

Genel Bakış

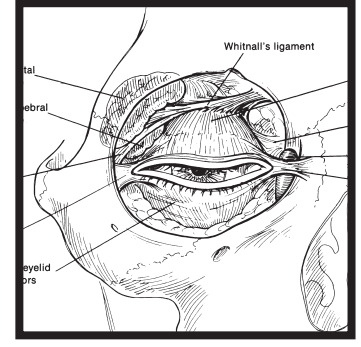
BÖLÜM

I

Gözkapakları ve Orbitanın Cerrahi Anatomisi

Marcos T. Doxanas

Çeviren: Dr. Yusuf Uysal



Gözkapağı ve orbita anatomisinin öğrenilmesi, bu alanlardaki problemlere olan cerrahi yaklaşımımızı dramatik olarak değiştirdi. Cerrahi tamir sürecinde kapakların eksize edilmesi ve distorsiyonu artık görülüyor. Şimdi, anatomik anormallikler öğrenildi ve altta yatan anatomik sapmayı düzelteren girişimler mümkün hale geldi. Ptozisli hastalarda levator aponevrozunun araştırılması, defektlerin tamiri veya levatorun ilerletilmesi gerçekleştirildi. Ektropiyonlu hastalarda alt kapağı kuvvetlendirici lateral tarsal şeritler oluşturuldu. Entropiyonlu hastalarda gözkapağını sabitlemek için lateral tarsal şerit işlemiyle birlikte alt kapak retraktörlerini güçlendirici cerrahi uygulanabilir hale geldi.

Jones ve Wobing, cerrahi kavramlarda orbita ve kapak anatomisinin önemini değerlendiren ilk yazarlar arasına 1976 yılında katılmıştır. Gözkapağı cerrahlarının iki grubu olarak bilgilendirmeye devam ettiler.

1. Birinci grup cerrahlar, gözkapağı anatomisine ne kadar hasar verebildiklerini görebilenlerden oluşuyor ve hala iyi sonuç alıyorlar.
2. İkinci grup, anatomiye olası en az hasarı vermeye çalışanları kapsıyor ve onlar da iyi sonuç alıyorlar.

Bu ikinci grup cerrahların yolunda aydınlatmaya ve eğitmeye çalışıyoruz.

KEMİK YAPI

Orbitalar, kafatasının sagittal düzleminin her iki tarafına uzanan çift yapılardır. Orbitalar, nazalde etmoid sinüs, altta maksiller sinüs ve üst nazalde frontal sinüs ile olacak şekilde paranasal sinüslerle yakın ilişki içindedir. Yüz kemiklerinden, frontal ve sfenoid kemiklerden de orbita kemik yapısına destek gelir. Orbital boşluk, en geniş bölümü orbita kenarının hemen gerisi olan ve arkaya, orbita apeksine doğru gittikçe daralan armut biçiminde bir oluşumdur. Orbita lateral duvarları birbirlerine 90 derece zıt iken medial duvarlar birbirlerine paraleldir. Bu nedenle orbitanın merkezi eksenleri birbirlerine 45 derecedir. Orbitanın tabanı, orbita apeksine ulaşmaz, fakat yaklaşık maksiller sinüsün arka duvar seviyesinde sonlanır.

Orbita kenarı dikdörtgene yakın bir şekle sahiptir. Lakrimal kese fossasını oluşturan alt nazal kenarda bu devamlılığını göstermez. Orbita kenarı; glob ve orbitayı koruyan bir destek olarak davranır. Frontal, zigomatik ve maksiller kemik tarafından oluşturulur. Orbitaya kayda değer bir güçle vurulursa potansiyel zayıf yerlerinde kırık oluşacaktır.



Oftalmik Plastik Cerrahide Temel Teknikler

2

Marcos T. Doxanas

Çeviren: Dr. Fatma Yülek

Oftalmik plastik cerrahide temel teknikler diğer tüm cerrahi bölümlerde paylaşılanlara benzerlik gösterir. Cerrahi işlemin amacı etraf dokuya en az hasar ile mevcut anomalinin hafifletilmesidir. Bu, insizyonların uygun uzanımını, cerrahi diseksiyon için anatomik planların kullanımını ve insizyonların uygun kapatılmasını gerektirir. Bu prensiplere bağlılık, doku nekrozu ve ölümünü en aza indirecek periorbital ve orbital dokuların nazik muamelesi ve koterizasyonu yüz güldürecek fonksiyonel ve kozmetik cevabı sağlayacaktır.

