

# MEDIAL PERIORBİTAL BÖLGE VE BURUN YAN DUVARI TAM KAT DEFEKTLERİNİN "MEDIAL TABANLI ÜST GÖZKAPAĞI MYOKUTAN FLEBİ" İLE REKONSTRÜKSİYONU

Levent YOLERİ, Sema ÖZDEN, Ahmet SEYHAN

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Manisa

## ÖZET

Medial periorbital bölge ve burun yan duvarı ince cilt yapısı ve ciltaltında önemli anatomik yapılar barındırmasından dolayı rekonstrüksiyonu güç bölgelerdir. Genellikle glabellar, frontal, yanak ya da nasolabiyal bölgelerden çevrilen fleplerle onarım yapılır, ancak bu fleplerde renk ve doku uyumu iyi değildir, donör saha skarları yüzün orta bölgesinde belirgindir.

Burun sırtından çevrilecek flepler ise geniş defektler için yetersiz kalır. Kliniğimizde medial periorbital bölge ve burun yan duvarında 1,5 - 3 cm boyutlu tam kat doku defekti bulunan 5 hastaya "medial tabanlı üst gözkapığı flebi" uygulandı. Primer kapatılabilecek flep genişliği saptanarak, flep lateralden mediale doğru orbikularis okuli kasıyla birlikte medialde yaklaşık 5 mm çaplı pedikül üzerinde kaldırıldı. Pedikül, defekt ile flep donör sahası arasında açılan kanal içine yerleştirildi. Donör saha üst gözkapığı blefaroplastisindeki gibi kapatıldı. Hastalar ortalama 13 ay takip edildi. Tüm flepler yaşadı. Fleplerin renk ve doku uyumları iyiydi. Donör saha morbiditesi olmadı. Hastalarda oluşan venöz konjesyon 10 gün içinde kendiliğinden geriledi. Medial tabanlı üst gözkapığı flebi, medial periorbital bölge ve burun yan duvarı orta boyutlu tam kat defektlerinin rekonstrüksiyonlarında uygulanabilecek alternatif bir fleptir.

**Anahtar Kelimeler:** Medial periorbital bölge, üst gözkapığı flebi

## SUMMARY

Resurfacing of medial periorbital and lateral nose wall defects constitutes a major problem for plastic surgeons. Skin flaps transferred from the glabellar, frontal, cheek and nasolabial areas are usually preferred. However, these flaps are quite thick and bulky when compared with the native skin of the medial periorbital region, and the donor scar is visible. The lateral nose wall flaps are not suitable for closure of large defects. Medially pedicled myocutaneous flap was used for resurfacing of 1,5 - 3 cm medial periorbital and lateral nose wall defects in 5 patients. Flap widths enabling primary closure were determined, and the flaps were dissected with the orbicularis oculi muscle from lateral to medial over a pedicle with a diameter of approximately 5 mm. The pedicle was placed in a channel that was opened between the defect and the donor site. The donor site was closed in a similar fashion as in an upper lid blepharoplasty. The mean follow-up period was 13 months. All flaps survived, and skin match was good and no donor site morbidity was observed. Spontaneous regression of venous congestion was observed in 10 days. The medially based upper eyelid myocutaneous flap can be a good alternative for the reconstruction of medial periorbital and lateral nose wall defects.

**Keywords:** Medial periorbital region, upper eyelid flap.

## GİRİŞ

Medial periorbital bölge ve burun yan duvarı bazal hücreli karsinomaların sık tuttuğu ve nüks oranlarının yüksek olduğu bir bölgedir. Kompleks anatomik yapısı, cildinin ince olması ve yüzün orta kısmında bulunmasından dolayı rekonstrüksiyonu güçlük göstermektedir<sup>1,2,3</sup>. Periosteum tümörle birlikte eksize edildiğinde ya da medial kantalar yapılar açığa çıktığında greft ile rekonstrüksiyon yapılamamaktadır. Bu durumda rekonstrüksiyonda glabellar,

frontal, yanak ya da nasolabiyal bölgelerden lokal flepler kullanılır<sup>4</sup>. Ancak bu fleplerin renk ve doku uyumları iyi değildir, donör saha morbiditeleri yüzün orta kısmında belirgin olmaktadır<sup>5</sup>. Burun sırtından çevrilebilecek lokal flepler ise geniş defektleri kapatmada yetersiz kalmakta, ayrıca anatomik yapılarda distorsiyon yaratabilmektedir<sup>5</sup>.

