

KONJENİTAL PTOSİS ONARIMINDA LEVATOR KASI İLERLETME YÖNTEMİ

Önder KIVANÇ, Recep ANLATICI, Nedim SARIFAKIOĞLU

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

ÖZET

Levator kas fonksiyonunun 4-7 mm. olduğu üst göz kapağı konjenital ptosis olgularında, levator kası ilerletme yöntemi ile onarım, Müller kasının korunması nedeni ile avantaj taşıyabilir. Bu yöntemle 11 konjenital ptosis olgusu ameliyat edildi. Olgular 6 ila 42 yaş arasında, yedisi erkek, dördü bayandı. İki olguda iki taraflı ptosis saptandı, bir olguda Bell fenomeni yetersiz idi. Ameliyat yönteminde levator kası Whitnall ligamenti seviyesinde kesildikten sonra, levator aponevroz önünden ilerletilerek "tarsal plate"e sütüre edilmektedir. Tarafımızdan yapılan onarımda farklı olarak levator aponevroz proksimal ve lateralde orbital periosta kalıcı sütürlle yaklaştırılmaktadır. Olgular ortalama ikibuçuk yıl takip edildi. İki olguda az düzelme saptandı ve tekrar ameliyat edildi. Bell fenomeni yetersiz olan olguda kapak seviyesi normal seviyeye getirilmedi. Sekiz olguda sonuçlar iyi ve tatmin edici bulundu. Ameliyat yöntemi kolay ve güvenilir olarak değerlendirildi.

Anahtar Kelimeler: Göz kapağı, ptosis, levator kası.

SUMMARY

Levator muscle advancement technique in congenital ptosis repair.

In congenital ptosis, when levator function is 4-7 mm, repair by levator advancement method may have the advantage of preserving the function of Müller's muscle. Eleven patients were operated on by this procedure. The ages of the patients were between 6 and 42, and seven of them were male. In two cases, there were bilateral ptosis and Bell's muscle is identified, dissected and cut approximately at the level of Whitnall's sling to detach from the levator aponeurosis. Then it is advanced and sutured to the tarsal plate. In our modification, levator aponeurosis is advanced to the orbital periosteum proximally and laterally with nonabsorbable sutures. Mean follow-up of the patients was two and a half years. Two patients were reoperated because of undercorrection. In the patient with poor bell's phenomenon, level of the eyelid was not fully corrected. In eight patients results was good or satisfactory. Levator advancement technique has been easy and safe operation for correction of congenital ptosis.

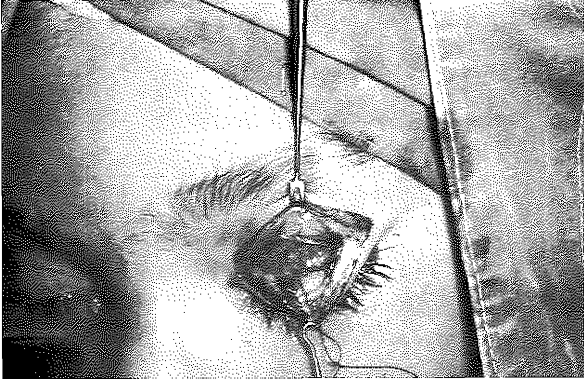
Key Words: Eyelid, ptosis, levator muscle.