ANESTEZİ

Herhangi bir cerrahi işleme başlamadan önce uygun anestezi gerekir. Hasta için uygun anestezi seçenekleri lokal, sedasyonla beraber lokal ve genel anestezidir. Bu karar, her hasta için ayrı değerlendirileceği için medikal ve duygusal faktörler cerrahi tercihin belirlenmesinde önemli faktörlerdir. Özellikle kardiyak anomaliler ya da hipertansiyon gibi önceden medikal rahatsızlıkları olan hastalar işlemlerle ilgili korku ve telaşı azaltmak için intravenöz sedasyondan faydalanırlar.

Yoğun vaskularizasyonu olan göz kapaklarında epinefrinli lokal anestetik ajanlar vazokonstriksiyonu arttırdıkları için tercih edilirler, ancak hipertansiyonu veya kardiyak aritmisi olan hastalarda kontra indike olabilirler. Sık kullanılan lokal anestetik ajanların etkilerinin başlama süreleri ve etkinlik süreleri tablo 2-1'de özetlenmiştir.

1:10 000 epinefrin içeren %2'lik lidokain, oküloplastik cerrahilerin çoğu için etkilidir. Daha uzun süreli cerrahi işlemler için epinefrinli %2'lik lidokainin, %0.5'lik epinefrinli bupivakainle eşit oranda karışımı uzun süreli anestezi sağlar. Lokal anestetikler, 30 gauge iğne ile ince göz kapağı cildi ile orbikülaris kası arasına subkütan olarak enjekte edilmelidir. Hematom oluşumunu azaltabilmek için görünen damarlardan ve kası delmekten kaçınılmalıdır. Orbikülaris kası ve daha derin dokular daha sonra anestetik ajanın difüzyonu ile uyuşur. Yaklaşık 10 dakika sonra epinefrinin vazokonstriksiyon etkisi daha fazla kanamaya meyilli ve hematomu azaltacaktır. Göz kapağı dışında periorbital bölgede anestetik enjeksiyonu subkutan planda olmalıdır. Yirmi beş yada 27 gauge iğne kullanımı ajanın bu dokulara geçişini kolaylaştırabilir.

Tablo: 2-1**Lokal anestezi ajanları**

Ajan (müstahzar adı)	Etki başlangıcı	Etki süresi (dakika)	Tip	Maksimum yoğunluk (mg)	Dikkat edilecekler
Procaine (Novocaine)	Hızlı	60-90	Ester	1,000	Düşük potens, kısa etki
Lidocaine (Xylocaine)	Hızlı	90-200	Amide	500	Hızlı etki başlangıcı nedeniyle en yaygın kullanılan ajan
Mepivacaine (Carbocaine)	Hızlı	120-240	Amide	500	Lidocaineden hafif uzun etki süresi
Bupivacaine (Marcaine)	Yavaş	180-400	Amide	200	Uzun etki, çabuk başlangıç için lidocaine ile karıştırılır

Göz kapaklarında örtüşen bir duysal dağılım olduğu için bölgesel sinir blokajlarının oftalmik plastik cerrahide rolü sınırlıdır. Epinefrin içeren ajanların güvenilir etkinliği ve vazokonstriksiyon etkileri sayesinde dokuların lokal infiltrasyonu elde edilen anestezi tercih edilir.

Oküloplastik işlemlerde nöroleptik sedasyon veya aneljezi tercih edilen anestezi türüdür. Hipertansif atak, kardiak aritmi yada solunum problemlerinden emin olmak için hastanın işlem sırasında monitorize edilme avantajları vardır. İntravenöz diazepam veya midazolam hastanın huzursuzluğunu azaltır ve güçlü unutkanlık etkileri de vardır. Thiopental (Penthotal) yada methohexital (Brevital) ile intravenöz sedasyon, peroküler enjeksiyon tekrarı önleyecek şekilde hastayı geçici olarak yatıştırır. Bu ajanlar solunum depresyonu olmadan hastada yeterli anestezi sağlanana kadar yavaş titre edilir. Kullanılacak spesifik anestezi ajanı, en iyi, anestezi uzmanının tercihine göre belirlenir. Hasta etrafını farkedemediğinde işlemler devam edebilir ve kapak pozisyonunu değerlendirme konusunda hastanın kooperasyonundan yararlanılabilir. Farmakolojik ajanların uygun kullanımı ile hasta operasyon sırasında ve sonrasında az rahatsızlık hisseder.

Nöroleptik anestezi gelişimiyle beraber genel anestezi ihtiyacı azalmaktadır. Genel anestezi sıklıkla orbital işlemler gibi daha invazif operasyonlar ve kooperasyonun olmadığı çocuklar için bir kenarda tutulur. Genel anestezi, uzun dönem minimal morbidite ve mortalite riski sunar, ancak alternatif anestezi metodlarına göre daha uzun iyileşme dönemi içerir.

