars üzerinde tutmaktır. Bu sayede daha iyi fonksiyonel sonuç elde edildiğini düşünüyoruz. Bu konumda, altın ağırlık göz açırken supratarsal kıvrımda kamufle olmakta, ancak göz kapandığında kenarları belli olmaktadır. Hastalar gözleri kapalıyken bu durumu fark edemedikleri için az sayıda hasta bundan şikayetçi oldu.

Altın ağırlıkların dikişlerle tespit edilmesi çoğunlukla üzerinde hemfikir olunan bir konudur.¹⁴ Bu hasta grubuna dahil edilmeyen 2 olguda açılan cebe altın ağırlıklar yerleştirilip herhangi bir tespit uygulanmadı. Her 2 hastada da ameliyat sonrası dönemde yer değiştirme görüldü. Çalışmaya dahil edilen hastaların hepsinde altın, kalıcı dikişlerle tarsi tespit edildi. Sadece 2 olguda implantlarda yer değiştirme tespit edildi. Bu yer değiştirmenin, tespit dikişinin ameliyat sonrası erken dönemde ye-

rinden ayrılmış olmasına bağlı olduğunu düşünmüyoruz.

Literatürde altın ağırlık sonrası ptoz görülebilen bir komplikasyondur,^{12,16} Bizim serimizde de 2 hastada ptozla karşılaşıldı. Ameliyat öncesi deneme ağırlıkları uygulanırken korneayı kapatacak en hafif ağırlığın tercih edilmesinin düşük ptoz oranında etkili olduğunu düşünüyoruz. Bu durumda bir miktar skleral açıklık kalsa da hastalar rahatsız olmamaktadır. Öte yandan tercih edilen ağırlık arttıkça özellikle yaşlı hastalarda levator aponözurun ayrılması ve ptoz riski artmaktadır. Altın ağırlık uygulaması sonrası hastaların en fazla belirttikleri şikayetleri zaman zaman gözde yanma, batma hissi ve kızarıklık oldu. Bu şikayetler altın ağırlık konmadan öncesine göre oldukça düzelmektedir. Ancak hastaların çoğu için tam bir semptomatik rahatlama görülmemektedir.

SONUÇ

Yüz felcinde üst göz kapağına altın ağırlık uygulaması lokal anestezi ile gerçekleştirilebilecek, kısa süreli bir işlemdir. Tarif ettiğimiz yöntemlerle,

hem fonksiyonel hem de estetik açıdan hastalarda düzelme sağlandı. Karşılaşılan komplikasyonlar diğer yöntemlerle karşılaştırıldığında daha nadirdir ve basit uygulamalarla düzeltilebilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Morel-Fatio D, Lalandrie JP. Palliative surgical treatment of facial paralysis. The palpebral spring. *Plast Reconstr Surg* 1964;5:446-56.
2. Arion HG. Dynamic closure of the lids in paralysis of the orbicularis muscle. *Int Surg* 1972;57:48-50.
3. Manktelow RT, Van Laeken N. Facial paralysis: Principles and Treatment. In: Georgiade G.S, Riefkohl R. and Levin L.S, (eds). *Georgiade Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery*, 2nd Ed: Baltimore: Williams & Wilkins; 1997. p.507-20.
4. Seiff SR, Chang J. Management of ophthalmic complications of facial nerve palsy. *Otolaryngol Clin North Am* 1992;25:669-90.
5. Sheehan JE. Progress in correction of facial palsy with tantalum wire and mesh. *Surgery* 1950;27:122-5.
6. Smellie GD. Restoration of the blinking reflex in facial palsy by a simple lid-load operation. *Br J Plast Surg* 1966;19:279-83.
7. Barclay TL, Roberts AC. Restoration of movement to the upper eyelid in facial palsy *Br J Plast Surg* 1969;22:257-61.
8. Catalano PJ, Bergstein MJ, Biller HF. Comprehensive management of the eye in facial paralysis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;121:81-6.
9. Chapman P, Lamberty BGH. Results of upper lid loading in the treatment of lagophthalmos caused by facial palsy. *Br J Plast Surg* 1988;41:369-72.
10. Foda HM. Surgical management of lagophthalmos in patients with facial palsy. *Am J Otolaryngol* 1999;20:391-5.
11. Kartush JM, Linstrom CJ, McCann PM, Graham MD. Early gold weight eyelid implantation for facial paralysis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1990;103:1016-23.
12. Harrisberg BP, Singh RP, Croxson GR, Taylor RF, McCluskey PJ. Long-term outcome of gold eyelid weights in patients with facial nerve palsy. *Otol Neurotol* 2001;22:397-400.
13. Kelley SA, Sharpe DT. Gold eyelid weights in patients with facial palsy: a patient review *Plast Reconstr Surg* 1992;89:436-40.
14. Jobe RP. A technique for lid loading in the management of the lagophthalmos of facial palsy. *Plast Reconstr Surg* 1974;53:29-32.
15. Hontanilla B. Weight measurement of upper eyelid gold implants for lagophthalmos in facial paralysis. *Plast Reconstr Surg* 2001;108:1539-43.
16. Pickford MA, Scamp T, Haison DH. Morbidity after gold weight insertion into the upper eyelid in facial palsy. *Br J Plast Surg* 1992;45:460-64.