

# ALT GÖZ KAPAĞI ve MEDİAL KANTUS ONARIMINDA NAZAL KONDROMUKOZAL FLEP KULLANIMI

Ersin ÜLKÜR, Hüseyin KARAGÖZ, Fatih UYGUR, Fuat YÜKSEL, Bahattin ÇELİKÖZ

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği ve Yanık Ünitesi

## ÖZET

Geniş göz kapağı defektlerinin onarımı, karmaşık anatomik yapısından dolayı güçtür. Alt göz kapağı ve medial kantus bölgesinde oluşan tümörlerin eksizyonu sonrası oluşan defektlerin onarımında nazal kondromukozal flep kullanımı tecrübelerimizi aktarmayı amaçladık. Alt göz kapağı ve medial kantus bölgesinde bazal hücreli karsinoma olan, ve eksizyondan sonra oluşan defekt kondromukozal flep ile onarılan 11 hasta değerlendirildi. Tüm hastalarda fonksiyonel ve estetik açıdan kabul edilebilir sonuçlar elde edildi.

**Anahtar Kelimeler:** Alt göz kapağı, medial kantus, bazal hücreli karsinoma, kondromukozal flep

## SUMMARY

Reconstruction of large eyelid defects is difficult because of complex anatomical structure. In this article, authors aimed to express the experiences about the use of nasal chondromucosal flap for reconstruction of defects due to excision of lower eyelid and medial canthus skin cancer. Eleven patients with lower eyelid and medial canthus basal cell cancer were evaluated. All these patients were reconstructed by nasal chondromucosal flap. Acceptable results were gained functionally and aesthetically.

**Keywords:** Lower eyelid, medial canthus, basal cell carcinoma, chondromucosal flap

## GİRİŞ

Göz kapağı defektleri konjenital veya travmatik nedenlerle olabileceği gibi, daha sık olarak tümör eksizyonu sonrası oluşmaktadır. Göz kapaklarını etkileyen tümörlerden en sık bazal hücreli karsinoma görülür, ve yapılan geniş serili taramalarda alt göz kapağı %51, medial kantus %30,5, üst göz kapağı %8,5, lateral kantus %6,5 ve suprasilier bölge %3,5 oranında etkilenmektedir<sup>1</sup>. Bu makalede göz kapağı tümörlerinin en sık görüldüğü iki bölge olan alt göz kapağı ve medial kantus bölgelerinde oluşan tümörlerin eksizyonu sonrası oluşan defektlerin onarımında nazal kondromukozal flep kullanımı tecrübelerimizi aktarmayı amaçladık.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Aralık 2002 - Haziran 2005 tarihleri arasında alt göz kapağı ve medial kantus bölgelerinde bazal hücreli karsinoma olan 11 hastada tümör eksizyonu sonrası oluşan defektler nazal kondromukozal flep ile onarıldı. Olguların yedisinde alt göz kapağında, dördünde medial kantus bölgesinde bazal hücreli karsinoma mevcuttu ve yaşları 21 - 67 arasında (ortalama 56,2) değişmekteydi. Bütün hastalarda operasyon öncesi insizyonel biyopsi ile patolojik tanıları teyit edildikten sonra asıl tedavileri gerçekleştirildi. Hastalarla ilgili bilgiler Tablo 1'de detaylandırılmıştır.

