

## Konjenital Ptoziste Levator Rezeksiyonunda Anterior Yaklaşım

Sevin Söker Çakmak\*, Kaan Ünlü\*, İhsan Çaçı\*, Bağdagül Bilek\*

### ÖZET

*Levator fonksiyonu 4 mm ve üzerinde olan konjenital ptozisli olgularda anterior yaklaşımla levator rezeksiyonu sonuçları araştırıldı.*

*Çalışmamız, Mart 2001- Mart 2003 tarihleri arasında levator rezeksiyonu uygulanan 12 konjenital ptozisli olgunun 12 gözünü kapsamaktadır. Ameliyat öncesi tüm hastalara görme keskinliği, levator fonksiyon muayeneleri yapıldı. Tüm olgulara anterior yaklaşım ile levator rezeksiyonu uygulandı. Ameliyat sonrasında kapak kenarı düzgün olan ve tam düzelme sağlanan olgular ile  $\leq 1$  mm rezidüel ptozisi olanlar başarılı olarak değerlendirildi. Olguların levator fonksiyonu 4 ile 10 mm, ptozis derecesi 3 ile 7 mm arasında değişiyordu. Olguların 9'unda (%75) istenen kapak düzeyi elde edilirken 3'ünde (%25) yetersiz düzeltme oldu. 1 olguda açıkta kalma keratopatisi, 1 olguda yetersiz kapak kıvrımı gelişti. Olgular ortalama  $12.83 \pm 7.44$  (3-24) ay takip edildi.*

*Ptozis cerrahisinde anatomik yapıların daha detaylı görülebilmesi nedeniyle anterior yaklaşımlı levator rezeksiyonu konjenital ptoziste tercih edilebilir bir yöntemdir.*

*Anahtar Kelimeler: Konjenital Ptozis, Levator Rezeksiyonu*

### Anterior Approach in Levator Resection in Congenital Ptosis

#### SUMMARY

*Results of levator resection with anterior approach in cases with congenital ptosis with levator function 4 mm or better were evaluated.*

*12 eyelids of 12 cases with congenital ptosis who had undergone levator resection between March 2001-March 2003 were included in this study. Visual acuity, levator function and grade of ptosis were examined preoperatively. Levator resection with anterior approach was performed in all cases. Full correction or  $\leq 1$  mm of residual ptosis with a good lid contour is considered successful. Levator function ranged 4 to 10 mm and the amount of ptosis ranged 3 to 7 mm. Nine of the eyelids (75%) were corrected successfully, but 3 eyelids (25 %) were undercorrected. The observed complications were exposure keratopathy in 1 case and abnormal lid crease in 1 case. Mean postoperative follow-up was  $12.83 \pm 7.44$  months (range 3 to 24).*

*Due to better visualization of the anatomical structures, levator resection technique with anterior approach can be preferred in congenital ptosis surgery.*

*Key Words: Congenital Ptosis, Levator Resection*

### GİRİŞ

Konjenital ptozis levator kasının gelişimsel distrofidir. Genellikle (%75) unilaterale ve sporadiktir (1). Ptozisli olgular içerisinde konjenital ptozis görülme oranları %50-88

arasında değişmektedir (2). Ptoziste cerrahi yaklaşım genellikle levator fonksiyonuna göre seçilir. Sıklıkla levator cerrahisi ve frontal adaleye askı olmak üzere iki temel yöntem

uygulanmaktadır (3). Hastanın levator fonksiyonu arttıkça, levator cerrahisinde başarı artmaktadır (4). Bu yüzden levator fonksiyonunun 4 mm'nin üstünde olduğu olgularda ilk tercih edilen yöntem genel olarak levator cerrahisidir (1,5).

