

Senil Entropion'da Güncel Cerrahi Tedavi; Alt Kapak Retraktör Tamiri ve Horizontal Kapak Kısaltması

THE MOST UP-TO-DATE SURGICAL TREATMENT OF SENILE ENTROPION: LOWER LID RETRACTOR REPAIR AND HORIZONTAL LID SHORTENING

Akın BANAZ*, M.Okan ARSLAN**

* Uzm.Dr., SSK Okmeydanı Eğitim Hastanesi Göz Kliniği, Oküloplastik, Orbital ve Lakrimal Cerrahi Bölümü, Başasist.,

** Uzm.Dr., SSK Okmeydanı Eğitim Hastanesi Göz Kliniği, Oküloplastik, Orbital ve Lakrimal Cerrahi Bölümü, Klinik Şefi, İSTANBUL

Özet

Amaç: Senil entropionlu olgulara uygulanan yalnızca alt kapak retractor tamiri ile alt kapak retractor tamiri ve horizontal kapak kısaltmasının sonuçlarını incelemek ve etkinliklerini karşılaştırmak.

Gereç ve Yöntem: 10 olguya yalnızca alt kapak retractor tamiri (grup 1) ve 10 olguya alt kapak retractor tamiri ve tarsal strip yöntemiyle horizontal kapak kısaltması uygulanmıştır. Her iki grupta takip süresi 12-24 ay (ortalama 18 ay)'dır.

Bulgular: Birinci grupta 1 olguda (%10) skleral açıklık oluşmuş ve diğer bir olguda da (%10) entropion, ameliyat sonrası 5.ayda nüks etmiştir. İkinci grupta ise herhangi bir komplikasyon ya da nüks ile karşılaşılmamıştır.

Sonuç: Senil entropionun cerrahi tedavisinde başarılı sonuç için alt kapak retractor tamiri uygulandığında horizontal kapak kısaltması da yapılmalıdır. Aksi halde gözkapagında entropion ya da entropionun nüks etmesi gibi komplikasyonlar ile karşılaşılabılır.

Anahtar Kelimeler: Senil entropion, Alt kapak retractor tamiri, Horizontal kapak kısaltması

T Klin Oftalmoloji 2000, 9:189-192

Summary

Purpose: Involutional entropion of the lower eyelid is mostly seen in the older generation. A permanent and successful surgical treatment of entropion highly depends on the level of correction of anatomical defects which causes entropion. Horizontal eyelid laxity and disinsertion of eyelid retractors are the main reasons of involutional entropion. Repair of lower lid retractors alone and with horizontal lid shortening for senile entropion were compared and results were presented.

Methods: 10 patients were treated with lower eyelid retractors repair alone (group 1) and 10 patients were treated with repair of lower eyelid retractors and horizontal eyelid shortening (group 2). In both groups, the follow-up period was between 12 and 24 months (average 18 months).

Results: Scleral show was observed in 1 of the 10 cases (%10) in the first group and entropion recurred in another patient (%10) in the fifth month following the operation. On the other hand in the second group, no recurrences or eyelid malpositions were observed.

Conclusion: Repair of lower eyelid retractors and horizontal eyelid shortening give permanent and successful results. Besides it prevents any other possible eyelid malpositions such as persistent entropion.

Key Words: Involutional entropion, Repair of lower eyelid retractors, Horizontal eyelid shortening

T Klin J Ophthalmol 2000, 9:189-192

Senil entropion genellikle alt göz kapaklarında oluşur ve ilerleyici bir doğal seyre sahiptir. Senil entropionun cerrahi tedavisinde yüzden fazla ameliyat tekniği tanımlanmıştır. Bu yöntemler ile kısa dönemde başarılı

sonuçlar alınsa da uzun dönemde entropiona sebep olan anatomik defektler yeterince düzeltilmediğinden yüksek oranda nükslerle karşılaşılmıştır (1-2). Alt kapak retractorlarının tarstan ayrışması ve horizontal kapak laksitesindeki artış senil entropionun oluşumundaki önemli iki etiyolojik faktördür (3). Bu çalışmada senil entropionlu olgulara uygulanan alt kapak retractor tamiri ve horizontal kapak kısaltması ile yalnızca alt kapak retractor tamiri uygulanmasının sonuçları karşılaştırılmıştır.

