

KLİNİĞİMİZDEKİ PTOZİS CERRAHİSİ SONUÇLARI

Dr. Nihat ÇAĞLAR (x)
Dr. Gülay MANGA (x)
Dr. Piraye GÜNGÖR (xx)
Dr. Erdal OTMAN (xxx)

ÖZET :

1985-1989 yılları arasında kliniğimizde çeşitli etyolojik kökenli 31 ptozisli hastaya yapılan ptozis ameliyatları sonuçları retrospektif olarak incelenmiştir.

17 olguda Fasanella Servat (levator rezeksiyonu ile birlikte tarsektomi), 13 olguda fasia lata askısı, 1 olguda da Everbush tekniği (deri yaklaşımlı levator rezeksiyonu) uygulanmış, sonuçları tartışılmıştır.

Elde ettiğimiz sonuçlar, literatürlerde daha önce bildirilmiş oranlara göre memnuniyet verici seviyede olmuştur.

GİRİŞ :

Üst göz kapağının düşüklüğü olan ptozisin düzeltilmesinde başarılı sonuçların elde edilmesi, ameliyat tekniğinin, her hastanın özel durumunun gözönünde bulundurularak seçilmesiyle mümkündür.

Ptozis ameliyatlarında göz kapağının normal fizyolojik durumunun korunması yanında, iyi bir estetik sonucun elde edilmesi için çaba gösterilmelidir. Levator fonksiyonunun değeri, seçilecek ptozis ameliyatını belirleyici en önemli kriterdir.

Üst göz kapağının korneadaki durumuna göre ptozisleri Tablo 1'deki gibi sınıflandırabiliriz (1,2).

(x) Atatürk Üniv. Tıp Fak. Göz. Hast. Anabilim Dalı Yrd. Doç. Dr.

(x) " " " " " " " " " " " "

(xx) " " " " " " " " " " Araş. Gör.

(xxx) Konya Ereğli Devlet Hast. Göz Kliniği Uzm. Dr.

Ptozis	Kapağın korneadaki durumuna göre ptozun değerlendirilmesi	Levator fonksiyonuna göre ptozun değerlendirilmesi
Hafif	2 mm ve daha az ise	10 mm ve fazlası (çok iyi)
Orta	3-4 mm	6-9 mm (iyi)
Ağır	4 mm'den fazla ise	4-5 mm (orta)
		4 mm ve daha (zayıf) altı.

(Tablo 1)

Bu değerlendirmelere göre:

Levator fonksiyonunun 4 mm'den az olması durumunda tarsofrontal asmlar.

Levator fonksiyonunun 4 mm'den fazla olması durumunda ise kası kuvvetlendirici müdahaleler uygulanır.

Hangi vakalara ne kadar levator rezeksiyonu yapmak gerektiği konusunda çeşitli öneriler vardır. Genelde kabul edilen prensip 1 mm'lik tars rezeksiyonu veya 4 mm'lik levator rezeksiyonunun, 1 mm'lik ptozisi düzelttiğidir. Tars rezeksiyonunun 3 mm'den fazla yapılması korneanın açık kalmasına sebep olur (3).

Oftalmoloji literatüründe ptozisle ilgili olarak yüzden fazla ameliyat yöntemi bulmak mümkündür. En sık kullanılan yöntemler:

A— Kapak derisi ve kapağı kısaltmak (4).

B— M. Levator palpebra'yı kısaltmak,

1— Anterior yaklaşım (deri yoluyla levator rezeksiyonu).

— Everbuch tekniği (5,6).

2— Posterior yaklaşım (konjonktival yolla levator rezeksiyonu).

— Blaskovics tekniği (4,5).

3— Levator kısaltılması ile birlikte tarsektomi.

— Fasanella Servat tekniği (5,7).

C— M. rektus superior'un kullanılması ile yapılan ameliyatlar

— Trainor operasyonu.

D— M. frontalis'in kullanılması ile yapılan ameliyatlar (5,8). Askı materyali olarak deri flebleri, kas askıları, fascia askıları (fascia lata) nonabsorbabl sütürler (supramid, silikon) kullanılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM :

Çalışmamız, Ocak 1985-Şubat 1989 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran çeşitli etyolojik kökenli 31 ptozisli olguyu kapsamaktadır. En küçüğü 3, en büyüğü 55 yaşında (ortalama 16.90), 24'ü erkek, 7'si kadın, 23'ü unilateral, 8'i bilateral 31 hastanın toplam 39 gözüne cerrahi yaklaşımda bulunuldu.