## Cerrahi Teknik:

Tüm ameliyatlar genel anestezi altında gerçekleştirildi. Alt göz kapağı ve medial kantus bölgelerindeki tümörler, çevresinde en az 2 mm sağlam cilt kalacak şekilde işaretlendi. Tümör, cilt, kas, tars ve konjonktivayı içerecek şekilde tam kat eksize edildi. Bipolar koter ile kanama kontrolü sağlandı. Aynı taraf nazolabial oluk üzerinde longitudinal insizyon yapıldıktan sonra nazal cilt, subdermal yapılar korunacak şekilde kaldırıldı. Disseksiyon sınırları, distalde üst lateral kırıkdağın alt ucuna kadar, proksimalde radikse kadardı (Şekil 1). Göz kapağında oluşan defektin şekline ve ölçülerine uygun olarak aynı tarafta kondromukozal flep planlandı. Flebin kırıkdağ kısmı üst lateral kırıkdağ üzerinde şerit şeklinde, ve nazal kemiklerin bittiği yerden itibaren burun ucuna doğru planlandı. Flebin kırıkdağ kısmı alt göz kapağında tars yerine kullanılacağı için çok geniş olmayıp yaklaşık 3 - 4 mm olacak şekilde planlandı. Flebin pedikülü radiksten gelen oftalmik arter ve venin dalı olan dorsal nazal arter ve vendir (Şekil 1). Flebin pedikülünü içeren subdermal doku radiks naziden itibaren subperiosteal planda nazal kemiğin uç kısmına kadar kaldırıldı. Flebin pedikül ile bağlantısına zarar vermeden, subperiosteal gelen disseksiyon hattı nazal kemiğin hemen bitiminde nazal mukozayda içerecek şekilde tam kat hale getirildi. Kırıkdağ 3 - 4 mm alınırken,

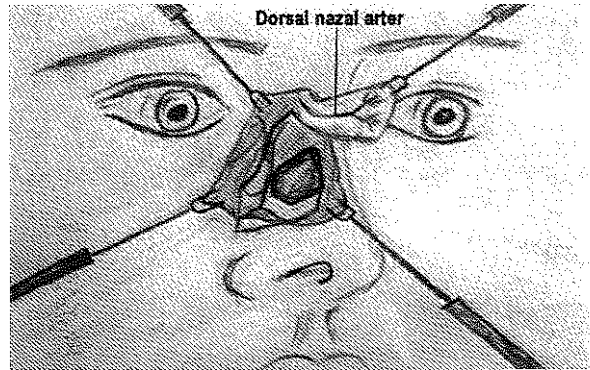
HASTA NO	YAŞ	TANI	LOKALİZASYON	TAKİP SÜRESİ (ay)
1	21	Nodüler BCC	Alt Gözkapığı	3
2	46	Nodüler BCC	Alt Gözkapığı	17
3	51	Nodüler BCC	Alt Gözkapığı	12
4	57	Adenoid BCC	Alt Gözkapığı	25
5	57	Nodüler BCC	Alt Gözkapığı	30
6	65	Yüzeysel BCC	Alt Gözkapığı	16
7	69	Yüzeysel BCC	Alt Gözkapığı	8
8	60	Nodüler BCC	Medial Kantus	24
9	60	Nodüler BCC	Medial Kantus	24
10	65	Nodüler BCC	Medial Kantus	17
11	67	Adenoid BCC	Medial Kantus	11

Tablo 1: Olguların özellikleri

gerekli durumlarda nazal mukozanın disseksiyonu distale doğru genişletilerek daha geniş alınabildi (Şekil 1). Aksiyel bir flep olan kondromukozal flep göz kapağında onarım yapılacak yere çevrildi. Onarımın daha kolay olabilmesi için önce nazal mukozanın ile konjonktiva sütüre edildi. Flebin kırıldık kısmının, tarsın olması gerektiği lokalizasyona yerleşmesine dikkat edildi. Nazal mukozanın ve kırıldıktan oluşan flebin üst kısmında flebin pedikülünü de içeren yumuşak doku olduğu için greftlemeye hazır bir yüzey elde edildi. Flebin üstü tercihen aynı taraf kulak arkasından alınan ince kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı. Flep ve üzerindeki greftin üst kısmına %0,5 lik klorheksidin ihtiva eden gözceknkli pansuman malzemesi yerleştirildikten sonra nemli pamuk ve bunun da üzerine kuru tampon baskı oluşturmayacak şekilde tespit edildi. Flep donör alanında nazal mukozanın, ileri yaşlardaki hastalarda dokunun ilerletilmesi mümkün olabildiği için primer olarak kapatılabilirken, daha genç hastalarda yaklaşıtrıcı dikişler konduktan sonra sekonder iyileşmeye bırakıldı. Nazolabial oluktaki cilt insizyonu tüm olgularda primer kapatıldı. Kompresif pansuman beş gün boyunca muhafaza edildi.