Geliş Tarihi: 06.12.1999

Yazışma Adresi: Dr.Akın BANAZ
Elmadağ Caddesi, Elmadağ Apt. No:12/3
Elmadağ, İSTANBUL

T Klin J Ophthalmol 2000, 9

189

Yöntem

Senil entropionlu 10 olguya yalnızca alt kapak re-traktör tamiri (1.grup), 10 olguya ise alt kapak retraktör tamiri ve horizontal kapak kısaltması uygulanmıştır (2.grup). Olgular 1.grupta 67 ile 82 yaş (ortalama 72 yaş), 2. grupta ise 62-78 yaş (ortalama 69) arasındaydı. Takip süresi 1. ve 2. grupta 12 ay ile 24 ay arasında idi. 1. grupta 4 olgu kadın, 6 olgu erkek, 2. grupta ise 5 olgu kadın 5 olgu erkekti. Her iki grupta da ikişer hastaya entropionun gelişiminden önce katarakt ekstraksiyonu uygulanmıştı. 1. ve 2.gruptaki tüm olgularda üst göz kapaklarında değişen ağırlıkta aponevrotik ptozis mevcuttu. Olgularda ameliyat öncesi belirgin horizontal kapak laksitesi mevcutsa alt kapak retraktör tamiri ve horizontal kapak kısaltması uygulanmıştır.

Operasyonlarda lidokain ile alt gözkapasına lokal infiltrasyon anestezisi uygulanmıştır. Alt kapak kenarının ortasına 4/0 ipek traksiyon sütürü uygulandıktan sonra alt kapak kenarı boyunca kirpiklerden 1 mm uzaklıktan cilt insizyonu yapılmıştır. Tüm insizyon boyunca orbikülaris oküli kası geçilmiş ve tars açığa çıkarılmıştır. Orbital septuma yapılan insizyonun ardından alt kapak retraktörlerini tanımak için en önemli yapı olan preaponevrotik yağ dokusuna ulaşılmıştır. Hastaya aşağı bakması söylenerek kapsülopalpebral fasya bulunmuş ve serbest ucu 3 adet 6/0 vikril sütür ile tarsiya sütüre edilmiştir. Kozmetik amaçlarla gereken olgularda bir miktar cilt ve/veya kas eksizyonu uygulanmıştır. Horizontal kapak kısaltması uygulanacak olgularda lateral tarsal strip tekniği kullanılarak kantotomi yapılmış ve tars lateral ucundan istenilen ölçüde kısaltılmıştır. Kısaltılan bu kenar 4/0 prolene ile orbita kenarına sütüre edilmiştir. Operasyon cilt insizyonunun 6/0 naylon sütürlerle kapatılmasıyla sona erdirilmiştir.

Sonuçlar

Birinci grupta ameliyat sonrası erken dönemde tüm olgularda başarılı sonuç elde edildi. Bir olguda (%10) skleral açıklık gözlemlendi. Hasta elde edilen sonuçtan memnun olduğu için bu patolojinin düzeltilmesini istemedi. Bir olguda (%10) ise ameliyat sonrası 5.ayda entropion yeniden oluştu. Bu olguya horizontal kapak kısaltması uygulanarak entropion düzeltildi ve 18 aylık takip süresinde herhangi bir nüks gözlenmedi. 2.grupta tüm olgularda başarılı sonuç alındı ve 12 ay ile 24 ay arasında değişen takip süresinde nüks oluşmadı (Şekil 1-2).

