

Erişkin Blefaroptozisinde Levator Aponöroz İlerletme Cerrahisinin Sonuçları

The Results of Levator Aponeurosis Advancement Surgery in Adults Blepharoptosis

Dr. Osman Melih CEYLAN,^a
Dr. Yusuf UYSAL,^b
Dr. Cüneyt ERDURMAN,^b
Dr. H. İbrahim ALTINSOY^b

^aGöz Hastalıkları Servisi,
Mareşal Çakmak Asker Hastanesi,
ERZURUM

^bGöz Hastalıkları AD, GATA, ANKARA

Geliş Tarihi/Received: 18.04.2007
Kabul Tarihi/Accepted: 22.09.2008

Çalışma 40 Türk Oftalmoloji Derneği
Ulusal Kongresinde poster olarak
sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Osman Melih CEYLAN
Mareşal Çakmak Asker Hastanesi,
Göz Hastalıkları Servisi, ERZURUM

ÖZET Amaç: Blefaroptozisli erişkin hastalarda levator aponöroz ilerletme cerrahisinin sonuçlarını değerlendirmek. **Yöntem:** Çalışmamız Kasım-2004 ile Mayıs-2006 tarihleri arasında levator aponöroz ilerletme cerrahisi uygulanan 28 hastaya ait 30 gözü kapsamaktadır. Ameliyattan sonra tam düzelme sağlanan veya 1 mm veya daha az rezidüel pitozisi bulunan olgularda ameliyat sonucu başarılı olarak kabul edildi. **Bulgular:** Ameliyattan önce levator kas fonksiyonu ortalama 10.8 mm (5-15 mm), kapak aralığı ortalama 7,1 mm (5-9 mm) ve pitozis miktarı 3,3 mm (2-5 mm) idi. Yirmi iki (%73) gözde ilk ameliyattan sonra, 1mm veya daha az farkla, hedeflenen kapak yüksekliği elde edildi. İyi düzeyde levator fonksiyonu olan 4 (%13) gözde, ikincil aponöroz kısaltma işleminden sonra yeterli düzelme sağlandı. Sonuç olarak, birincil ve ikincil aponöroz ilerletme işleminden sonra, toplam 26 (%87) gözde başarılı sonuç elde edildi. Ameliyatın başarısız olduğu 4 (%13) gözde levator kas fonksiyonu orta derecedeydi. Ameliyattan sonra izlem süresi 3 ile 6 ay arasında değişti (ortalama, 3.6 ay). **Sonuçlar:** Bu çalışma levator fonksiyonu iyi olduğu pitozisli hastalarda aponöroz cerrahisiyle başarılı sonuçlar elde edilebileceğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Kapak düşüklüğü, erişkin, levator kası aponöroz

ABSTRACT Objective: To evaluate the results of levator aponeurosis surgery in the treatment of blepharoptosis. **Method:** 30 eyelids of 28 patients who had undergone levator advancement surgery between November 2004-May 2006 were included in this study. Postoperative full correction or 1 mm of residual ptosis is considered as successful. **Results:** Follow-up period was between 3-6 (average: 3.6) months. We determined that preoperative levator muscle function was on the average 10.8 mm (5-15 mm), lid opening 7.1 mm, amount of ptosis 3.3 mm (2-5 mm). Reoperation was performed in 4 (13%) eyes with good levator function because of undercorrection. As a result, 26 (87%) of the eyelids were corrected successfully, 4 (13%) were undercorrected. **Conclusion:** In our study, successful surgical results were obtained in cases with levator function \geq higher than 8 mm.