GİRİŞ

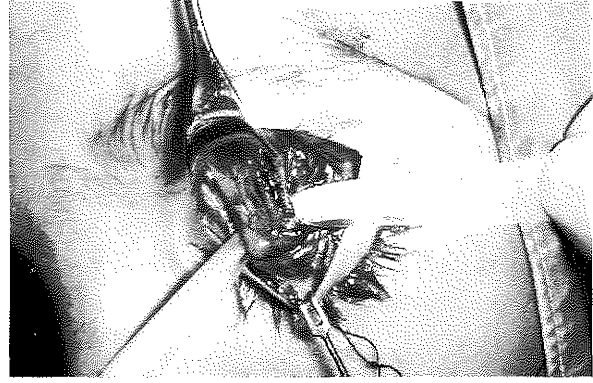
Konjenital ptosis onarımında, levator fonksiyonu ve ptosis derecesi seçilecek ameliyat yöntemini belirlemede en önemli ölçütler olarak kabul edilmektedir¹. Bu değerlendirmelerin sonucuna göre, ptosisin ağırlığının saptanması ve uygun bir onarım yöntemi seçilmesi önerilmektedir. Dört yöntem en sıklıkla kullanılmaktadır:

1. Fasanella-Servat tarso-Müllerektomi,
2. Konjunktiva yaklaşımli levator kas eksizyonu,
3. Anterior yaklaşımli levator kas eksizyonu,
4. Frontal askı^{2,3}.

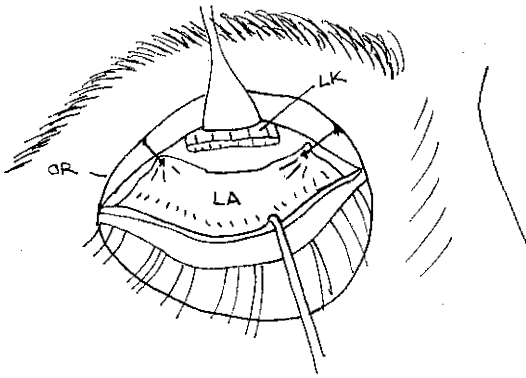
Bunlara ek olarak levator kas fonksiyonunun iyi olduğu hafif ve orta derece ptosis olgularında kapak kısaltma ameliyatları olumlu sonuç vermektedir⁴. Günümüzde levator işlevinin 5-7 mm olduğu (orta) olgularda en sık önerilen yöntem anterior yaklaşımli levator eksizyonudur⁵. Jones'un⁶ 1964 yılında tanımladığı levator ilerletme yöntemi ise bildirilen iyi sonuçlara rağmen yaygın kullanıma ulaşamadı². Carraway⁷, Müller kasının fonksiyonunu korumaya yönelik uygulamalar içeren bu yöntemi yeni anatomik çalışmaların ışığında bazı değişikliklerle yeniden gündeme getirdi. Bu yazıda levator işlevinin



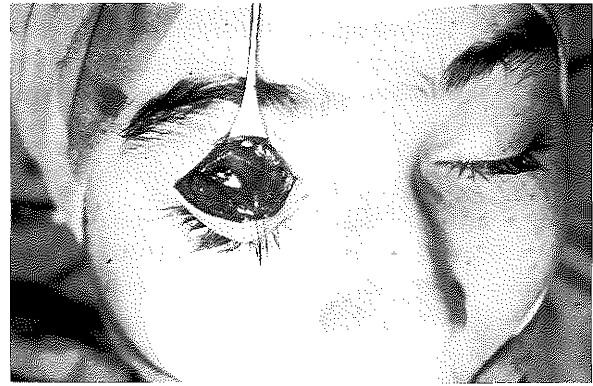
Şekil 1: Levator kası ve levator aponevrozu.



Şekil 2: Levator kasın diseksiyonu.



Şekil 3: Müller kasının mediyal ve lateral orbita duvar pericostuna suture edilmesi. (LK: Levator kası, LA: Levator aponevrozu, OR: orbital rim)



Şekil 4: Bir hastada levator kas tarsal plate'e suture edilmek üzere iletilmiş.

orta olduğu olgularda kullandığımız levator ilerletme yöntemi ve Müller kasının fonksiyonunun korunmasına yönelik yaptığımız değişiklik tartışıldı.

