

Cilt Yoluyla Levator Rezeksiyonu Uygulaması

A. Şahap KÜKNER*, Esin FIRAT", Gültekin KÖKLÜ**", O. Selçuk GÜNEŞ'

SUMMARY

LEVATOR RESECTION BY TRANSCUTANEOUS APPROACH

53 upperlids of 49 patients with blepharoptosis had undergone transcutaneous levator resection between March 1990 and March 1992 in the Eye Clinic of Social Security Hospital of Ankara, Except a small modification during the seperation of levator aponeurosis from tarsal plate, our technique was the same with the one described earlier in which conjunctiva has been spared. This study pointed out that, transcutaneous levator resection is one of the most effective and satisfactory procedures in ptosis surgery both cosmetically and functionally. [Oftalmoloji 1993; 2(3): 221-224]

Key Words: Blepharoptosis, Trancutaneous levator resection.

ÖZET

SSK Ankara Hastanesi göz kliniğinde Mart 1990- Mart 1992 tarihleri arasında blefaroptozisli 49 hastanın 53 göz-kapağına cilt yoluyla levator rezeksiyonu yapıldı. Levatorun tarstan ayrılması aşamasında geliştirilen küçük bir modifikasyon dışında, daha önce literatürde tarif edilen, konjonktivanın korunduğu cerrahi teknik uygulandı. Bu çalışma ile, cilt yoluyla levator rezeksiyonunun geniş bir hasta spektrumunda kullanılabilen, fonksiyonel, estetik yönden etkili ve yüz güldürücü bir yöntem olduğu vurgulandı.

Anahtar Kelimeler: Blefaroptoz'is, Cilt yoluyla levator rezeksiyonu.

GİRİŞ

Blefaroptozis, kozmetik ve fonksiyonel nedenlerle göz kapağının önemli hasta-

lıklarındandır. Konjenital veya çeşitli akiz nedenlerle meydana gelir, konjenital ptoziste en sık sebep levator kasının distrofisidir (1,2). Çeşitli nörolojik hastalıklar, kas hastalıkları, travma, levator apenövrozundaki defektler ise akiz ptozis nedenleri arasında sayılabilirler (3).

Ptozis cerrahisinde, kornea koruma mekanizmaları yeterliyse (gözyaşı, serbest yukarı bakış, Bell fenomeni), kapak seviyesi normal anatomik pozisyonuna getirilmeli, bu mekanizmaların zayıf olduğu durumlarda korneanın zarar görmeyeceği daha az düzeltme ile yetinmelidir. Ptozis, şaşılık ile kombine ise, önce şaşılık düzeltilmelidir.

Ptozis cerrahisinde çok çeşitli yöntemler uygulanmaktadır, bu teknikler arasında levator rezeksiyonu (4-7), levator ilerletmesi (8,9), levator rezeksiyonu ile birlikte ayarlanabilir sütür (10), apenövroz onarımı (8,11,12), konjonktiva ve

Müller rezeksiyonu (13), VVhinnall Ilgamentine askı (14), değişik maddeler kullanılarak frontal adaleye askı (15-18), tars-Müller adalesi-konjonktiva rezeksiyonu (19) sayılabilir. En sık uygulanan yöntemler apenövroz cerrahisi, levator rezeksiyonu ve frontale askı teknikleridir (20).

Kliniğimizde ptozis cerrahisinde halen konjonktival yolla levator rezeksiyonu, cilt yoluyla levator rezeksiyonu ve frontal adaleye askı yöntemleri uygulanmaktadır. Bu yöntemler arasında en sık yapılan dit yoluyla levator rezeksiyonudur. Bu çalışmada cilt yoluyla levator rezeksiyon tekniği, yöntemin etkinliği ve sonuçları bu konudaki literatürlerle karşılaştırılarak değerlendirildi.

GEREÇ VE YÖNTEM

Mart 1990-Mart 1992 tarihleri arasında SSK Ankara hastanesi göz polikliniğine

Tablo 1. Hastaların ptozis, levator fonksiyonu, levator rezeksiyonu ve düzelme miktarları.

