

# TRAVMATİK BİR PİTOZ OLGUSU VE CERRAHİ YÖNTEMİN BELİRLENMESİ: OLGU SUNUMU

Zühtü DEMİR, Hıfzı VELİDEDEOĞLU, Atilla KURTAY, Ünal ŞAHİN

SSK Ankara Eğitim Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği

## ÖZET

Üst göz kapağı pitozu, karşıya bakış pozisyonunda kapağın normale göre daha düşük olması ve globu normalden daha fazla kapatması ile karakterizedir. Patoloji görme fonksiyonunu belirli derecede engelleyebilir. Tedavide değişik yöntemler kullanılmaktadır. Tarif edilen yöntemler uygun endikasyonlarla kullanılıncaya başarılı sonuçlar alınmaktadır. Fakat birkaç anatomik patolojinin bir arada bulunabileceği travmatik pitoz olgularında bazen tek bir yöntem ile tedavi mümkün olmayabilmektedir. Bu tür olgularda patolojiye yönelik yaklaşım gereklidir.

Bu makalede 54 yaşındaki bir erkek hastada bir yıl önce geçirdiği orbital travma sonucu gelişen bir pitoz olgusu sunulmaktadır. Sol üst göz kapağında ileri derecede pitozu olan hastanın kapak lateralinde skarı ve lenfodemi vardı. Vertikal horizontal kapak boyutları normalden fazlaydı. Lenfödemin oluşturduğu ağırlık artışı nedeniyle kas hareketinin kapağı kaldırmaya etkisi 1 mm kadardı ve supratarsal fold silinmişti. Lateral kantus mediale doğru deplaseydi. Deformitenin kompleks yapıda olması nedeniyle onarımında birkaç prosedürün bir arada kullanılması düşünüldü. Hastanın kapak lateralinden kama rezeksiyon, frontal kasa fasya ile askılama ve lateral kantoplasti yapıldı. bir yıllık takibimizde fonksiyonel ve estetik açıdan iyi bir sonuç alındığı ve sağ göz kapağı ile iyi bir simetrisinin sağlandığı gözlemlendi. Bu makalede pitoz onarımında kullanılacak tekniğin seçiminde deformitenin önemini ve bazen birden fazla prosedürün bir arada kullanılabileceğini vurgulamak istedik. **Anahtar Kelimeler:** Travmatik pitoz, lenfödem, frontal kasa askılama.

## SUMMARY

### Decision Making in Traumatic Ptosis: Case Report

Ptosis of the upper eyelid should be defined as the drooping of the upper lid margin to a position that is lower than it normally would be during straight-ahead gaze. This finding suggests that in the relaxed position the upper eyelid is lower than normal and interferes with the visual field. Different techniques have been described in the treatment. All techniques have been described that have merit and have been used successfully. But, in the traumatic ptosis that consist of heterogeneous group of disorders, treatment can not be possible with only one procedure in some times. In this cases, it is necessary to select procedures according to the disorders. In this paper we presented a 54 year-old man who sustained orbital trauma one year before and because of this trauma he has severe left upper eyelid ptosis. There was a mature scar on his left eyelid laterally. He presented with marked lymphedema on the eyelid and inability to open. Vertical and horizontal dimensions of the eyelid were excess. His levator function was 1 mm because of the increased weight due to lymphedema and supratarsal fold was lost. Lateral canthus was displaced medially. We thought that treatment of this deformity couldn't be possible using only one procedure because of its complexity. We planned a wedge resection on the lateral third of the eyelid, frontalis muscle suspension and lateral canthoplasty. Complete correction of the ptosis and good symmetry with the right eyelid were apparent one year after. Functionally and cosmetically acceptable result was achieved. In this paper we emphasized that complexity of deformity is important to choice of surgical procedure in ptosis surgery and we may need simultaneous application of different procedures in some times.

**Key Words:** Traumatic ptosis, lymphedema, frontal muscle suspension.

Pitoz karşıya bakışta, üst göz kapağının, korneanın üst kenarını normalden fazla kapatması ile karakterize olan patolojidir <sup>1,2</sup>. Görüşün engellenmesinin getirdiği problemlerin yanında, hastada psikolojik sıkıntılar da yaratabilmektedir. Konjenital ve edinsel olarak sınıflandırılabilmeyle birlikte anatomik deformiteye göre yapılan sınıflama, sistemik değerlendirmeyi

kolaylaştırıp, tedavinin planlanmasında yardımcı olur. bu sınıflandırmaya göre pitoz nörojenik, myojenik, aponevrotik ve mekanik olabilir <sup>1-6</sup>. Pitoz onarımı için, levator kasının fonksiyonuna göre birçok onarım tekniği tanımlanmıştır <sup>1,5</sup>. Bu yöntemlerin herbiri uygun endikasyonlarla kullanıldığında başarılı olabilmektedirler. Birden fazla anatomik patolojinin

birlikte olduğu travmatik pitoz oğularında ise patolojiye yönelik yaklaşım düşünülmelidir <sup>4</sup>.