HEMOSTAZ

Aspirin, dipyrimadole (Persantin) veya Warfarin (coumadin) kullanan hastaların kanamaya meyilleri artacaktır. Aspirin trombosit fonksiyonunu bozar ve cerrahiden iki hafta önce kesilmelidir. Antikoagülan tedavi alan hastalar, cerrahi öncesi bunların kısa süre kesilmesi konusunda dahiliyecilerine danışılmalıdır. Yeterli koagülasyon kontrolü için bu hastalarda cerrahi öncesi protrombin zamanı değerlendirilmelidir.



Göz Kapağı Laserasyonları Onarımı

3

Robert C. Kersten

Çeviren: Dr. Hülya Yazıcı Eroğlu

Gözkapağı laserasyonlarında yapılması gereken ilk şey intraokuler travmayı ekarte etmek amacıyla tam bir oftalmolojik muayenedir. Ayrıca özellikle üst kapak transvers kesilerinde levator fonksiyonuna dikkat edilmelidir. Medial kanthal bölge kesilerinde punktum ve kanalikül tutulum açısından değerlendirilmelidir. Hastaların tetanoz aşısı durumu mutlaka öğrenilmeli, gerekirse tetanoz profilaksisi yapılmalıdır.

Gözkapağı ve periokuler dokuların mükemmel kanlanması nedeni ile yaralanmaları durumunda, yaralanma zamanındaki her zamanki kurallar kullanılmaz. Kesiler en geç 6 saat “golden period” içinde enfeksiyon riski olmadan kapatılmalıdır. Hatta görünüşteki ölü dokular fazla debride edilmemelidir, bu dokular sağlam dokulara yaklaştırılırsa yaşayabilir.

ANESTEZİ

Kapak kesi onarımı küçük çocuklarda genel anestezi ile yapılırken, lokal anestezi ile subkutanöz infiltrasyon yolu aracılığıyla sinir bloğu yapılabilir. Kesi yerinde bakteriyel kontaminasyon şüphesi varsa infiltrasyon anestezisi öncesi bolca irrije edilmelidir. İnfiltrasyon anestezisi sonrası yara yeri batikon ile iyice temizlenmelidir.

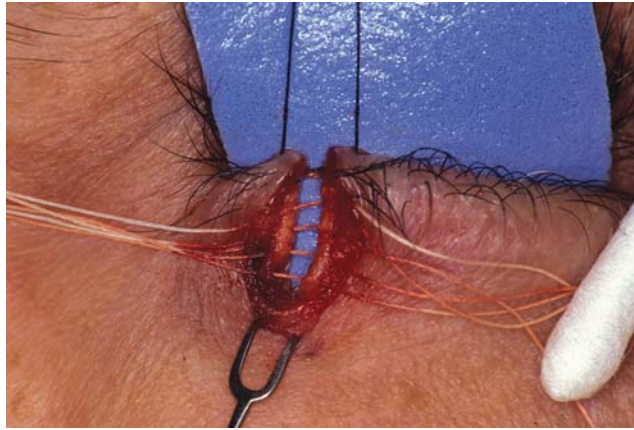
TAM KAT KAPAK LASERASYONLARI

Gözkapağı kesilerinde bu bölgenin iyi kanlanması nedeniyle doku debridmanı gereksiz fazla yapılmamalıdır. Tarsal kesiler genellikle oldukça lineerdir, ancak irregüler olmaları halinde pentagonal kesi yapılmalıdır. Posterior lamellanın üçte biri kadar kayıp olan kesilerde primer kapatma yapılabilir.

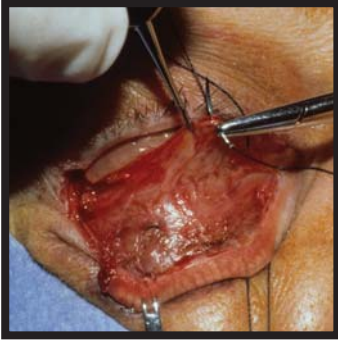
Tam kat kapak kesilerinde yeterli onarım için kesi dudaklarını uç uca yaklaştırmak gerekir. İlk aşamada apozisyon oluşabilir, Westcott makas kullanılarak anterior lamella ile posterior lamella ayrılır. Tarsus altındaki orbicularis kası kesi yerinin her iki tarafından serbestleştirilir.



Şekil 3-1. Yeterli onarım için önemli nokta tarsal uçları yaklaştırmaktır. Bu esnada reapozisyonu engellemek için meibomian gland orifisleri gibi görülebilen , kesin emin olunacak yerler seçilmelidir. Başlangıçta 6/0 ipek suture her iki yara dudağın-daki meibomian bez orifislerinden geçirilir. Bu suture postoperatif kapak çentiklen-mesini önleyen en önemli aşamadır. Sonrasında tarsal bölge üç veya dört adet 5/0 vicryl suture ile suture edilir. Bu sutureler distal kapak kenarına atılır. 5/0 vicryl sutureler tarsal plaktan lameller olarak geçirilmeli, posterior yüzeye çıkacak kadar tam kat geçilmemelidir. Anterior lamella retraksiyonu ve suture'nün yara kenarındaki dokudan çıkma olasılığı nedeniyle geçilen sutureler yara dudağından yaklaşık 2-3 mm uzaklıkta ve derinlikte olacak şekilde atılmalıdır.



