

## KONJENİTAL PTOZİS; CERRAHİ YÖNTEMLER ve SONUÇLARIMIZ

Dr. Nazmî ZENGİN\*, Dr. Emin KURT\*, Dr. Süleyman OKUDAN\*, Dr. Kemal GÜNDÜZ\*

\* S.Ü.T.F. Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

### ÖZET

*Bu çalışmada Haziran 1989 - Haziran 1993 tarihleri arasında ameliyat edilen 17 hastanın 19 göz kapağına uygulanan ptozis cerrahisi sonuçları analiz edilmiştir. Ağır ptozisi olan 7 göz kapağı frontale askı ile tedavi edilirken, hafif ya da orta ptozis olan 12 göz kapağına levator rezeksiyonu yapılmıştır. Başarı oranı % 79 olarak bulunmuştur. Bu oran daha önce göz literatüründe bildirilenlere paralellik göstermektedir.*

*Anahtar kelimeler: Konjenital ptozis, levator rezeksiyonu, frontale askı.*

### SUMMARY

#### ***Congenital Ptosis: Surgical Technics and Results***

*This study analysis the results of ptosis surgery on 19 eyelids of 17 patients operated between June 1989 - June 1993. 7 eyelids with severe ptosis have been treated by means of frontalis sling whereas 12 eyelids with minimal or moderate ptosis underwent levator resection. A 79% overall success rate has been recorded which parallels with the previous reports in the ophthalmic literature.*

*Key Words: Congenital ptosis, levator resection, frontalis sling.*

### GİRİŞ

Konjenital ptozis gerek kozmetik gerekse fonksiyonel bozukluklara yol açması nedeniyle ebeveynleri ve hastaları oldukça rahatsız eden bir durumdur. Ptozisin tedavisi cerrahidir. M.S. 1. yüzyıldan bu yana pek çok yöntem tarif edilmekle birlikte bugün için en çok önerilen ve uygulanan levator rezeksiyonu ve frontale askı teknikleridir (1-4). Ancak cerrahide optimal sonuçlara ulaşılmasının oldukça güç oluşu bir çok göz hekimini ptozisli olgulara girişimde bulunmakta tereddüde düşürmektedir. Bu durum son yıllara kadar ptozislerin etyopatogenezi hakkında yeterli bilgilerimizin olmayışına, anatomi ve fizyolojiye uygun olmayan cerrahi tekniklerin ve materyallerin kullanılmasına bağlıdır. Bu olumsuz faktörlerin ortadan kaldırılmasıyla artık ptozis cerrahisinde başarı milimetrelerle ölçülür duruma gelmiştir (5).

Bu makalede değişik tekniklerle ptozisi düzeltilen 17 olguda kullandığımız yöntemler ve aldığımız sonuçlar sunulmaktadır.

### MATERYAL VE METOD

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Haziran 1989 - Haziran 1993 tarihleri arasında ameliyat edilen 7 erkek ve 10 kadın toplam 17 konjenital ptozis olgusunun 19 göz kapağına levator rezeksiyonu ve frontale askı yöntemleri uygulandı. Ptozis olguların 15'inde unilaterale, 2'sinde ise bilateral idi.

Ameliyat öncesi ayrıntılı bir anamnez ve rutin göz muayenesini takiben ptozis miktarı, levator kas fonksiyonu, Bell fenomeni, şaşılık ve refraksiyon muayenesi, göz hareketleri, kornea duyarlılığı, görme keskinliği, çiğneme ile kapak hareketleri incelendi. Nörolojik anomalisi bulunan ve Bell fenomeni negatif olan olgular çalışmaya dahil edilmedi.

Bütün olgularda preoperatif ptozis derecesi ve postoperatif düzelme miktarları kapak kenarından pupil ortasında oluşan ışık reflesine olan uzaklık (marjin-refle mesafesi) ölçülerek belirlendi. Levator

Haberleşme Adresi: Yrd. Doç. Dr. Nazmî ZENGİN, S.Ü.T.F. Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, KONYA

fonksiyonu ölçümleri frontal kas etkisi başparmak kaş üstüne bastırılarak ortadan kaldırıldıktan sonra primer pozisyonda maksimum aşağı bakış ile yukarı bakış pozisyonu arasındaki mesafe ölçülerek alındı. Ptozis miktarı ve levator kas fonksiyonu Beard'ın (6) önerdiği şekilde sınıflandırılarak levator rezeksiyonu planlandı (Tablo 1).