HASTALAR VE YÖNTEM

Çalışma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dah'nda gerçekleştirildi. Konjenital üst göz kapağı ptozisi bulunan, 6 ile 42 yaş arasında 11 olgu çalışma kapsamına alındı. Olguların yedisi erkek, dördü bayandı. İki olguda iki taraflı ptozis saptandı. Olguların, levator kas işlevleri 5-7 mm. (orta), ptozis dereceleri 3 mm. idi. Yapılan muayeneler bir olguda Bell fenomeninin yetersiz olduğunu ortaya koydu.

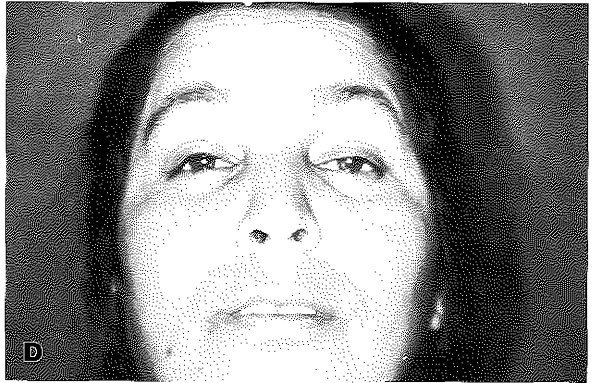
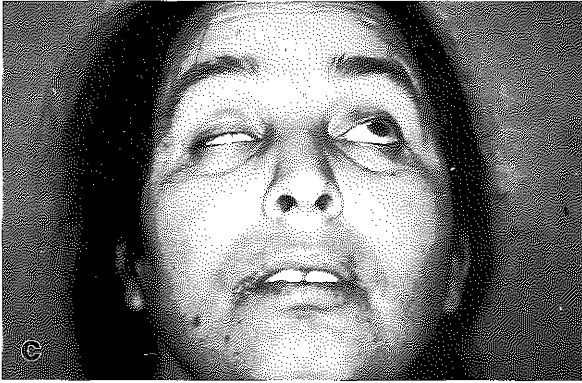
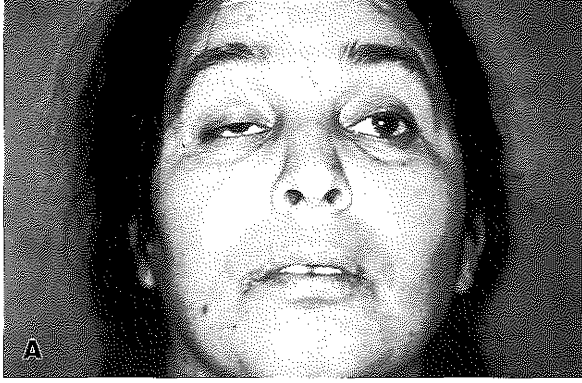
Sonuçları değerlendirmede kullandığımız kriterler :

1. Ameliyat edilmiş kapak seviyesi istirahat pozisyonunda normal taraf seviyesinden 1 mm. 'den fazla değişiklik göstermemeli, 2. Ameliyat

edilmiş kapak konturu düzgün olmalı, 3. Üst kapak sulcusu doğal yerinde ve derinlikte bulunmalı¹⁰. Bu kriterlere göre sonuçlar; iyi, tatmin edici ve kötü olarak değerlendirildi.

AMELİYAT YÖNTEMİ

Ameliyat genel veya lokal anestezi ile yapılabilir. Üst göz kapağı alt kenarından 8-10 mm. yukarda supratarsal inzisyon yapılır. Elips şeklinde deri ve 2 mm. genişliğinde orbicularis oculi kası eksize edilir. Septum orbitalenin geçilmesi ile levator aponevroza ulaşılır. Preaponevrotik yağın diseksiyonu ve eksizyonu levator kası ortaya koyar. Kas üzerinde vertikal seyirli damarların saptanması diseksiyonun doğru yapıldığını gösterir. Whitnall ligamenti proksimalinde, levator kas lateral sınırından kas ile konjunktiva arasındaki arcolar düzleme girilerek, kas arka yüzeyi serbestleştirilir ve kasın çeşitli çevre dokulara adezyonları ayrılır (Şekil 1,2). Kas aponevrozla birleşim yerinden kesilir. Müller kasına yeni origo sağlayabilme ve doğal