### BULGULAR

Fleplerin hiçbirinde dolaşım problemi, parsiyel veya total nekroz gözlenmedi. Medial kantall bölge onarımı yapılan hastaların birinde operasyon sonrası bu bölgede sineşi ve buna bağlı medial kantus obliterasyonu gözlendi. Önerilen ameliyatları kabul etmedi. Diğer hastalarda üst punktum korunmuş olduğu için epifora gelişimi gözlenmedi. Hiçbir hastada ektropiyon, konjonktivit veya diğer herhangi bir komplikasyon ortaya çıkmadı. İki hastada minör greft tutmama sorunları gözlenirken başka bir müdahaleyi gerektirmeden sekonder iyileşti. Örnek oluşturabilecek olgular aşağıda sunulmuştur.



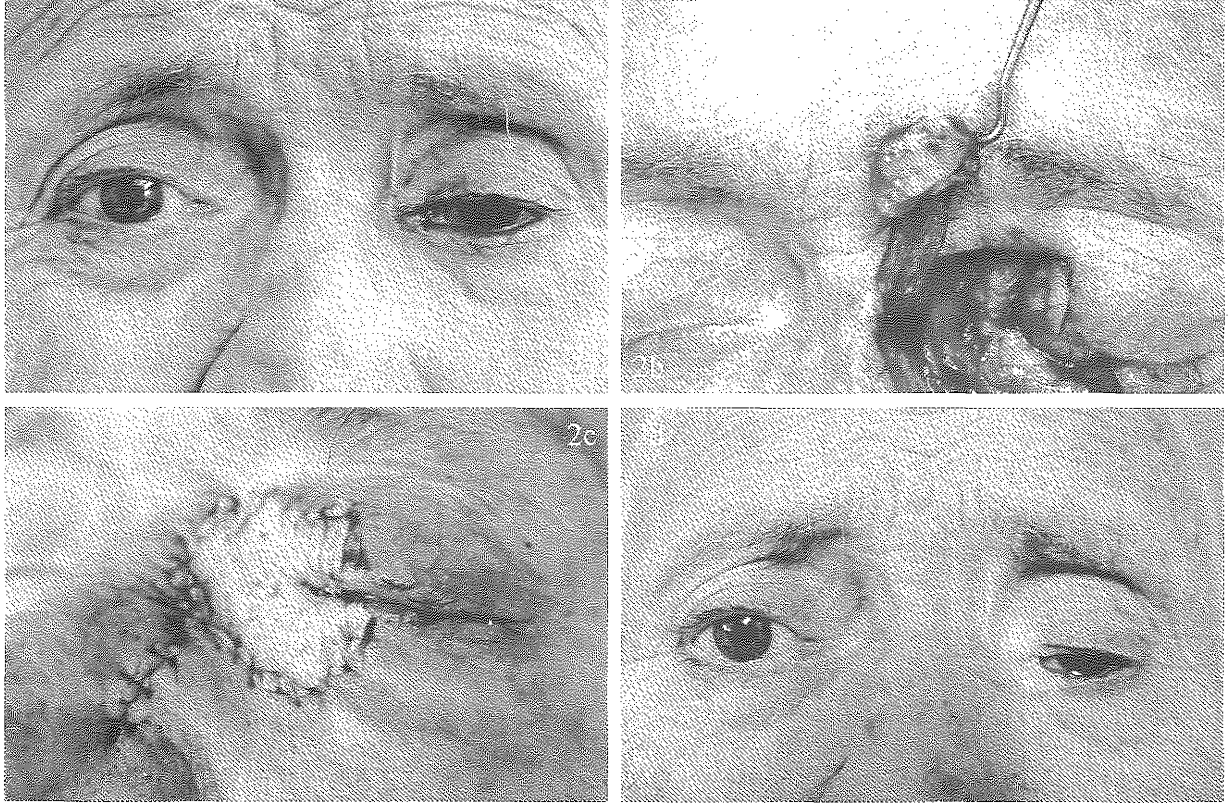
Şekil 1: Kondromukozal flep ve donör alanının şematize edilmiş görüntüsü