Şekil 3-2. Lameller tarsal sutureler hepsi atıldıktan sonra bağlanır. Sutureler bu aşamaya kadar bağlı olmamalıdır. Kapak kenarındaki suture sonra bağlanmalıdır. Bu aşama postoperatif kapak çentiklenmesinin önlenmesindeki en önemli aşamadır.



Orbitanın Blowout Kırıkları

Robert C. Kersten

Çeviren: Dr. Banu Hoşal

TANIM

Orbitanın blowout kırıkları orbitanın kemik kenarını içermeyen orbita tabanı ve/veya orbita medial duvarının kırıklarıdır. Göz küresinin arkaya doğru yer değiştirmesi ve artan hidrolik orbita basıncının ince orbita duvarlarında dışa doğru kırılmaya sebep olduğu düşünülmektedir. Son kanıtlar orbita kenarına gelen darbe sonucu orbita kenarında kırılmaya yol açmayan bükülmelerin oluşabileceği ve orbita duvarlarının ince bölgelerinde kıvrılma sonucu kırık oluşturabileceğini öne sürmektedir.

Bu kırıklar göze veya orbita kenarlarına gelen bütün künt frontal travmalar sonrası, hatta bazı durumlarda göz çevresinde morarmaya sebep olmadan oluşabilir.

TANI

Künt periorbital göz travması geçiren tüm olgular blowout kırığının bulgu ve semptomları açısından değerlendirilmelidir. Kapak ekimozu, ekstraoküler kas hareketlerinde kısıtlılık, cilt altı amfizemi, enoftalmus ve hipooftalmus hastalığın bulguları arasında yer alır. Orbita taban kırığının patognomonik bulgusu aynı taraf yanak, üst dişler veya burun ucunda hipestezidir. Duyu bozukluğunun nedeni kırık hattının infraorbital kanaldan uzanarak infraorbital nörovasküler sinir liflerini tahrip etmesidir.

Görüntüleme yöntemleri ile orbita tabanında düzensizlik ve maksiller sinüsde opaklaşma gösterilebilir. Düz grafide kırığın tespit edilemediği olgularda koroner ve sagittal bilgisayarlı tomografi ile orbita duvarları incelenir.

İLK YAKLAŞIM

İlk konsültasyon esnasında tam bir göz muayenesi yapılmalıdır. Hastaların %10 unda ciddi göz yaralanmaları bildirilmiştir. Göz hareketlerindeki kısıtlılık derecelendirilmeli, zorlu düksiyon testi ile restriktif ve paralitik hareket disfonksiyonu ayrılmalıdır. Hastalara ayrıca ekzoftalmometre ile ölçüm yapılmalıdır.

Hastalar antikoagulan ilaç kullanmama ve burunlarını üfleme konusunda uyarılmalıdır. Herhangi bir kontrendikasyon yoksa oral prednison 1 mg/kg gün

dozunda 1 hafta süresince başlanır. Prednison uzun sürede gelişebilecek hareket disfonksiyonunu ve cerrahi gereksinimini azaltır. Medial duvar kırığı mevcudiyetinde orbita selülit gelişme insidansı yüksek olduğu için bazı yazarlar 5 gün süresince geniş spektrumlu antibiyotik profilaksisi önermektedir.

CERRAHİ ENDİKASYONLAR

Orbita duvar kırığı geçiren hastaların % 50 sine cerrahi müdahale gerekir. Tedavi iki kısımda incelenir: doku sıkışması ve hareket bozukluğuna neden olan küçük kırıklar ve kemik orbita hacmindeki artış sonucu gözde yer değiştirmeye neden olan büyük kırıklar. Klasik yaklaşımda hastalar cerrahi önerilmeden önce travmadan sonraki 2 hafta süresince göz hareket bozukluğu, zorlu düksiyon testi, enoftalmus gelişimi açısından izlenir. Alt ve iç rektus kaslarında sıkışmaya neden olan ‘trap door’ kırığı varsa kalıcı hareket bozukluğunun engellenebilmesi için en kısa sürede opere edilmelidir. Bunun yanında geç cerrahi uygulanan büyük kırıklarda yan etki gelişmeyebilir. Özellikle enoftalmus stabil hale geldikten sonra yapılan cerrahi daha iyi sonuç verir.

