

# Ptoziste Fasia Lata ile Frontal Askı Uygulamalarının Kozmetik ve İşlevsel Açıdan Geç Dönem Değerlendirilmesi

Ahmet MADEN\*, Meltem Fatma SÖYLEV\*\*

## ÖZET

*Ptozis nedeniyle otojen fasla lata kullanılarak frontal askı ameliyatı yapılan 12 olgunun 20 gözü postoperatif geç dönemde incelendi. Bir olguda postoperatif erken dönemde gelişen ve tarsorafi ile tedavi edilen lagoftalmik keratitin hastanın görme keskinliğini etkilemeden düzeldiği görüldü; bir olguda ise fasyanın frontal kasa tespit yerinde gelişen granülomun medikal tedavi ile gerilediği saptandı. Tüm olgularda cerrahinin kaçınılmaz sonuçları olan aşağı bakışta üst kapağın izleyemeyişi ve yukarı bakışta ptozis mevcuttu; ancak kozmetik sonuçtan hastaların tümünün memnun oldukları görüldü. Bu cerrahi yöntemin işlevsel açıdan önemli bir soruna yol açmayan ve kozmetik yönden tatmin edici sonuçları olan bir işlem olduğu sonucuna varıldı.*

Anahtar Kelimeler: Frontal askı, Otojen fasia lata, Ptozis

T Klin Oftalmoloji 1996, 5:28-31

## SUMMARY

**PTOSIS: LONG-TERM COSMETIC AND FUNCTIONAL RESULTS OF TREATMENT USING AUTOGENOUS FASCIA LATA FOR FRONTALIS SUSPENSION**

*The long term results of autogenous fascia lata sling for the correction of ptosis in 20 eyes of 12 patients were evaluated. Exposure keratitis in the early postoperative period which was treated with tarsorrhaphy healed without any visual disruption in one patient and granuloma in the incision site where fascia lata is fixated to the frontalis muscle in another patient are the only complications observed. Although the expected sequales such as lid lag on downgaze and ptosis on upgaze were seen in all patients; the patients were satisfied with the cosmetic result. It is concluded that the cosmetic and functional results of frontalis suspension with autogenous fascia lata are satisfactory.*

Key Words: Autogenous fascia lata, Frontalis suspension, Ptozis

T Klin J Ophthalmol 1996, 5:28-31

## Giriş

Levator işlevinin zayıf olduğu ptozis olgularında önerilen cerrahi tedavi yöntemi kapağı frontal kasa asma girişimidir (1-6). Askı materyali olarak çok çeşitli maddeler (sentetik suture materyalleri, silikon, saklanmış

sklara, saklanmış fasia lata, mersilen ağ gibi) denenmişse de komplikasyonlarının azlığı ve geç dönem sonuçlarının yüz güldürücü oluşu nedeniyle otojen fasia lata günümüzde en uygun askı materyali olarak kabul edilmektedir (1-7).

Bu çalışmada Morax ve Benia'nın (8) tarif ettikleri yöntem kullanılarak yapılan otojen fasia lata ile frontal askı ameliyatının geç dönem komplikasyonları, işlevsel ve kozmetik sonuçları incelendi.

## Gereç ve Yöntem

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları ABD'nde 1989-1995 yılları arasında ptozis nede-

•Geliş Tarihi: 25.10.1995

\* Doç. Dr. Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fakültesi Göz Hast. ABD,

\*\* Öğr.Gör.Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fakültesi Göz Hast. ABD, İZMİR

Yazışma Adresi: Meltem Fatma SÖYLEV  
Erkan sok. Orko Sitesi No:5/12  
Naridere, İZMİR

XXIX. Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresinde sunulmuştur.

PTOZİSDE FASİA LATA İLE FRONTAL ASKI UYGULAMALARININ KOZMETİK VE İŞLEVSEL AÇIDAN GEÇ DÖNEM DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo Olguların tanılarına göre dağılımı

Tanı	Olgu Sayısı	Opere edilen kapak sayısı
Konjenital		
Unilateral	4	4
Bilateral	4	8
Blefarofimozis sendromu	3	6
KPEO*	1	2
<b>Toplam</b>	<b>12</b>	<b>20</b>

\*:Kronik progresif eksternal oftal mopleji

niyle otojen fasia lata ile frontal askı ameliyatı yapılan ikisi kadın, onu erkek toplam 12 olgunun 20 gözü çalışma kapsamına alındı. Tüm olgular tek bir cerrah (AM) tarafından opere edildi. Olgular etyoloji, diğer oküler bulgular ve varsa daha önce ptosis nedeniyle uygulanmış cerrahi girişimler açısından retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların tümü kliniğe davet edilerek sübjektif yakınmaları açısından sorgulanıp, detaylı oküler incelemeleri yapıldı. Ulaşılamayan 4 hastanın dosyalarındaki son bulguları değerlendirmede esas alındı.

