

Bölüm 1

Temel Prensipler

1	Cerrahi Prensipler	2
2	Uygulamalı Anatomi	33

I

1 CERRAHİ PRENSİPLER

Çeviri: Dr. Metin Ünlü

Özet

“Cerrahi Prensipler”, oküloplastik cerrahi hastalarının tedavisinde, ameliyat öncesi hasta değerlendirmesinden ameliyat sonrası bakımı kapsayan süreçteki her aşamada, genel bir yaklaşım sağlamaktadır. Oküloplastik cerrahide başarı için gerekli olan temel ilke ve teknikler diğer cerrahi branşlar ile benzerlik gösterir. Gözün fonksiyonel ihtiyaçlarına göre ince detaylara dikkat edilerek yapılan titiz cerrahi teknik önemlidir. Temel cerrahi prensipler ve teknikler konusunda bilgili bir cerrahın, istenmeyen komplikasyonlar ve tekrarlayan cerrahi uygulamalardan kaçınabilmesi mümkündür.

Anahtar Kelimeler: oküloplastik cerrahi, preoperatif değerlendirme, anestezi, cerrahi aletler, hemostaz, rekonstrüksiyon, postoperatif bakım

1.1 Giriş

Oküloplastik cerrahide başarı için gerekli olan temel ilke ve teknikler, diğer cerrahi dalları ile benzerlik gösterir. Detaylara gösterilen özen, titiz cerrahi teknik ve gözün fonksiyonel gereksinimlerine azami derecede saygı gösterilmesi çok önemlidir. Temel cerrahi prensipler ve teknikler konusunda bilgili bir cerrahın, istenmeyen komplikasyonlar ve tekrarlayan cerrahi uygulamalardan kaçınabilmesi mümkündür.

1.2 Ameliyat Öncesi Hasta Değerlendirilmesi

Cerrah, önemli soruları ve muayenenin önemli yönlerini atlamamak için, hasta anamnezi ve muayenesi için bir rutin geliştirmelidir. Hastadan mevcut problem hakkında dikkatli ve ayrıntılı bir öykü alınması esastır. Geçmiş oftalmik öykü, geçmiş tıbbi ve cerrahi öykü, mevcut ilaçlar, alerjiler, aile ve sosyal öykü hakkında da ayrıntılar edinilmelidir. Hasta anamnezi alınırken geçirilen zamanın ek faydaları vardır:

- Cerrahi planlanan hastanın potansiyel beklentileri hakkında bilgi verir.
- Cerrahın hasta ile yakın ilişki kurmasını sağlar.
- Cerrahın hastayı gözlemlemesine ve fasiyal sinirin anormal reinnervasyonu belirtileri, blefarospazm, hemifasiyal spazm, anormal baş duruşu, frontal kas aşırı hareketi ve yüz asimetrisi gibi gözden kaçabilecek muayene bulgularını tespit etmesine olanak tanır.

Hasta muayenesi sistematik bir şekilde yapılmalıdır. Göz kapağı, orbita veya gözyaşı bozukluğu ile başvuran her hastanın değerlendirilmesinde, düzeltilmiş görme keskinliği ile birlikte temel oftalmolojik muayene yapılmalıdır. Farklı durumlar için ayrıntılı inceleme yöntemleri ilgili bölümlerde tartışılmaktadır.

Hastanın klinik değerlendirilmesi sonucunda her hasta için uygun ve gerekli laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri seçilmelidir.

Hastanın daha önce tedavi gördüğü diğer kurumlardan epikriz raporlarını almak faydalı olabilir. Önceki cerrahi prosedürlerin ayrıntıları, önceki tetkiklerin ve radyolojik görüntülemenin sonuçları ve orijinal histoloji slaytları, ilgili hastalıklarda istenmelidir. Önceki raporlara güvenmek yerine önceki görüntüleme ve histoloji slaytlarının yeniden gözden geçirilmesi daha faydalı olabilir.

1.3 Dökümantasyon

Cerrah, hastayla tanı, yönetim planı ve ameliyat öncesi görüşmenin yanı sıra öykü ve muayene bulgularının dikkatli ve doğru bir şekilde belgelenmesini sağlamalıdır.

Her zaman yüksek kaliteli ameliyat öncesi fotoğraflar çekilmelidir. Bu fotoğraflar, oftalmik plastik ve rekonstrüktif cerrahi geçirecek hastalar için gereklidir. Bir dizi faydalı ve önemli amaca hizmet etmektedirler:

- Cerrah için öğrenme ve öğretmek amacıyla.
- Sağlık hizmeti için hastanın rahatsızlığının sigorta şirketleri için doğrulanması.
- Bir tıbbi hukuki hak talebine karşı savunma amacıyla.
- Kazalardan sonra hastaya yasal işlemlerde yardımcı olmak ve saldırılar.
- Unutkan bir hastanın ameliyat sonrası hafızasını yerine getirmek.

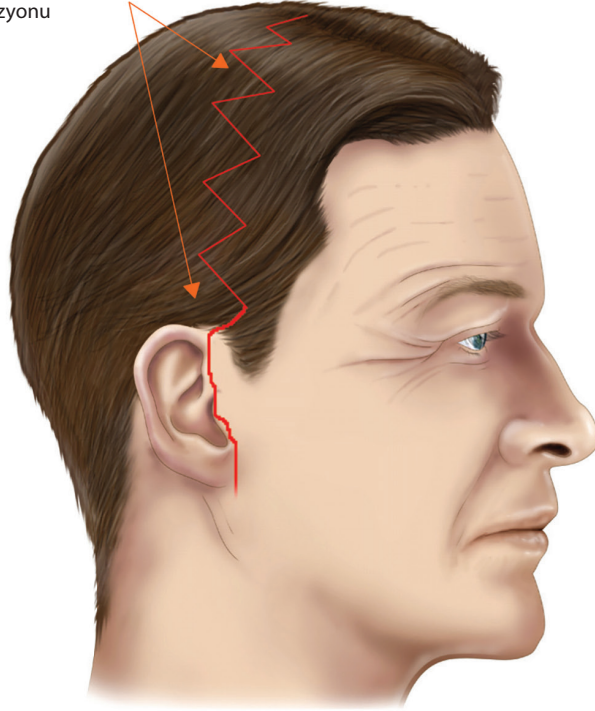
Anahtar Nokta

Fotoğraflar çekilmeden önce yazılı hasta onamı alınmalıdır. Hastaya fotoğrafların nasıl kullanılacağı açıklanmalıdır.

Tedavi seçenekleri hasta ile tartışılmalıdır. Bu, tedavi edilmeden takip edilme seçeneğini de içermelidir. Tedavinin avantajları, dezavantajları, riskleri ve olası komplikasyonlar mümkünse hasta ve yakınları ile tartışılmalıdır. Riskler ve komplikasyon insidansı açık ve dürüst bir şekilde ana hatlarıyla belirtilmelidir. Ciddi veya sıklıkla meydana gelen riskler tartışılmalı ve belgelenmelidir. Bu, ne korkutacak ne de incitecek şekilde yapılmalıdır. Komplikasyonların sonuçları ve yönetimi de ana hatlarıyla belirtilmelidir. Hasta bu bilgilerin verilmemesini istiyorsa, bu açıkça belgelenmelidir. Konsültasyonun ardından, hastanın izni ile hastanın aile hekimine bu bilgileri özetleyen ayrıntılı bir mektup gönderilmesi ve bir kopyası hastaya veya çocuk olması durumunda ebeveynlere gönderilmelidir.

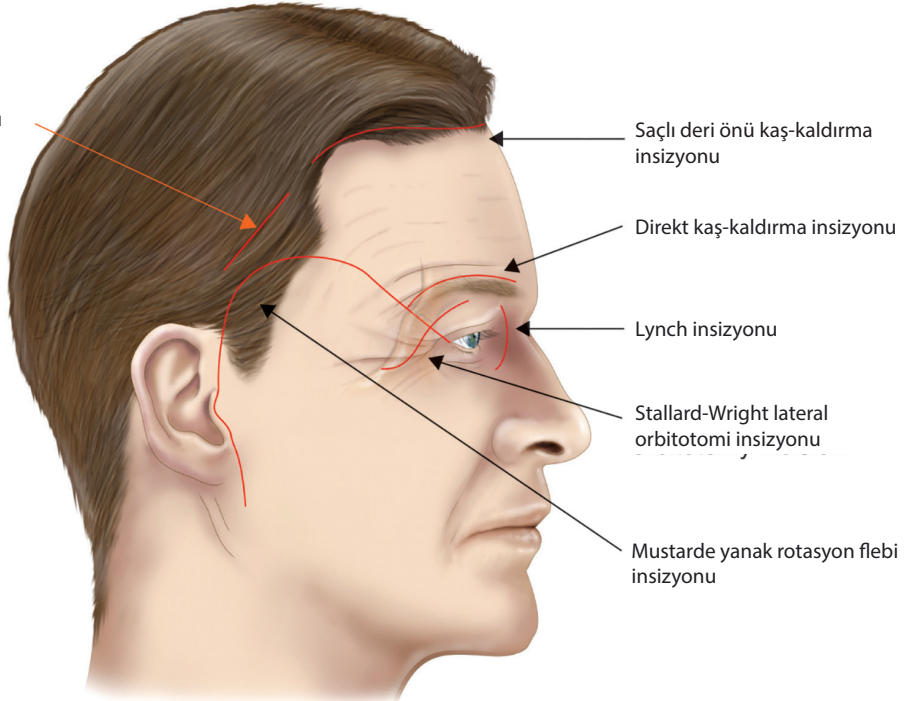
Herhangi bir perioküler cerrahi uygulama ciddi oftalmik komplikasyonlarla ilişkilendirilebilir. Bu nedenle cerrah, herhangi bir perioküler uygulamayı “temel”, “basit”, “minör” veya “rutin” olarak tanımlamaktan kaçınmalıdır.