## OLGU

Sol göz üst kapağını kaldıramama şikayeti ile kliniğimize gelen 54 yaşında erkek hastanın 1 yıl önce geçirdiği trafik kazasına bağlı olarak sol göz üst kapağındaki kesisine primer yara onarımı yapılmış olduğu anlaşıldı. Hastanın yapılan muayenesinde; sol göz üst kapağında lateral kantus seviyesinden başlayıp mediale doğru ilerleyen olgunlaşmış skar vardı. Üst göz kapağı karşıya bakışta korneayı tamamen kapatıyordu. Lenf dolaşımının bozulmuş olmasından dolayı lenfödeme bağlı olarak kapak dokusu kalınlaşmıştı. Kapak vertikal ve horizontal boyu normalden fazlaydı, levator kasının kapağı kaldırmaya etkisi 1 mm kadardı. Supratarsal fold yoktu, lateral kantus mediale doğru yer değiştirmişti (Şekil 1).

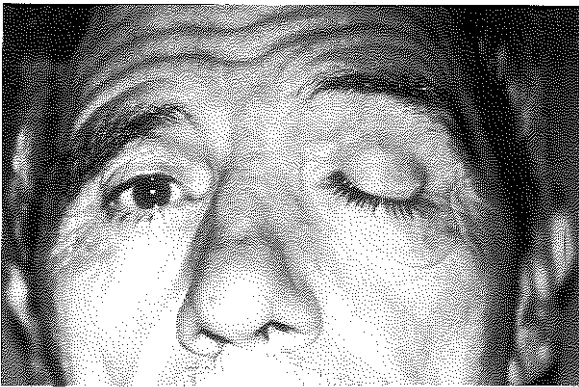
Birden fazla deformitenin aynı anda bulunmasından dolayı patolojinin, pitoz onarımında kullanılan klasik yöntemlerden sadece birisi ile onarılamayacağı düşünülerek üç ayrı girişim planlandı.

1. Frontal kasa serbest fasya lata grefti ile süspansiyon.

2. Lenfödeme bağlı olarak artan kapak ağırlığını azaltmak ve uzayan horizontal kapak boyunu kısaltmak için kapak serbest kenarının 1/3 lateralinden kama rezeksiyon.

3. Lateral kantusun lokalizasyonunu düzeltmek için lateral kantopeksi (Şekil 2).

Lokal infiltrasyon anestezi ile ilk olarak lateral kantus seviyesindeki skar dokusuna uygun olacak şekilde planlanan Y şeklindeki insizyon ile travma sonucu birbirinden ayrılmış olan lateral kantal ligamentin iki ucu bulundu. 4-0 naylon suture ile iki uç birbirine suture edildi. Deri insizyonu V şeklinde suture edilerek Y-V ilerletme yapılmış oldu.



Şekil 1: Hastanın ameliyat öncesi sol üst göz kapağındaki deformitesinin görünümü. İleri derecede pitotik göz kapağının vertikal ve horizontal boyutları artmış.

Daha sonra, kapak serbest kenarının 1/3 lateraline 4 mm kadar genişlikte planlanan tam tabaka kama rezeksiyon yapıldı. Her bir tabaka ayrı ayrı suture edilerek, kapak horizontal boyu kısaltılırken ağırlığı azaltıldı.

Son olarak, serbest fasya lata grefti kullanılarak, kapak medial 1/3 ve lateral 1/3'üne uyan seviyelerden tarsiya tutturulan fasya şeridi ile kaş üstü hizasında üç noktaya uygun gerginlikte frontal askılama yapıldı.

Postoperatif 1. günden itibaren hastanın kaş kaldırma egzersizi yapması sağlandı. 1 yılı geçen takibimizde komplikasyon ile karşılaşmadı. Hastanın kaşını kaldırması ile göz kapağını yeterli ölçüde yukarıya kaldırabildiği, görüş alanında herhangi bir engelleme olmadı istirahat halinde simetrisinin sağlandığı uykuda gözün açık kalmadığı tespit edildi. Lateral kantus normal yerindeydi ve karşı tarafla karşılaştırılınca simetrikti. Estetik ve fonksiyonel açıdan tatminkar sonuç elde edildi (Şekil 3).