Tartışma

Entropionda göz kapağı kenarı ve kirpikler oküler yüze temas ederek yabancı cisim hissi, sulanma gibi şikayetlere yol açarlar ve mikrobiyal keratitin oluşumu için uygun zemini hazırlarlar. Entropionun ilerleyen, hastaya rahatsızlık veren ve başka patolojilere zemin hazırlayan bir rahatsızlık olması tedavi edilmesini zorunlu kılar. Göz kapaklarına botulismus toksini enjeksiyonu gibi bir takım cerrahi olmayan yöntemlerle geçici olarak giderilebilse de, kalıcı tedavi altına yatan anatomik defektlerin cerrahi olarak düzeltilmesi ile mümkündür (4). Senil entropionun oluşumundaki ana mekanizmalardan birinin aşırı çalışan preseptal orbikülaris oküli kası liflerinin pretarsal liflerin üzerinden kayarak kasın kuvvetini ters yöne yönlendirmiş olması kabul edilir (5). Halbuki gözkapasının normal olarak çalışabilmesi ve pozisyonunu koruyabilmesi birtakım kuvvetlerin dengede olması ile mümkündür. İç ve dış kantal ligamanlar göz kapağının horizontal olarak stabilizasyonunu sağlarlar. Alt kapağın retraktörleri olan alt tarsal kas ve kapsülopalpebral fasya ise tarsiya yapışarak göz kapağına vertikal planda hareketlilik verir ve kapak-



Şekil 1. Sağ alt kapakta senil entropion. Ameliyat öncesi ve alt kapak retraktör tamiri sonrası. Her iki üst gözkapasındaki aponevrotik ptozise dikkat ediniz.



Şekil 2. Sağ alt kapakta senil entropion. Ameliyat öncesi ve “alt kapak retractor tamiri ve horizontal kapak kısıltması sonrası”

ların glob hareketlerini takip etmesini sağlar. Yaşlanma ile birlikte bu anatomik yapılarda bazı değişiklikler gözlenir. İç ve dış kantal ligamanlar gevşer ve buna bağlı olarak horizontal kapak laksitesi artar (3). Üst gözkapagında görülen aponevrotik ptozise benzer şekilde alt gözkapagında alt kapak retractorleri tarstan ayrışır. Bu olgularda alt fornixsin derinliği artar, alt gözkapagi dinlenme halinde ve primer pozisyonda daha yükselmiş olarak gözlenir. Dreyden ve arkadaşları tarstan ayrılmış olan kapsülopalpebral fasyanın kenarının palpebral konjonktivada beyaz bir band olarak gözlenebileceğini belirtmişlerdir (6). Yaygın olarak tartışılmasına karşın senil enoftalmi ile senil entropionun oluşumu arasındaki bağ klinik ya da radyolojik çalışmalarda gösterilememiştir. Kersten ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada Hertel eksoftalmometresi ile ölçülen glob pozisyonu ile senil entropion arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır (7). Bununla birlikte glob pozisyonu ile göz kapakları arasındaki yapıştırıcı etki sağlayan basınç arasındaki ilişki Bick ve arkadaşları tarafından gösterilmiştir (8). Bick intrakonal olarak injekte ettiği 2-4 ml serum fizyolojik ile entropionun düzeldiğini gözlemlemiştir. İntrakonal serum fizyolojik enjeksiyonu ile horizontal kapak laksitesi de azalmakta ve böylelikle entropionun düzelmesine yol açmaktadır.

4 olgumuzda katarakt ameliyatından sonra entropionun oluşmuş olması dikkat çekici bir özelliktir. Katarakt ameliyatı sırasında uygulanan askı sütürlerinin ya da kapak ekartörlerinin alt kapak retractorü ayrışmasına yol açması ya da mevcut ayrışmayı arttırmış olması ihtimali kuvvetlidir.