Bikoronal flep insizyonu



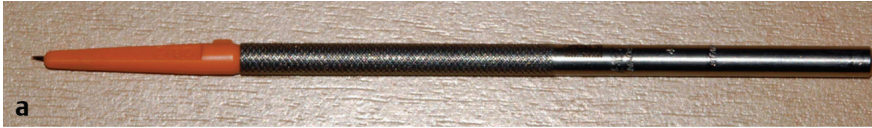
c

Temporal kaş kaldırma insizyonu

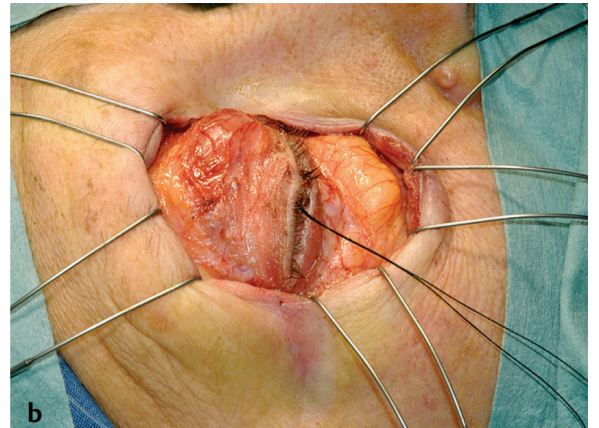
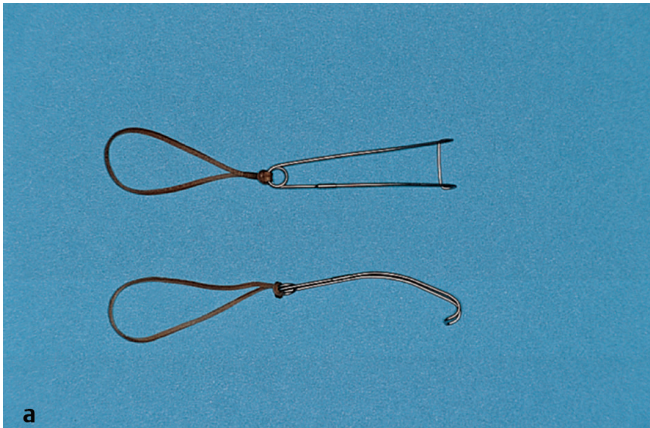


d

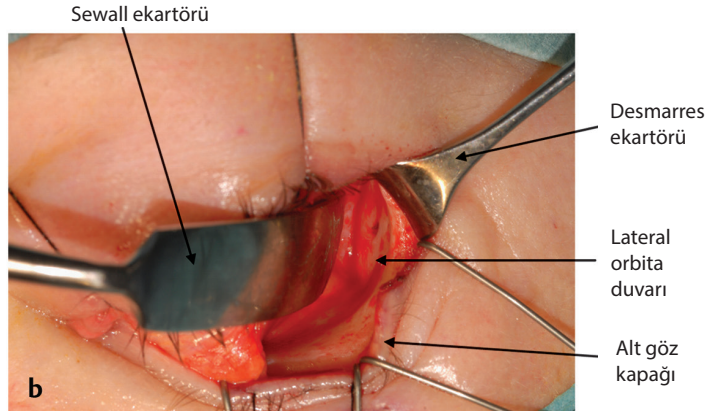
Şekil 1.7 (c) Yüz germe insizyonu olarak uzatılmış bikoronal flep insizyonu. **(d)** Oftalmik plastik cerrahide yaygın olarak kullanılan bazı perioküler ve yüz insizyon örnekleri.



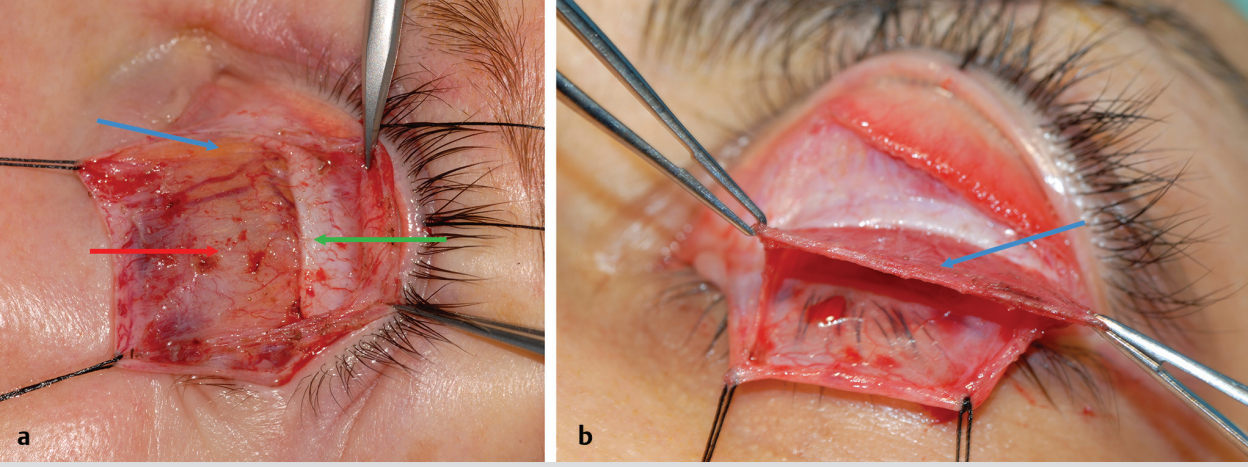
Şekil 1.8 (a) Beaver sapı üzerine takılı mikro keskin bıçak. (b) Tek kullanımlık bıçağın yakından görünümü.



Şekil 1.9 (a) Jaffe ekartörleri. (b) Orbita ekzenterasyonu için Jaffe ekartörlerinin kullanımı.



Şekil 1.10 (a,b) Sewall ekartörleri.



Şekil 2.27 (a) Posterior yaklaşım Müller kas rezeksiyonunda ilk diseksiyon sırasında, küçük yağ yastığı medialde ortaya çıktı. Müller kası hala konjunktivaya yapışık görünüyor ve retrakte levator aponevrozu "beyaz bir çizgi" olarak görülüyor. Mavi ok, küçük yağ yastığı; kırmızı ok, Müller kası; yeşil ok, levator aponevroz. (b) Müller kası konjunktivadan ayrıldı ve posterior yaklaşım Müller kası (mavi ok) rezeksiyonu sırasında görüldüğü gibi levator aponevrozuna yapıştı.

orbital vasküler beslenmenin daha ayrıntılı bir açıklaması bu bölümün ilerleyen kısımlarında özetlenmiştir.)

2.2.11 Göz Kapaklarındaki Lenfatik Kanallar

Lenfatik drenaj kanalları geniş ve iyi gelişmiştir ve orbital septumun önünde yer alır. Üst göz kapağının lateral üçte ikisinden ve alt göz kapağının lateral üçte birinden gelen lenf, lateral ve inferiorda derin ve yüzeysel parotis ve submandibular lenf düğümlerine drene olur. Üst göz kapağının medial üçte birinden ve alt göz kapağının medial üçte ikisinden gelen lenf, medialde ve inferiorda anterior servikal lenf nodlarına drene olur (Şekil 2.32). Bu lenfatik kanalların kapsamlı şekilde bozulması, lenfödem ile sonuçlanır.

2.3 Kaşlar

Kaşlar, kaş yağ yastıkları ile ayrılan supraorbital çıkıntılarının üzerini örten kalınlaşmış deriden oluşur (Şekil 2.3). Kaşlar, deri yüzeyinden eğik bir şekilde çıkan kaba tüyler içerir. Kaşlar frontalis kası tarafından kaldırılır ve proserus, korrügator ve depressör süpersili kasları ve orbikülaris oküli kaslarının hareketleri ile deprese edilir (Şekil 2.4; Şekil 2.33; Şekil 2.87).

Kaş elevatör ve depresör kaslarının tümü, fasyal sinirin dalları tarafından innerve edilir.

Kaşlar, bireyler arasında büyük farklılıklara rağmen, erkeklerde daha düz, kadınlarda daha yüksek ve daha kavisli olma eğilimindedir. Kaşlar, özellikle lateral yönde, yaşla birlikte giderek pitotik hale gelme eğilimindedir.

Frontalis kasının kas lifleri alın üzerinde dikey olarak uzanır ve oksipitofrontalis müsküler fasyal kompleksinin ön karnını oluşturur. Oksipital ve frontalis kasları galea aponevrotika ile ayrılır (Şekil 2.34; 2.87).