Key Words: Blepharoptosis, adult, levator muscle aponeurosis

Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2008;17(4):223-6

Blefaroptozis tedavisinde, seçilecek cerrahi yöntem pitozisin miktarı, nedeni ve levator fonksiyonuna bağlı olarak değişmektedir.¹ Aponöroz cerrahisi levator fonksiyonu orta ve iyi olan hastalarda, askılama yöntemleri ise levator fonksiyonu zayıf olan hastalarda tercih edilmektedir.² Aponöroz cerrahisini ilk kez Jones ve ark. 1975 yılında uygulamışlardır.³ Aponöroz cerrahisi, yetişkin hastalarda lokal anestezi ile uygulanabilirliği sayesinde intraoperatif olarak üst göz kapağı yüksekliğinin ayarlanmasına imkan tanımaktadır.⁴

Çalışmamızda orta, iyi ve çok iyi derecede levator kas fonksiyonuna sahip olan 28 hastanın 30 gözüne uygulanan levator aponöroz ilerletme cerrahisi sonuçları sunulmuştur.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Kliniğimizde Kasım-2004 ile Mayıs-2006 tarihleri arasında blefaroptozis nedeni ile levator aponöroz ilerletme cerrahisi uygulanan 28 erkek hastanın 30 gözüne ait kayıtlar retrospektif olarak incelendi. Hastaların operasyon öncesinde tam oftalmolojik ve sistemik muayeneleri yapılarak, “bilgilendirilmiş olur” belgesi düzenlendi. Çalışma “Helsinki Deklerasyonu” çerçevesinde yürütüldü.

Ameliyat öncesi levator fonksiyonu değerlendirilirken, kaşlara parmakla baskı yapılarak frontal kasın etkisi ortadan kaldırıldı. Gözlerin aşağı bakış pozisyonundan yukarı bakış pozisyonuna geçerken üst göz kapağının kat ettiği mesafe “levator fonksiyonu” olarak kabul edildi. Ölçülen levator fonksiyonu 0-4 mm ise kötü, 5-7 mm ise orta, 8-9 mm ise iyi, ≥ 10 mm ve üzerinde ise çok iyi olarak değerlendirildi.⁵ Olguların tümü ameliyat öncesi (Resim 1) ve sonrası (Resim 2) üst kapak seviyesini yansıtır tarzda resimlenerek, tüm operasyonlar aynı cerrah tarafından yapıldı. Cerrahi girişim lokal anestezi altında, kapak kenarından 8-10 mm mesafeden, diğer gözün üst kapak çizgisi mesafesi de göz önüne alınarak kalemle işaretlendi. Lokal anestezi için 1 ml adrenalinli lidokain HCl kullanıldı. Cilt kesisi uy-



RESİM 1: Yirmi bir yaşında konjenital pitozisli hastanın levator aponevroz ilerletme ameliyatından önceki görünümü.



RESİM 2: Aynı olgunun ameliyat sonrası 6. ay görünümü.

gulandıktan sonra cilt altı dokular sırası ile diseke edilerek orbital septuma ulaşıldı. Preaponevrotik yağ dokusunun fıtıklaştığı alandan orbital septum geçilerek yağ dokusuna ulaşıldı. Orbital yağ dokusu aponöroz üzerinden yukarı sıyrıldı. Aponöroz alt kenarı, tars ön yüzünden ve Müller kasından ayrılıp Whitnall ligamanına doğru diseke edildi. Levator aponörozu ilerletilerek tarsın 1/3 üst kısmına 6/0 poliglaktin ile sütüre edildi. İlk sütür geçici olarak primer bakış pozisyonunda pupillanın nazal kenarının tars üzerindeki izdüşümüne tespit edildi. Kapağı kapatan orbikülaris kasının lokal anestezi etkisinde olduğu göz önüne alınarak, kapak düzeyi normal göze göre yaklaşık 1.5 mm daha yüksekte kalacak şekilde ayarlandı. Gerektiğinde geçici sütür açılarak, kaldırma miktarı sütürün daha aşağı veya yukarıdan geçirilmesi ile tekrar ayarlandı. İlk sütürün 5-6 mm medial ve lateraline aynı şekilde birer adet daha sütür konulup kapak kontürü ayarlandı. İyi bir cilt kıvrımı oluşturmak için, 6/0 poliglaktin ile aponöroz-cilt altı sütürasyonu uygulandı. Cilt 6/0 ipek ya da 6/0 prolen ile kapatıldı. Ödem ve ekimozu azaltmak için, ameliyat sonrası ilk gün her saat 15 dakika süren buz uygulaması yapıldı. Ameliyatın ilk günlerinde, lagofalminin tolere edilebilmesi için antibiyotikli göz pomadı verildi. Hastalar ameliyat sonrası birinci hafta, birinci ay, üçüncü ay, ve altıncı ayda kontrollere çağrıldı. Kapak sütürleri yedinci günde alındı. Olguların son kontrollerine göre başarı oranları tespit edildi. Blefaroptozis olgularında, postoperatif değerlendirmede tam dü-