### Olgu 1:

67 yaşında erkek hastada beş yıl önce sol göz medial kantall bölgeden bazal hücreli karsinoma eksize edilmiş ve defekt primer sütür edilmiş. Aynı bölgede akıntılı, ülserle lezyon ortaya çıkması üzerine başvuran hastadan alınan insizyonel biyopsi sonucu nüks bazal hücreli karsinoma olarak rapor edildi (Şekil 2a). Eksizyon sınırları belirlendikten sonra cilt, tars ve konjonktivayı içeren tam kat eksizyon yapıldı ve oluşan defekt yukarıda anlatıldığı şekilde nazal kondromukozal flep ile onarıldı. (Şekil 2b-2c). Ameliyat sonrasında parsiyel greft kaybına bağlı olarak medial kantall bölgede sineşi ve obliterasyon gözlendi. Revizyon için önerilen ameliyatı kabul etmedi. Ameliyattan sonraki 10. ayında başka bir problem yoktu (Şekil 2d).

### Olgu 2:

21 yaşında erkek. Alt göz kapağında 1 yıl önce başlayan ve giderek büyüyen kitle şikayetiyle başvuran



Şekil 2a: Sol göz medial kantil bölgede BCC olan hastanın ameliyat öncesi görünümü

Şekil 2b: Lezyon eksize edildikten sonra oluşan tam kat defektin ve kaldırılan kondromukozal flebin görünümü

Şekil 2c: Kondromukozal flep ve deri grefti yerine konulduktan sonra ameliyat sonrası erken dönem görünüm

Şekil 2d: Ameliyat sonrası 11. aydaki görünümü

hastadan alınan insizyonel biyopsi sonucu bazal hücreli karsinoma olarak rapor edildi (Şekil 3a). Eksizyon sınırları belirlendikten sonra cilt, tars ve konjonktivayı içeren tam kat eksizyon yapıldı ve oluşan defekt aynı şekilde nazal kondromukozal flep ile onarıldı (Şekil 3b-3c). Ameliyattan sonraki 2. ayında herhangi bir problem yoktu (Şekil 3d).

#### TARTIŞMA

Göz kapağı, önde deri ve orbikularis okuli kası, arkada ise tarsal plak ve konjonktivadan oluşan karmaşık bir anatomiye sahiptir. Göz kapağı defektlerinin varlığında, fonksiyonel ve estetik açıdan öneme sahip olan bu yapıların her birisi ayrı ayrı düşünülmeli ve onarılmalıdır.

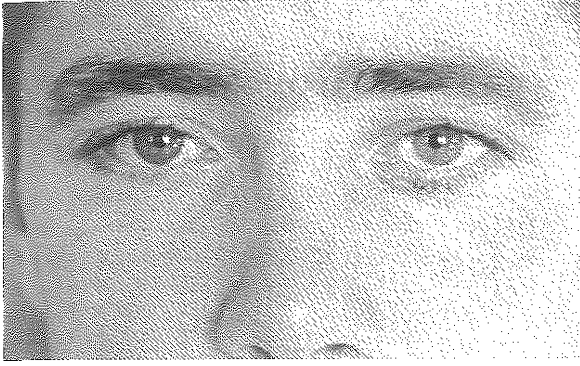
Alt göz kapağının % 30-40' ını içeren tam kat doku kaybı, defektlerin pentagonal, hegzagonal veya oblik üçgen şekillere dönüştürülmesiyle primer olarak tamir edilebilir. Daha geniş defektlerde lateral kantotomi ile birlikte primer tamir denense de, lateral kantusun yeri değiştiği için gözün temel anatomisi bozulmaktadır<sup>2</sup>.