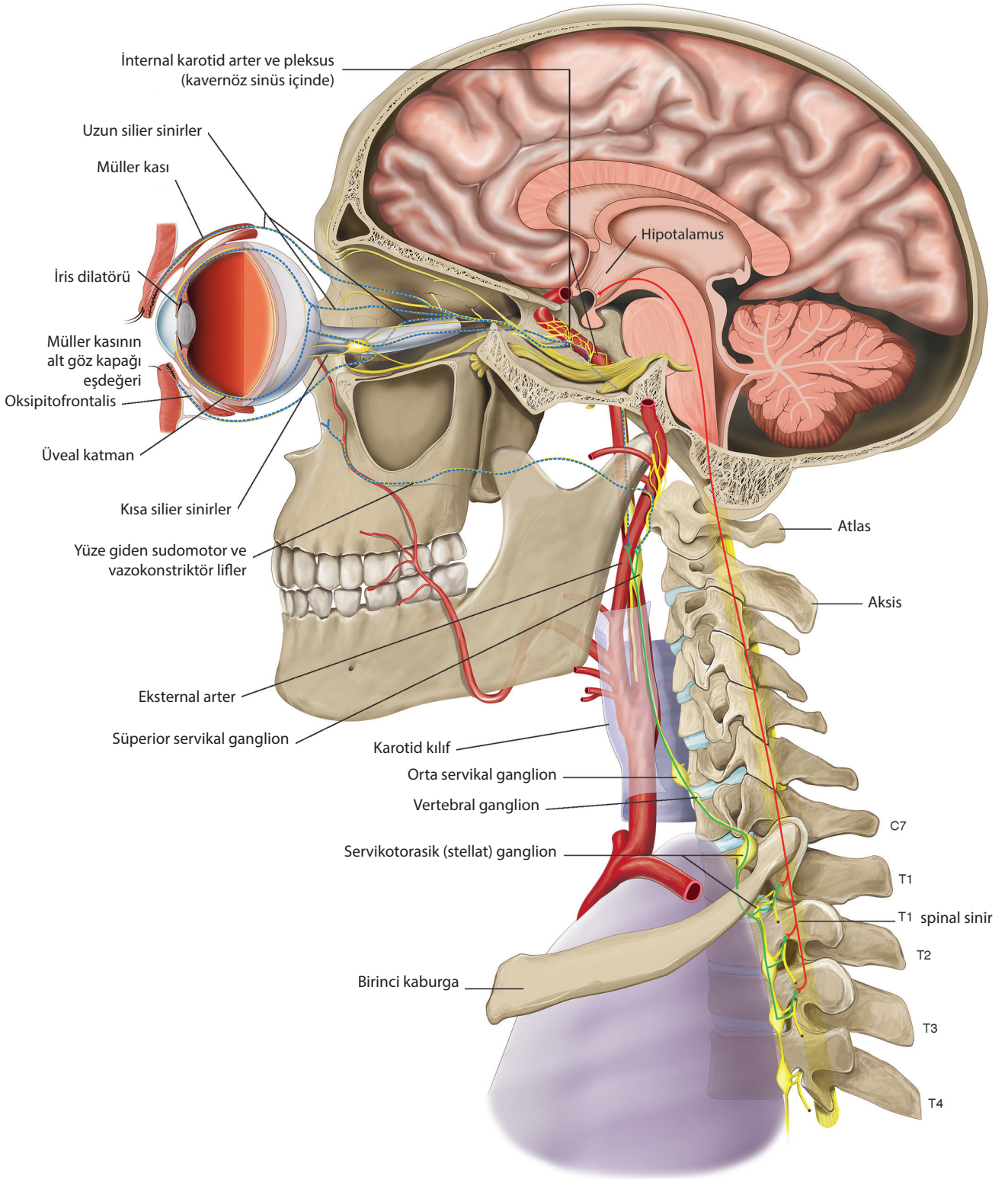
Frontalis kası, koronal suture hattı bölgesinde galea aponevrotika'ya bağlanır ve süperior orbital kenarın altından geçer. Galea aponevrotica, frontalis kasının karımları arasında burun köprüsü üzerinde uzanan dar bir uzantı oluşturur. Frontalis kasının hiç kemik bağlantısı yoktur. Medial olarak kas lifleri proserus kasınıninkilerle iç içedir ve lateralde frontalis kas lifleri korrügator süpersili kasları ve orbikülaris oküli kaslarının orbital kısmı ile iç içe geçer. Süperior orbital kenar bölgesinde, derin bir yağ yastığı, frontalis kasını alttaki derin fasyadan ayırır. Bu kaş yağ yastığı, orbikülaris oküli kasının arkasında yatan fasya tabakası ile birleştiği üst göz kapağına doğru devam eder. Bazı hastalarda, özellikle 50 yaşından büyüklerde, göz kapağına yağ globülleri inebilir; bunlar santral preaponevrotik yağ yastıkları ile karıştırılmamalıdır.

Frontalis kası, kaşın kaldırıcısı görevi görür ve ayrıca üst göz kapağının aksesuar retraktörü olarak hizmet eder. Blefaropitozisli hastalarda frontalis kasının aşırı çalışması görülür. Bu nedenle hastanın levator fonksiyonu ölçülürken frontalis kası sıkıca hareketsiz hale getirilmelidir.

Anahtar Nokta

Frontalis kası, kaşın kaldırıcısı görevi görür ve ayrıca üst göz kapağının aksesuar retraktörü olarak hizmet eder. Blefaropitozisli hastalarda frontalis kasının aşırı çalışması görülür. Bu nedenle hastanın levator fonksiyonu ölçülürken frontalis kası sıkıca hareketsiz hale getirilmelidir. Yatay alın çizgilerini azaltmak için frontalis kasına verilen botulinum toksini, önceden fark edilmemiş bir blefaropitozisin açığa çıkmasını sağlayabilir.

Korrügator süpersili kası piramidal bir şekle sahiptir ve medialde frontalis kasının ve orbikülaris oküli kasının orbital kısmının altında yer alır (Şekil 2.4). Süperior orbita kenarındaki frontal kemiğin medial ucundan kaynaklanır. Üstte ve lateralde oblik olarak uzanır ve kaşın lateral üçte biri



Şekil 2.28 Sempatik sinirlerin beyindeki hipotalamustan göze ve göz kapaklarına gidişi.

Bölüm II

Göz Kapağı Cerrahisi

3	Alt Kapak Entropiyonu	108
4	Üst Kapak Entropiyonu	127
5	Anormal Kirpikler	140
6	Alt Kapak Ektropiyonu	145
7	Blefaropitozis	173
8	Tiroid ile İlişkili Göz Kapağı Retraksiyonu Yönetimi	231
9	Fasiyal Paralizi	246
10	Göz Kapağı Tümörleri ve Perioküler Tümörler	262
11	Malign Kapak Tümörleri ve Perioküler Tümörlerin Yönetimi	292
12	Eyelid and Periocular Reconstruction	299
13	Oftalmik Plastik Cerrahide Otolog Greftlerin Kullanımı	354



3 Alt Kapak Entropiyonu

Dr. Murat Köksal

Özet

“Alt Kapak Entropiyonu” alt kapak kenarının göz küresine doğru içe dönmesi olarak tanımlanır. Kapak kenarının keratinize cildi ve kirpikler korneanın alt kısmına ve bulber konjonktivaya sürtünerek irritasyon, inflamasyon ve sulanmaya yol açar. Alt kapak entropiyonu olan hastalar sıkıntılı semptomlar nedeniyle erken dönemde tıbbi destek arama eğilimindedirler. Bu durum alt kapak rekraktör kaslarının yetmezliğine (sıklıkla ileri yaşta), skarlaşma veya spazma bağlı olabilir. Bazen doğumsal da olabilir. Bu bölümde her bir durum için tüm cerrahi işlemler ve postoperatif bakım detaylı şekilde anlatılmıştır.

Anahtar kelimeler: alt göz kapağı, entropiyon, rekraktör ilerletilmesi, lateral tarsal şerit, kama rezeksiyon

3.1.Giriş

Alt göz kapağı entropiyonu kapak kenarının göz küresine doğru içe döndüğü bir göz kapağı malpozisyonudur. Kapak kenarının keratinize cildi ve kirpikler korneanın alt kısmına ve bulber konjonktivaya sürtünerek irritasyon, inflamasyon ve sulanmaya yol açar. Alt kapak entropiyonu olan hastalar sıkıntılı semptomlar nedeniyle erken dönemde tıbbi destek arama eğilimindedirler. Alt kapak entropiyonu dört tip olarak sınıflandırılabilir.

3.2. Sınıflandırma

3.2.1 İnvölüsyonel (Senil) Entropiyon

Entropiyonların çoğu involüsyoneldir ve bu nedenle yaşlı hastalarda görülür. Alt göz kapağı involüsyonel değişiklikleri

tipik olarak alt kapak entropiyonu veya ektropiyonu ile sonuçlanırken üst kapakta aynı değişiklikler pitozise yol açar. Pek çok faktörün kapak malpozisyonundan sorumlu olduğu ileri sürülmüştür (Şekil 3.1).