Çalışmamızda, konjenital ptozis nedeniyle levator rezeksiyonu uyguladığımız 12 olgunun 12 göz kapağındaki cerrahi sonuçların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Mart 2001- Mart 2003 tarihleri arasında konjenital ptozis nedeniyle levator rezeksiyonu uygulanan 12 olgunun 12 göz kapağı prospektif olarak değerlendirildi. Ameliyat öncesi tüm hastaların görme keskinliği ölçüldü, ambliopi ve şaşılık yönünden incelendi. Ön ve arka segment muayeneleri yapıldı. Levator fonksiyonu, ptozis miktarı değerlendirildi. Bell fenomeni, jaw winking fenomeninin varlığına bakıldı. Hastaların levator fonksiyonları kötü ( $\leq 4$  mm), orta (5-7 mm), iyi (8-9 mm) ve çok iyi ( $\geq 10$  mm) olarak, ptozis dereceleri de ciddi ( $4$  mm  $\leq$ ), orta (3mm), hafif (1-2 mm) olarak sınıflandırıldı. Ameliyatlar tek cerrah tarafından uygulandı.

Levator rezeksiyonu tüm olgularda cilt yoluyla yapıldı. Üst kapak katlantısı diğer göz dikkate alınarak, genellikle kapak kenarından 8-10 mm mesafeden kalemle işaretlendi. Kapak kenarına paralel olacak şekilde cilt kesisi uygulandı. Cilt altı doku disseke edildi. Pretarsal orbikularis kası eksize edilerek tars ön yüzü açığa çıkarıldı. Preseptal orbikularis kası disseke edilerek orbita septumuna ulaşıldı. Preaponevrotik yağ dokusunun hemen altındaki levator aponevrozu tars ön yüzünden konjonktivadan disseke edildi. Disseksiyon sırasında Müller kasına ve levator boynuzlarına zarar verilmemeye çalışıldı. Levator aponevrozu ilerletilerek tarsın 1/3 üst kısmına 6/0 vikril ile suture edildi. Aponevrozun suturelerden sonraki kısmı eksize edildi. Ptozisin her 1 mm'si için kötü ve orta derecede levator fonksiyonu olanlarda yaklaşık olarak 5 mm, iyi levator fonksiyonu olanlarda 4 mm levator rezeksiyonu uygulandı. Bazı olgularda ise rezeksiyon miktarı ameliyat sırasında ayarlandı. Cilt insizyonu kapatılırken cilt-aponevroz-

cilt olmak üzere geçilerek kapak katlantısı oluşturuldu. Alt kapağa frost sütürü konarak altına tespit edildi. Ödem ve ekimozu azaltmak için ameliyat sonrası ilk gün buz uygulaması yapıldı. Bu dönemde laoftalminin tolere edilebilmesi için antibiyotikli göz pomadı ve suni gözyaşı jeli önerildi. Hastalar ameliyat sonrası 1.hafta, 1.ay, 3.ay, 6.ay ve 1.yılda kontrollere çağrıldı. Olguların son kontrollerine göre başarı oranları tespit edildi. Kapak sutureleri ameliyat sonrası 1. haftada alındı. Ameliyat sonrasında kapak kenarı düzgün olan ve tam düzelme sağlanan olgular ile  $\leq 1$  mm rezidüel ptozisi olanlar başarılı olarak değerlendirildi.

## BULGULAR

Olguları 6'sı (%50) erkek, 6'sı (%50) kadındı. Yaşları 6 ile 35 yaş arasında değişmekte olup ortalama  $17.66 \pm 10.31$  idi. Olguların 2'sinde (%16.67) sağ göz, 10'unda (%83.33) sol gözde ptozis mevcuttu. Olguların levator fonksiyonları 4 ile 10 mm, ptozis derecesi 3 ile 7 mm arasında idi. Levator fonksiyonları 2'sinde (%16.67) kötü, 8'inde (%66.66) orta, 2'sinde (%16.67) iyi düzeydedi. Olguların 9'unda (%75) istenen kapak düzeyi elde edilirken 3'ünde (%25) yetersiz düzeltme oldu. Resim 1a ve b'de bir olgumuzun ameliyat öncesi ve sonrası resimleri görülmektedir. Yetersiz düzeltme olan olgularda 2 mm'lik ptozis miktarı mevcuttu. Bu olgulardan hiç birisi ikinci bir ameliyat düşünmedi. 1 olguda açıkta kalma keratopatisi, 1 olguda yetersiz kapak kıvrımı oluştu. Bu olgu tekrar opere edilerek kapak kıvrımı düzeltildi. Olgular ortalama  $12.83 \pm 7.44$  (3-24) ay takip edildi.