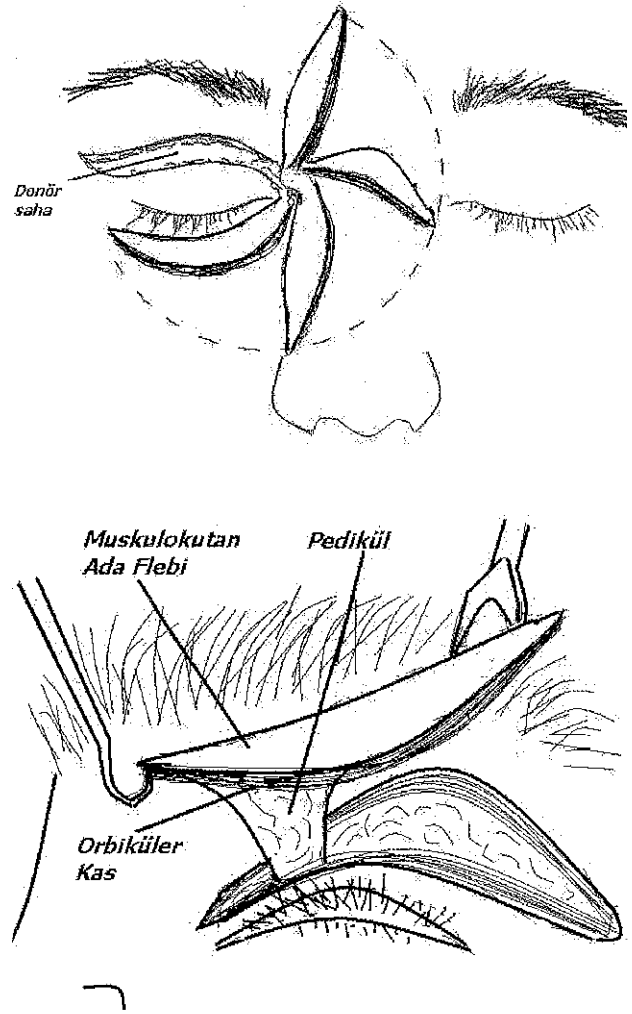
Gözkapığı derisi renk ve doku yapısı açısından medial periorbital bölge ve burun yan duvarı bölgelerine iyi uyum

gösterir, gözkapığında donör saha morbiditesinin belirgin olmaması bir diğer avantajdır<sup>6</sup>. Porfiris ve ark. üst gözkapığı cildini myokutan flep olarak alt gözkapığı ve periorbital rekonstrüksiyonda kullanmıştır<sup>7,8</sup>. Tezel ve ark pedikülü deepitelize ederek gerek ipsilateral, gerekse kontralateral defektlerde, lateral nasal duvarda ve burun sırtında kullanmışlardır<sup>6,9</sup>.

Çalışmada medial periorbital bölge ve burun yan duvarı küçük ve orta boy defektlerinin rekonstrüksiyonunda, medial tabanlı üst gözkapığı myokutan flebi uygulanmıştır.