Hastalarda koroner ve sagittal planda orbital bilgisayarlı tomografi ile yumuşak doku sıkışması ve geride kalan orbita kemik desteğinin değerlendirilmesi cerrahi esnasında implant yerleştirilmesinin planlanmasında faydalıdır.

CERRAHİ ZAMANLAMA

Göz dışı kaslarda kırık bölgesinde sıkışma mevcudiyetinde acil cerrahi gereklidir. Bu hastalarda sıklıkla göz hareketlerinde belirgin kısıtlanma, eşlik eden ağrı, bulantı ve bazen okülokardiyak reflekse bağlı bradikardi gelişebilir. Hafif hareket bozukluğu çoğunlukla izlem süresince düzelir fakat bu düzelme 2 haftadan uzun sürebilir. Bu grup hastalarda yapılan çalışmalarda cerrahinin birkaç ay geciktirilmesinin bile hareket bozukluğunun düzelmesine negatif bir etkisinin olmadığını göstermiştir. Daha önce de belirtildiği gibi erken cerrahi uygulanan olgulara göre, enoftalmus sabitleştikten sonra yapılan cerrahilerin başarısı daha yüksektir.

CERRAHİ PRENSİPLER VE HEDEF

Orbita blowout kırığı tamiri göz hareketlerinde mekanik kısıtlılığa neden olan kalıcı doku sıkışması veya belirgin enoftalmusda uygulanır. Amaç orbita dokularını kırık hattından kurtarmak ve orbita tabanını alloplastik implant veya otojen bir greft ile onarmaktır.

Hasta hazırlığı

Genel anestezi uygulanır. Geniş spektrumlu bir antibiyotik ve 12 mg deksametazon cerrahinin başında intravenöz yolla verilir. Kapak boyunca epinefrin içeren lokal anestetik infiltrasyonunu takiben maksimum vazokonstrüksiyonun



Kriyoterapi

Thaddeus S. Nowinski
Çeviren: Dr. Zeliha Yazar

Benign ve malign göz kapağı tümörlerinin kriyoterapisini değerlendiren klinik çalışmalar beklenmeyen bir yan etki ortaya koymuştur – tedavi edilen bölgede kirpik kaybı. Takip çalışmaları kriyoterapinin yararlı olduğunu göstermiş ve aberan kirpikler için kriyoterapi, standart bir tedaviye dönüşmüştür.

Trikiyazis, glob abrazyonuna neden olan ve daha önceden normal yerleşimli olan kirpiklerin yanlış yönlenebilirliği veya içe dönmesidir. *Doğumsal distikiyazis* multipotansiyel tarsal meibomian bezlerinden, bölgesel veya yaygın olarak, ekstra bir kirpik sırasının büyümesini ifade eder. Önceden normal olan meibomian bezlerinin metaplazisi, travma veya kronik inflamasyona sekonder kazanılmış bir durum olarak ortaya çıkabilir.

TAKLİT EDEN DURUMLAR

Göz kapağının pozisyon bozukluklarına bağlı olarak, normal kirpiklerin içe dönmesi ile ortaya çıkan anormal kirpik görünümü trikiyazisten ayırt edilmelidir. Ciddi dermatomalazis, epiblefaron ve epikantusda görülen deri katlantıları, normal yerleşimli kirpikleri mekanik olarak globa doğru iterler. *Entropiyon* kapak kenarı ve kirpiklerin tamamının içe dönmesidir. Senil entropiyon tanısı genellikle kolayca konur; ancak travma veya konjonktivada büzülmeye yol açan bozukluklar sonrasında ortaya çıkan skatrisyel entropiyonu, trikiyazis veya distikiyazisten ayırmak zor olabilir. Semblefaronun varlığında, meibomian bezleri ve kapak kenarının metaplazisi ile birlikte olan kazanılmış distikiyazis durumunda skatrisyel entropiyonun ayırımı belirsizleşir; çeşitli tıbbi yaklaşımlar gerekebilir.

TEDAVİ İÇİN ENDİKASYONLAR

Trikiyazis veya distikiyazisli hasta çoğunlukla, kornea ve konjonktivadaki abrazyonların yol açtığı oküler rahatsızlık, kızarıklık ve yabancı cisim hissi nedeniyle tedavi arayışındadır. Korneanın kronik irritasyonu lokal incelme veya vaskülarizasyona sebep olabilir; takiplerde ülserasyon veya perforasyon riski ortaya çıkabilir.