Ancak ptozisi ağır olup levator fonksiyonu 4 mm ve altında olanlara frontale askı uygulandı. Askı materyali olarak 2 gözde ipek, 1 gözde supramid suture, 4 gözde ise mersilen mesh kullanıldı. Levator rezeksiyonu ve frontale askı teknikleri Şekil 1 ve 2'de şematik olarak gösterilmiştir.

Tablo 1. Beard'e göre ptozis miktarı levator fonksiyonu sınıflaması ve levator rezeksiyon miktarı (Ağır ptozislere levator rezeksiyonu uygulanmadığı için burada gösterilmemiştir).

| Ptozik miktarı | Levator fonk. | Rezeksiyon |
|----------------|---------------|------------|
| Hafif (2 mm)   | İyi (>8 mm)   | 10-13 mm   |
| Orta (3 mm)    | İyi (8 mm)    | 14-17 mm   |
| Orta (3 mm)    | Orta (5-7 mm) | 18-22 mm   |

Postoperatif değerlendirmeler 1. gün, 1. hafta, 1. ay ve izleyen 6 aylık peryotlarda yapıldı. Olgular en az 6 ay en çok 3 yıl izlendi.

Postoperatif dönemde unilateral ptozislerde diğer kapak yüksekliğinin 1 mm sınırları içinde düzelmeye sağlanan olgular başarılı olarak kabul edildi. Ağır ptozisi olup frontale askı yapılanlarda ptozis tek taraflı ise orta ve hafif ptozislerdeki başarı kriteri uygulandı. Bilateral ağır ptozislerde ise pupil alanının açık olması başarı olarak kabul edildi.

## BULGULAR

### Klinik Özellikler

Olgularımızın en küçüğü 6, en büyüğü 54 yaşında (ortalama 29.2) ve 7'si erkek 10'u kadın idi. Preoperatif ptozis miktarlarına göre hafif ptozis grubunda 4, orta ptozis grubunda 8, ağır ptozis grubunda ise 7 göz bulunmaktaydı. Levator fonksiyonu 4 gözde iyi, 8 gözde orta ve 7 gözde ise zayıf olarak değerlendirildi. Görme keskinliği gözlerin 4'ünde ambliopiye bağlı

olarak 0.1'in altında, 3'ünde 0.1-0.5 arasında, 3'ünde 0.5-0.9 arasında, diğer gözlerde ise normal düzeyde bulundu. Gözlerin 7'sine frontale askı, 12'sine ise cilt yoluyla levator rezeksiyonu uygulandı.