**Resim 1a.** Orta derecede levator fonksiyonu olan sol konjenital ptozisli olgunun ameliyat öncesi görünümü



**Resim 1b.** Aynı olgunun levator cerrahisinden bir hafta sonraki görünümü

## TARTIŞMA

Ptozis hastaya hem fonksiyonel hem de estetik sorun yaratır. Kapak anatomisinin zorluğu, uygulanacak cerrahinin olguya göre seçilmesi istenilen cerrahi sonucun elde edilmesini güçleştirir. Levator rezeksiyonunda cilt yoluyla yaklaşım, anatomik yapıların daha kolay tanınması, daha fazla rezeksiyonu ve tars üzerine ilerletmeyi mümkün kılması gibi nedenlerden dolayı konjonktival yolla girişimden daha fazla tercih edilmektedir (6,7). Levator boynuzları, Whitnall ligamanı ve Müller kasının korunarak sadece levator aponözünün kısaltıldığı levator aponöz cerrahisi bugün için en ideal yöntem olarak kabul edilmektedir (8,9).

Ptozis cerrahisinde başarı kriteri rezidüel ptozisin 1mm den az olması ve kapak kenarının düzgün olmasıdır (10). Bulut ve ark. levator rezeksiyonu uyguladıkları olguların %62.5'unda başarılı, %25'inde tatminkar, %12.5'unda ise başarısız sonuç elde etmişlerdir (11). Özdal ve ark. levator cerrahisi uyguladıkları olgularda %72.1 istenilen kapak düzeyi, %27.9'unda ise yetersiz düzeltme elde etmişlerdir (12). Konjenital ptozisli olgularda levator cerrahisinde Jordan %75.4, Shore %72.9, Berlin % 69 başarı elde etmişlerdir (1,13,14). Hoşal ve ark. %77.8 başarı elde etmişler, revizyon ile bu başarı oranı %88.8'e ulaşmıştır (15). Çalışmamızda %75 başarı elde edildi. Yetersiz düzeltme olan olgularda ise 2 mm'lik rezidüel ptozis mevcuttu. Bu olgularda tatminkar bir düzeltme sağlandığı için olguların hiçbirisi ikinci bir ameliyat istemedi.

Ameliyat öncesinde hastanın çok iyi değerlendirilmesi, kapak anatomisine hakim olunması cerrahi girişimin başarısını artıran önemli faktörlerdendir. Levator cerrahisinde en sık görülen komplikasyonlar istenen kapak düzeyinin oluşturulamaması, açıkta kalma keratiti, entropion, ekotropion, enfeksiyon, skatrizasyon, konjonktiva prolapsusu, hematom, kirpik kaybıdır (12). Özdal ve ark ptozis levator cerrahisi uyguladıkları 86 gözün, 5'inde konjonktiva prolapsusu, 1'inde açıkta kalma keratopatisi, 5 olguda kapak hematomu, 3 olguda kapağın uyku sırasında minimal açık kalması gibi komplikasyonlar tespit etmişlerdir (12). Bulut ve ark. levator rezeksiyonu uygula-

