

Konjenital Ptozisli Olgularda Levator Aponövroz Katlama Sonuçlarımız[¶]

SURGICAL RESULTS IN LEVATOR APONEUROSIS TUCKING IN CASES WITH CONGENITAL PTOSIS

A. Şahap KÜKNER*, Serdal ÇELEBİ**, Ümit AYKAN***, Tamer DEMİR**

* Doç.Dr., Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD,

** Yrd.Doç.Dr., Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD, ELAZIĞ

*** Elazığ Asker Hast. Göz Kliniği, İSTANBUL

Özet

Amaç: Blefaroptozisli hastalarda levator aponövroz katlama cerrahisinin etkinliğini araştırmak.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı ve Elazığ Askeri hastanesi Göz kliniği.

Materyel ve Metod: Konjenital blefaroptozisi olan 17 hastanın 17 gözü çalışmaya alındı. Hastalara, cerrahi travmanın daha az olduğu, levator aponövrozuna katlama yöntemi planlandı. Ameliyatta levator boynuzları ve konjonktivaya dokunulmadı. Levator Aponövrozu açığa çıkarıldıktan sonra hesaplanan miktarda katlama yapıldı. Genel anesteziyle ameliyat edilen 11 yaşındaki bir çocuk hasta dışında tüm hastalara lokal anestezi uygulandı.

Bulgular: 12 hastada tam veya tama yakın düzelme, 5 hastada ise yeterli düzelme elde edildi.

Sonuç: Levator fonksiyonu orta veya iyi olan ptozisli hastalarda, levator aponövroz katlamasının basit ve etkili bir teknik olduğu düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Blefaroptozis,
Levator Aponövroz katlaması

T Klin Oftalmoloji 2000, 9:171-174

Summary

Purpose: A retrospective study was carried out to assess the success of the aponeurosis tucking procedure for the management of blepharoptosis, in Fırat University Medical Center, Department of Ophthalmology and Elazığ Military Hospital Eye Service.

Materials and Methods: Levator aponeurosis tucking surgery was performed to 12 eyelids of 12 patients. All the patients except one - a 11 years old boy- were operated under local anesthesia.

Result: In 12 eyes this procedure allowed complete repair, while in 5 eyes of the 5 patients, adequate repair were observed. None of these 5 patients requested a second operation as we did.

Conclusion: We conclude that levator aponeurosis tucking procedure is simple and effective technique in ptosis repair.

Key Words: Blepharoptosis,
Aponeurotic tucking

T Klin J Ophthalmol 2000, 9:171-174

Ptozis, üst göz kapağının oldukça sık görülen önemli hastalıklarından birisidir. Ptozis tedavisi için; frontal adale ve Whitnal ligamanına askı, tarsokonjonktival rezeksiyon (Fasanella - Servat operasyonu), levator rezeksiyonu, levator aponövroz cerrahisi, aponövroz

onarımı, levator ilerletmesi ve aponövroz katlaması gibi çok sayıda cerrahi teknik uzun yıllar içerisinde geliştirilmiştir (1-9). Sıklıkla levator cerrahisi ve frontal adaleye askı olmak üzere iki temel yöntem uygulanmaktadır (10). Levator cerrahisi olarak; levator rezeksiyonu, levator ilerletmesi, levator aponövroz cerrahisi, levator aponövroz katlaması gibi çeşitli teknikler tariflenmiştir (5-14). Cilt yoluyla levator rezeksiyonu ilk olarak Everbusch tarafından uygulanmış, De Lapersonne, Berke ve Stallard çeşitli modifikasyonlarla bu yöntemi geliştirmiştir (11-13). Hastanın levator fonksiyonu ne kadar iyi ise, levator cerrahisi (Levator rezeksiyonu, levator ilerletmesi, levator aponövroz cerrahisi, levator

Geliş Tarihi: 16.11.1999

Yazışma Adresi: Dr.A. Şahap KÜKNER
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fırat Tıp Merkezi Göz Hastalıkları AD, ELAZIĞ