### Başarı

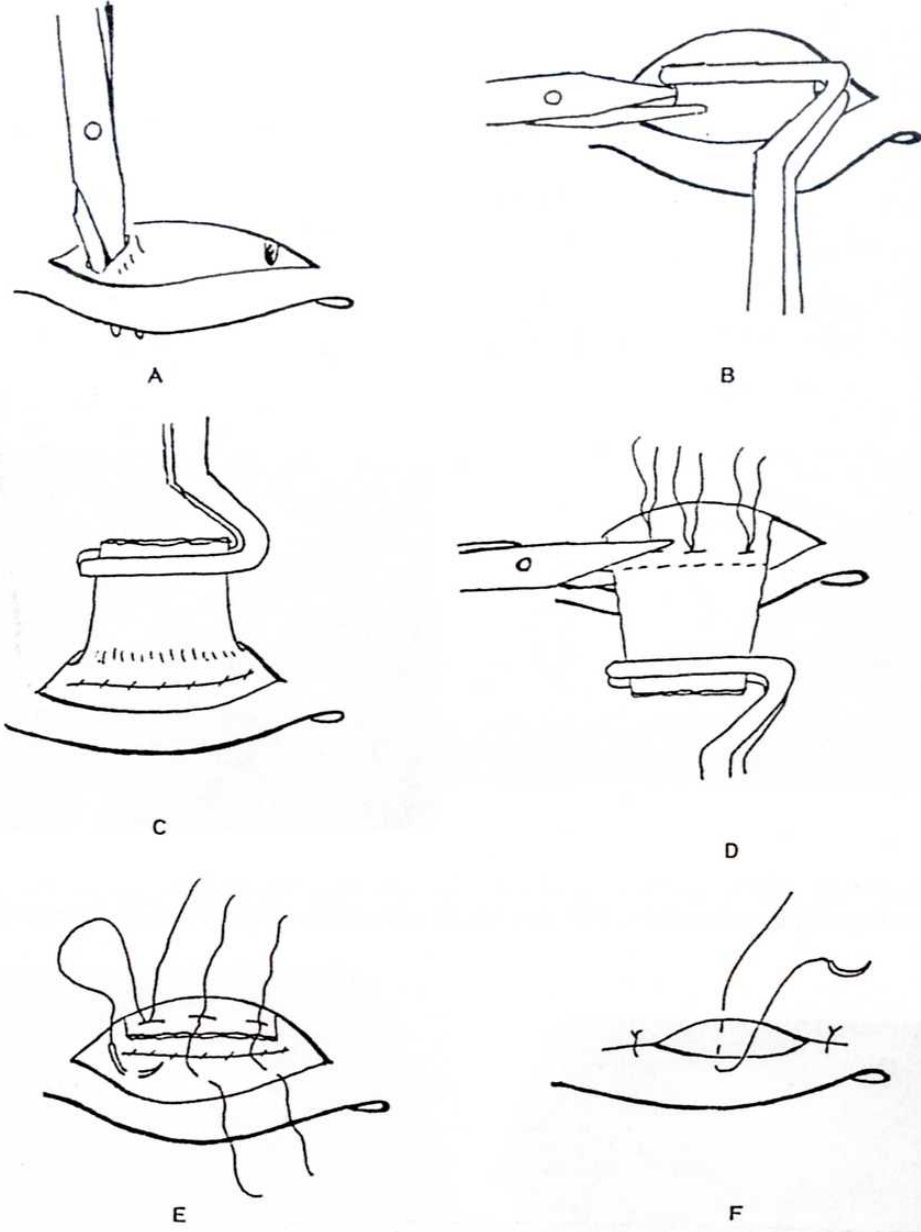
Hafif ptozisli gözlerin 3'ünde, orta ptozisli gözlerin 6'sında, ağır ptozisli gözlerin ise 6'sında başarı elde edilmiştir (Şekil 3, 4). Toplam başarı oranımız % 79'dur.

### Komplikasyonlar

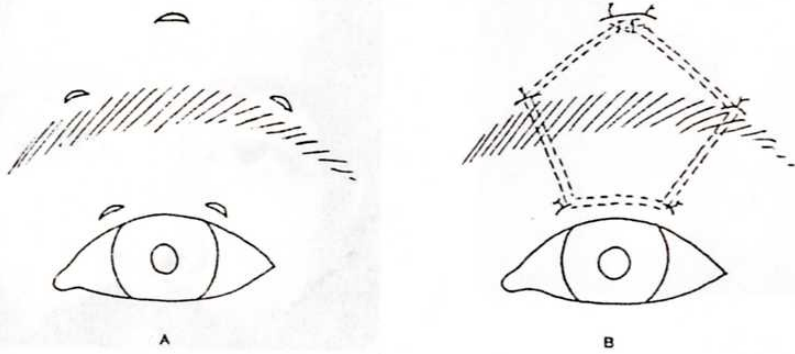
Bir olguda erken dönemde rastlanan kapak kenarında çentiklenme 3 ay sonunda spontan olarak düzeldi (Şekil 5). İpek suturele frontale askı uygulanan 2 olgumuzun birinde 6. ay diğerinde ise 1. yıl sonunda askı etkisini kaybetti. Mersilen meshle askı yapılan 1 olguda erken dönemde kirpiklerde hafif içe dönme gözlemlendi ancak bu durum 3 ay içinde herhangi bir tedaviye gerek kalmadan düzeldi. Levator rezeksiyonu yapılan olgulardan birinde hafif hiperkorreksiyon gelişti. Bu durum hasta için kozmetik ve fonksiyonel bir problem oluşturmadığından herhangi bir girişim yapılmadı (Şekil 6).