Primer pozisyonda iki göz arasında  $\pm 1$ mm'nin altındaki fark kozmetik olarak başarılı kabul edildi.

### Cerrahi Teknik

Genel anestezi altında açık diseksiyonla alınan fasia lata bantı 2-3 mm. genişliğinde şeritlere ayrıldı. Kapak kıvrımına uyan bölgeden insizyon yapıp diseksiyonla tars ön yüzüne ulaşıldı. Fasial bant tars üst kenarına düzgün ve simetrik şekilde suture edildi. Daha sonra kaşın hemen üzerinde yapılan küçük insizyonlardan Wright iğnesi ile fasial bantın uçları yukarı çekildi. Her iki insizyonun ortasında ve kaşın yaklaşık bir cm. üzerinde yapılan bir insizyondan yukarı çekilen iki uç uygun gerginlikte birbirine bağlanıp kapak aralığı cerrahi sırasında test edildikten sonra prolen bir suture derin olarak frontal kasa tesbit edildi. Kapak kıvrımı

oluşturmak amacıyla kapaktaki insizyon kapatılırken tars üst kenarından da geçildi. Alt kapağa "frost" suture konularak postoperatif ilk 48 saatlik dönemde korneanın açık kalması önlendi.

### Sonuçlar

Olguların yaşları 3-51 arasında değişmekte olup ortalama 19.3 idi.

Olguların tamlarına göre dağılımları ve opere edilen kapak sayısı tabloda görülmektedir. 3'ü unilateral, biri bilateral konjenital ptosisli 4 olgunun 5(%26.3) göz kapağına ptosis nedeniyle daha önce cerrahi girişim uygulanmış olduğu görüldü. Bu olgulardan unilateral konjenital ptosisli bir olgunun daha önce bizim kliniğimizde maksimal levator rezeksiyonu, kalan 3 olgunun ise başka kliniklerde çeşitli girişimler geçirmiş oldukları görüldü.

Frontal askı ile birlikte aynı seansta 3 blefarofimozis sendromlu olguya epikantoplasti, ekzotropiyası olan bir olguya da bilateral lateral rektus geriletmesi yapıldı.

Tüm olgularda levator fonksiyonu 5 mm.'nin altında idi.

Frontal askı sonrası izlem süresi 5 ile 77 ay arasında değişmekte olup ortalama 29.1 aydı.

Olguların tümünde girişim öncesi çene yukarda olacak şekilde baş pozisyonu olduğu ve bunun postoperatif dönemde tamamen düzeldiği gözlemlendi.

Preoperatif değerlendirmede blefarofimozisli bir, konjenital ptosisli bir ve kronik progresif eksternal oftalmopleji (KPEO) bir olguda Bell fenomeninin olmadığı saptanıp; hipokorreksiyon amaçlanarak cerrahi düzeltme üst göz kapağı pupil üst kenarına gelecek şekilde uygulandı.

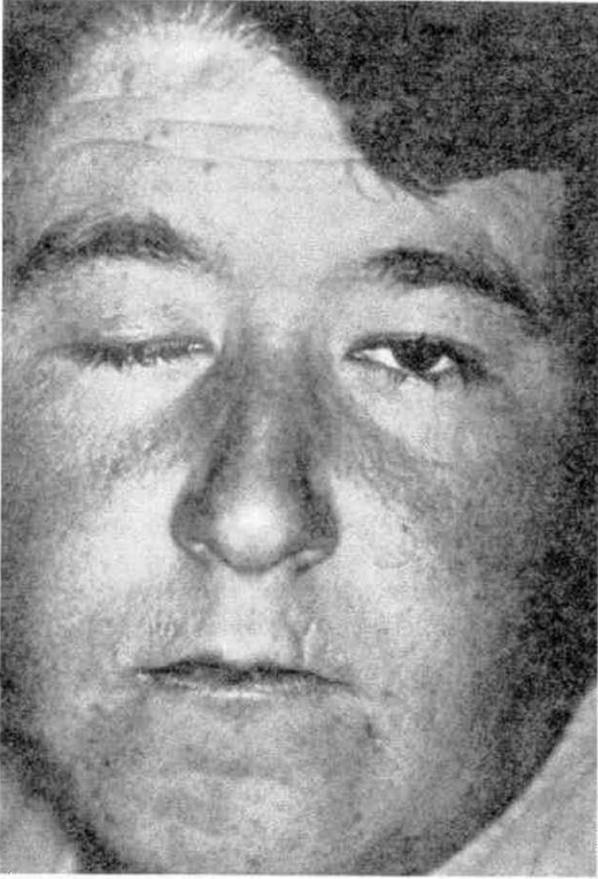
Olguların tümünde erken postoperatif dönemde lagofthalmus olduğu saptandı. Tek taraflı konjenital ptosisli bir olguda postoperatif erken dönemde lagofthalmik keratit gözlemlendi ve geçici tarsorafi uygulandı. Bu olguda askıya dokunulmadan keratit tamamen düzeldi ve hastanın görme keskinliği etkilenmedi. Opere edilen 20



Şekil 1. Aşağı bakışta üst kapağın izleyemeyişi.