Şekil 5: a. Hastanın ameliyat öncesi görünümü. b. Hastanın ameliyat sonrası görünümü c. Hastanın ameliyat öncesi görünümü d. Hastanın ameliyat sonrası görünümü.

gerginliğini koruyabilme amacı ile levator aponevroz her iki üst köşesinden orbital periosta Whitnall ligamenti seviyesinde kalıcı sütürler ile yaklaştırılır (Şekil 3). Bu işlem sonunda levator aponevroz orbital periosta fikse olmamalı, ayrıca kapakta yükselme meydana gelmemelidir, aksi takdirde aşırı düzelme görülebilir. Levator kas, levator aponevroz önünden tars üzerine ilerletilir ve tarsiya sütüre edilir (Şekil 4). Levator kasının ilerletilme miktarının tespitinde bazı yardımcı kriterlerden yararlanır:

1. Bir mm. ptozis derecesi için 4 mm levator kası ilerletilir, fakat bu bazı olgularda aşırı düzelmeye neden olabileceği için mutlak ölçüt değildir.

2. Üst kapak konkavlaşarak skleradan ayrılmamalıdır.

3. Üst göz kapağı limbusu 2 mm.'den fazla örtmemelidir¹.

Bell fenomeni kötü olan olgularda komplikasyonlardan kaçınabilmek için az düzeltme gerçekleştirilmelidir.

Üst kapakta kontraktüre neden olabileceği

için septum orbitale'ye sütür konulmaz. Distal orbikularis kası levator kasına sütüre edilerek üst kapak sulcusu oluşturulur. Frost sütürü 24 saat sonra alınır. Erken kapak hareketine başlanması yeni adezyonların oluşmasını önleyecektir.

SONUÇLAR

Olgular ortalama ikibuçuk yıl takip edildi. Erken dönemde hematoma, enfeksiyon, levator sütürleri açılmasına bağlı rekürrens görülmedi. Göz kapağı ödemi dört gün içinde geriledi. Olguların ikisinde az düzelme gözlemlendi. Bunlarda 3 mm. olan başlangıç ptozis derecesi 2 mm.'ye inmişti ve yeniden ameliyat gerektirecek düzeyde idi. Bir olguda ilk bir hafta içinde, diğer olguda üçüncü ayda tarsal plate levator kası üzerinde daha proksimale sütüre edilerek kapak seviyesi normal kabul edilen sınırlar içerisinde getirildi. Aşırı düzelme nedeni ile hiçbir olgu yeniden ameliyata alınmadı. Bell fenomeni kötü olan olguda korneada oluşabilecek komplikasyonlar nedeni ile kapak

KONJENİTAL PTOSİS ONARI

seviyesi normal tarafın birbuçuk mm. altına ayarlandı.

Sekiz olguda sonuçlar tatmin edici (Ameliyat sonrası 1 mm ptozis) veya iyi olarak kabul edildi ve başka cerrahi girişim yapılmadı (Şekil 5 ve 6), (Tablo 1).

Tablo 1: Levator kası ilerletme yöntemi ile düzeltilen konjenital blefaroptozis olguları.