KRİYODESTRÜKSİYONUN MEKANİZMASI

Aberan kirpiklerin tedavisinde en etkili yöntem, doku ısısının -20°C ' ye kadar donması ve çözülmesi sarmalı oluşturmaktır. İki ani donma siklusu ile buz topu

oluşumu ve ardından yavaş çözülme periyodu, ısıya hassas kirpik foliküllerinin destrüksiyonunu uyarır; aynı zamanda nispeten dirençli olan konjonktiva, tars, deri ve lakrimal dışı akım yollarının toparlanmasına olanak sağlar. Hücre içi buz kristali oluşumu ve yeniden kristalleşmesi, hücre içi membranların ve hücre duvarlarının parçalanması, hücre içi pH değişiklikleri, vasküler tromboz ve tedavi sonrası enflamatuvar cevabı içeren çeşitli faktörler bu etkiye katkıda bulunurlar.

CERRAHİ ANATOMİ

Normal kirpikler göz kapağının ön lamellasından doğarlar ve düzensiz birkaç sıra şeklinde intermarjinal sulkusun önündeki ciltten dışarı çıkarlar. Normal foliküller marjinal arteriyel arkada yakın pretarsal alanda bulunurlar. Meibomian yağ bezleri fibröz tarsın içerisinde yer alırlar, çıkış delikleri arka lamellada yani intermarjinal sulkusun arkasındadır (1. Bölüm'e bakınız). Gelişim sırasında bu bezlerde farklılaşmanın olmaması, bezlerin kirpik folikülleri ile bağlantısına eşlik edebilir.

ALTERNATİF TEDAVİLER

Bazı hastalar tarafından topikal lubrikan kullanımı ile birlikte sık tekrarlanan mekanik epilasyon tercih edilmektedir. Korneayı korumak için kontakt lens kullanımının yararı sınırlıdır. Elektroliz izole, az sayıdaki kirpiği yok etmek için kullanılabilir. Elektroliz sırasında iğnenin yerleştirilmesi zordur ve sonuçta rölatif olarak nüks oranı yüksektir, kapakta lokal skar da oluşturabilir. Biyomikroskopta kirpiklerin tek tek argon lazerle ablasyonu da kullanılabilir, fakat bunun da benzer kısıtlamaları mevcuttur.

Kirpik foliküllerin mikroskopta ayrı ayrı cerrahi eksizyonu yorucu ve zordur. Kriyoterapi ile kombine edilmesi, bazı doğumsal distikiyazis olgularında yararlı olabilir. Göz kapağının bir bölümünün tam kat cerrahi eksizyonu, küçük-orta büyüklükteki lokal kirpik alanları için uygulanabilir. Marjinal rotasyon işlemleri tüm kapak kenarını globdan uzaklaştırabilir (6. Bölüm'e bakınız). Konjonktivanın büzüldüğü bozukluklarda cerrahi tedavi, sistemik tıbbi tedavi ve kriyo tedavisi kombinasyonu gerekebilir.

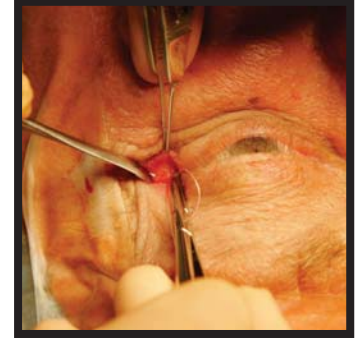
KRİYOTERAPİNİN DİĞER KULLANIMLARI

Kriyo tedavisi göz kapağı ve oküler adnekslerin benign ve malign tümörlerinin tedavisinde, değişen başarı oranları ile kullanılmaktadır. Konjonktivanın epiteliyal ve pigmente malign lezyonlarının tedavisinde çok etkili olduğu kanıtlanmıştır. Birçok hastada işlevsel bir gözü korumak amacıyla, cerrahi eksizyon ve topikal mitomycin ile kombine kriyoterapi, ekzentrazyona karşı kabul edilebilir bir alternatif haline gelmiştir. Bu durum özellikle tek gözlü veya diğer gözü başka bir nedene bağlı olarak risk altında olan veya daha kapsamlı bir tedaviyi kabul etmeyen veya tedaviye devam edemeyen hastalar için geçerlidir.

Konjonktivanın intraepitelyal displastik lezyonları ve skuamöz hücreli karsinomun basit eksizyonuna kriyoterapi ve mitomycin'in eklenmesi nüks oranını azaltır ve uzun dönemde prognozu iyileştirir. Bu kombinasyon göz içi ve orbita içi yayılımı olmayan olgularda tedavi seçeneği olmuştur ve normal dokunun rölatif olarak minimal destrüksiyonu ile geniş alanların tedavisine olanak sağla-