zelme sağlanan olgularla, ≤ 1 mm rezidüel pitozisi bulunanlar başarılı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Blefaroptozis 28 (%93) gözde konjenital, 2 (%7) gözde ise travmatikti. Olguların %33'de sol gözde, %47'sinde ise sağ gözde pitozis vardı. Hastaların hepsi erkekti ve yaş ortalaması 23 ± 0.6 yıldır. Levator fonksiyonu 5-15 mm (ortalama:10.8 mm) arasındaydı levator işlevi 16 gözde iyi, 10 gözde çok iyi ve 4 gözde orta olarak derecelendirildi.

Levator aponöroz cerrahisinden sonra 30 gözden 22 (%73)'sinde hedef kapak yüksekliği elde edildi. Sekiz (%27) gözde ise ameliyat sonuç başarısız oldu. Bu gözlerden 4'ü orta, 4'ü de iyi derecede levator kas fonksiyonuna sahipti. Levator fonksiyonu iyi düzeyde olan 4 (%13) gözkapığına, rezidüel pitozis nedeniyle ikinci kez aponöroz rezeksiyonu yapıldı. Bu olguların tümünde başarılı bir sonuç elde edildi. Birinci ameliyat sonrası levator fonksiyonu iyi düzeyde olan 12 gözde ve çok iyi düzeyde olan 10 gözde başarılı sonuçlar alındı. Birinci ve ikinci ameliyatlardan sonra 30 gözden 26 (%87)'sında cerrahi sonuç başarılı, 4 (%13) gözde ise başarısız olarak değerlendirildi. Postoperatif kapak ödeminin birinci hafta sonunda tamamen düzeldiği görüldü.

TARTIŞMA

Levator aponöroz cerrahisi, eksternal yaklaşımla uygulanmaktadır. Bu cerrahinin avantajları müller kasının kesilmemesi, disseksiyon ile eksizyonun daha kolay yapılabilmesi ve üst kapak çizgisinin yeniden oluşturulmasıdır. Erişkin yaş hastalara kolaylıkla lokal anestezi uygulanabilirliği sayesinde, üst göz kapağı yüksekliği intraoperatif olarak ayarlanmaktadır. Bu sayede daha doğru postoperatif kapak yüksekliği sağlanmaktadır.^{6,7} Blefaroptozisin tedavisinde ve başarısında levator fonksiyonu, ptozisin miktarı ve türü de önemlidir.

Berlin ve Vestal'a ait çalışmada, sonucu etkileyen en önemli etkenin pitozis miktarı olduğu belirtilmiştir.² Özay ve ark., farklı pitozis türleri olan 21 hastanın 24 gözüne cilt yaklaşımıyla aponöroz cerrahisi uygulamışlardır. Yazarlar, aponevrotik pitozis olan olgularda %93 başarılı, %7 tatminkar; miyojenik ptozis de %75 başarılı, %13 tatminkar ve %13 başarısız; nörojenik pitozisi olan bir olguda da başarılı sonuç elde ettiklerini belirtmişlerdir.⁸ Hoşal ve ark., %78'lik başarı oranını revizyon sonrası %89'a çıkarmışlardır.⁹ Older ve ark., aponevrotik pitozisli 113 gözdeki başarı oranını %95 olarak bildirmişlerdir.¹⁰ Shore ve ark., konjenital pitozisli 37 gözün %73'ünde, aponevrotik ptozisli 116 gözün %93'ünde başarılı olmuşlardır.¹¹ Ünal ve ark., 74 pitozisli hastada %85 oranında başarı elde etmişlerdir.¹² Bizim çalışmamızda, erken dönemde 30 gözün 22 (%73)'sinde başarılı sonuç, 8 (%26)'inde başarısız sonuç elde edilmiştir. Levator fonksiyonu orta düzeyde olan 4 (%13) göze cerrahi sırasında Whittnal ligamentinin hemen önündeki düzeyden geçildiğinden revizyon uygulanmadı. Postoperatif başarısız sonuç alınan levator fonksiyonu iyi düzeyde olan 4 (%13) göze revizyon uygulanarak, revizyon sonrası tüm gözlerde başarılı sonuç alınmıştır.