[¶]Bu çalışma, Avrupa Oküloplastik ve Rekonsrüktif Cerrahi Birliği'nin (ESOPRS) 16-18 Eylül 1999 tarihleri arasında İstanbul'da yapılan 17. toplantısında poster olarak sunulmuştur.

aponövroz katlaması) sonuçları da o kadar iyi olmaktadır (5,14). Levator fonksiyonun zayıf (3-4 mm) ve ptozisin bilateral olduğu olgularda frontal adaleye askı cerrahisi, ünilateral olduğu olgularda ise asimetriye yolaçmamak için maksimal aponövroz rezeksiyonu önerilmektedir (14). Levator fonksiyonunun orta ve daha iyi (5 mm ve üstü) olduğu hastalarda ise, sonuçların daha iyi olması nedeniyle ilk tercih edilen yöntem levator cerrahisidir (14-16).

Levator cerrahi teknikleri içinde, levator rezeksiyonu etkili bir ameliyattır, ancak ameliyat sırasında, Müller kası ve levator boynuzları da kesildiği için son yıllarda daha az travmatik ve başarısı yüksek olan levator aponövroz cerrahisi, aponövroz katlaması gibi teknikler yaygınlaşmaktadır (9,14-16). Levator aponövroz cerrahisinde Müller kası açığa çıkmasına rağmen zarar görmediği özellikle vurgulanmaktadır (14).

Bu çalışmada, konjenital ptozis nedeniyle levator aponövroz katlama cerrahisi uyguladığımız 17 olgunun 17 göz kapağındaki cerrahi sonuçların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada, Ocak 1997-Haziran 1999 tarihleri arasında, konjenital ptozis nedeniyle levator aponövrozuna katlama yapılan 17 olgunun 17 göz kapağı irdelenmiştir. Olguların biri dışındakiler erkek olup, yaş ortalaması 21 (11-25) dir. Aponövroz katlama cerrahisi, levator fonksiyonu 4 mm ve üzerindeki hastalara yapılmıştır. Hastaların ptotik göz kapağındaki levator fonksiyonu, kaşa baskı yapılmak suretiyle basit bir cetvel aracılığı ile ölçülmüştür. Ünilateral olgularda ptozis miktarı, her iki göz santral kapak aralıkları arasındaki fark olarak alınırken, bilateral olgularda ise üst korneal yarıyı örten kapak miktarının 1mm eksiği ptozis miktarı olarak kabul edilmiştir. Hastalarda Bell fenomenine bakılmış, bunlar iyi, orta ve zayıf olarak değerlendirilmiştir. Bell fenomeni zayıf olan olgularda kısmi düzeltme yoluna gidilirken, diğer durumlarda ise tam düzeltme amaçlanmıştır. Bilateral olgularda, öncelikle kapak düşüklüğünün daha fazla olduğu taraf ameliyat edilmiştir. Ptozis düzelme derecesi ameliyat sonrası ikinci hafta, 1. ve 3. aylarda değerlendirilmiştir. Tek taraflı ptoziste, ameliyat edilen kapak diğer göz kapağı seviyesinde ise bu durum tam düzelme olarak değerlendirilmiş, çift taraflı olgularda üst göz kapağı limbusu 1 mm örtecek seviyede ise tam düzelme, kapakta 1-2 mm'lik düşüklük varsa bu da yeterli düzelme olarak kabul edilmiştir.