- Alt göz kapağı rekraktörlerinde gevşeklik, ayrılma veya disinsersiyonu (Şekil 3.1a).
- Preseptal orbikülaris okülü kasının pretarsal orbikülaris okülü kasının üzerine binmesi.
- Horizontal kapak gevşekliği.
- Enoftalmus.

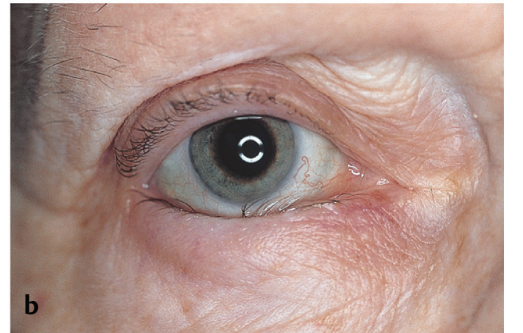
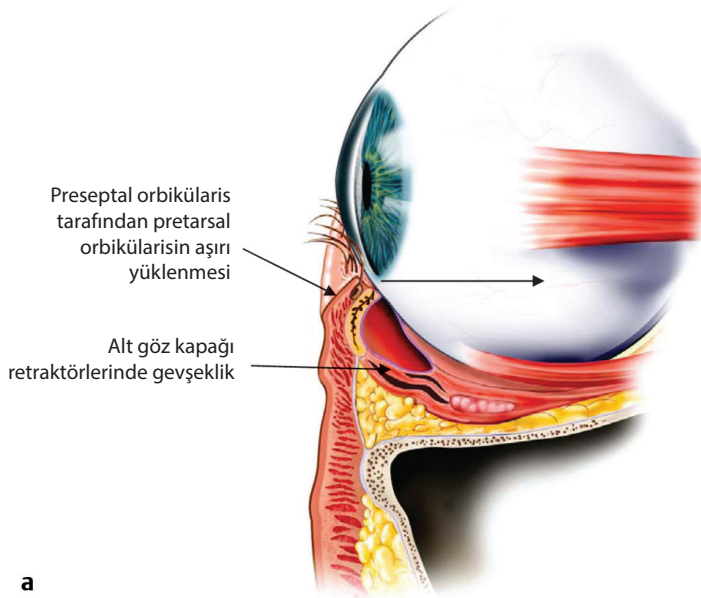
Enoftalmus dışında, her türlü cerrahi tedavi bu faktörleri ele almayı amaçlamalıdır. Enoftalmusun involüsyonel alt kapak entropiyonunun etiolojisinde önemli bir faktör olduğu gösterilmemiştir. Alt kapak rekraktörlerinin gevşeklik, ayrılma veya disinsersiyonu involüsyonel entropiyonun primer nedenidir. Bu alt kapak rekraktör problemi tarsın alt ucunun göz küresinden uzağa dönmesine izin verir. Horizontal kapak gevşekliği kapakta dengesizliğe yol açar. Preseptal orbikülaris alt kapak kenarını içeri doğru dönmeye zorlar.

Anahtar Nokta

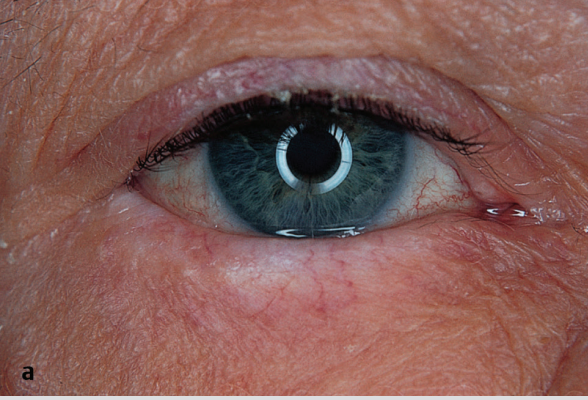
Göz kapağı rekraktörlerinin gevşekliği involüsyonel alt göz kapağı entropiyonunun birincil nedenidir.

3.2.2 Skatrisyel Entropiyon

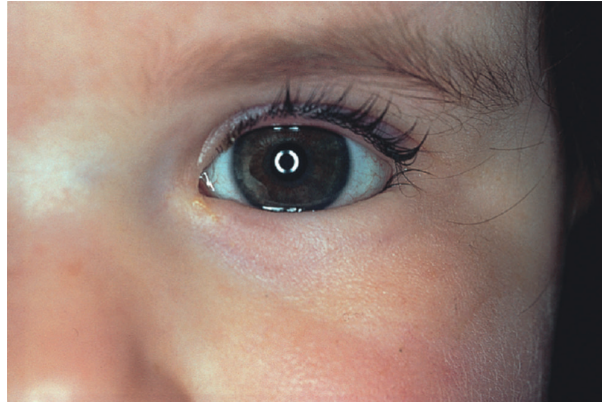
Konjonktivada kontraktüre neden olan her türlü durum skatrisyel entropiyon ile sonuçlanabilir (Şekil 3.2). Kimyasal yanıklar, cerrahi, travma, topikal glokom ilaçları, oküler skatrisyel pemfigoid, trahom ve Stevens-Johnson sendromu bu gibi durumlardır. Ayrıca orbital taban implantının alt fornikse doğru atılması ile de meydana gelebilir.



Şekil 3.1 (a) Alt göz kapağı rekraktörlerinin gevşekliği ve preseptal orbikülaris kasının pretarsal orbikülaris üzerine baskı yapması alt göz kapağı entropiyonuna sebep oluyor. (b) Tipik bir alt göz kapağı involüsyonel entropiyonu.



Şekil 3.2 (a) Alt göz kapağı skatrisyel entropiyonu. Kirpikler daha önceden kriyoterapi ile alınmış. (b) Alt göz kapağı dışarı döndürüldüğünde konjonktival skarlaşma gözüküyor.



Şekil 3.3 Doğumsal alt göz kapağı entropiyonu

3.3 Uygulamalı Cerrahi Anatomi

Alt göz kapağı entropiyonunun cerrahi tedavisi için kapak anatomisinin tam olarak anlaşılması önemlidir (Şekil 3.4). Alt göz kapağı anatomisinin daha ayrıntılı bir açıklaması için Bölüm 2'ye bakınız.

Alt kapağın üç katmandan oluştuğu düşünülebilir:

1. Ön: cilt ve orbikularis okülü kası.
2. Orta: orbital septum ve alt kapak retraktörleri.
3. Arka: tars ve konjonktiva.

Alt kapak tarsı yaklaşık 3-4 mm yüksekliğinde ve 1 mm kalınlığındadır. Normal alt kapak kenarı düzdür, önde ve arkada dik açılarda biter. Normal kapak kenarının en arka görünüşü, palpebral konjonktiva mukozasının bittiği ve göz kapağı kenarının keratinize derisinin başladığı mukokutanöz bileşkedir. Meibomian bez ağızları, mukokutanöz bileşkenin hemen önünde yer alır. Meibomian bezi ağızlarının önünde gri çizgi bulunur. Gri çizgi, göz kapağının ön ve arka katmanlarını ayırmak için cerrahi bir işaret olarak kullanılır. Kirpikler gri çizginin önünde yer alır. Bunlar alt göz kapağında bir veya iki düzensiz sıra ve üst göz kapağında üç veya dört düzensiz sıra halinde bulunur.

Tarsal konjonktiva tarsa oldukça sıkı yapışıktır ve serbestçe disseke edilemez. Forniks konjonktivası ise alttaki retraktörlere çok gevşek bir şekilde bağlıdır. Alt göz kapağı cilt kıvrımı değişikdir fakat genellikle kapak kenarının yaklaşık 4-5 mm altında bulunur. Lateral kantale açıda normalde medial kantale açıdan yaklaşık 2 mm daha yukarıda bulunur.