Hastaların rutin oküler ve sistemik muayeneleri yanında ptozisin başlangıç zamanı, oluş biçimi ailevi ilişkisi araştırıldı. Ptozis miktarı ve levator kaslarının fonksiyonu ölçüldü. Kapak kıvrımının durumu değerlendirildi. Marcus-Gunn Fenomeni ve Bell Fenomeni araştırıldı. Kas hastalığı, sempatik etyoloji ve eşlik eden diğer göz patolojileri olup olmadığı değerlendirildi.

7 mm'den fazla levator fonksiyonu olan hastalara Fasanella Servat ve Everbush teknikleri ile, levator fonksiyonu zayıf veya hiç olmayan orta ve ağır dereceli ptozisli hastalara da Fasia Lata asıcı operasyonu ile müdahale edildi. Fasanella Servat operasyonunda konjonktivo-muskulo-tarsal rezeksiyon tercih edildi.

13 yaşından küçük olgular genel anestezi ile operasyona alındı.

17 olgunun 20 göz kapağına Fasanella Servat, 13 olgunun 18 göz kapağına Fasia Lata asıcı ameliyatı ve 1 olgunun göz kapağına ise deri yaklaşımlı levator rezeksiyonu uygulandı.

BULGULAR :

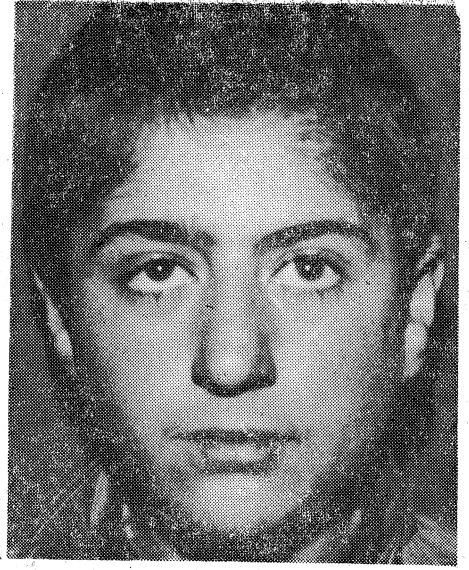
21 olguda basit konjenital ptozis, 3 olguda kapak ve göz anomalileriyle birlikte olan ptozis, 2 olguda akkiz travmatik ptozis, 3 olguda akkiz mekanik ptozis, 2 olguda da konjenital sinkinetik ptozis (Marcus-Gunn Fenomeni) tesbit edildi.

Olguların % 22.58'ini kadın, % 77.42'sini erkek hastalar oluşturmaktaydı. Çoğunluğu (% 67.74) 0-19 yaş grubuna dahildi.

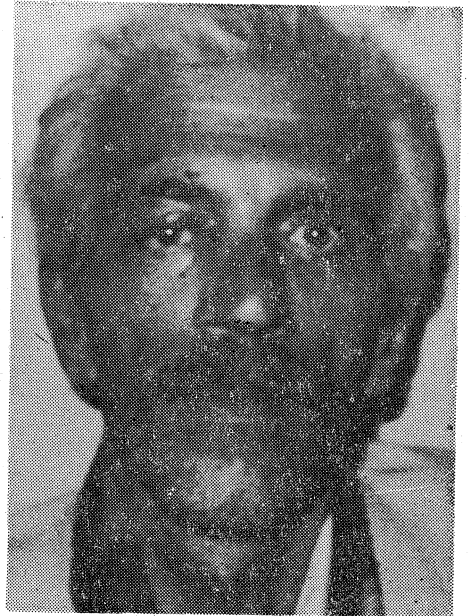
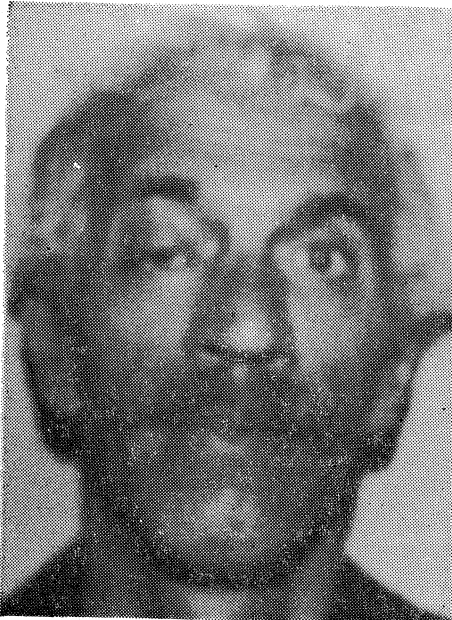
Fasanella Servat operasyonu uygulanan 17 olgunun 4'ünde rezidüel ptozis, mevcuttu diğerlerinde tam düzelme sağlandı. Deri yaklaşımı ile levator rezeksiyonu uygulanan (Everbush) 1 olguda ptozis tam olarak düzeldi. Fasia Lata asıcı ameliyatı uygulanan 13 olgunun 2'sinde düzelme olmadı (Tablo 2).

