

KÖTÜ İŞLEVLİ CİDDİ DOĞUMSAL PTOZİS OLGUSUNDA ANTERİÖR LEVATOR REZEKSİYONLA DÜZELTİM: OLGU SUNUMU

Gürsel TURGUT, Emre GÖNEN, Soner TATLİDEDE, İsmail KURAN

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi II. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, İstanbul

ÖZET

Üst göz kapağının anormal düşüklüğü olarak tanımlanan ptosis etyolojik olarak en sık karşımıza doğumsal olarak çıkmaktadır. Bugüne kadar birçok onarım tekniği tanımlanan ptosislerde ana belirleyici etken ptosis derecesi ve kapak işlevinin miktarıdır. Bugüne kadar birçok tanımlanmış teknikle opere edilen ptosislerde en sık olarak hafif ptosis olgularında Fasanella-Servat operasyonu (1) gibi vertikal kapak kısaltma uygulanmış kötü levator fonksiyonları olan ciddi ptosis olgularında ise genelde otojen faysa lata, nonabsorbable dikiş veya silikon ile kaş askılaması operasyonu (2,3,4,5,6) ile düzeltmeler uygulanmıştır. İyi levator fonksiyonları olan ciddi ptosis olguları neredeyse her zaman aponevrotik defektten doğarlar ve uygun aponevrotik cerrahi ile tedavi edilirler. Bu yayınımda 7 yaşında kötü işlevli ciddi ptosis olgusunda uyguladığımız aponevroz cerrahisi ile elde ettiğimiz sonuçları değerlendirerek askılama tekniği ile karşılaştırdık.

Anahtar Kelimeler: Ptosis, cerrahi, teknik

GİRİŞ

Ptosis üst göz kapağının anormal düşüklüğü olarak tanımlanır. Üst göz kapağının normal seviyesi kornea üst limbusunu 1 mm veya 2 mm kapladığı seviyedir. Normal göz kapaklarda orbicularis oculi ve levator kasları sinerjistik çalışarak göz kırpması sırasında hızlı göz açma ve kapama hareketine izin verirler. Levator aponevrozun arkasında yer alan, sempatik sistem tarafından kontrol edilen ve istemsiz olarak çalışan müller kası ise kapak seviyesinin ayarlanmasında küçük derecede (2 -3 mm) rolü vardır.

Levator aponevroz ve Müller kası yakın komşuluk içinde ve üst kapağın konjunktival yüzünde ince bir epitel tabakası altında uzanır. Levator aponevroz, levator kasının çekme gücünü tarsal plakaya iletir. Levator sistemi ve Müller kasının katkıları ile üst göz kapağının seviyesi ayarlanır (Şekil 1A). Whitnall'ın superior transvers ligamenti distal levator kası sarar ve

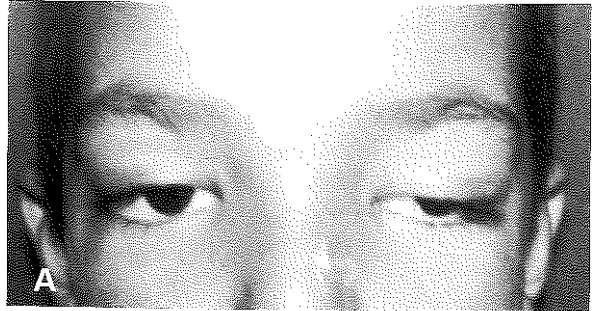
SUMMARY

Correction by Anterior Levator Resection in a Congenital Severe Ptosis Case with Poor Levator Function

Ptosis is described as abnormal lowness of the upper eyelid. The most common form is konjenital ptosis. Up to day lots of technics have been described for ptosis surgery, however the main determinant factors are the degree of ptosis and the degree of levator function. In this respect, vertical eyelid shortening technics like Fasnella-Servat operation is used to be applied for mild ptosis and in cases with poor levator functions eyebrow suspension technics with autogenous fascia lata, or nonabsorbable sutures, or with silicon materials are used to be preferred. In severe ptosis cases with good levator functions are almost always caused by aponeurotic defects and repaired by appropriate aponeurotic surgery. We used aponeurotic surgery for our 7 year old patient with severe ptosis and this article is about the evaluation of our results and comparison with suspension surgery.