	En az	En fazla	Ortalama
Ptozis miktar	2,5 mm	5 mm	3,75 mm
Levator fonksiyonu	0 mm	14 mm	4,75 mm
Rezeksiyon miktarı	14 mm	22 mm	16 mm
Düzelme	2 mm	5 mm	3 mm

Geliş: 6.7.1992

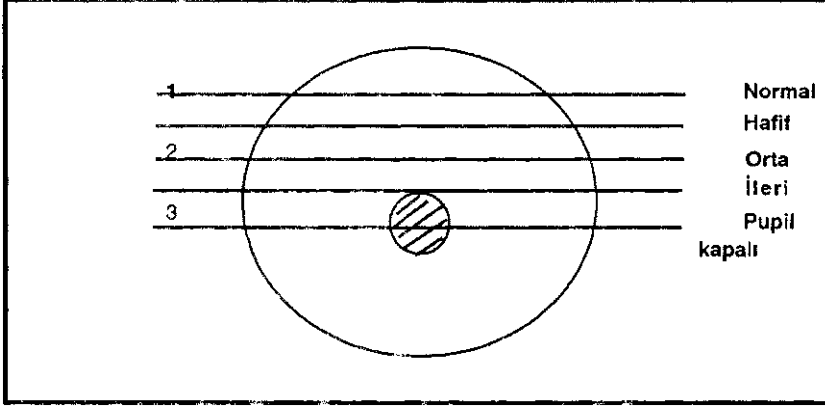
Kabul: 13.10.1993

* Uz.Dr.SSK Ankara Hast. 1. Göz Kİ

** Doç.Dr.SSK Ankara Hast. 1. Göz Kİ. şefi

*** Uz.Dr.SSK Ankara Hast. 1. Göz Kİ. Şef Yrd.

**** Asist.Dr.SSKAnk.Hast. 1.GÖZ Kİ. ANKARA



Şekil 1.

başvuran ptosis hastalarından, 49 hastanın 53 kapağına (4 olguda bilateral) cilt yoluyla levator rezeksiyonu yapıldı. Konjonktival yolla levator rezeksiyonu veya frontal adaleye askı yapılan olgular bu çalışmaya alınmadı. Hastaların takip süresi en kısa 1 ay, en uzun 1 yıl (ortalama 2.3 ay), hastaların yaşı en küçük 4 yaş, en büyük 68 yaş (ortalama 15.9 yaş) idi. 24 hasta genel anestezi ile 25 hasta lokal anestezi ile ameliyat edildi.

Ameliyat öncesi rutin göz muayenesini takiben ptosis miktarı, levator

fonksiyonu, yukarı bakış, Bell fenomeni araştırıldı, çiğneme ile kapak hareketi olup olmadığı kontrol edildi. Levator fonksiyonu çok zayıf olan hastalarda, üst kapak katlantısı varlığı ve üst kapak tarsı ters çevildiğinde yukarı bakışta kapağın düzeliş düzelmediği kontrol edildi,

Olgularımızda ait ptosis miktarı, levator fonksiyonu, uygulanan rezeksiyon miktarı ile düzelleme miktarı Tablo 1'de görülmektedir (Tablo 1).

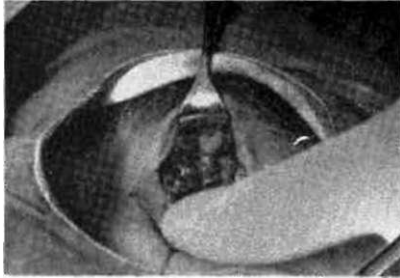
CERRAHİ TEKNİK

Ameliyatta yapılacak levator rezeksiyonu hesaplanırken, ptosis miktarı 4 ile çarpıldı (levator fonksiyonu zayıf olan veya sıfır olan olgularda hesaplanan rezeksiyon miktarına 2-4 mm ilave edildi, levator tars üzerinde ilerletilip suture edildi, ameliyat bitiminde 5 mm kadar cilt rezeksiyonu yapıldı). Hafif ptosislerde bile en az 12-14 mm levator rezeksiyonu uygulandı.