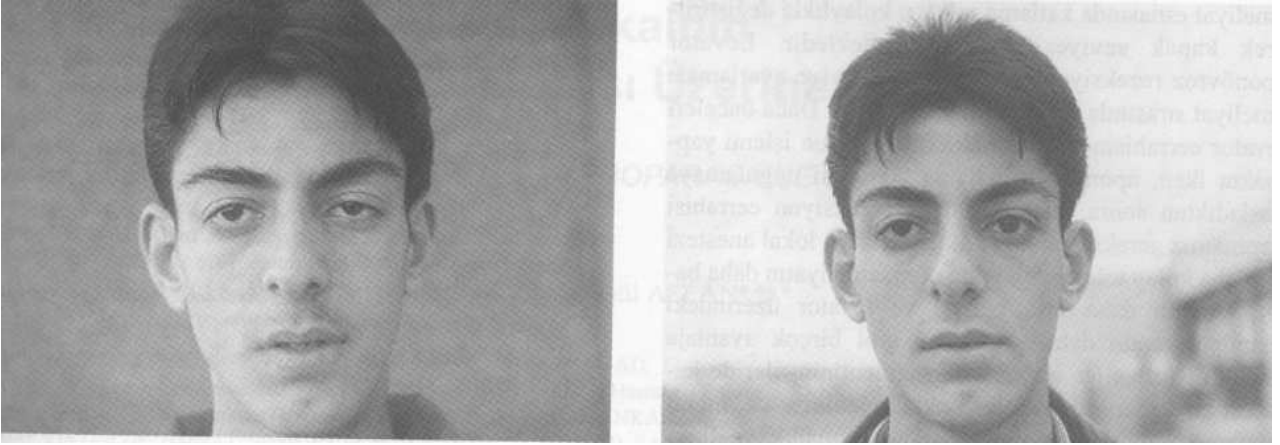
Ameliyattaki katlama miktarı için, preoperatif yaklaşık bir hesap yapıldı. Buna göre, levator fonksiyonu

8 mm ve üstü olan olgularda ptozis miktarı 4 ile, 4-7 mm olanlarda 5 ile çarpıldı. Bir çocuk hasta dışındaki diğer olgular lokal anestezi ile ameliyat edildi. Lokal anestezide, cilt kesisi yapılacak bölgeye 1,5 ml, adrenalinli %2'lik lidokain ciltaltı enjekte edildi. Adrenalin nedeniyle kanama az görüldü, gerektiği hallerde koterizasyon ile hemostaz sağlandı. Ameliyat başlangıcında üst kapakta katlantı olması istenen hat kalemle işaretlendi. Cerrahi müdahaleyi kolaylaştırmak için, pupil hizasında üst göz kapağı serbest kenarına 6/0 ipek sütür ile traksiyon uygulandı. Cilt kesisini takiben, ciltaltı ve orbikülaris adale katları geçilmiş, orbital septum açılmak suretiyle orbita yağ dokusuna ulaşıp ve altta uzanan sedef görünümündeki levator aponövrozu açığa çıkarıldı. Bir adet 6/0 prolene sütür, üst tars kenarı orta kısımdan 1-2 mm aşağıda tars ve bitişik aponövrozu yarı kalınlıkta içine alacak şekilde geçilip, takiben kapak çevrilerle konjonktival yüz kontrol edildi, daha sonra sütür iğnesi aponövrozda hesap edilen noktadan geçmiş ve bu uzun sütür ucu tars üzerindeki kısa uç üzerine fiyonk şeklinde geçici olarak bağlandı. Hasta oturtularak, üst göz kapağı serbest kenarı seviyesi kontrol edilmiş ve gerektiğinde katlama sütürü yeniden ayarlandı. İlk sütürün 5-6 mm medial ve lateraline aynı şekilde birer adet sütür ilave edilmek suretiyle, toplam üç sütürle katlama işlemi tamamlandı. Genel anestezi ile ameliyat edilen bir çocuk hastada 4 mm ptozis ve 7 mm levator fonksiyonu saptanmış olup, ameliyatta sütür ayarlaması yapmaksızın 16 mm levator katlaması yapılmıştır. Cilt katlantısı oluşturmak amacıyla kapak iç, orta ve dış kısımdan 3 adet 6/0 prolene sütür geçilmiş ve ciltte aynı sütürle kapatılmıştır. Cilt sütürleri birinci, katlantı sütürleri üçüncü haftada alınmıştır. Şekil 1a, b ve 2a, b'de iki olgumuzun ameliyat öncesi ve sonrası resimleri görülmektedir.