Key Words: Ptosis, surgery, technic

periorbituma fibroz bağlantılardan doğan, medialden laterale uzanan bir yapıdır. Bu yapı levator kasın kas bölümünü sarar ve gizler. Birçok durumda levator kasına ulaşmak için bu yapıyı disseke etmek gerekir.



Şekil 1A: Her iki göz kapağında görmeyi engelleyen kötü derece ptosis

Tablo 1: Ptozis sınıflandırması⁶

Konjenital:	
	Basit
	Kapak anomalileri ile
	Oftalmopleji ile
	Synkinetik(Marcus-Gunn)
Edinsel:	
	Nörojenik
	Myojenik
	Travmatik
	Mekanik
	Psödoptosis

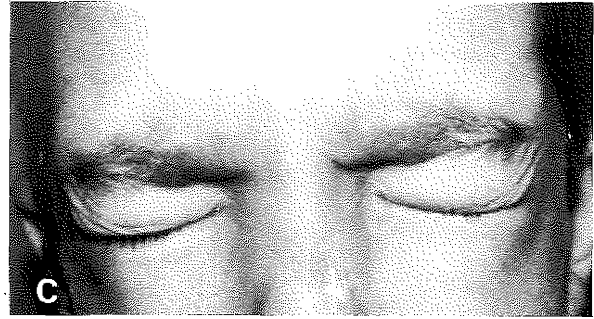
Tablo 2: Ptozis derecelendirilmesi⁷

Ptozis Derecesi:	Ptozis Miktarı (mm):
Hafif	1-2
Orta	3
Ciddi	4 ve üzeri
Levator İşlevi:	Miktarı(mm):
Çok iyi	12-15
İyi	8-12
Orta	5-7
Kötü	3-5

Üst göz kapağının tek veya iki taraflı olarak anormal düşüklüğü olarak tanımlanan ptozis doğumdan itibaren birçok nedenle ortaya çıkan bir malformasyondur. Ptozisler etyolojik etkenlere göre 2 ana alt grupta değerlendirilir (Tablo 1). Bunlar içinde en sık etyolojik faktör doğumsal olarak ortaya çıkanlardır. Doğumdan itibaren görülen şeklinde ptozisler eğer görme alanını etkiliyorsa hemen ameliyat edilmelidir. Görme alanını etkilemeyen doğumsal ptozisler ise okul çağına kadar ameliyat edilmelidir. Bugüne kadar birçok onarım tekniği tanımlanan ptozislerde ana belirleyici etken ptozis derecesi ve kapak işlevinin miktarıdır. Buna göre ptozisler kapak işlevine göre 4 ve ptozis miktarına göre 3 alt gruba ayrılmıştır (Tablo 2).

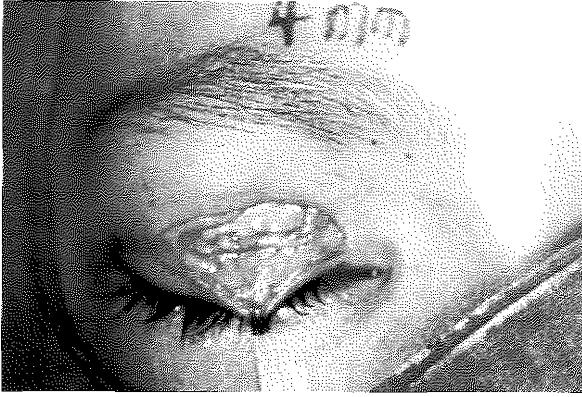
Bugüne kadar birçok tanımlanmış teknikte opere edilen ptozislerde en sık olarak da hafif ptozis olgularında Fasanella-Servat operasyonu¹ gibi vertikal kapak kısaltma uygulanmış kötü levator fonksiyonları olan ciddi ptozis olgularında ise genelde otojen faysa lata, nonabsorbable dikiş veya silikon ile kaş askılaması operasyonu²⁻⁶ ile düzeltmeler uygulanmıştır. İyi levator fonksiyonları olan ciddi ptozis olguları neredeyse her zaman aponevrotik defektten doğarlar ve uygun aponevrotik cerrahi ile tedavi edilirler.