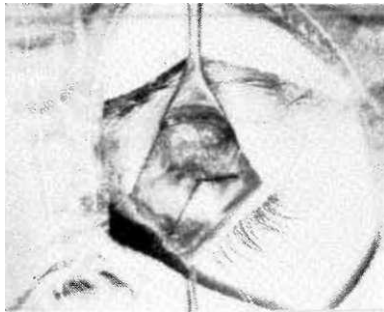
Ameliyat sırasında, levator aponözrozuna ulaşmaya kadar olan basamaklar literatürde bildirilen yöntemlerle gerçekleştirildi (3,5,6). Kapak katlantısı olması istenen yerden (genellikle kapak kenarına 9 mm mesafeden) 2-2.5 mm genişliğinde, kapak kenarına paralel cilt kesişi yapıldı. Kesi sonrası orbikularis liflerinin .diseksiyonunu takiben tars düzlemi ile 30 derece açı yapacak orbitaya doğru kunt kesi ile septuma ulaşıldı. Bu aşamada bulbusa bastırarak orbita yağ dokusunun septuma gergin hale getirmesi sağlandıktan sonra septum ortadan perfore edilerek yağ dokusu açığa çıkarıldı (Resim 1). Septum kesişi kenarlara doğru genişletildi, yağ dokusu ekarte edilerek levator kası ortaya çıkarıldı.

Bundan sonraki aşamada cerrahi teknikte küçük bir modifikasyon geliştirildi. Levator adalesini askıya almada herhangi bir konjonktiva kesişi veya delme

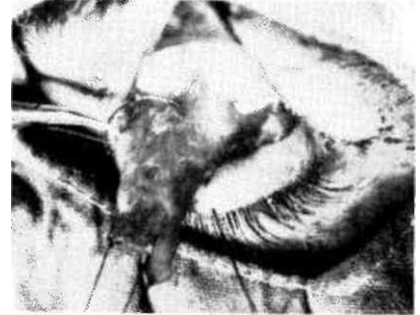
işlemi yapmadan, tars üst kenarı seviyesinde levator aponözrozundan bir adet 6/0 ipek suture geçirildi (Resim 2), Bu suture'nin 7 mm kadar medial ve lateralinden de aynı şekilde birer suture geçirilerek toplam üç suture ile aponözroz fikse edildi. Bu üç suture yukarı doğru çekilirken, levator aponözroz suturelerin alt kenarlarından yaylı makasla kesilip tarsdan uzaklaştırıldı. Levator kasının arkasında izlenen konjonktiva korunarak, ince diseksiyonla, Müller lifleri kesilerek arkaya levatorun konjonktivadan ayrılması sağlandı. Levatorun iç ve dış boyuzları, orbitaya dik olarak geriye doğru kesildi. Düşünülen rezeksiyon miktarı kadar açığa çıkarılınca ölçüm yapılarak levator ortasından bir tane 5/0 prolene suture, tars üst kenarından lameller olacak şekilde geçirildi (Resim 4) ve bağlandı. Eğer ek olarak ilerletme planlanmışsa, levator, tars üst kenarına istenilen mesafeden suture edildi, istenilen olgularda cilt üst kenarından 5 mm kadar cilt rezeksiyonu yapıldı. Üst kapak katlantısı oluşturmak için üç tane 6/0 ipek suture sırayla, alt cilt kenarı, levator güdüğü, orbikularis ve üst cilt kenarından geçirilip suture edildi. İlave cilt sü-



Resim 1. Orbita yağ dokusunun, septum kesişinden dışarı taşması. 1. ok: orbita septumu 2. ok: orbita yağ dokusu.



Resim 2. Tars üst kenarı seviyesinde, levator aponözrozundan ilk askı suture geçirildikten sonraki görünüm. LA: Levator aponözroz, T: Tars, oklar tars üst sınırını göstermektedir.



Resim 3. Askıya alınmış levator kasına, hesaplanan noktadan ilk prolene suture'nin konulması gözlenmektedir. L: levator kası, çift ok: prolene suture'nin konulduğu nokta, tek oklar: ipek askı suture'leri



Resim 4. Rezeksiyon sonrası, kalan levator kasının prolene suturelerle, tars üst kenarına suture edilmesi görülmektedir. L: Kalan levator kası, T: tars, TK: tars kenarı.

CİLT YOLUYLA LEVATOR REZEKSİYONU UYGULAMASI



Resim 5. Bilateral konjenital ptosisi olan olgunun ameliyat öncesi görünümü.



Resim 6. Aynı olgunun, sağ göz kapağının ameliyat sonrası görünümü.