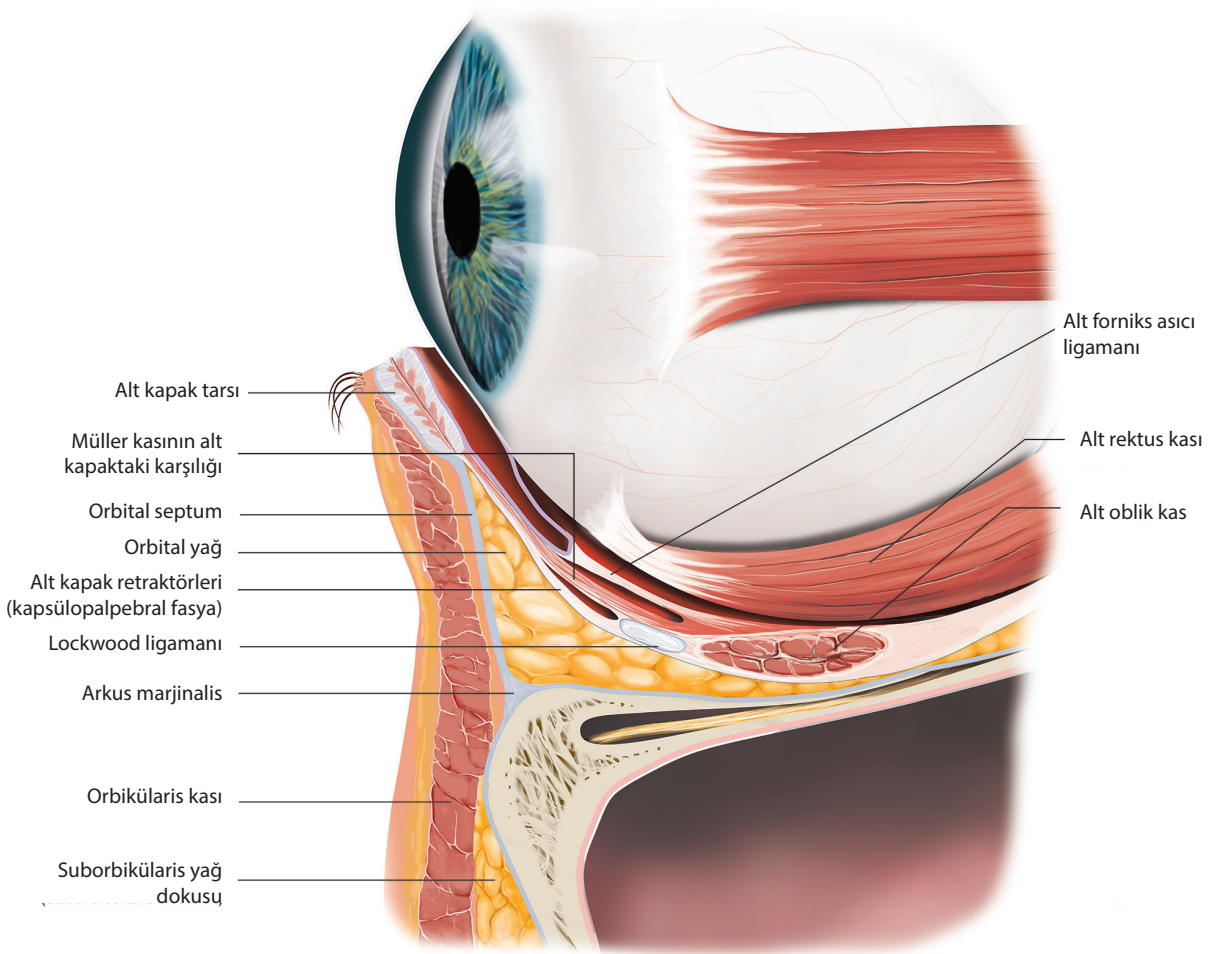
Alt göz kapağı retraktör kompleksi, alt rektus kasından aponörotik bir genişlemeden oluşur. Kapsülopalpebral fasya olarak bilinen bu aponörotik genişleme, öne doğru uzanır ve burada alt asıcı bağla (Lockwood ligamanı) birleşerek alt oblik kası sarar. Bu fasya ayrıca tarsın alt kenarına, alt kapak cilt kıvrımı seviyesinde preseptal orbikularis kasına ve alt fornixe giren lifler içerir. Fasyaya bazı düz kas lifleri de eşlik eder. Retraktörler aşağı bakışta alt göz kapağını aşağı doğru çeker ve alt rektus kası ile eş zamanlı hareket eder. Alt göz

3.2.3 Akut Spastik Entropiyon

Akut spastik entropiyon, oküler irritasyon ile uyarılan blefaro-spazmi olan duyarlı bireylerde görülür. Oküler irritasyonun altta yatan sebebinin tedavisi göz kapağı malpozisyonunu düzeltebilse bile cerrahi müdahale gerektirecek kalıcı bir entropiyon ortaya çıkabilir.

3.2.4 Doğumsal Entropiyon

Doğumsal alt kapak entropiyonu nadir görülen bir durumdur. Çok daha yaygın bir durum olan doğumsal epiblefaron dan tarsın içe dönük olması ile ayrılır (Şekil 3.3). Bu kapak malpozisyonu kendiliğinden düzelmez ve kornea hasarını önlemek için cerrahi müdahale gerektirir. Alt kapak retraktörlerinin anormal insersiyonunun altta yatan neden olduğu varsayılmıştır.



Şekil 3.4 Alt kapak ve bitişik yapıların anatomisi

kapağı retraktörlerindeki normal gerilim, dengeli bir alt göz kapağı için esastır.

Orbital septum tarsın yaklaşık 4-5 mm aşağısında fasya ile birleşir. Orbital septum, alt orbital sınırın arkus marjinalisten tarsın alt sınırına kadar uzanır. Bunun arkasında üç adet alt kapak yağ torbası bulunur.

Alt göz kapağının anatomisi üst göz kapağınıninkine benzer. Tars çok daha küçük olmasına rağmen, kapsülopalpebral fasya levator aponevrozuna karşılık gelir. Bu fasyaya eşlik eden düz kas lifleri Müller kasına karşılık gelir. Lockwood ligamanı, Whitnall ligamanına benzer. Alt kapaktaki yağ, septumun arkasında fakat kapsülopalpebral fasyanın önünde yer alır ve üst kapak preaponevrotik yağ dokusuna karşılık gelir. Alt göz kapağında üç adet yağ torbası vardır: iç, orta ve dış. Bunlar kapsülopalpebral fasya ile orbital septum arasında bulunur. İnferior oblik kas, medial ve santral yağ torbaları arasında yer alır. Santral ve lateral yağ yastıçıkları kavimli genişleme ile ayrılır.

Alt göz kapağında, orbikülaris okülü kas düzleminde kapak kenarının yaklaşık 4-5 mm altında bir anastomotik arteriyel ağ uzanır.

Cerrahi diseksiyon sırasında alt göz kapağının her bir katmanını dikkate almak çok yararlıdır. Tarsın 4-5 mm altında bir noktada göz kapağından yapılan tam kat yatay bir kesi aşağıdaki yapılardan geçecektir:

- Cilt.
- Orbikülaris okülü kası.
- Orbital septum.
- Preaponevrotik yağ.
- Alt kapak retraktörleri.
- Konjonktiva.

Özellikle yaşlı hastalarda preaponevrotik yağ dokusu sıklıkla bu pozisyonun birkaç milimetre altında bulunur. Orbital septum, bu yaş grubunda çok zayıftır ve yağın açığa çıkması için daha alttan açılmalıdır. Bu, septumun açılıp serbest bırakılmasını ve alt retraktörlerin (kapsülopalpebral fasya) doğru şekilde tanımlanmasını sağlar. Bu, yağın altında ve konjonktivanın üstünde yer alır.

Bölüm III

Kozmetik Cerrahi

14 Kozmetik Hastasının Değerlendirilmesi ve Yönetimi	380
15 Blefaroplasti	402
16 Blefaroplasti Komplikasyonları	441
17 Kaş Pitozisi Yönetimi	455



14 Kozmetik Hastasının Değerlendirilmesi ve Yönetimi

Dr. Nilay Yüksel

Özet

“Kozmetik Hastasının Değerlendirilmesi ve Yönetimi”, pek çok sorunla başvuran, perioküler ve yüz gençleştirme talep eden hastaların tedavisini ele almaktadır. Deneyimsiz cerrahlar, böyle hastalara büyük bir dikkatle yaklaşmalıdır. Cerrah, kozmetik oküloplastik cerrahinin titizlik isteyen taleplerine başlamadan önce fonksiyonel oküloplastik cerrahinin sorumluluğunu alma konusunda çok usta olmalıdır. Cerrah ayrıca, bu tür hastaların tedavisine yönelik birçok cerrahi olmayan yaklaşım hakkında da iyi bir bilgiye sahip olmalıdır. Çünkü, cerrahi, yüz ve perioküler gençleştirme için yalnızca “bir” stratejiyi oluşturur. Oküloplastik cerraha gelen birçok hasta, genellikle, iyi sonuçlar veren, kozmetik cerrahinin tipik damgalarından kaçınan ve minimal invaziv bir yaklaşım, minimum risk ve minimum “dinlenme süresi” içeren gençleştirme veya kozmetik seçenekleri talep eder.

Anahtar kelimeler: kozmetik cerrahi, gençleştirme, botulinum toksini, dermal dolgu, yoğun darbeli ışık, lazer yenileme (resurfacing), kimyasal cilt soyma (peeling)

14.1 Giriş

Perioküler ve yüz gençleştirme isteyen hastalar birçok sorunla başvururlar ve deneyimsiz cerrahlar bu tür hastalara çok dikkatli yaklaşmalıdır.

Cerrah, kozmetik oküloplastik cerrahinin titizlik isteyen hedeflerine başlamadan önce fonksiyonel oküloplastik cerrahi konusunda çok usta olmalıdır. Ayrıca, bu tür hastaların tedavisine yönelik, sayısız cerrahi dışı yaklaşım hakkında iyi bir tecrübesi olmalıdır ve uygun olduğunda cerrahi müdahaleleri desteklemek ve hatta değiştirmek için bunu kullanmalıdır. Çünkü, cerrahi, yüz ve perioküler gençleştirme için yalnızca “bir” seçeneği oluşturur. Bir oküloplastik cerraha yönlendirilen veya başvuran birçok hasta, genellikle, kozmetik cerrahinin tipik damgalarından kaçınırken iyi sonuçlar veren ancak minimal invaziv bir yaklaşım, minimum risk ve minimum “dinlenme süresi” içeren gençleştirme veya kozmetik seçenekleri arar.