Şekil 2: Ameliyatın planlanması. Fasya lata grefti ile frontal kasa askılama, kapak lateralinden kama rezeksiyon ve lateral kantopeksi.



Şekil 3: Hastanın ameliyattan 1 yıl sonraki görünümü. Pitoz düzelmiş ve diğer kapak ile simetri sağlanmış.

**TARTIŞMA**

Göz kapağı pitozu patolojinin başladığı zamana göre genellikle konjetinal ve edinsel olarak iki ana gruba ayrılır. Anatomik deformite esas alınarak yapılan sınıflama ise travmatik pitoz olgularının anlaşılmasında ve tedavisinin planlanmasında daha faydalı olabilmektedir. Bu da dört ana grup altında toplanabilir; aponevrotik, nörojenik, myojenik ve mekanik <sup>1,2,5,6</sup>.

Fakat değişik patolojilerin birarada bulunmasıyla karakterize olabilen travmatik pitoz olguları her zaman basit bir sınıflamaya sokulamayabilir. Böyle durumlarda tedavi daha karmaşık hale gelebilir <sup>7,8</sup>. Sunmuş olduğumuz olguda olduğu gibi travmatik pitoz olgularında birden fazla potoloji pitoza neden olarak pitozun derecesini artırabilir. Travma neticesi levator aponevrozunun tarstan ayrılmasına ve nörolojik hasara ilaveten lenfatik akımının da bozulmasıyla gelişen, lenfödem kapak kalınlığını, boyutlarını ve ağırlığını artırarak ilaveten mekanik olarak da pitoza neden olduğu görülmüştür. levator adelede fonksiyon olmaması nedeniyle frontal askılama yapılması planlanmış fakat artmış kapak ağırlığının da azaltılması gereği düşünülmüştür.

Pitoz onarımında genel olarak levator kasının fonksiyonunun değerlendirilmesi teşhis ve tedavinin yönlendirilmesinde belirleyici bir faktör olarak kullanılmaktadır <sup>1,2,5</sup>. Ancak etyoloji ve varsa pitozun beraberindeki mevcut anatomik patolojilere yönelik değerlendirme ve tedavi planlaması da düşünülmelidir <sup>7,8</sup>.

Travmatik pitoz olgularında, kapağın yapısını, pozisyonunu ve hareketini etkileyen birden fazla anatomik patoloji bir arada bulunabilir <sup>7,8</sup>. Bu deformitelerin her biri pitozun derecesini daha da artırır. Bu tür travmatik pitoz olgularında klasik pitoz onarım

yöntemlerine ilave olarak patolojiye yönelik yardımcı cerrahi prosedürler rekonstrüksiyonda kullanılmalıdır.

*Dr. Zühtü DEMİR*

*Yukarı Dikmen Mah. Ürdün Cad.*

*45. Sok. 16/4 06700*

*Oran, ANKARA*

**KAYNAKLAR**

1. Carraway JH. Reconstruction of the Eyelids and Eyebrows and Correction of Ptosis of the Eyelid. Smith JW, Aston SJ. (ed). Grabb and Smith's Plastic Surgery 1991 4, Ed., 425.
2. Jelks GW, Smith BC. Reconstruction of the Eyelids and Associated Structures. Plastic surgery, McCharthy W.B Saunders Company, 1990, Vol 2, 1671.
3. Crawford JS. Repair of Ptosis Using Frontalis Muscle and Fascia Lata. A 20-Year Review. Ophthalmic Surg. 1977,8,31.
4. Nuncry WR., Cepela M. Levator Function in the Evaluation and Management of Blepharoptosis. Ophthalmology Clinics of North America. March, 1991,4,1.
5. Frank A.N. Correction of Traumatic Ptosis of the Eyelid and Reconstruction of the Lacrimal System. Mastery of Plastic and Reconstructive Surgery Mimis Cohen little, Brown and Company. Boston New York, Toronto, London, 1994 Volume 2, 1101.
6. Clinton D., Mc Cord JR. The Evaluation and Management of the Patient with Ptosis. Clinics in Plastic Surgery. April 1988, V. 15, Number 2, 169.
7. Rober, M. Pearl. Acquired Ptosis: A Reexamination of Etiology and Treatment. Plastic and Reconstructive Surgery, 1985 July 56.
8. Arden RL., Moore GK., Complete Post-Traumatic Ptosis: A Mechanism for Recovery. Laryngoscope 99: 1989 November, 1175.