## TARTIŞMA

Konjenital ptozisin nedeni levator kasında oluşan distrofi ya da defektlerdir (7, 8). Bu nedenle ideal tedavi yöntemi bu kas üzerine yapılacak girişimleri içermelidir. Levatora yapılan işlemlerden en etkili rezeksiyondur. Bu işlem için ise bir miktar levator fonksiyonunun bulunması ön şarttır. Levator kasına cilt ya da konjonktiva yolu ile ulaşılabilir (1-3). Konjonktival yaklaşımla da iyi sonuçlar alındığı bildirilmekle birlikte (9, 10) son yıllarda deri yolu ile rezeksiyon tercih edilmektedir. Postoperatif olarak kapağı indirmek daha kolay olduğundan bu yöntem özellikle hiperkorreksiyon riski yüksek (levator fonksiyonu iyi) olgularda tercih edilebilir (11). Bizim olgularımız arasında levator fonksiyonu iyi olanlar az olduğu için bu yöntem başvurulmamıştır. Cilt yoluyla yapılan levator rezeksiyonlarının bir çok avantajı vardır (12-15). Bunları şu şekilde özetleyebiliriz: 1- Konjonktival yola oranla daha fazla levator rezeksiyonu yapılabilir, 2- Kapak kıvrımı oluşturmaya imkan sağlar, 3- Ptozisin gelişimine katkıda bulunmayan yapılara zarar vermez, 4- Dokuların daha iyi tanınmasını



Şekil 1. Levator rezeksiyonu tekniğimiz (Şematik).



Şekil 2. Frontale askı tekniğimiz (Şematik).



Şekil 3. Levator rezeksiyonu uyguladığımız bir olgumuzun ameliyat öncesi ve sonrası görünümü.



Şekil 4. Ağır ptozis nedeniyle frontale askı uyguladığımız bir olgumuzun ameliyat öncesi ve sonrası görünümü.



Şekil 5. Şekil 3'teki olgumuzda erken postoperati dönemde kapak kenarında oluşan çentiklenme.



Şekil 6. Levator rezeksiyonu uyguladığımız bir olgumuzun ameliyat öncesi ve sonrası görünümü. Ameliyat sonrasında hafif hiperkorreksiyon dikkat çekmektedir.

sağlar. Bir çok konjenital ptozis olgusunda kapak kıvrımı yoktur. Bizim olgularımızın hepsinde ameliyat öncesinde bulunmayan kapak kıvrımı ameliyat sonrasında arzu edilen düzelme sağlanamayanlarda bile oluşmuştur.

Frontale askı yöntemi levator fonksiyonunun zayıf, ptozisin ağır olduğu gözlerde tercih edilen bir yöntemdir (3, 16, 17). Biz de olgularımızın 5'inde (7 göz) bu yöntemi tercih ettik. Bu yöntem göreceli olarak sık başvurmamızın nedeni ağır ptozis olgularının hafif ve orta ptozis olgularına göre ameliyata daha kolay ikna edilebilmeleridir. Askılı ptozis cerrahisinin endikasyonları hakkında fikir birliği olmakla birlikte aynı durum kullanılacak askı materyali hakkında sözkonusu değildir. Frontale askı materyali olarak deri, kas, fasia lata ve çeşitli sentetik sütürler gibi bir çok materyaller kullanılmıştır (16). Bunlarla genellikle arzu edilen sonuçlar alınamamıştır. Bunun nedeni sütür erimesi, düğüm çözülmesi ve sütür atılması gibi komplikasyonlardır. Otojen fasia latanın ideale yakın bir materyal olduğu ileri sürülmüştür. Ancak

fasia lata alınması işleminin genel anestezi gerektirmesi, zaman alıcı olması, bu bölgenin anatomisinin tarafımızdan iyi bilinmemesi ve hastanın bacağına belli bir büyüklüğe erişmesinin gerekmesi gibi dezavantajları nedeniyle fasia lata kullanılmamaktadır. Kliniğimizde 1992 yılından beri mersilen meshi tercih etmekteyiz. Frontale askı uygulanan olgularımızda meshin diğer sentetik askı materyallerine (supramid, ipek) üstün olduğu dikkat çekmiştir. Bunun nedeni meshin dokularla bütünleşebilen yapıda olmasıdır (18).