14.2 Hasta Muayenesi

14.2.1 Muayene Ortamı

Kozmetik cerrahiye başlayacak bir cerrah, muayene ortamının fiziksel yapısını ve personeli değerlendirilmeli ve bunların kozmetik hastalarının taleplerini karşılayabileceğinden emin olmalıdır. Bu önemli bir bağlantı olabilir. Potansiyel bir hasta ile yapılan ilk temas, bir karşılama görevlisi, hasta bakım koordinatörü, sekreter, ofis yöneticisi veya bir hemşire ile olabilir. Cerrah, personel ekibinin her üyesinin, ilk temasta, profesyonel ve bilgili bir şekilde hastayla iletişim kurabilecek düzeyde eğitilmiş olduğundan emin olmalıdır. Personel, hasta konsültasyon için geldiğinde hastayla güçlendirilmesi gereken uyumlu bir ilişki kurmayı amaçlama-

lıdır. Personel, cerrah ve hemşire asistanları tarafından sunulan cerrahi ve cerrahi dışı tedaviler yelpazesi ve masrafları hakkında tam bilgi sahibi olmalıdır.

14.2.2 Muayene Öncesi

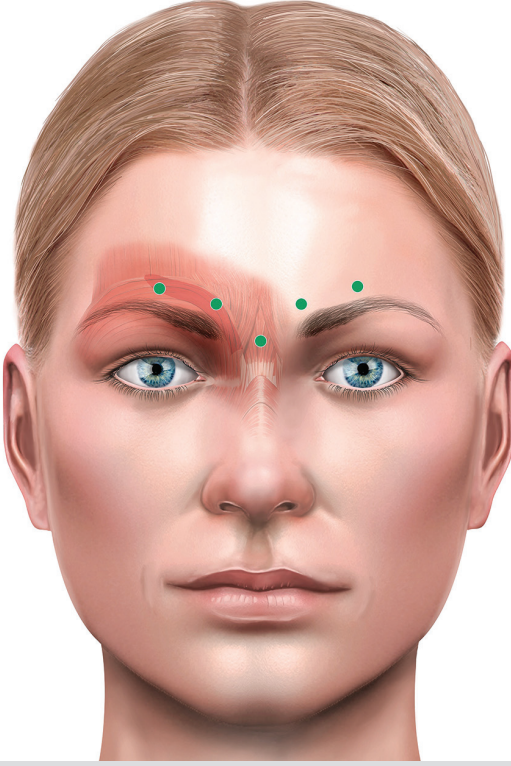
Tercihen deneyimli bir estetik hemşiresi ile yapılan ön muayene, çok kapsamlı ve aşağıdakiler hakkında ayrıntılı bilgilerle ilgili sorgulayan detaylı bir kişisel sağlık anketi ile başlamalıdır:

- Botulinum toksin enjeksiyonları ve dermal dolgu enjeksiyonları dahil olmak üzere önceki cerrahi ve cerrahi olmayan yüz kozmetik tedavileri.
- Kontakt lens kullanımı veya önceki refraktif cerrahinin ayrıntılarını içeren geçmiş oftalmik öykü.
- Geçmiş dermatoloji öyküsü.
- Aşırı morarma veya kanamaya yatkınlık dahil olmak üzere geçmiş tıbbi ve cerrahi öykü.
- İlaç ve alerji öyküsü.
- Meslek, sigara ve alkol tüketimiyle ilgili bilgileri içeren sosyal geçmiş.
- Tiroid disfonksiyonu veya oftalmik hastalıklar dahil aile öyküsü.

Örneğin, daha önce uygulanmış perioküler botulinum toksin enjeksiyonlarının kullanımına ilişkin bilgilerin sağlanması son derece önemlidir. Çünkü, bu tür enjeksiyonlar, kaş pitozisi veya blefaropitozisi olan bir hastanın değerlendirilmesini ve yönetimini önemli ölçüde etkileyebilir. Dermal dolgu enjeksiyonlarının önceki kullanımı, kullanılan dolgu maddelerinin detayları ve enjeksiyonların yeri ile birlikte belgelenmelidir. Hastalar, önceki dermal dolgu enjeksiyonlarıyla ilişkili olabilen, perioküler bölgede veya yüzde yumru öyküsü ile başvurabilirler. Anket, bilgilerin doğru olduğunu beyan eden hasta tarafından imzalanmalıdır. İdeal olarak, hasta, aile hekimi ile iletişime geçilmesine izin vermelidir.

Hastanın, flaşlı ve flaşsız olarak çeşitli açılardan fotoğrafı çekilmelidir. İdeal olarak, fotoğrafçılık standartlaştırılmalıdır. Fotoğrafların kullanımı için bilgilendirilmiş onam alınmalıdır. Fotoğrafların tam amacı ve kullanım niyeti hastaya açıklanmalıdır.

Bir estetik hemşiresi ile ön görüşme hasta için çok daha az korkutucudur ve hastanın tedavisinin çeşitli aşamaları boyunca sürdürülebilecek bir ilişki kolayca kurulabilir. Hemşire, hastanın temel endişelerinin, hedeflerinin ve beklentilerinin neler olduğunu belirlemeye yardımcı olabilir ve ameliyat sonrası makyaj kullanımının zamanlaması gibi konuları tartışabilir. Hasta, başka bir yerde yapılan tedavilerin sonuçlarıyla ilgili endişelerini dile getirebilir ve daha sonra hemşire, cerrahı bunlar hakkında önceden uyarabilir. Hemşire sıklıkla “zor” bir hastayı belirleyebilir ve hastayla ilgili çekincelerini cerraha iletebilir. Hastanın yakın zamanda yaşadığı ayrılık, boşanma veya kayıp travmaları ile ilgili bilgileri bir hemşireye açıklama olasılığı çok daha yüksektir. Bunlar, hastaları psikolojik olarak hazır olmadıkları kozmetik cerrahileri aramaya teşvik eden önemli faktörler olabilir.



Şekil 14.2 Glabella enjeksiyonlarının tipik yerleri.

Nazolabial Kıvrımların Üst Kısmı

Nazolabial kıvrımların üst kısmına yapılan enjeksiyonlar diş eti gülüşünü (gummy smile) iyileştirmeye yardımcı olabilir.

Kontrendikasyonlar

Aşağıdakiler botulinum toksin enjeksiyonlarının kullanımı için kontrendikasyon oluştururlar:

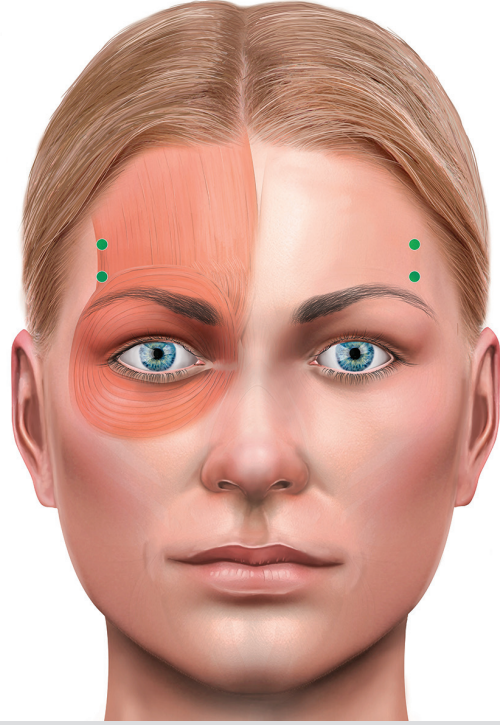
- Miyasteni öyküsü.
- Aminoglikozid antibiyotiklerin kullanımı.
- Hamilelik veya emzirme.
- Herhangi bir bileşene karşı alerji.

Hastalara ameliyattan önce enjeksiyon yapılacaksa, enjeksiyonlar ameliyattan 2 ila 4 hafta önce yapılmalıdır. Aynı şekilde, ameliyat sonrası ödem tamamen geçene kadar enjeksiyon yapılmamalıdır. Ödem varlığında, toksin enjeksiyon bölgesinden diğer kaslara taşınabilir ve blefaropitozis gibi ikincil problemler yaratabilir.

Yan Etkiler ve İstenmeyen Etkiler

Hasta, botulinum toksin enjeksiyonlarının olası yan etkileri ve istenmeyen etkileri konusunda aşağıdakiler dahil olmak üzere uyarılmalıdır:

- Blefaropitozis.
- Kaş pitozu.
- Diplopi.



Şekil 14.3 Kaşların temporal pikini (sivrileşmesini) tedavi için yapılan enjeksiyonlar.

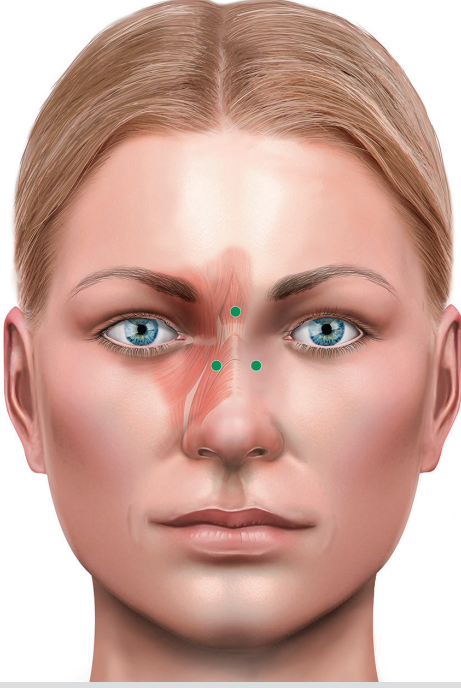
- Lagoftalmus/tam olmayan kırpma refleksi.
- Baş ağrısı.
- Morarma.
- Kaşların pik yapması.
- Asimetri.