### GEREÇ VE YÖNTEM:

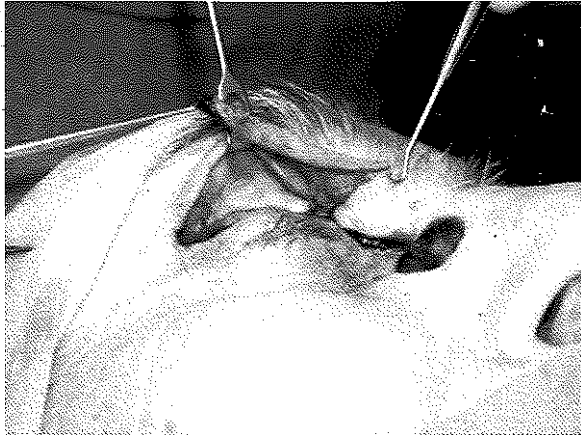
Medial tabanlı üst göz kapağı myokutan flebi basal hücreli karsinomalı 5 hastada, eksizyon sonrası oluşan medial periorbital bölge (n = 2) ve burun yan duvarı (n = 3) tam kat defektlerinin rekonstrüksiyonunda uygulandı. Hastaların yaşları 52 - 79 arasındaydı. En küçük defekt boyutu 2 X 1,5 cm, en büyük defekt boyutu ise 3 X 3 cm olarak ölçüldü (Tablo). Hastaların tümünde tek taraflı flep uygulaması yeterli oldu. Flebin en geniş yeri defektin çapına eşit olarak tasarlandı. Hastanın "çimdik testi"yle gözkapığındaki fazla cilt miktarı belirlendi. Primer kapatılabilecek flep genişliği saptanarak rekonstrükte edilebilecek uygun genişlikte defektler seçildi. İşlemler lokal veya genel anestezi altında uygulandı. Operasyonda 3,5 büyütme loupe kullanıldı. Klasik blefaroplasti insizyonu ile operasyona başlandı. Flep lateralden mediale doğru orbikularis okuli kasi dahil edilerek medialde yaklaşık 5 mm çaplı pedikül üzerinde kaldırıldı (Resim 1). Fleplerin rotasyon açıları 110 - 130 derece arasında değişti, bir flebin distal ucuna ayrıca 180 derece rotasyon yapıldı. (Tablo) Medialde flebin pedikülünü oluşturan supratrochlear, infratrochlear, medial palpebral damarların ince dallarının içinde bulunduğu yağ doku devamlılığı korundu. Pedikül, defekt ile flep donör sahası arasında açılan kanal içine yerleştirildi. Donör saha üst gözkapığı blefaroplastisindeki gibi kapatıldı.



Şekil 1: Flebin rotasyon arki

Hasta Adı - Soyadı	Defektin Boyutu	Defektin Yeri	Flep Yaşayabilirliği	Flep Rotasyon
CD	2 X 2 cm	Medial kantal bölge	% 100	130 derece
NT	3 X 2 cm	Burun yan duvarı	% 70	110 derece / (180 derece)*
MK	2 X 1,5 cm	Burun yan duvarı	% 100	120 derece
GA	3 X 3 cm	Burun yan duvarı	% 100	110 derece
ŞY	2 X 2 cm	Medial kantal bölge	% 100	110 derece

\*Distal ucu 180 derece kendi üzerinde döndürüldü.



**Resim 1:** Flebin medial yağ doku içinde bulunan pedikülü

### BULGULAR:

Hastalar ortalama 13 ay takip edildi (7 ay - 2 yıl). Fleplerin tamamında postoperatif erken dönemde venöz konjesyon oluştu. Konjesyon 3-10 gün arasında kendiliğinden geriledi. Flebin distal ucunun 180 derece döndüğü 1 hastada distalde kısmi flep kaybına rastlandı, problemsiz sekonder iyileşme oldu. Bu hasta dışında tüm hastalarda flep yaşabilirliği tamdı. Postoperatif geç dönemde tüm hastalarda medial kantallık bölgede, pedikül kitlesine bağlı küçük bir perde oluştu ve 2 hastada kendi istekleri üzerine revizyonu yapıldı. Defekti 3 cm olan bir hastada oluşan ektropiyon 2. bir operasyonla düzeltildi. Fleplerin renk ve doku uyumunun iyi olduğu, donör sahada belirgin skar bırakmadığı gözlemlendi (Resim 2a, 2b, 3a, 3b).