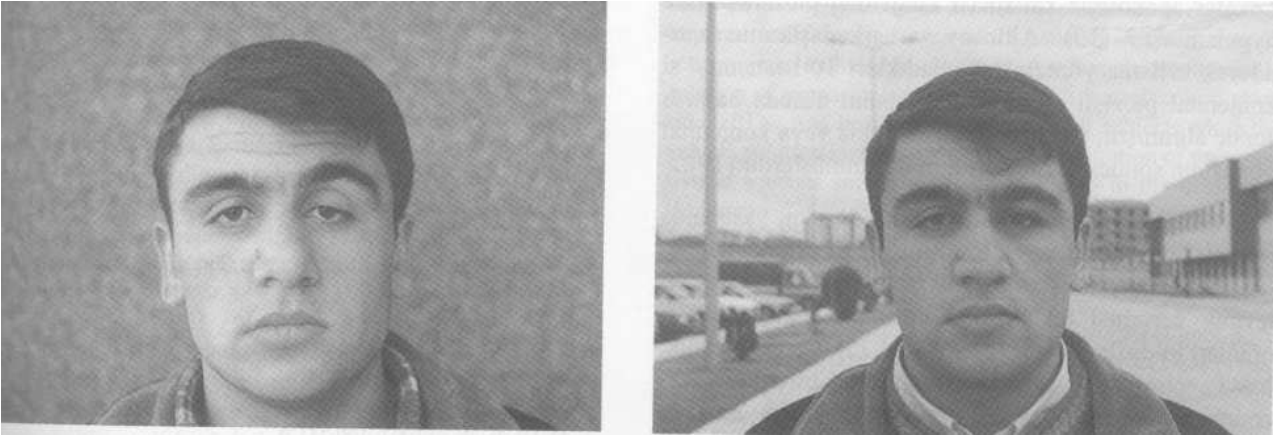
Bulgular

Ptozis 3 olguda çift taraflı ve 14 olguda tek taraflı olup, ptozis miktarı ortalama 3.5 (2-4) mm olarak ölçülmüştür. Levator fonksiyonu 2 hastada zayıf (4 mm), 7 hastada orta (5-7 mm) ve 8 hastada ise iyi (8-12 mm) olarak değerlendirilmiştir. Bell fenomeni, 14 hastada iyi ve 3 hastada zayıf olarak saptanmıştır.

Levator aponövrozuna ortalama 16.7 (12-18) mm katlama yapılmış, bununla 12 (%71) olguda tam ve 5 (%29) olguda yeterli düzelme sağlanmıştır. Bu beş hastadan hiçbirisi ikinci bir ameliyat istememiş ve tarafımızdan da gerek görülmemiştir. Levator fonksiyonu 4 mm olan iki hastamızdan birisinde tam düzelme olurken, diğerinde ise yeterli bir düzelme temin edilmiştir. Hiçbir hastada aşırı tashihe bağlı üst göz kapağında retraksiyon görülmemiş ve cerrahi sonrası oluşan kapak ödemi yaklaşık 10 günde ortadan kaybolmuştur.



Şekil 1. Bir olgunun sol ptotik göz kapağının cerrahi öncesi (a) ve cerrahi sonrası (b) durumu görülmektedir.



Şekil 2. Bir olgunun sol ptotik göz kapağının cerrahi öncesi (a) ve cerrahi sonrası (b) durumu görülmektedir.

Tartışma

Ptozis cerrahisinde, son yıllarda önemli gelişmeler olmuş ve levator cerrahisi (levator rezeksiyonu, levator ilerletmesi, levator aponövroz cerrahisi, levator aponövroz katlaması) daha sık uygulanmaya başlamış, daha önceki yıllarda frontal askı yapılan, levator fonksiyonu 2-4 mm olan hastalarda da öncelikle levator cerrahisine eğilim artmıştır (14,19). Levator cerrahisinde konjonktival yolla cerrahi girişim artık pek yapılmamakta ve cilt yoluyla yaklaşım daha çok tercih edilmektedir. (5-7). Eskiden daha sık yapılan levator rezeksiyon tekniğinde, levator boynuzları ve Müller adalesi genellikle kesilmekte olup, 14-15 mm'yi geçen rezeksiyonlarda (rezeksiyon işlemi genellikle 15 mm'den fazladır) Whitnall ligamanı da kesilmektedir. Cerrahi uygulama sırasında levator ve Müller adalesi, geniş bir bölgede, alttaki konjonktivadan disseke edilirken, kon-