Toksinin, üst göz kapağındaki levator kasını içerecek şekilde yayılması sonucu blefaropitozis meydana gelebilir. Bu, çok yüksek dozda toksin kullanıldığında, glabellaya çok derin bir enjeksiyon yapıldığında veya enjeksiyonlardan sonra morarma ve şişlik olduğunda görülür. Hastalara, enjeksiyondan sonraki 3 ila 4 gün boyunca enjeksiyon bölgesini ovalamaktan ve ağır egzersiz yapmaktan kaçınmaları tavsiye edilmelidir. Hastalara, işlem sonrası bakım talimatları yazılı olarak verilmelidir.

Pitozis, genellikle bir α -agonist olan iopidin damlalarının göze damlatılmasıyla iyileştirilebilir. Bunlar Müller kasını uyarır, ancak hasta bu topikal glokom ilacının ek potansiyel yan etkileri hakkında bilgilendirilmelidir. %1'lik iopidin damlaları (koruyucusuz) genellikle %0.5'lik damlalardan daha etkilidir, ancak çok daha pahalıdır.

Diplopi çok nadir görülen bir durumdur ve genellikle enjeksiyonlar uygun olmayan şekilde alt göz kapağının medial kısmı boyunca yapıldığında görülür. Botulinum toksininin etkileri geçene kadar bir gözün kapatılması dışında özel bir tedavisi yoktur.

Lagoftalmus oluşabilir, ancak bu da çok nadir bir durumdur ve genellikle sadece blefarospazm tedavisi için üst göz kapağındaki pretarsal orbikülaris kasına enjeksiyon yapılan hastalarda görülür. Bununla birlikte, lateral kantusa enjeksi-



Şekil 14.4 Tavşan çizgilerinin tedavisi için tipik enjeksiyon yerleri.

yonlar, evaporatif kuru göz sendromu ile yatkın hastalarda korneal ekspozur ve kuru göz semptomlarına neden olan tam olmayan refleks göz kırpması ile sonuçlanabilir.

Paradoksal olarak migren hastaları genellikle semptomlarında belirgin bir iyileşme fark etse de, bazı hastalar glabella ve botulinum toksin enjeksiyonlarından sonra 2 ila 3 gün baş ağrısı yaşarlar.

Botulinum toksini terlemeyi azaltır ve hiperhidroz tedavisinde kullanılır. Bu etkinin bir sonucu olarak, bazı hastalar, toksin enjeksiyonlarından sonra glabella ve alında belirgin cilt kuruluğu yaşarlar.

Diğer istenmeyen etkiler, uygunsuz veya aşırı botulinum toksini kullanımında görülür; bunlara kaş pitozisi, kaşların temporalinde pik meydana gelmesi ve yüz ifadesinin kaybı dahildir. Kaşlardan birinin veya her ikisinin temporalinde pik meydana gelmesi, kaşın hemen üstüne ek botulinum toksin enjeksiyonları ile tedavi edilebilir, ancak doz çok konservatif olmalı, nadiren 10 üniteyi aşmalıdır.

Uygun şekilde yapılan botulinum toksin enjeksiyonları çok iyi estetik sonuçlar verebilir. Hastalar, etkiler kendiliğinden kaybolmadan önce tekrar enjeksiyonlar yaparak enjeksiyonların etkisini sürdürmeye teşvik edilmelidir. Enjeksiyonlar, kaş depresörlerini zayıflatarak kaş kaldırma ameliyatının uzun vadeli etkilerinin devamına yardımcı olabilir. Bir kaş kaldırma (özellikle endoskopik kaş kaldırma) işleminden 2 ila 3 hafta önce kaş depresörlerine enjeksiyon yapılması faydalıdır.

14.3.2 Dermal Dolgu Enjeksiyonları

Dermal dolgu enjeksiyonları için büyük ve artan bir talep mevcuttur ve birçok şirket bu enjeksiyonlar için sürekli ar-

tan ancak yetersiz kontrol edilen pazarda rekabet etmektedir. Dermal dolgular, çoğu oküloplastik cerrahın kozmetik müdahalelerinin ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Bunları kullanmak isteyen bir cerrah, hangi dermal dolguları kullanılacağına karar vermeli ve bu dolguların değişen özellikleri, etkinlikleri ve güvenlik profilleri hakkında çok iyi bilgi sahibi olmalıdır. Bir dermal dolgu şirketi temsilcisinin önerisi veya talebi üzerine yeni çıkan bir dermal dolguyu denemenin cazibesine her zaman direnilmelidir.

Birçok klinisyen, hastaları için feci sonuçlara yol açan bu tür uyarıları dikkate almamıştır.

Dermal dolgular için bir dizi farklı sınıflandırma yöntemi vardır, ancak bunları aşağıdaki şekilde sınıflandırmak en faydalı olanıdır:

- Biyolojik olarak parçalanabilir (orta ve uzun süreli) ve biyolojik olarak parçalanamaz.
- Partiküllü ve partikülsüz.

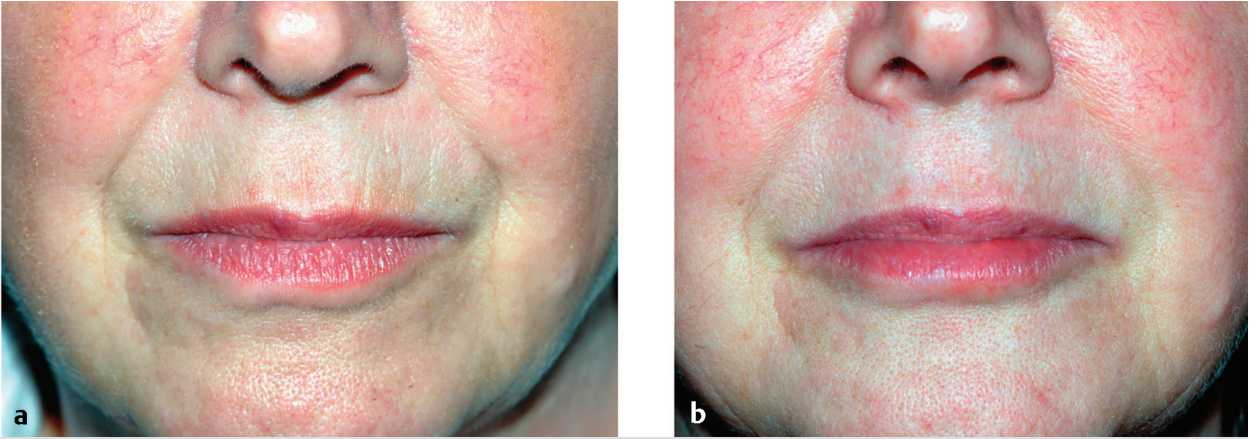
Kalıcı biyolojik olarak parçalanamayan veya “yarı kalıcı” partiküllü dermal dolguları kullanmıyorum, çünkü bunlar granülomlar gibi yüksek ters reaksiyon riski ile ilişkilidir ve çoğu zaman önemli bir morbidite olmadan çıkarılamaz. Bu kitabı yazdığım sırada, bana göre, uygun şekilde kullanıldığında daha güvenli, daha çok yönlü ve çok etkili olan Restylane ve Juvéderm serisi dermal dolgu maddelerini kullanıyorum. Bu kişisel bir tercihtir. Bu hyalüronik asit (HA) dermal dolgular, yüzün farklı bölgelerinin farklı gereksinimlerine göre uyarlanmıştır ve kullanımlarıyla ilişkili komplikasyonlar son derece nadirdir. Bu dermal dolguların bazıları, enjeksiyonlarından kaynaklanan rahatsızlığı azaltan lidokain de içerir.