Kısmi kalınlıkta doku kaybı varlığında deri grefti uygulanabilirken, kontraksiyona eğilimli olduğu ve destek için gerekli kas tabakasına sahip olmadığı için tam kat defektlerde tercih edilmez. Geniş tam kat göz kapağı defektlerinde flep ile onarım gereklidir. Kondromukozal kompozit greftin üzerine yanak rotasyon flebi<sup>3</sup> veya Tripiier

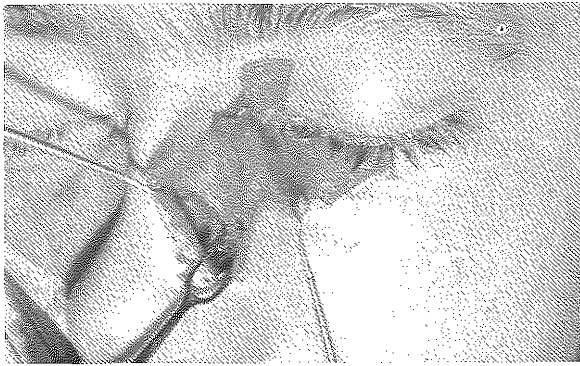
flep<sup>4</sup> getirilerek onarımlar yapılmıştır. Ancak kompozit greftin revaskularizasyonu ile ilgili problemler oluşabilmektedir. Üst göz kapağında planlanan tarsokonjonktival flep<sup>5</sup> ve üzerine deri grefti konularak ta onarım yapılmış olmasına rağmen, üst göz kapağında alınabilecek tars ve konjonktiva miktarı sınırlıdır. Ayrıca iki kapakta birlikte görülen tam kat subtotal defektlerde üzeri orbikuler myokutanöz ilerletme flebi ile örtülen sert damak grefti<sup>6</sup>; her iki göz kapağında ve lateral kantusta tam kat defekt varlığında da V-Y ilerletme flebi ile birlikte Y şeklinde mukoperiosteal sert damak grefti<sup>7</sup> kullanımı bildirilmiştir.

Tam kat geniş göz kapağı defektlerinde, Scuderi tarafından tanımlanan kondromukozal ada flebi ve deri grefti uygulaması ile başarılı sonuçlar bildirilmiştir<sup>8</sup>. İnce ve esnek olmasının yanında flebin vaskularize kıkırdak içermesi, göz kapağının destek ihtiyacını daha güvenilir bir şekilde sağlar. Bu teknikte tek seansta anatomik ve fonksiyonel olarak tam, estetik olarak ta kabul edilebilir onarım gerçekleştirilebilir.

Göz kapağında bazal hücreli kanser olan hastalarda başarılı bir cerrahi tedavi için 2 mm lik eksizyon sınırı bırakılmalı ve mümkün olduğu kadar derin eksizyon yapılmalıdır<sup>9</sup>. Özellikle nüks bazal hücreli kanser olgularında göz kapağı tam kat eksize edilmelidir. Bu



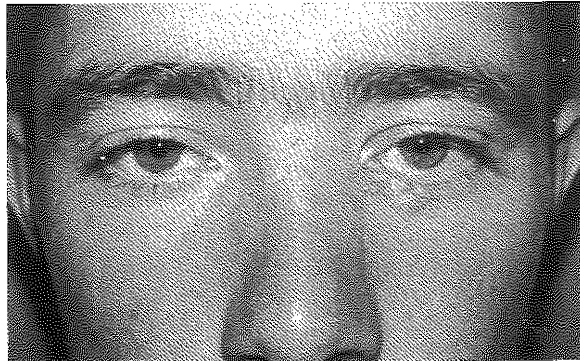
Şekil 3a: Sol alt gözkapagında BCC olan hastanın ameliyat öncesi görünümü