Biz yayınıımızda kötü işlevli ciddi ptozis olgusunda genelde tercih edilen askılama yerine uyguladığımız anterior levator rezeksiyonu ve sonuçlarını değerlendirdik.

**Şekil 1B:** Hasta görememe alanını kaşlarını kaldırarak rahatlatıyor **C:** Kapak kapatma işlevleri normal**Şekil 2:** Levator aponevroz ve Whithnall ligaamentinin ortaya çıkartılması

OLGU

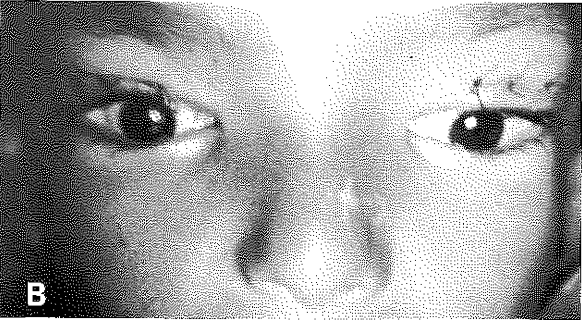
Yedi yaşında erkek hasta. Her iki gözde konjenital ptozis bulunan hastada ptozis miktarı sağda 4 mm, solda 5 mm, levator fonksiyonu ise her iki tarafta 1 mm olarak bulundu (Şekil 1A-C). Hastada mevcut ptozis sonuç olarak kötü işlevli ciddi ptozis olgusu olarak değerlendirildi. Hasta preoperatif değerlendirme sonucunda operasyon olarak anterior yaklaşımla 10mm levator eksizyonu planlandı. Genel anestezi altında operasyona alınan hastaya tars proksimalinden yapılan



Şekil 3: Levator rezeksiyonu ve defektin primer onarımı



Şekil 5: Postoperatuar 6. aydaki görünüm



Şekil 4A, B: Peroperatuar göz kapak elevasyonunun ayarlanması. Sağda 4 mm, solda 6 mm elevasyon

insizyonla girildi (Şekil 2). Tarsal yapılar, levator aponevroz ve Whitnall ligamenti ortaya çıkarıldı (Şekil 3). Daha sonra levator aponevrozdan altta konjunktiva korunarak 10mm eksizyon uygulandı. Oluşan defekt bölümü aponevroz tars ile karşı karşıya getirilerek kapatıldı. Üst göz kapağı limbusu 1-2 mm örtecek şekilde ayarlanmasına dikkat edildi (Şekil 4A). Ciltten 4 mm eksizyon uygulandıktan sonra primer onarıldı (Şekil 4B). Dikişleri 7.günde alınan hasta 6 ay takip edildi. Hastada solda sağa göre 1 mm asimetri kaldı. Ancak hastada görmeyi engelleyecek veya kompensasyona yol açacak düzeyde ptosis gözlenmedi (Şekil 5).

TARTIŞMA

Doğumsal ptosis olgularında uygulanan teknikler ana başlık olarak aşağıdaki gibi sınıflandırılmıştır.