Resim 7. Aynı olgunun, sol göz kapağının ameliyat sonrası görünümü.

türleri ile ameliyat tamamlandı. Göz antibiyotikli pomatla kapatılıp profilaktik oral antibiyotik başlandı. Birinci gün yapılan ilk kontrolde göz açıldı, 8-9 gün sonra yapılan ikinci kontrolde sulkus ve cilt sütürleri alındı. Birinci ay sonunda kapak seviyesi değerlendirildi.

BULGULAR

Hastaların izleme sürecinde enfeksiyon veya entropion görülmedi, kapak ödemi genellikle 15 günde iyileşirken bazı olgularda düzleme 20 güne kadar uzadı. Kapak seviyesi en az 2 mm, en fazla 5 mm kalktı. 8 kapakta yetersiz düzleme oldu, bu hastalardan 4'ü ikinci kere levator rezeksiyonu ile düzeltildi, diğer 4 hasta küçük yaş grubunda idi ve ilk ameliyat ile pupilla alanı açıldığı için ikinci ameliyatın ileride yapılması düşünüldü.

4 göz kapağında aşırı düzleme oldu, bu kapaklardan ikisi düzgün kenarlı ve total olarak fazla kalkmıştı, kapak kenarında çentikleme yoktu. Postoperatif 2. günden itibaren kirpikler 3x10-15 kere aşağı çekildi, hastalar yakın takip edildi, kapak yeterli seviyeye inince bu işlem bırakıldı. Diğer iki hastada ise kapaklar medialde retrakte olmuştu. Medial kısımda aşırı rezeksiyon yapıldığı düşünüldü ve 1. ay sonunda ikinci bir ameliyat ile levator medialine, adale genişliğinin 1/3'ü kadar myotomi yapılarak kapak seviyeleri düzeltildi.

İkinci kere ameliyata alınan 6 kapak (4'ü yetersiz, 2'si aşırı düzleme olan) ve ileride ikinci kere ameliyatı düşünülen 4 hasta gözönüne alındığında birinci ameliyat sonunda, 10 kapak dışındaki 43 kapakta başarılı sonuç alınmıştır. Başarı oranı yaklaşık 43/53 (%81) dür. (ikinci kere ameliyatla düzeltilen 6 kapak gözönüne alındığında ikinci ameliyat sonrası başarı oranı yaklaşık 49/53 (%92.4)dür.

Resimlerde değişik olgu örnekleri görülmektedir (Resim 5-11).

TARTIŞMA

Cilt yoluyla levator rezeksiyonu ptosis cerrahisinde yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Fizyolojiye uygun olması, yüksek miktarda rezeksiyona olanak vermesi, tars üzerinde levator ilerletmesinin mümkün olması, cilt katlantısının oluşması, askı materyeli kullanılmaması nedeniyle enfeksiyon ve granülom gelişmemesi önemli avantajlarıdır (4,6,10). Levator fonksiyonunun yeterli olduğu ptozislerde, levator rezeksiyonu yapılabileceği genel olarak kabul görmektedir (6). Levator fonksiyonunun zayıf olduğu olgularda öncelikle frontal kasa askı yo-



Resim 8. Sol konjenital ptosisli olgunun ameliyat öncesi görünümü.



Resim 9. Aynı olgunun ameliyat sonrası görünümü



Resim 10 Sol gözde daha ileri derecede olan bilateral konjenital ptosis olgusunun ameliyat öncesi görünümü.



Resim 11 Aynı olgunun sol göz kapağının ameliyat sonrası görünümü.

lunun uygulanması önerilirken (9,15-18,20), bu grup olgularda da cerrahi metod olarak levator rezeksiyonunun etkili olduğunu savunan yazarlar vardır (37).

Cilt yoluyla levator rezeksiyonunun ilk uygulanan şekli Everbusch tekniğidir (21). De Lapersonne modifikasyonunda levator kası iki kenardan delinip klempe edilir ve konjonktivadan serbestleştirilir(21). Stallard tarafından tariflenen teknikte ise levator tendonu önce tars üst yüzünde kesilir, geriye doğru sıyrılır, tars üst kenarına ulaşılınca tendon serbest kenarına 2 mm mesafede üç tane levator tendon manipülasyonu kolaydır, konjonktivanın kesilmemesi önemli bir avantajdır.