Lateral Kantopeksi

David T. Tse
Erin M. Shriver
Çeviren: Dr. Burcu Nurözler



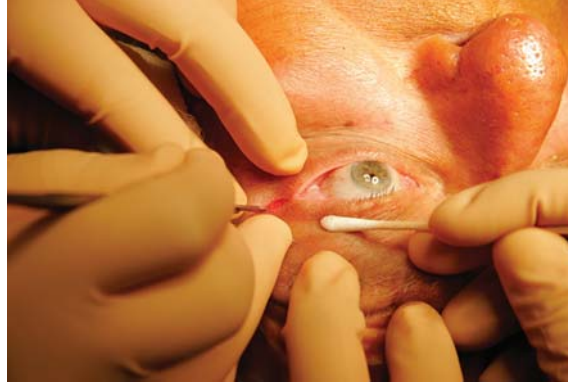
Orbikularis okülünün konsantrik lifleri palpebral fissürü daraltmak için VII. kranial sinir (KS) tarafından innerve edilir. Orbikularis liflerinin palpebral (pretarsal ve preseptal) kısmı daha çok istemsiz ince göz kırpma hareketine katılırken, orbital kısmı göz kırpma ve blefarospazm gibi kuvvetli gözkapama kapatmadan sorumludur. Düzgün göz kırpma dinamikleri orbikularis liflerinin palpebral kısmının medial ve lateral kantal tendonlara (LKT) sıkı olarak tutunmasını gerektirir. Bu da kas liflerinin kasılması için destek noktasında gerilim sağlayan bir tutunma gerektirir. LKT'deki laksisite, göz kırpma döngüsünde konsantrik orbikularis liflerini etkisiz hale getirir.

Medial olarak, pretarsal orbikularis iki başlıdır: biri medial kantal tendonun (MKT) ön kenarından şekillenir, diğeri, derindeki baş MKT'nin arka kısmından şekillenen Horner'in tensor tarsi kasıdır. Lateral palpebral ligaman, alt ve üst göz kapamada pretarsal orbikularis kaslarının birleşiminden ve tarstan şekillenen yoğun fibröz bir dokudur. Lateral olarak orbiküler septuma doğru derinleşir ve lateral orbita kenarının 1,5 mm arkasındaki lateral orbital tüberküle yapışır. Tendonun yaklaşık olarak horizontal uzunluğu 10,5mm, vertikal genişliği 6,5 mmdir. LKT'nin orta noktası lateral orbital tüberküle fronto zigomatik suture çizgisinin 10mm altındadır. Bir küçük yağ yastıkçığı (Eisler paketi) septum ve LKT arasında uzanır. LKT aynı zamanda orbital septum boyunca oldukça yüzeysel olarak lateral orbita kenarında tutunur. Yüzeysel fasiyal planı Knize tarafından yüzeysel LKT olarak isimlendirilmiştir ve lateral kantusun askıya alınması veya stabilizasyonu için gerilim sağlayan yapı olarak kullanılabilir.

LKT ayrılması göz kırpma mekanizması ve lakrimal pompa fonksiyonunu değiştirebilen nadir tanımlanan anatomik bir defektir. Bu sıklıkla oküler iritasyon ve epifora ile sonuçlanır. Lateral kantal ayrılmanın klinik bulguları (a) lateral kantal açının küntleşmesi veya vertikal olarak yer değiştirmesi, (b) dinamik göz kapama sırasında lateral birleşimin medial ve inferiora hareketi, (c) ön lamel kısılması olmaksızın göz kapamada kapak kenarlarının tam olmayan birleşimi, (d) kapakların kapatılmasında kapak kenarlarının temporalde birbiri üzerine geçmesi ve (e) yalancı üst kapak retraksiyonu. Klinik olarak pamuk uçlu aplikatör LKT sıkılığını taklit etmek için lateral orbital bileşimi lateral orbita kenarına doğru çekmek amacıyla kullanılabilir. Göz kırpma dinamikleri ve kapak kapanmanın basit bir manevrayla düzeltilmesi altta yatan patolojik anatomik elemanın LKT ayrılması olduğunu doğrular. Pamuk uçlu aplikatör testi LKT sıkılaştırmasını takiben fonksiyonel sonuç tahmininde iyi bir göstergedir.