Fasanella-Servat uygulanan ptozisli olgularda postoperatif komplikasyonlar olarak 3 olguda şiddetli kapak ödemi, 4 olguda rezidüel ptozis, 2 olguda hematoma, 2 olguda sütür irritasyonu ve 1 olguda da konjonktivada açıklık görüldü.

Fasia Lata asıcı ameliyatı uygulanan ptozisli olgularda ise postoperatif komplikasyon olarak 5 olguda kapak ödemi, 2 olguda rezidüel ptozis ve 2 olguda da sütür yerinde granülom görüldü.



Resim1-2: Faşanella-Servat uygulaması yapılan bir olgunun preoperatif ve postoperatif resimleri.



Resim 3-4: Fasla Lata askı ameliyatı yapılan bir olgumuzun preoperatif ve postoperatif resimleri.

TARTIřMA :

Ptozis ameliyatlarında amaç, mükemmele yakın bir estetik görünüm elde etmek ve iyi bir kapak kıvrımı oluşturmaktır. Tarihsel gelişim süreci içinde birçok cerrahi düzeltim tekniğı geliştirilmiştir.

Normalde primer pozisyonunda iken üst kapak korneanın 2 mm'lik bir kısmını örtmektedir(9). Bu oran esas alındığında 1-2 mm'lik ptozis hafif, 3-4 mm'lik ptozis orta, 4 mm'den fazla ptozis ağır olarak değerlendirilir(1,2). Levator fonksiyonunun 4 mm'nin üzerinde olduğu olgularda levator kasını güçlendirecek bir cerrahi yaklaşım, 4 mm'nin altında olduğu ağır ptozis olgularında ise tarsofrontal asma ameliyatları tavsiye edilir.

Fasanella-Servat operasyonu basit bir teknik olarak görülmekle birlikte levator kas fonksiyonunun ve ptozis miktarının son derece titizlikle değerlendirilmesini gerektirmektedir. Fasanella-Servat, levator fonksiyonu iyi, hafif dereceli ptozisler için başarılı bir operasyondur(7). Levator rezeksiyonunun askı girişimine göre birçok avantajları vardır. En önemlisi fizyolojiye daha uygun bir girişim olması ve uzun vadede reoperasyon gereğinin daha az olmasıdır. Kliniğimizde Fasanella-Servat müdahalesi uygulanan 17 olgunun 19 göz kapağında hafif degede ptozis mevcut olup, levator fonksiyonun 7mm veya daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca preoperatif ve postoperatif levator fonksiyonları arasında artış istatistikçe çok önemli olarak bulunmuştur. (t: 8.83 ve $p > 0.001$)

Yaylın, 10, blefaroptozlu hastaya Fasanella Servat tekniğini uygulamış ve konjonktivo musküler rezeksiyon ile alınan sonuçları, konjonktivo-muskulo-tarsektomi ile alınan sonuçlardan daha iyi bulmuştur(10).

İrkeç ve arkadaşları (7) levator fonksiyonu iyi 10 hastaya Fasanella-Servat operasyonu uygulamış olup, bir olguda rezidüel ptozis gözlenmiştir. Ayrıca aynı çalışmada % 20 sütür irritasyonuna rastlanmıştır. Bizim olgularımızda böyle bir komplikasyona rastlanmamıştır.

Fasanella-Servat operasyonunda sütür koyma tekniğinin birçok modifikasyonları, korneal aşınma ve ülserasyondan korunmak için teklif edilmiştir. Hatta Larring tarafından sütürsüz Fasanella-Servat operasyonu denenmiştir. 12 vakanın 11'inde yeterli düzelme sağlanmıştır(11).

Sinkinetik ptoziste (Marcus-Gunn Sendromu) cerrahi uygulama tartışmalıdır. Yapılacak levator rezeksiyonu sinkinetik hareketi azaltmaksızın kapağı kaldıracaktır. Bu nedenle preoperatif sinkinetik hareketler daha belirgin ise, levator girişimi uygulama yönündedir. Aberran hareketlerin ön planda olduğu durumlarda levator eksizyonu ve askı girişimi önerilmektedir(12).