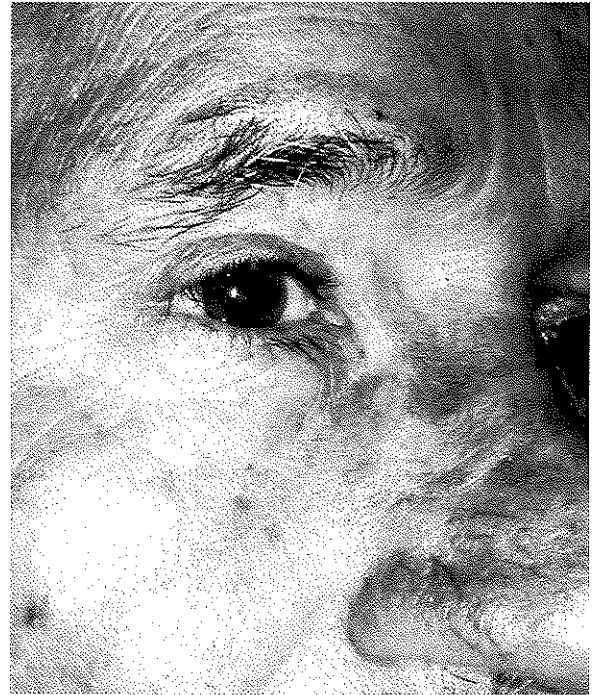
### TARTIŞMA:

Medial periorbital bölge ve burun yan duvarının tam kat defektlerinde iyi bir rekonstrüksiyon seçeneği bulmak zordur. Basitliği, renk ve doku uyumunun iyi olması nedeniyle deri grefti iyi bir seçenek olmasına karşın iyi kanlanan bir alıcı yatak gerektirmektedir. Medial periorbital bölge deri kanserlerinin sık nüks ettiği bir bölgedir<sup>2,3</sup>. Eksizyonun yeterli olması için sıklıkla periosteum da eksizyona dahil edildiğinden fleple onarım gerekir. Rekonstrüksiyonda frontal, glabellar, yanak ya da nasolabiyal bölgelerden kaldırılan flepler kullanılsa da renk ve doku uyumunun iyi olmaması, yüzün orta kısmında belirgin donör saha morbiditesi yaratması, glabellar flepte olduğu gibi kaş medialinde distorsiyon yapması ya da medial kantallık alana kıl taşınması nedeniyle yüz güldürücü sonuçlar alınmamaktadır<sup>5,6,9</sup>. Burun sırtından burun yan duvarına ya da medial kantallık bölgeye lokal flepler çevrilebilmekte, ancak bu flepler geniş defektleri kapatmada yetersiz kalmakta ve burun anatomik yapısında distorsiyon yaratabilmektedir<sup>5</sup>. Gillies' in "benzer dokularla tamir prensibi"ne göre bölgeye renk ve doku açısından eu uygun doku gözkapığıdır<sup>9,10</sup>.

Medial tabanlı üst gözkapığı myokutan flebi "Medial tabanlı unilateral Tripier flebi" ile aynı prensiplere dayanmaktadır<sup>9</sup>. Flebin pedikülü zengin vasküler ağa



**Resim 2a :** Olgu 1 Basal hücreli karsinom. Ameliyat öncesi görünüm



**Resim 2b:** Olgu 1: Ameliyat sonrası 1.5 yıldaki görünüm

sahiptir. Hem infratrochlear ve angüler arter yoluyla eksternal karotid arterden hem de supraorbital, supratrochlear, dorsal nasal, medial palpebral arterler yoluyla internal karotid sistemden beslenir. Medial palpebral arter flebin asıl pedikülünü oluşturur. Venöz drenajı da arteriyel dolaşımı takip eder<sup>10,11,12</sup>.



**Resim 3a** : Olgu 2 Basal hücreli karsinom. Ameliyat öncesi görünüm



**Resim 3b** : Olgu 2: Ameliyat sonrası 1. yıldaki görünüm

Flep Porfiris ve ark tarafından periorbital ve alt gözkapığı defektlerine uygulanmış<sup>8</sup>, Tezel ve ark tarafından karşı medial kantil bölge defektlerine çevrilmiş ve pediküli deepitelize edilerek geliştirilmiştir; ayrıca defekte uygun flep kaldırmak yerine tam blefaroplasti şeklinde tüm kapak cildi kaldırılmış, flep daha sonra defekte uygun hale getirilmiştir<sup>6,9</sup>. Flep alıcı sahaya çevirirken subkutan tünelden geçirilebilir, ancak medial kantil yapıların ve ince flep pedikülünün zarar görme riski vardır. Flep distal ucunun 180 derece kendi üzerine döndürüldüğü bir hastada ince pedikülün kıvrılması nedeni ile uç kısımda nekroz oluşmuş, ancak problemsiz iyileşme görülmüştür. Yaşlı hastalarda cilt bolluğu ve elastisite kaybı nedeniyle daha az donör saha morbiditesi ile geniş flepler kaldırmak olasıdır. Simetri sağlamak için aynı seansta karşı üst gözkapığına blefaroplasti yapılabilir<sup>6</sup>. Medial kantil flebin geniş bir rotasyon arkı mevcuttur (Şekil 1). Medial periorbital rekonstrüksiyonda diğer yöntemlerde karşılaşılabilecek komplikasyonlardan medial kantusun