Senil entropionun cerrahi tedavisinde kapakta mevcut olan anatomik bozuklukları mümkün olduğunca düzeltmek gerekir. Horizontal kapak kısıltması ve alt kapak retractor tamiri bu fikrin güncel uygulamasıdır.

Horizontal kapak kısıltması yapmadan yalnızca retractor tamiri uygulamak Hedin, Danks gibi cerrahlarca da belirtildiği gibi ektropion, skleral açıklık gibi komplikasyonlara ve uzun dönemde entropionun daha yüksek oranda nüks etmesine sebep olur (9,10). Bosch ise bu görüşe katılmamakta ve 266 olguluk serisinde, alt kapak retractor tamirine horizontal kapak kısıltmasının eklenmesinin operasyon sonrası ektropion görülme ihtimalini önlediğini fakat nüks gelişimine herhangi bir etkisinin olmadığını bildirmektedir (11). Bizim hasta grubumuzda yalnızca retractor tamiri uygulanan birinci grupta 10 olguda (%10) skleral açıklık gözlenmiş, 1 olguda (%10) ise ameliyat sonrası 5.ayda entropion nüks etmiştir. Bu olguya uygulanan horizontal kapak kısıltmasından sonra başarılı sonuç alınmış ve 18 aylık takip süresince entropion nüks etmemiştir. Alt kapak retractor tamirinde anatomiye daha rahat hakim olunabildiği için subsilier insizyon tercih edilmiştir. Horizontal kapak kısıltması ile beraber retractor tamiri uygulanan 10 olguluk ikinci grupta ise 12-24 aylık takip süresi sonunda herhangi bir komplikasyon ya da nüks gözlenmemiştir. Bizim karşılaşmadığımız bir komplikasyon olmasına karşın, horizontal kapak kısıltmasından sonra erken dönemde dış kantusta artmış hassasiyet oluşabilir (11). Bu geçici ve nispeten hafif olan komplikasyona karşın senil entropionda alt kapak retractor tamiri ile birlikte horizontal kapak kısıltmasının uygulanması uzun dönemde başarıyı artırır ve cerrahi sonrası görülebilecek skleral açıklık, ektropion gibi komplikasyonları önler.

KAYNAKLAR

1. Quickert MH, Rathbun E. Suture repair of entropion. Arch Ophthalmol 1971; 85:304-5.
2. Jones LT, Reeh MJ, Wobig JL. Senile entropion. A new concept for correction. Am J Ophthalmol. 1972; 74:327-9.
3. Dortzbach RK, McGettrick JJ. Involutional entropion of the lower eyelid. In: Bosniak SL, ed. Advances in Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery. New York: Pergamon Press; 1983; 257-67.

4. Steel DH, Hoh HB, Harrad RA, Collins CR. Botulinum toxin for the temporary treatment of involutional lower lid entropion: a clinical and morphological study. *Eye*. 1997; 11:472-5.
5. Chargonis GC, Gosman MD. Involutional entropion repair by posterior lamella tightening and myectomy. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 1996; 12(2):98-103.
6. Dreyden RM, Leibsohn J, Wobick J. Senile entropion; pathogenesis and treatment. *Arch Ophthalmol* 1978; 96:1883-5.
7. Kersten RC, Hammer BJ, Kulwin DR. The role of enophthalmos in involutional entropion. *Ophthalmol Plast Reconstr Surg* 1997; 13(3):195-8.
8. Bick MW. Surgical management of orbital tarsal disparity. *Arch Ophthalmol*. 1966; 75:386-9
9. Hedin A. Senile entropion, cure rate by retractor tightening and horizontal shortening. *Acta Ophthalmol Scand*. 1997; 75(4):443-6.
10. Danks JJ, Rose GE. Involutional lower lid entropion: to shorten or not to shorten? *Ophthalmology*. 1998; 105(11):2065-7.
11. Bosch WA, Rosman M, Stijnen T. Involutional lower eyelid entropion: results of a combined approach. *Ophthalmic Surg Lasers*. 1998; 29(7):581-6.