Şekil 3b: Lezyon eksize edildikten sonra oluşan tam kat defektin, kaldırılan kondromukozal flebin ve donör alanın görünümü



Şekil 3c: Kondromukozal flep ve deri grefti yerine konulduktan sonra ameliyat sonrası erken dönem görünüm



Şekil 3d: Ameliyat sonrası 3. aydaki görünümü

prensiplere uyularak yapılan eksizyonlar sonrasında göz kapağında tam kat geniş defektler oluşmaktadır. Bu nedenle olgularımızda kapak onarımı amacıyla, nazal kondromukozal flep ve üzerine deri grefti uyguladık. Göz kapağında bazal hücreli karsinomaların en sık lokalizasyonları olan medial kantus ve alt kapaklı, nazal kondromukozal flebin ulaşabileceği mesafededirler. Ekde ettiğimiz sonuçlar, fonksiyonel ve estetik olarak yeterli olarak değerlendirilirken ortalama iki yıllık bir takip periyodunda bazal hücreli kanser nüksü gözlenmedi.

#### SONUÇ:

Medial kantus veya alt göz kapağını ilgilendiren tümör eksizyonları sonrası oluşan geniş defektlerin nazal kondromukozal flep ile fonksiyonel ve estetik olarak kabul edilebilir şekilde onarılması mümkündür.

*Dr. Ersin ÜLKÜR*

*GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi*

*Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği ve Yanık Ünitesi*  
*34668 Üsküdar / İSTANBUL*

#### KAYNAKLAR

1. Scuderi N, Ribuffo D, Chiummariello S. Total and subtotal upper eyelid reconstruction with the nasal chondromucosal flap: A 10 - year experience. *Plast Reconstr Surg* 115 (5); 1259, 2005.
2. Borman H, Maral T, Demiralay A. Alt göz kapağı rekonstrüksiyon seçeneklerinin gözden geçirilmesi ve klinik deneyimlerimiz. *Türk Plast Rekonstr Est Cer Derg* 10 (2); 78, 2002.
3. Mustarde JC. Major reconstruction of the eyelids: Functional and aesthetic considerations. *Clin Plast Surg* 8; 235, 1981.
4. Jelks GW, Smith BC. Reconstruction of the eyelid and associated structures. In J.G. McCarthy (Ed.), *Plastic Surgery, Vol 2, 1st Ed.* Philadelphia: Saunders, p. 1704, 1990.
5. Hughes WL. New method for rebuilding lower lid. *Arch Ophthalmol* 91; 1008, 1937.
6. Lalonde DH, Osei-Tutu KB. Functional reconstruction of unilateral, subtotal, full-thickness upper and lower eyelid defects with a single hard palate graft covered with advancement orbicularis myocutaneous flaps. *Plast Reconstr Surg* 115 (6); 1696, 2005.
7. Acikel C, Celikoz B, Yıldız TF. Y-shape hard palate mucoperiosteal graft and V-Y advancement flap in the reconstruction of a combined defect involving lateral cantus and upper and lower eyelids. *Ann Plast Surg* 52 (1); 97, 2004.
8. Scuderi N, Rubino C. Island chondro-mucosal flap and skin graft: A new technique in eyelid reconstruction. *Br J Plast Surg* 47; 57, 1994.
9. Koplın L, Zarem HA. Recurrent basal cell carcinoma: A review concerning the incidence, behavior, and management of recurrent basal cell carcinoma, with emphasis on the incompletely excised lesion. *Plast Reconstr Surg* 65; 656, 1980.