Konjenital Ptosis için Cerrahi Teknikler: ⁷

- 1-Levator rezeksiyonu cilt yaklaşımı ile
- 2-Levator rezeksiyonu konjunktival yaklaşım ile
- 3-Kaş askılanması

Cerrahi teknik olarak hafif ve orta derece ptosis olguları için kapak kısaltma ve aponevroz cerrahisi uygulanırken; kötü işlevli ciddi ptosis olgularında ise değişik materyaller yardımıyla kaş askılama teknikleri tedavi seçeneği olarak kullanılmıştır. Bu seçimlerde ise belirleyici olan bölge anatomisinin oldukça ince ve karışık olması nedeniyle aşırı rezeksiyonlardan komplikasyon korkusuyla kaçınılması olmuştur. Ancak kötü olgularda askılama teknikleri sıklıkla hastalarda tekrarlama ile sonuçlanması nedeniyle hastaların yeniden ameliyatını gerektirmiştir. Çünkü bu olgularda ana sorun özellikle etyolojik olarak doğumsal olanlarda yetersiz levator gelişimi nedeniyle tars ile Whitnall ligamenti arasındaki mesafenin normalde göz kapağı açılırken kısılması gerekirken kısılmayarak sabit kalması ve kasın da çalışmamasının verdiği ikinci bir etkiyle ptosisin ortaya çıkmasıdır. Bu nedenle tars ile Whitnall ligamenti arasında kalan levator aponevrozun ptosis miktarı gözönüne alınarak çıkarılması yeterli düzeltimi sağlayacaktır. Bu şekilde yapılacak cerrahiyle özellikle bilateral olgularda eksizyonları kapakları eşit düzeyde kaldıracak şekilde çıkartımlara dikkat edilirse kalıcı tedavi sağlanmış olacaktır. Askılama tekniklerinde ise ister otojen dokuyla olsun ister yabancı materyallerle yapılmış olsun tekrarlama riski her zaman mevcuttur. Özellikle bu ameliyatların çocukluk çağında yapıldığı gözönüne alınırsa eğer hasta ile iletişimin iyi kurulamamasıda bu tekrarlamalarda önemli bir diğer etken olarak da karşımıza çıkmaktadır. Bununla birlikte aponevroz cerrahisinde ise bölge anatomik yapıların çok ince katmanlar halinde bulunması, zaten atrofik olan

aponevrozun konjoktivanın hemen üzerinden fazla hasarlanmadan eksize edilmesi teknik olarak bu tekniğin kötü yanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca kooperasyonun iyi kurulmadığı olgularda ve çocuklarda, ameliyatın genel anestezi altında yapıldığı olgularda göz kapaklarının simetrisini sağlamak önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tip olgularda askılama teknikleri, daha kısa sürmesi ve göz kapakları arasında simetrinin sağlanması için daha kolay ayarlama yapılabilmesi sağlanması nedeniyle eksizyon yapılan olgulara göre daha avantajlı olarak görülmektedir.

*Dr. Gürsel TURGUT
Toplu Konut Sitesi C9 D4
34800 Yeşilköy, İSTANBUL*

KAYNAKLAR

1. Fasanella , R.M., and Servat, T. Levator Resection for Minimal Ptosis, Another Simlified Operation. Arch. Ophthalmol. 65:493 , 1961.
2. Beard C: A New Treatment for Severe Unilateral Ptosis and Ptosis with Jaw-winking. Am J Ophthalmol 59:252, 1965
3. Callahan A: Correction of Unilateral Blepharoptosis with Bilateral Eyelid Suspension, Am J Ophthalmol 74:321, 1972
4. Wright WW: The Use of Living Sutures in the Treatment of Ptosis Arch Ophthalmol 51:99, 1922
5. Crawford JS: Use of Fascia Lata in the Correction of Ptosis, Adv Ophthalmic Plast. Reconst. Surg 1:221, 1982
6. Crawford JS, Iliff CE, Stasiar OG: Symposium on Congenital Ptosis.History of Ptosis Surgery, J Pediatr Ophthalmol Strabismus 19:245, 1945
7. Michael A.Callahan, Conjenital Ptosis , Smith's Ophthalmologic Plastic Surgery: Part IV,
8. Beyer C.H. Advances in Ophtalmological Plastic and Reconstructive Surgery , Vol .1. Elmsford, NY: Pergamon, 1982. Pp. 13-18.