Olgu dizimizdeki 2 olguda sinkinetik ptozis saptanmış, olgunun birine Fasanella-Servat müdahalesi uygulanmıştır. Ameliyattan sonra primer pozisyonda

ptozisde düzelme olmadığı görülmüştür. Diğer olguya otojen Fasia-Lata kullanılarak frontal kasa yapılan asma operasyonu sonucu primer pozisyondaptozis düzelmiş, ancak sinkinetik fenomen devam etmiştir.

Sinkinezis ile birlikte olan ptozisli olgularda araştırmacılar önce levatorun tam olarak kesilmesini, böylelikle fonksiyonunun ortadan kaldırılmasını daha sonrada tarsofrontal asma ameliyatı yapılmasını önermektedirler(13,14).

İrkeç ve arkadaşları, Marcus-Gunn Sendromlu bir olgunun ağır derecedeki ptozisini levator rezeksiyonu yapmadan otojen fasia lata kullanarak frontal kasa yapılan tarsal asma ile düzeltilmişlerdir (6).

Minimal ya da hiç levator fonksiyonunun bulunmadığı durumlarda genelde askılı ptozis ameliyatları önerilmektedir. Birçok askı materyali olmasına karşın, en tutarlı sonuçlar Fasia-Lata ile elde edilmiştir(8,9). Reaksiyon oluşturmaz, kapakları uzun yıllar yukarıda tutma kabiliyetine sahiptir(7).

Kliniğimizde levator fonksiyonu zayıf 13 olguyaotojen fasia lata asıcı ameliyatı uygulandı. Sadece 2 olgunun ptozisinde düzelme olmadı. Asıcı ameliyatlarda rastlanan overkorreksiyon, oküler palpebral asinerji, trikiyazis, entropion, ektropion gibi ciddi komplikasyonlara rastlanmadı.

Sonuç olarak her ptozis olgusu özel olarak değerlendirilmeli, fizyolojisine en uygun girişim olarak levator rezeksiyonu ilk planda düşünülmelidir. Başarısız olunduğu takdirde bu operasyon üzerine başka bir ptozis ameliyatı denenebilir.

SUMMARY :

Ptosis surgery results in our clinic

Ptosis surgery and its results were retrospectively evaluated in 31 cases of ptosis with different etiologies between 1985-1989 in our clinic.

In 17 cases, Fasanella-Servat procedure, (Levator muscle shortening with tarsectomy), in 13 cases, fascia-lata sling and in one case Everbuch technic (Cutaneous approach to resection and advancement of levator muscle) were done and their results were discussed.

It was definitely demonstrated that our results are satisfactorily good when compared with those in literatures.

KAYNAKLAR :

- 1- Slem, G.: Ptozis Tipleri ve Tiplerindeki Tedavi Endikasyonu. XV. Ulusal Türk Oft. Kongresi Bülteni. 111-118, 1981.
- 2- Çıkman, Z.: Göz Fizyolojisi ve Fizyopatolojisi. Erzurum, 1977, s: 3-10.

- 3- Aytek, M.: Ptozis Cerrahisi ve Prensipleri. Hacettepe Oft. Seminerleri. s.: 52) 1979.
- 4- Özgeç, C.: Göz Ameliyatları Kitabı. Ankara, Türk Tarih Kurumu Matbaası, 1956, s: 23-30.
- 5- John Harry King, Jr., Joseph, A.C. Wodsworth: An Atlas of Ophthalmic Surgery. Third Edition, J.B. Lippincolt, Philadelphia, 1981, p: 164-205.
- 6- Mustarde, C.J.: Plastic Surgery in Infancy and Childhood, NewWork, 1979 p: 229-242.
- 7-İRkeç, M., Erdener, U.: Ptozis Ameliyatı Sonuçları. Türk Oft. Gazetesi, Cilt 2, s: 148-157, 1984.
- 8- Mirzataş, Ç.: Askılı Ptozis Ameliyatı Yöntemleri. XV. Ulusal Türk Oft. Kong. Bülteni: s: 119I126, 1981.
- 9- Özmert, E.: Ptozis Tipleri, Cerrahi Tedavi ve Prensipleri Yöntemlerinin Karşılaştırılması. Ankara Üniv. Tıp Fak. Göz Kliniği Yıllığı. s: 159-168, 1982-1981.