Dermal dolgu enjeksiyonu yapan bir cerrah, birkaç faktörü çok detaylı bir şekilde anlamış olmalıdır:

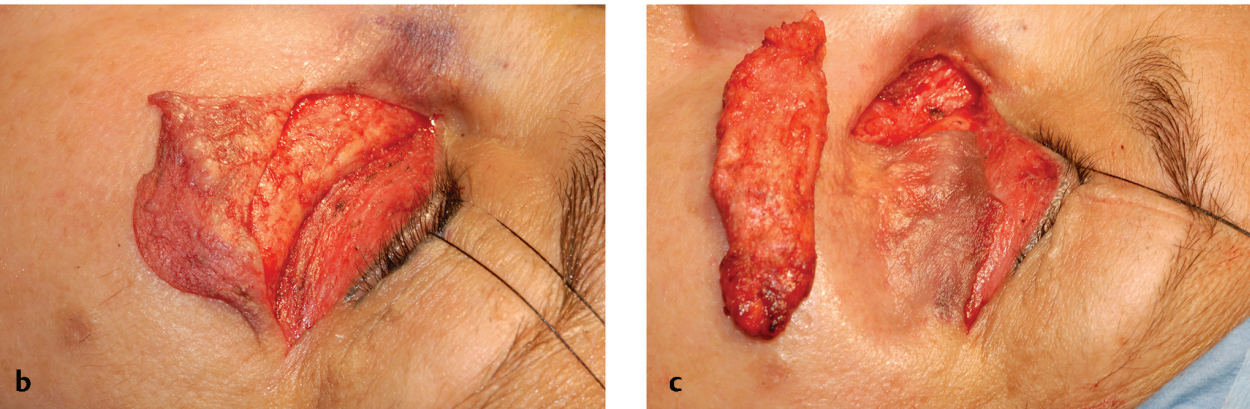
- Vasküler anatomi dahil yüz ve perioküler anatomi.
- Mevcut dermal dolgu maddelerinin kendilerine ait özellikleri.
- Bireysel dermal dolgu endikasyonları ve uygun hasta seçimi.
- Anatamik bölgeye uygun ürün seçimi.
- Doğru enjeksiyon hazırlığı.
- Mümkün olan her yerde küt uçlu bir kanül kullanarak güvenli enjeksiyon teknikleri.
- Dermal dolgu maddelerinin kontrendikasyonları, riskleri ve olası komplikasyonları.
- Olası komplikasyonları önleme, kaçınma veya en aza indirme stratejileri.
- Komplikasyonları yönetme stratejileri.
- Yüksek riskli bir hastanın özellikleri.

HA dermal dolgu maddeleri, N-asetil glukozamin ve glukuronik asidin lineer polimerik dimerleridir. Bunlar birkaç yönden farklılık gösterir:

- Dimerlerini çapraz bağlamak için kullanılan yöntemler.
- Zincir çapraz bağlama derecesi ve yöntemi.
- Partiküllerin homojenliği (birbirine benzerliği) ve boyutu.
- Konsantrasyonları.
- Sertlikleri veya katılıkları.



Şekil 14.15 (a) Tedaviden önce orta derecede nazolabial kıvrımları olan bir hasta. (b) Her nazolabial kıvrım boyunca 1 mL Perlane (şimdi Restylane Lyft olarak yeniden adlandırılmıştır) enjeksiyonundan 1 hafta sonra aynı hasta.



Şekil 14.16 (a) Aljinat dermal dolgu enjekte edilmiş, cerrahi eksizyon için refere edilmeden önce sekonder granümatöz reaksiyonları steroid ve salin enjeksiyonları ile tedavi etme girişimleri başarısız olmuş bir hasta. Dolgu maddesi ayrıca enjeksiyon alanlarından medial kantusa doğru yer değiştirmiştir. (b) Granülomun çıkarılması. (c) Cerrahi eksizyon sonrası büyük granülom.

kadar steroid tedavisi gerektirebilir. Dermal dolgunun cerrahi olarak çıkarılması son çare olarak gerekli olabilir.

Malar ödem

Malar ödem, gözyaşı oluğu ve malar bölgelere enjekte edilen herhangi bir dermal dolgunun kullanımını komplike edebilir. Malar ödem aşırı düzeltmeden ayırt edilmelidir. Suborbikülaris okülü kas yağının (SOOF) yüzeysel kısmına dermal dolgu maddelerinin enjeksiyonu, özellikle enjeksiyon hacimleri çok büyük olduğunda, lenfatik drenajı engelleyebilir ve sıvı birikmesine ve malar ödemine neden olabilir. Ek olarak, dermal dolgu maddesinin viskozitesi veya G'si arttıkça, kaldırma kuvveti de artar ve lenfatikler daha büyük ölçüde sıkışabilir. Bu bölgeye dermal dolgu enjeksiyonu talep eden bazı hastalarda, herhangi bir enjeksiyondan önce zaten mevcut olan malar ödem, bu alanda önceden var olan bir lenfatik drenajın bozukluğunu göstermektedir. Malar ödem oluşumu birkaç faktörden etkilenir:

- Enjekte edilen dermal dolgu hacmi.
- Enjeksiyon derinliği.
- Enjekte edilen dermal dolgunun fiziksel özellikleri.
- Hastanın önceden var olan lenfatik problemlerinin yaygınlığı.
- Hastanın yaşı.

Malar ödem uzun süreli olma eğilimindedir ve başın elevasyonu, soğuk kompres ve masaj gibi basit önlemlere yetersiz yanıt verir. Malar ödem yönetiminde steroidlerin çok sınırlı bir rolü vardır. Hyalüronidaz enjeksiyonları, HA dermal dolgu enjekte edilmiş hastalarda çok etkili olabilir (►Şekil 14.17).

Malar ödem insidansı birkaç faktörle azaltılabilir:

- Dikkatli hasta seçimi.
- Bu alan için uygun dolgunun seçimi—düşük elastisite ve viskozite.
- Dermal dolgu hacminin sınırlandırılması.
- SOOF'ta yüzeysel enjeksiyonlardan kaçınmak.

Bu alan için HA dermal dolgu kullanılması, olumsuz olaylar meydana gelirse, materyali çözmek için hyalüronidaz kullanımına izin verir. Bu nedenle, yüz için diğer dermal dolgu türlerinden kaçınmak akıllıca olacaktır.

Morarma

Dermal dolgu maddelerinin enjeksiyonundan sonra morarma, dermal ve hemen subdermal düzlemlere "fanning (yelpaze)" ve "threading (tünel açma)" teknikleri kullanılarak yapılan enjeksiyonlardan sonra daha sık görülür. Tüm hastalara dermal dolgu enjeksiyonlarından 2 hafta önce aspirin ve anti-enflamatuar ilaçları kullanmamaları tavsiye edilmelidir. Hastalara ayrıca kaçınılması gereken gıda takviyeleri ve bitkisel ilaçların bir listesi verilmelidir.

İşlem boyunca hastanın başı yüksek tutulmalı ve mümkünse 24-48 saat başı yüksek uyuması önerilmelidir. Morarma birkaç uygulama ile daha da azaltılabilir:

- Mümkün olan her yerde künt uçlu kanüllerin kullanılması.
- Küçük miktarlarda dermal dolgu enjeksiyonu ile yavaş ve hassas bir enjeksiyon tekniği.

- Transkütanöz giriş yerlerinin sayısının sınırlandırılması.

Morarma meydana gelirse, işlemden sonra nazıkçe uygulanan soğuk kompresler ve K vitamini kremi (örn., Auri-derm) ile bu sorun giderilebilir. Kalıcı boyanma için darbeli boya ışık (pulsed-dye light) lazerleri ile tedavi etkili olabilir, ancak bu nadiren gereklidir.

Cilt Renk Değişikliği

Çeşitli cilt pigment bozuklukları, dermal dolgu enjeksiyonlarının kullanımını komplike edebilir:

- Eritem.
- Telenjektaziler.
- Hiperpigmentasyon.
- Hipopigmentasyon.
- Dispigmentasyon.

Eritem

Dermal dolgu enjeksiyonlarından sonra bir miktar kızarıklık beklenir, ancak bu birkaç günden fazla devam ederse, aşırı duyarlılık reaksiyonu düşünülmelidir. İnatçı eritem tedavisi için orta kuvvette bir topikal steroid düşünülebilir, ancak atrofi ve telenjektazilere neden olabileceğinden topikal steroidlerin uzun süreli kullanımından kaçınılmalıdır. Darbeli boya lazerleri telenjektazi ve eritem tedavisinde etkili olabilir.

Anahtar Nokta

Rozasea hastalarında enjeksiyon sonrası eritem gelişme riski daha yüksektir ve bu konuda uyarılmadır.

Telenjektaziler

Telenjektaziler, dermal dolgu enjeksiyonlarının yapıldığı bölgede birkaç gün veya hafta içinde ortaya çıkabilir, ancak genellikle birkaç ay sonra kaybolurlar. İnatçı telenjektaziler için lazer tedavisi kullanılabilir.

Hiperpigmentasyon

Dermal dolgu enjeksiyonları, Fitzpatrick IV ila VI cilt tipleri olan hastalarda postenflamatuar hiperpigmentasyonun (PIH) yaygın bir nedenidir, ancak PIH diğer cilt tiplerinde de ortaya çıkabilir. Dermal dolgu enjeksiyonlarından sonra kalıcı hiperpigmentasyon gelişirse, hastanın devam eden tedavisine bir dermatologu dahil etmek akıllıca olacaktır.

Dispigmentasyon

Fitzpatrick cilt tipleri I ila III olan hastalarda, çok yüzeysel bir HA dermal dolgu enjeksiyonundan sonra, Tyndall etkisinin (süspansiyondaki partiküller tarafından ışığın saçılması) bir sonucu olarak mavimsi bir renk tonunun oluşabileceğine inanılmaktadır (►Şekil 14.18). Bununla birlikte, benim deneyimime göre, mavimsi bir renk değişikliği genellikle sadece dermal dolgu etrafında, kanamadan sonra jelin boyanmasına bağlı görülür. Enjeksiyonlardan 2 hafta önce hastanın aspirin veya anti-enflamatuar ilaçlar kullanmaması