Maden ve arkadaşları 22 olguyu kapsayan serilerinde, 20 olguya levator rezeksiyonu uygulamışlar, 19 olguda başarılı sonuç elde etmişlerdir. Levator rezeksiyonunun fizyolojiye en uygun girişim olduğunu, ilk planda düşünülmesi gerektiğini vurgulamışlardır (7).

Mauriello ve ark. hepsinde ileri derece konjenital ptosis bulunan 28 hastanın 32 gözkapasına maksimal levator rezeksiyonu uygulamışlardır (4). Ptozis tipi ve derecesi gözönüne alındığında oldukça homojen olan bu hasta grubunda yapılan rezeksiyon miktarı 25-30 mm arasında olup ilk ameliyat sonunda başarı oranı %87.5 bulunmuştur. Başarısız olan 4 hastanın birisine frontal askı uygulanırken, diğer 3 hastaya ikinci kere levator rezeksiyonu yapılmıştır. Bir hastaya üçüncü bir levator rezeksiyonu gerekmiştir. Sonradan yapılan ameliyatlara ile tüm hastalarda başarılı sonuç elde edilmiştir (4). Bizim hasta grubumuzun, ameliyat öncesi parametreleri (ptozis miktarı, levator fonksiyonu, yaş) daha iyi olmasına rağmen ilk ameliyat sonrası başarı oranımız daha düşüktür (%81). Bunun nedeni de uyguladığımız rezeksiyon miktarının bahsi geçen çalışmada ki rezeksiyon miktarlarına göre düşük olmasıdır.

Hylkema ve ark., 41 hastanın 44 gözkapasına, ameliyat sırasında ayarlanabilir sütürlü cilt yoluyla levator rezeksiyonu yapmışlardır (10). Ptozis çeşidi ve levator fonksiyonu gözönüne alındığında heterojen bir hasta grubunu içeren bu çalışmada ilk ameliyat sonunda başarı oranı %86 olarak bulunmuştur. Bu yüksek başarı oranını cilt yoluyla levator rezeksiyonu yapılmasına ve ameli-

yat sırasında ayarlanabilir sütür kullanılmasına başlamışlardır. Bu çalışmada yapılan rezeksiyon miktarları ile bizim yaptığımız rezeksiyon miktarları birbirine yakındır, ancak biz çalışmamızda olguların az bir kısmında ameliyat sırasında sütür ayarlaması yaptık, olguların çoğunda ameliyat öncesi hesaplanan rezeksiyon miktarlarını aynen uyguladık.

Berlin ve ark. 174 gözkapasına, cilt yoluyla levator aponövroz cerrahisi uygulamışlardır (8). Teknik olarak, aponövroz ayrılmışsa yeniden sütüre edilmiş, ayrılmayan olgularda ise levator ilerletmesi yapılmıştır. Bu çalışmaların ameliyat sonrası 2-4. aylar arasında bazı hastalarda kapakta yeniden düşme gözlemlenmiştir. Bu komplikasyonu absorbe olan polyglactin sütür kullanımına başlamışlardır. Biz levatorun kalan kısmını tarsi sütüre etmek için absorbe olmayan prolen sütür kullandık, geç evrede görülen bu kapak düşüklüğüne rastlamadık. Uzun süre takip ettiğimiz hastalarda, ameliyat sonrası 1. ay sonunda oluşan kapak seviyesinin sebat ettiğini gözledik. Mauriello ve Hylkema'nın yaptıkları çalışmalarda da absorbe olan sütür kullanılmış ancak geç devrede kapaklarda yeniden düşmeden bahsedilmemiştir (4,10).

Anderson ve ark., zayıf levator fonksiyonu olan, ileri derece ptosisli hastalara yeni bir ameliyat tekniği uygulamışlardır. Tars ile Whitnall ligamenti arasındaki levator aponövrozunu keserek çıkarmışlardır ve tarsi Whitnall ligamentine sütüre etmişlerdir (14). Whitnall askısı olarak adlandırılan bu metodun anatomik ve fizyolojik olarak, maksimal levator rezeksiyonuna üstün olduğunu belirtmişlerdir. Aslında yüksek levator rezeksiyonu yapılan ameliyatlarda, kalan fibrotik levator kası da bir askı görevi görmektedir.