dıkları 13 olgunun 1'inde kapak hematomu, 2 olguda anormal kapak kontürü komplikasyon olarak tespit etmişlerdir. Anormal kapak kontürü olan olgularda revizyon ile düzeltme sağlamışlardır (11). Ünal ve ark levator kası cerrahisi sonrası uygun kapak kıvrımı ve düzeyi oluşmamışsa, yetersiz ve aşırı düzeltme varsa ameliyat sonrası 1. haftada revizyonların yapılmasını önermiştir (16). Çalışmamızda 1 olguda açıkta kalma keratiti, 1 olguda ise anormal kapak kıvrımı meydana geldi. Açıkta kalma keratiti, kapama, topikal antibiyotik ve suni gözyaşı kullanılarak tedavi edildi. Anormal kapak kıvrımı meydana gelen olgu, ameliyat sonrası 10.günde ikinci kez opere edilerek kapak kıvrımı düzeltildi.

Anterior yaklaşım ile levator cerrahisi anatomik yapıların detaylı olarak görülebilmesi, anatomik yapıya daha az zarar vermesi, kolay olması, daha fazla rezeksiyona izin vermesi nedeniyle ptozis cerrahisinde tercih edilebilir bir yöntemdir.

## KAYNAKLAR

1. Jordan DR, Anderson RL. The aponeurotic approach to congenital ptosis. *Ophthalmic Surg* 1990; 21:237-244.
2. Beyer CK. Congenital ptosis and complications of ptosis. *Plastic and Reconstructive Surg* 1988; 81: 789-799.
3. Ünal M, Konuk O, Köksal M, Hasanreisoglu B. Ptozisli olgunun değerlendirilmesinde ve cerrahinin seçiminde etyolojik sınıflamanın önemi. *MN Oftalmoloji* 1998; 5: 375-377.
4. Kükner AŞ, Çelebi S, Aykan Ü, Demir T. Konjenital ptozisli olgularda levator aponevroz katlama sonuçlarımız. *T Klin Oftalmoloji* 2000; 9: 171-174.
5. Ünal M. Levator aponevroz cerrahisi. *T Klin Oftalmoloji* 1997; 6: 98-105.
6. Mauriello JA, Wagner RS, Caputo AR, Natale B, Lister M. Treatment of congenital ptosis by maximal levator resection. *Ophthalmology* 1986; 93:466-469.
7. Carraway JH, Vincent MP. Levator advancement technique for eyelid ptosis. *Plastic and Recons Surg* 1986; 77: 394-401.

8. Ünal M. Kapak cerrahisinde yenilikler. MN Oftalmoloji 1997;4: 79-85.
9. Doxanas TD. Simplified aponeurotic ptosis. Ophthalmic Surg 1992; 23:512-515.
10. Başar E, Mirzataş Ç, Ermiş S. Levator rezeksiyonunda eksternal yaklaşım. MN Oftalmoloji 1996; 3: 368-371.
11. Bulut S, Argın A, Örnek F, Duman S. Levator rezeksiyonunda anterior yaklaşım. MN Oftalmoloji 1998; 5: 378-380.
12. Özdal PÇ, Göka Ş, Teke MY, Fırat E. Ptozis tedavisinde levator cerrahisi. T Klin Oftalmoloji 2001;10: 139-145.
13. Shore JW, Bergin DJ, Garrett SN. Results of blepharoptosis surgery with early postoperative adjustment. Ophthalmology 1990;97:1502-1511.
14. Berlin JA, Vestal KP. Levator aponeurosis surgery. A retrospective review. Ophthalmology 1989; 96:1033-1037.
15. Hoşal B, Tekeli O, Gürsel E. Ptozis tedavisinde levator aponevroz cerrahisi. MN Oftalmoloji 1998;5:72-75.
16. Ünal M, Aksünger A. Levator cerrahisinde kapak düzeyinin intraoperatif ve erken postoperatif ayarlamasıyla elde edilen sonuçlar. XXVII Ulus Türk Oftal kong Bül, 1993; 3: 1784-1788.