Ptozis cerrahisinde amaç arzulanan kapak yüksekliğinin elde edilmesidir. Olgularımızın % 58'inde 1 mm sınırları içinde bu amaca ulaşılmıştır. Bilateral ağır ptozisi olan 2 olgumuzda postoperatif dönemde göz kapaklarının yeterince kapanamaması olasılığı nedeniyle amacımız sadece pupil alanını açarak hastanın görme fonksiyonlarının devamını sağlamaktır. Bu 2 olguyu da ilave ettiğimizde başarı oranımız % 79'a yükselmektedir. Bu oran literatürdeki oranlarla kıyaslanabilir bir başarı elde ettiğimizi göstermektedir (9, 12, 14, 15, 17-20).

## KAYNAKLAR

1. Collin JRO: A manual of systematic eyelid surgery. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1983, pp. 39-75.
2. Iliff WJ: Ptozis surgery. In: Duane TD, Jeager EA, eds. Clinical Ophthalmology. Vol 5, Ch. 10, pp. 1-3. 1989, Harper and Row, Philadelphia
3. Ünal M: Ptozis cerrahisi. XI. Ulusal Oft. Kurs kitabı, Hasanreisioğlu B, ve ark., ed. Yıldırım Ofset Basımevi, Ankara, 1991, s. 177-188.
4. Crawford JS: History of ptozis surgery. J Ped Ophthalmol Strabismus 19: 245, 1982.
5. Berlin AJ, Vestal KP: Levator aponeurosis surgery. A retrospective review. Ophthalmology, 96: 1033-1037, 1989.
6. Beard C: The surgical treatment of blepharoptosis: A quantitative approach. Trans Am Ophthalmol Soc 64: 401-487, 1966.
7. Sutula FC: Histological changes in congenital and acquired blepharoptosis. Eye, 2: 179-184, 1988.
8. Bilge AH, Yıldırım E, Coşkun B, Sobacı G: Konjenital ptozislerde levator adele fibrozisinin cerrahi tedavi sonuçlarına etkisi. T. Oft. Gaz. 18, 327-334, 1989.
9. Onat M, Duman S, Aslan BS: 17 blefaroptozis olgusunda Blaskovicks ameliyatı. XVIII. Ulusal Oft. Kong. Bül. Turaçlı ME, ed. Ankara, Öztekin Ofset, 1986, s. 295-299.
10. Collin JRO: New concepts in the management of ptozis. Eye 2: 185-188, 1982.
11. Collin JRO, McNaab A: Is there still a place for conjunctival-approach ptozis surgery. Int Ophthalmol Clin 29: 218-225, 1989.
12. Apaydın KC, Çetinbahar K: Konjenital ptozis cerrahisinde Berke tekniği. T. Oft. Gaz. 17, 466-473, 1987.
13. Eryıldırım A, Maden A, Aksöz A, Kemahlioğlu A, Çingil G: Ptozis cerrahisinde deri yolu ile yaklaşım ve teknik üstünlükleri. Türk Oft. XXIII. Ulusal Kong. Bül. Adana, 1989, s. 217-219.
14. Menteş J, Erbakan G: Anterior (transkutanöz) yolla yapılan levator rezeksiyonu ameliyatlarının sonuçları. XVI. Ulusal Türk Oft. Kong. Bül. İzmir, Karınca Matb. 1987, s. 311-313.
15. Kükner AŞ, Fırat E, Köklü G, Güneş OS: Cilt yoluyla levator rezeksiyonu uygulaması. Oftalmoloji 2: 221-224, 1993.
16. Mirzataç Ç: Askılı ptozis ameliyat yöntemleri XV. Ulusal Türk Oft. Kong. Bül. Bursa, Uludağ Üni. Matb. 1982, s. 119-126.
17. Yalaz M, Kaya A, Slem G, Othman İ: Mersilen mesh ile frontal askı prosedürü. XXVI. Ulus. Türk Oft. Kong. Bül. Cilt 2, Bursa, 1993, s. 41-44.
18. Downes RN, Collin JRO: The mersilene mesh ptozis sling. Eye 4: 456-463, 1990.
19. İrkeç M, Erdener U: Ptozis ameliyatı sonuçları. T. Oft. Gaz. 14: 148-157, 1984.
20. Bilgin LK: Konjenital ptoziste cerrahi yaklaşım. TOD XXV. Ulusal Türk Oftalmol Kong. Bül. İstanbul, 1992, s. 313-315.