Şekil 2. Yukarı bakışta minimal ptosis.



Şekil 3. Ünilateral konjenital ptosisii bir olgunun preoperatif görünümü.

gözden 1 Tinde son kontrolde kornea ait 1/3'ünde noktasal boyanma görüldü. Bir olguda da fasiası latanın proton sütünle frontal kasa tesbit edildiği yerde granülom gelişti ve medikal tedavi ile geriledi

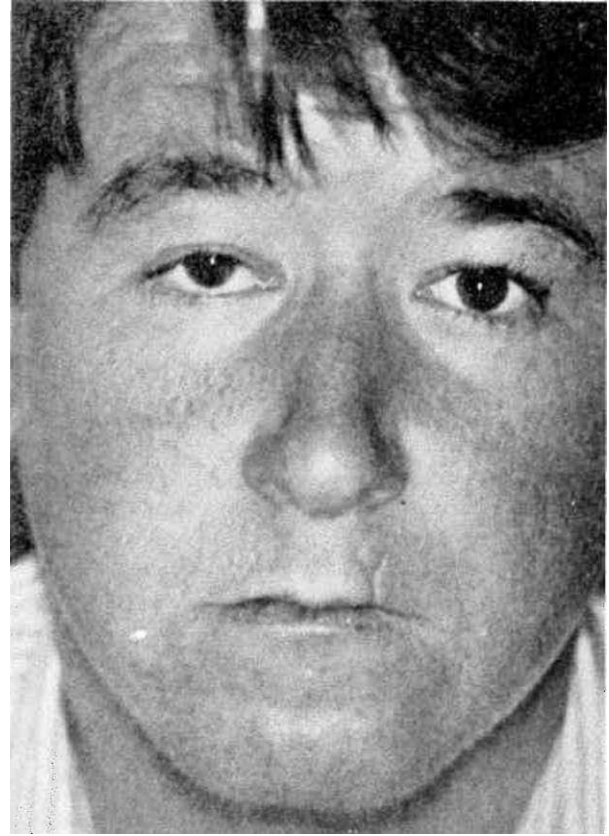
Olguların hiçbirisinde kapak kontur defektine, entropion veya ektropion rastlanmadı. Üst kapak çizgisinin opere edilen gözlerden 12 tanesinde simetrik olarak oluşturulabildiği gözlemlendi.

Tüm olgularda aşağı bakışta üst kapağın izleyemeyişi ve yukarı bakışta ptosis mevcuttu (Şekil 1,2).

Primer pozisyonda her 2 göz arasındaki kapak aralıkları arasındaki farkın 0.5-1.0 mm. arasında değiştiği saptandı. Kapak aralıkları arasındaki bu farklar hiçbir olgunun sübjektif değerlendirmesinde kozmetik açıdan sorun yaratacak düzeyde bulunmadı ve tüm olguların sonuçtan mutlu olduğu saptandı (Şekil 3.4). Olguların hiçbirisinde ptosis tekrarlamadı.

#### Tartışma

İdeal bir ptosis cerrahisi sonrası "her iki göz kapağında herhangi bir deformasyon olmaksızın tüm bakış yönlerinde tam bir simetri sağlanmalıdır. Ayrıca normal senkron kırpm hareketleri ile simetrik ve normal



Şekil 4. Şekil 3'eki olgunun postoperatif dönemde primer pozisyondaki fotoğrafı görülmektedir.

konturlu kapak kıvrımları olmalıdır. Uykuda kapaklar tam olarak kapanmalıdır. Levator aponevroz tamiri ve Fasanella-Servat ameliyatlarında bu sonuca daha kolay ulaşılabilmektedir (9). Ancak levator fonksiyonunun zayıf, ptosisin fazla olduğu olgularda yapılan levator rezeksiyonu ve frontal askı ameliyatlarında bu ideal sonuca ulaşılamayacağı baştan göze alınmaktadır. Frontal askı ameliyatının kaçınılmaz sekelleri aşağı bakışta üst kapağın izleyemeyişi, yukarı bakışta ptosis ve değişen derecelerde lagoftalmustur (9-11). Biz de olgularımızın tümünde bu komplikasyonlarla karşılaştık. Hastaların preoperatif tanıları ve Bell fenomeninin var olup olmayışı dikkate alınarak cerrahi düzeltme miktarının ona göre ayarlanması ile olgularımızda lagoftalmusa bağlı ciddi kalıcı kornea komplikasyonları görülmemiştir. Bir olguda görülen keratit geçici farsorafi ile sekelsiz düzelme göstermiştir.