jonktiva ve levator aponövrozu nadir olmayarak hasara uğramaktadır. Levatorun kaldıracı etkisi güçlendirilmek veya aponövrozdaki defekt tamir edilmek istenirken, ameliyat sırasında zarar verebilecek girişimlerin olmadığı, daha az travmatik ve fizyolojiye daha uygun teknikler aranmış, bu nedenle eksternal yol ile aponövroz cerrahisi ve aponövroz katlama teknikleri geliştirilmiş, aponövroz cerrahisinin de daha küçük cilt kesisiyle yapılabilme yolları araştırılmıştır (18,20-22). Günümüzde yapılan eksternal yol ile aponövroz rezeksiyonunda da medial- lateral boynuzlar, Whitnall ligamanı kesilmemekte, Müller adalesi zarar görmemektedir (14).

Aponövroz katlama tekniğinin beraberinde getirdiği birçok avantaj mevcuttur. Bu teknik ile ameliyat edilen olgularda, levator boynuzları ve Müller adalesi zarar görmemekte, levatordan doku çıkarılmamakta ve

ameliyat esnasında katlama miktarı kolaylıkla değiştirilerek kapak seviyesi ayarlanabilmektedir. Levator aponövroz rezeksiyonunda da kapak seviye ayarlaması ameliyat sırasında yapılabilmektedir (14). Daha önceleri levator cerrahisinde rutin olarak rezeksiyon işlemi yapmakta iken, aponövroz katlama tekniğini uygulamaya başladıktan sonra, hiçbir hastada rezeksiyon cerrahisi yapmamız gerekmemiştir (23). Bu teknik, lokal anestezi ile daha kolay tolere edilmekte olup, ameliyatın daha basit, sürenin daha kısa olması ve levator üzerindeki manüplasyonun daha az olması gibi birçok avantaja sahiptir. Katlanan aponövroz segmentinin, ileride kapakta bir kabarıklık yapacağı akla gelebilirse de, hiçbir hastamızda böyle bir durumla karşılaşmadık ve literatürde de böyle bir komplikasyondan söz edilmemektedir (18-19). Biz, katlamayı 3 sütürle yapmamıza rağmen, bu işlemi tek sütürle yapanlar da mevcut olup, tekniğin basit ve etkili olduğunu belirtmişlerdir (18-19). Levator aponövroz katlaması konjenital ptosislerde de uygulanmıştır (19). Altınsoy ve arkadaşlarının apo-növroz katlama yöntemi uyguladıkları 10 hastanın 7'si konjenital ptosisli olup, bu 7 hastanın 6'sında başarılı sonuç alınmıştır, yazarlar ptosisin akkiz veya konjenital olmasının sonucu etkilemediğini düşünmüşlerdir (19).

Çalışmamızda, olguların %71'inde tam, %29'unda ise yeterli bir düzleme elde edilmiş ve bu olgular sonuçtan memnun kalmışlardır. Literatüre baktığımızda ise, levator cerrahisi ile %52-95 arasında değişen başarı oranları bildirilmektedir (8,14,23,24,25). Cerrahi teknik, hasta seçimi ve levator fonksiyonu gibi birçok değişkendeki farklılıklar, çeşitli serilerdeki başarı oranları arasındaki farkın ana nedenini oluşturmaktadır.