yukarıya ya da aşağıya doğru yer değiştirmesi ya da açının deforme olması söz konusu olmamakta; lakrimal sistem hasarları oluşmamaktadır. Pedikülün kalınlığı nedeniyle ameliyat sonrası geç dönemde medial kantil alanda küçük bir perde oluşumu flebin dezavantajıdır. Üst gözkapığı cildinin yeterli genişlikte olmaması durumunda bu flep uygulanamaz. İlk günlerde görülen konjesyon 10 gün içinde kendiliğinden gerilemekte herhangi bir morbidite yaratmamaktadır.

Medial tabanlı myokutan flep ince, kolay şekil verilebilen, rotasyon arkı geniş, güvenilir bir flep olup, medial periorbital ve burun yan duvarı defektlerine renk ve doku uyumu iyidir. Donör saha morbiditesinin olmaması da diğer bir avantajıdır.

#### SONUÇ:

Orta büyüklükteki medial periorbital bölge tam kat defektlerinin rekonstrüksiyonunda medial tabanlı üst gözkapığı flebi alternatif olabilecek uygun bir seçenektir.

*Dr. Sema ÖZDEN*

*Adres: 6346 sok. 7 / 8 Bostanlı  
İZMİR*

#### KAYNAKLAR

- Rodriguez RL, Zide BM. Reconstruction of the medial canthus. *Clin Plast Surg*. 15:255, 1988.
- Jelks G, Glat P, Jelks EB, Longaker MT. Medial canthal reconstruction using a medially based upper eyelid myocutaneous flap. *Plast Reconstr Surg* Vol 110(7): 1636, 2002.
- Moy, R. L, Ashjian, A. Periorbital reconstruction. *J. Dermatol. Surg. Oncol*. 17: 153, 1991.
- Jackson I,T. Eyelid and canthal region reconstruction. In: *Local flaps in head and neck reconstruction*. St. Louis, Missouri, Quality Medical Publishing, 273-326, 2002.
- Jackson I,T. Nose reconstruction. In: *Local flaps in head and neck reconstruction*. St. Louis, Missouri, Quality Medical Publishing, 87-188, 2002.
- Tezel E, Sönmez A, Numanoglu A. Medial pedicled orbicularis oculi flap. *Ann Plast Surg*, Vol 49 (6) : 599, 2002.
- Porfiris E, Georgiou P, Popa CV, et al. Island orbicularis oculi myocutaneous flap from the upper eyelid for lower eyelid reconstruction. *Eur J Plast Surg* 21:246, 1998.
- Porfiris E, Kalokerinos D, Christopoulos A, et al. Upper eyelid island orbicularis oculi myocutaneous flap for periorbital reconstruction. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 16:42, 2000.
- Tezel E, Sönmez A, Numanoglu A. Medial pedicled orbicularis oculi flap for medial canthal resurfacing. *Ann Plast Surg* 47(2):213, 2001.
- Stagno d'Alcontres F, D'Amico E, Colonna MR, Quatra F, Lupo F. The orbicularis oculi myocutaneous flap in the repair of the medial canthal region. A new strategy for canthal resurfacing. *Br J Plast Surg*. 57(6):540, 2004.
- Lembke BN, Lucarelli MJ. Anatomy of the ocular adnexa, orbit and related facial structures. In: Nesi FA, Lisman RD, Levine MR, eds. *Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery*, 2 nd ed. St. Louis: Mosby, 42-6, 1998.
- Tezel E, Sönmez A, Numanoglu A. Medial pedicled orbicularis oculi flap. *Plast and Reconstr Surg*, Vol 112 (7) : 1964, 2003.