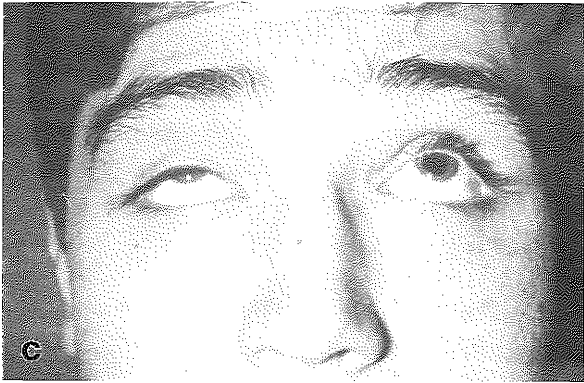
Hasta No.	Yaş	Levator fonksiyonu (ptotik),mm.	Ptozis derecesi mm.	Ameliyat sonrası ptozis mm.	Sonuç
1	6	7	3	1	tatmin edici
2	6	7	3	-	iyi
3	7	6	3	-	iyi
4	16	5	3	2	Kötü
5 B	17	7	3	1	Tatmin edici
6	18	5	3	1.5	Bell Fenomeni
7	16	7	3	-	iyi
8	24	5	3	2	Kötü
9	17	7	3	1	Tatmin edici
10 B	40	5	3	1	Tatmin edici
11	42	6	3	-	iyi

B= bilateral

TARTIŞMA

Ptozis düzeltimi için çok çeşitli cerrahi teknikler tanımlanmıştır. Ptozis hastalarının büyük çoğunluğunu minimal ptozis ve ağır ptozis olgularından oluşan grup oluşturmaktadır ve bu olgularda seçilecek ameliyat yöntemleri hakkında büyük ölçüde görüş birliği vardır^{1,2}. Levator kas fonksiyonu orta olan olgularda ise sonuçları etkileyen faktörlerin fazlalığı farklı yöntemlerin tanımlanmasına yol açmıştır. Genel olarak deri veya konjunktiva yaklaşımlı levator kas eksizyonu standart yöntem olarak çeşitli yayınlarda yer almaktadır^{1,8}. Levator kası eksizyonu için anterior yaklaşımı iyi bir ameliyat sahası görüşü sağlamakla birlikte deride skar bırakmaktadır. Konjunktiva yaklaşımı ise cerrahi ters anatomik düzlemde çalışmaya zorlamaktadır.

Levator rezeksiyonu tekniklerini önemli dezavantajı, Müller kasının levator aponevrozla



Şekil 6:a. Hastanın ameliyat öncesi görünümü b. Hastanın ameliyat sonrası görünümü. c. Hastanın ameliyat öncesi görünümü. d. Hastanın ameliyat sonrası görünümü.

birlikte eksizyonu, ve sonuçta müller kasının kapak tonusuna katkısından yararlanamamadır⁷. Mustarde'de⁹ önemli bir katkı olan ve kendisi tarafından tanımlanan ptozis onarım yönteminin en önemli ayrıcalığının müller kasının korunması olduğunu bildirmiştir. Mustarde⁹, Müller kasının kapak hareketine 4 mm. kadar yardımcı olabildiğini öne sürmektedir. Carraway⁷ bu fonksiyonun 2 mm. olduğunu belirtmekte ve bazı değişikliklerle kullandığı levator ilerletme yönteminin en önemli avantajının bu fonksiyondan yararlanılması olduğunu bildirmektedir. Beard^{2,11}, levator ilerletme yöntemlerinde, Müller kasının origosunun ortadan kalktığını, ve Müller kasının büyük bir olasılıkla fonksiyon göremediğini belirtmektedir ve bu fonksiyonun sağlanabilmesi için Müller kasını levator kasına sütüre edilmesini tavsiye etmiştir. Bu yöntemi, oluşacak skar nedeni ile levator kas hareketlerinde kısıtlama yaratabilir endişesi ile uygulamadık. Bizim uygulamamızda levator aponevroza ve dolayısı ile Müller kasına yeni origo ve normal tonusu, ek skar oluşturmadan sağlayabilecek en uygun bölge olarak medial ve lateral orbita duvarı periostu seçilmiştir. Bu işlemi dikkatle yaparak kapakta konkavlaşma ve yükselmeye neden olunmamalıdır.