Sonuç olarak levator rezeksiyonu çeşitli avantajları nedeniyle hafif ve orta ptosislerde tercih edilmelidir. Levator fonksiyonunun zayıf olduğu ptosis olgularında ise hastanın durumuna göre karar verilmelidir. Hasta küçük yaş grubunda çocuk ise, reaksiyon yapmayan materyelle (3/0 prolen sütür vb.) geçici frontal askı yöntemi uygun olur yaş ilerlediği zaman ameliyat yöntemi yeniden değerlendirilir. 12-15 yaş sonrası, zayıf levator fonksiyonu olan hasta grubunda cerrahin seçimine göre önce levator rezeksiyonu veya frontale askı uygulanabilir. Bizim tercihimiz hastanın levator rezeksiyonu şansını kullanma yönündedir, ameliyat başarılı olursa birçok avantajı vardır, başarısız olduğunda takdirde

ikinci bir levator rezeksiyonu veya frontale askı yöntemi uygulanabilir.

KAYNAKLAR

1. Beard C. Ptozis, 2. ed. St Louis, CV Mosby Co 1976.
2. Bilge AH, Yıldırım E, Coşkun B, Sobası G. Konjenital ptosislerde levator adale fibrozisinin cerrahi tedavi sonuçlarına etkisi. Türk Oft Gaz. 1989; 19: 327-34.
3. Leone CR. Plastic surgery. In: Spaeth GL, editor. Ophthalmic surg. Philadelphia: Saunders, 1982: 679-86.
4. Mauriello JA, Wagner RS, Caputo AR, Natale B, Lister M. Treatment of congenital ptosis by maximal levator resection. Ophthalmology 1986; 93: 466-9.
5. Stallard HB. Eye surgery. 6. ed. Bristol J Wright and sons, 1980:169-70.
6. Burns JA. Transcutaneous levator resection. In: Davidorf FH, editor. Atlas of eye surgery. Ohio: ACC Pub., 1978: 196-203.
7. Maden A, Özcan Y, Özyurt Ş, Güneç Ü, Çingil G. Ptozide cerrahi sonuçları, 21. Türk Ulusal Oftalmoloji kongre kitabı, izmir: 1987:1014-17.
8. Berlin AJ, Vestal KP. Levator aponeurosis surgery. Ophthalmology 1989; 96:1033-37.
9. Carraway JH, Vincent MP. Levator advancement technique for eyelid ptosis. Plastic and Recons. Surg. 1986; 77: 394-401.
10. Hylkema HA, Koornneef L. Treatment of ptosis by levator resection with adjustable sutures via the anterior approach. Bri. J Ophthalmol. 1989; 73: 416-8.
11. Epstein G, Putterman MA. Acquired blepharoptosis secondary to contact lens wear. Am J Ophthalmol, 1981; 91: 634-9.
12. Paris GL, Quicker MH. Disinsertion of the aponeurosis of the levator palpebra superioris muscle after cataract extraction. Am J Ophthalmol. 1976; 81:337-40.
13. Gladstone GJ, Putterman MA. Internal vertical shortening for the correction of diffuse or segmental postoperative blepharoptosis. Am J Ophthalmol. 1985; 99: 429-35.
14. Anderson RL, Jordan OR, Outton JJ. Whitnall's sling for poor function ptosis. Arch Ophthalmol. 1990; 108: 1628-32.
15. Spoor TC, Kwitko GM. Blepharoptosis repair by fascia lata suspensbn with direct tarsal and frontalis fixation. Am J Ophthalmol. 1990; 109: 314-7.
16. Downes RN, Collin JRO. The mersilene mesh ptosis sling. Eye 1990; 4: 456-63.
17. Irkeç M, Erdener U. Ptozis ameliyat sonuçları. Türk Oft. Gaz. 1984; 14: 148-57.
18. Öztürk Y, Gülecek O, Öge Y. Konjenital ptosis cerrahisinde yeni modifiye bir metod. Türk Oft. Gaz. 1988; 18: 400-4.
19. Fasanella RM, Servat J. Levator resection for minimal ptosis. Another simplified operation. Arch Ophthalmol. 1981;65: 493.
20. Yalaz M. Ptozis cerrahisinde yenilikler. Türk Oft. Gaz. 1991;21:423-8.
21. King JH. An atlas of ophthalmic surgery. 3. baskı. Philadelphia: JBLippincot, 1981; 164071.