Frontal askı gerektiren tek taraflı ptosis olgularında özellikle aşağı bakışta simetrinin sağlanması için pek çok yazar cerrahinin bilateral uygulanmasını önermektedir (7,12). Ancak, aşağı bakışta simetriyi sağlamak için tamamen normal olan tarafı çeşitli cerrahi risklere ve bu cerrahinin kaçınılmaz komplikasyonlarına maruz bırakmak hem hekim hem de hasta tarafından kolay

**PTOZİSDE FASİA LATA İLE FONTAL ASKI UYGULAMALARININ KOZMETİK VE İŞLEVSEL AÇIDAN GEÇ DÖNEM DEĞERLENDİRİLMESİ**

kabul edilebilir bir çözüm değildir. Bu nedenle tek taraflı olgularda tek taraflı cerrahiye yeğledik. Asimetriyi önlemek için iki taraflı cerrahinin önerildiği olguların tümünün de bu öneriye sıcak bakmadığı gözlemlendi

Otojen fasla lata dışındaki çeşitli materyallerle yapılan askı ameliyatlarında yüksek oranlarda bildirilen ptozis nüksü, enfeksiyon ve granülom gibi komplikasyonlar otojen fasla lata kullanıldığında nadir olarak görülmektedir (1,4-7). Bu çalışmada da sadece bir olguda fasiadan daha çok prolen suture bağlı olarak geliştiğini düşündüğümüz granülom dışında askı materyalinden kaynaklanan bir komplikasyon gözlenmedi.

Bu çalışma, fasla lata ile frontal askı yöntemiyle yapılan ptozis cerrahisinin işlevsel açıdan önemli bir soruna yol açmayan, kozmetik yönden sonuçları olumlu ve postoperatif komplikasyonları az olan bir teknik olduğunu göstermiştir. Bu nedenle otojen fasla latanın elde edilmesinin güç olduğu çok küçük çocuklar dışında tercih edilmesi gereken askı materyali olduğu düşünülmüştür.

### **Kaynaklar**

1. Maden A. Oküloplastik cerrahi. Özden ofset, İzmir, 1995:189-220.
2. Waller RR, McCord CD, Tanenbaum M. Evaluation and management of the ptosis patient, İn. Oculoplastic Surgery McCord CD, Jr., Tanenbaum M eds. Raven Press, New York, 1987:325-75.
3. Collin JRO. A manual of systematic eyelid surgery. Churchill Livingstone, London, 1986;39-74.
4. Yalaz M. Ptozis cerrahisinde yenilikler. T Oft Gaz 1991;21:423-8.
5. Erdener U, Irkeç M. Fasia iatalı ptozis cerrahisi sonuçları, Haznedaroğlu G, Andaç K, Erbakan G ve ark. (Ed.ler) XXI. Ulus Türk Oft Kong Bült (1987), Cilt II İzmir Karınca Matbaacılık 1988;1010-13.
6. Mirzataş Ç. Askılı ptozis ameliyatı yöntemleri, Çzçetin H, Sarıçoğlu A. (Ed.ler) XV. Ulus Türk Oft Kong (1981) Bursa Uludağ Üni Basımevi, 1983;! 19-26.
7. Wagner RS, Mauriello JA, Nelson LB, Calhoun JH, Flanagan JC, Harley RD. Treatment of congenital ptosis with frontalis suspension. A comparison of suspensory materials. Ophthalmology 1984;91:245-8.
8. Morax S, Benia L. La suspenison de la paupiere au muscle frontal dans la chirurgie du ptosis. Technique et indications. J Fr Ophthalmol 1986;9:461-70.
9. Beyer-Machule CK. Congenital ptosis ana complications of ptosis surgery. Plast Reconstr Surg 1988,81.789-99
10. Fox SA. Complications of frontalis sling surgery. Am J Ophthalmol 1967;63:758-62,
11. Bilgin LK. Konjenital ptozide cerrahi yaklaşım, XXV. Ulus Türk at Kong Bült (1991), Cilt il İstanbul 1991:313-5.
12. Crawford JS, iff CE, Stasiar OG. Symposium on congenital ptosis. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1982;19:245-58.