Ayrıca Levator aponevroz, Müller kası ve konjunktivanın birlikte kesilerek, konjunktivanın Müller kasından disseksiyonu ve levator aponevrozun proksimale doğru serbestlenmesi, ameliyat süresinin uzamasına, ameliyat sonrası ödemin artmasına ve skar dokusuna bağlı levator kas yapışıklıklarının fazlalaşmasına neden olabilir⁷. Levator rezeksiyon yönteminin farklı bir uygulamasında, tarsal plate üst kenarında sadece levator aponevroz kesilerek Müller kasından dissekte edilmekte ve Müller kası fonksiyonundan yararlanılmaya çalışılmaktadır. Levator kası ilerletilerek Whitnall ligamenti altından "tarsal plate"e sütüre edilmektedir. Bu yöntemle ameliyat edilen 157 olgunun 24'ünde yeniden düzeltmeye gerek duyulmuştur¹⁰. Levator kası ilerletme yönteminden farklı uygulama, aponevrozun Müller kasından disseksiyonu ve eksizyonudur. Kanımızca bu uygulama proksimalde levator kasının direkt saptanma zorluğunu aşmakla birlikte, ameliyata zor ve

zaman alıcı evre eklemektedir.

Levator kası ilerletme yönteminin en önemli dezavantajı levator kasının özellikle distrofinin fazla olduğu olgularda tespit edilmesindeki güçlüktür. Bu güçlük bölge anatomisinin bazı özelliklerinden yararlanılarak aşılabılır. Levator kasın preaponevrotik yağ arkasında bulunması ve kas üzerinde vertikal seyirli damar yapıları saptanması kasın ayrıtılmasında kolaylık sağlamaktadır⁷.

Konjenital ptozis onarımında levator ilerletme yöntemi; öğretilmesindeki kolaylık, ameliyat süresinin kısalığı, ve komplikasyonlarının azlığı nedenleri ile olgu sayımızın yetersizliğine rağmen, önemli bir katkı olarak değerlendirilmiştir.

*Doç. Dr. Önder Kwanç
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi A.D.
Bolcalı - Adana*

KAYNAKLAR

1. Bayer-Machule, CK.: Congenital ptosis and complications of ptosis surgery. *Plast. Reconstr. Surg.* 81:789,1988.
2. Beard, C.: Advancement in ptosis surgery. *Clin. Plast. Surg.* 5:537, 1978.
3. Keçik, A., Özgür, F.: The method of using the Palmaris Longus tendon as a ribbon to the frontal muscle in surgical treatment of ptosis, *Hacettepe Medical Journal* 22: 317, 1989.
4. Atabay, K., Atabay, Ç., Erk, Y.: Modified split-level lid resection of blepharoptosis. *Ann. Plast. Surg.* 32:276, 1994.
5. Anderson, R.L., Jordan, D.R., Dutton, J.J.: Whitnall's sling for poor function ptosis. *Arch. Ophthalmol.* 108: 1628, 1990.
6. Jones, L.T.: The anatomy of the upper eyelid and its relation to ptosis surgery. *Am. J. Ophthalmology.* 57:943, 1964.
7. Carraway, J.H., Vincent, M.P.: Levator advancement technique for eyelid ptosis. *Plast. Reconstr. Surg.* 77:394, 1986.
8. Waller, C.D., McCord, M. Tanenbaum (Eds), *Oculoplastic Surgery*. New York: Raven Press 1987. Pp. 325-375.
9. Mustarde, J.C: Correction of ptosis by split level lid resection. *Clin. Plast. Surg.* 5:533,1978
10. Skore, J.W., Bergin, D.J., Garnett, S.N.: Results of blepharoptosis surgery with early postoperative adjustment. *Ophthalmology* 97:1502, 1990.
11. Beard, C.: Levator advancement technique for eyelid ptosis (Discussion). *Plast. Reconstr. Surg.* 77:403, 1986.