Sonuç olarak, levator fonksiyonu 3 mm ve altında hastamız olmamakla birlikte, levator fonksiyonu 4 mm ve üstünde olan konjenital ptosisli hastalarda, levator aponövroz katlamasının etkili, emniyetli ve kontrollü bir teknik olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Spoor TC, Kwitko GM. Blepharoptosis repair by fascia lata suspension with direct tarsal and frontalis fixation. *Am J Ophthalmol* 1990; 109:314-7.
2. Downes RN, Collin JRO. The mersilene mesh ptosis sling. *Eye* 1990; 4:456-63.
3. Anderson RL, Jordan DR, Dutton JJ. Whitnall's sling for poor function ptosis. *Arch Ophthalmol* 1990; 108:1628-32.
4. Burns JA, Fasanella- Servat transconjunctival tarsal resection. In Davidorf FH, editor. *Atlas of eye*. Ohio: ACC Publication, 1978: 192-5.
5. Mauriello JA, Wagner RS, Caputo AR, Natale B, Lister M. Treatment of congenital ptosis by maximal levator resection. *Ophthalmology* 1986; 93:466-9.
6. Burns JA. Transcutaneous levator resection. In: Davidorf FH, editor. *Atlas of eye*. Ohio: ACC Publication, 1978: 196-203.
7. Carraway JH, Vincent MP. Levator advancement technique for eyelid ptosis. *Plastic and Recons Surg* 1986; 77:394-401.
8. Berlin AJ, Vestal KP. Levator aponeurosis surgery. *Ophthalmology* 1989; 96:1033-37.
9. Older JJ. Levator aponeurosis tuck: a treatment for ptosis. *Ophthalmic Surg* 1978; 9:102-10.
10. Ünal M, Konuk O, Köksal M, Hasanreisioğlu B. Ptozisli olgunun değerlendirilmesinde ve cerrahinin seçiminde etiyolojik sınıflamanın önemi. *MN Oftalmoloji* 1998; 5: 375-7.
11. King JH. *An atlas of ophthalmic surgery*. 3. Ed. Philadelphia, JB Lippincot, 1981: 164-71.
12. Berke RN. Results of resection of the levator muscle through a skin incision in congenital ptosis. *Arch Ophthalmol* 1959; 61:177-201.
13. Stallard HB. *Eye surgery*. 6. Ed. Bristol, J Wright and sons, 1980: 169-70.
14. Ünal M. Levator aponevroz cerrahisi. *T Klin Oftalmoloji* 1997; 6:98-105.
15. Jordan DR, Anderson RL. The aponeurotic approach to congenital ptosis. *Ophthalmic Surg* 1990; 21: 237-44.
16. Hylkema HA, Koorneef L. Treatment of ptosis by levator resection with adjustable sutures via the anterior approach. *Br J Ophthalmol* 1989; 73: 416-8.
17. Anderson RL, Dixon RS. Aponeurotic ptosis surgery. *Arch Ophthalmol* 1979; 97:1123-8.
18. Liu D. Ptosis repair by single suture aponeurotic tuck. *Ophthalmology* 1993; 100:251-9.
19. Altınsoy Hİ, Tuncer K, Mutlu FM, Yıldırım E. Aponevroz katlama yöntemi uygulanan ptosis cerrahisi sonuçları. *T Klin Oftalmoloji* 1998; 7:104-6.
20. Jones LT, Quickert MH, Wobig JL. The cure of ptosis by aponeurotic repair. *Arch Ophthalmol* 1975; 93:629-34.
21. Fox SA. Levator tucking. *Ann Ophthalmol* 1979; 11:453-6.
22. Lucarelli MJ, Lemke BN. Small incision external levator repair: Technique and early results. *Amer J Ophthalmol* 1999; 127: 637-44.
23. Kükner AŞ, Fırat E, Köklü GK, Güneş OS. Cilt yoluyla levator rezeksiyonu uygulaması. *T Klin Oftalmoloji* 1993; 2:22-4.
24. Maden A, Özcan Y, Özyurt Ş, Güneç Ü, Çingil G. Ptozisde cerrahi sonuçları. 21. Türk Ulusal Oftalmoloji kongre kitabı. İzmir. 1987: 1014-7.
25. Bulut S, Argın A, Örnek F, Duman S. Levator rezeksiyonunda anterior yaklaşım. *MN Oftalmoloji*; 1998; 5: 378-80.