Sonuç olarak; %87 gözde başarı, %13'ünde başarısız bir sonuç alınmıştır. Orta düzeyde levator fonksiyonu olanlarda, levator aponöroz ilerletme cerrahisi ile pitozis miktarı azalmasına rağmen yeterli düzelme elde edilememiştir. Bu sonuçlar göstermektedir ki, levator fonksiyonu iyi ve çok iyi derecede olan hastalarda, levator aponöroz ilerletme cerrahisi sonuçları yüz güldürücüdür. Komşu dokulara zarar vermemesi, gerektiğinde geri döndürülebilir olması, intraoperatif kapak yüksekliğinin ayarlanabilmesi, cerrahi müdahalenin kısa sürmesi ve yetersiz düzeltme gibi sık görülen komplikasyon oranlarının oldukça düşük olması bu cerrahinin avantajları olarak sayılabilir.^{13,14}

Sonuç olarak; levator aponöroz ilerletme cerrahisi etkin ve güvenle uygulanabilir bir yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. Leone CR Jr, Shore JW. The management of the ptosis patient: Part I. *Ophthalmic Surg* 1985;16:666-70.
2. Berlin AJ, Vestal KP. Levator aponeurosis surgery. A retrospective review. *Ophthalmology* 1989;96:1033-6.
3. Jones LT, Quickert MH, Wobig JL. The cure of ptosis by aponeurotic repair. *Arch Ophthalmol* 1975;93:629-34.
4. Jordan DR, Anderson RL. The aponeurotic approach to congenital ptosis. *Ophthalmic Surg* 1990;21:237-44.
5. Banaz A, Arslan MO. Ptozis cerrahisinde levator fonksiyonunun yeri. *T Oft Gaz* 2001;31:159-65.
6. Mauriello JA, Wagner RS, Caputo AR, Natale B, Lister M. Treatment of congenital ptosis by maximal levator resection. *Ophthalmology* 1986;93:466-9.
7. Çakmak S, Ünlü K, Çaça İ, Bilek B. Konjenital ptozisde levator rezeksiyonunda anterior yaklaşım. *Dicle Tıp Dergisi* 2004;31:1-4.
8. Özay S, Ersoy G, Önder F. Blefaroptozisli olgularımızda levator aponevroz cerrahisi sonuçlarımız. *T Oft Gaz* 2002;32:809-18.
9. Hoşal BM, Tekeli O, Gürsel E. Ptozis tedavisinde levator aponevroz cerrahisi. *MN Oftalmoloji* 1998;5:72-5.
10. Older JJ. Levator aponeurosis surgery for the correction of acquired ptosis. *Analysis of 113 procedures. Ophthalmology* 1983;90:1056-9.
11. Shore JW, Bergin DJ, Garrett SN. Results of blepharoptosis surgery with early postoperative adjustment. *Ophthalmology* 1990;97:1502-11.
12. Ünal M, Konuk O, Köksal M, Hasanreisioğlu B. Ptozisli olgunun değerlendirilmesinde ve cerrahinin seçiminde etiyolojik sınıflamanın önemi. *MN Oftalmoloji* 1998;5:375-77.
13. Ünal M. Levator aponevroz cerrahisi. *Türkiye Klinikleri J Ophthalmol* 1997;6:98-105.
14. Özdal PÇ, Göka Ş, Teke MY, Fırat E. [Levator Surgery In The Treatment Of Ptosis] *Türkiye Klinikleri J Ophthalmol* 2001;10:139-45.