TEKNİK

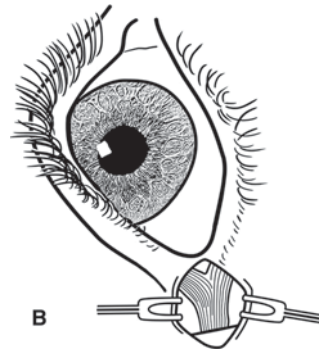
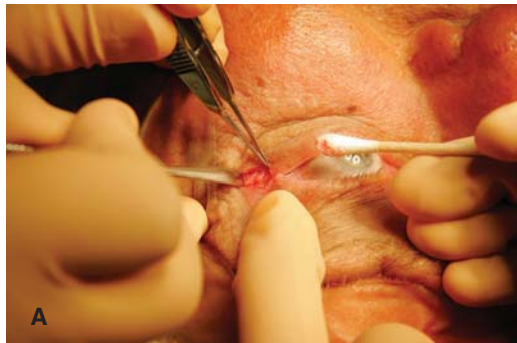
Lateral kantopeksi tekniği lateral kantus boyunca planlanmış horizontal insizyon yapmakla başlar. 1:100,000 sulandırılmış epinefrinli %2'lik lidokainin subkutan infiltrasyonu 30-gauge iğne ile uygulanır. Lateral orbita kenarı palpe edilir ve küçük miktarda anestezi madde lateral orbita kenarı periostu ve temporal alt fornikse verilir.



Şekil 8-1. Transvers cilt insizyonu No.15 cerrahi bıçakla lateral kommisürden başlanıp 1-1,5cm lateral orbita kenarına doğru uzatılır. Bipolar koterle hemostaz sağlanır. Cerrahi bıçağın ince yüzeyel hareketleriyle dairesel orbiküler kas lifleri kesilir.



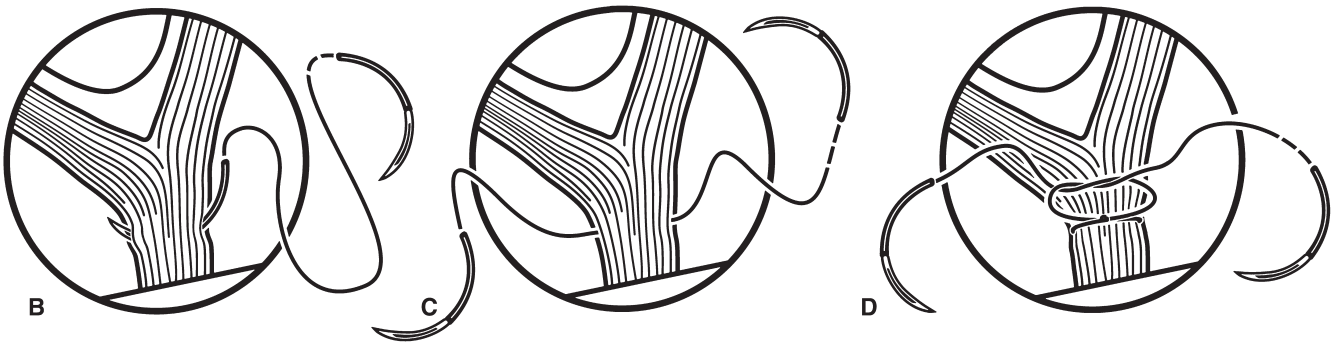
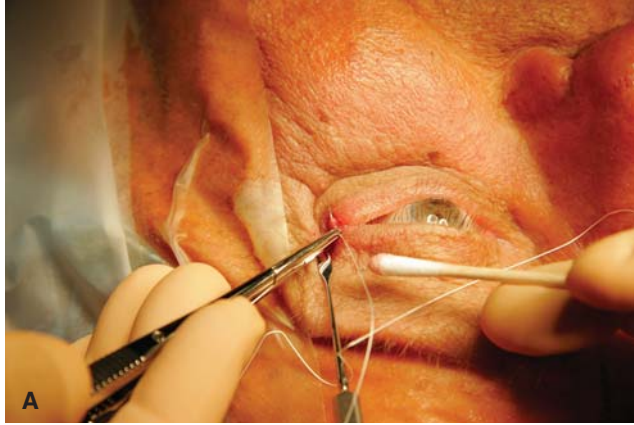
Şekil 8-2. Forsepsle deri ve kas lifleri tutulurken Westcott makası ile suborbiküler planda insizyonun her iki tarafında 4-5mm keskin diseksiyon yapılır.



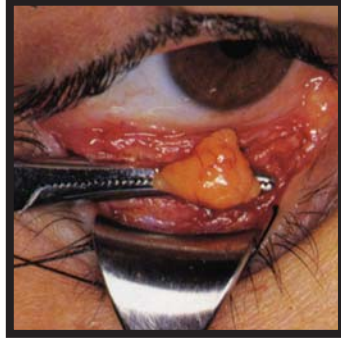
Şekil 8-3AB. Yüzeysel LKT'nin beyazımsı horizontal bantları belirlemeye başlar. Lateral orbital rim içindeki Whitnall'in lateral tüberkülü üzerinde tarsal yoğun fibröz doku bağlantılarının altından pretarsal orbikularisin künt diseksiyonuyla tarsal tabakanın temporal ucunda LKT'nin üst ve alt bacakları gösterilebilir.



Şekil 8-4. Cilt kenarları çift tırnaklı cilt retraktörü ile retrakte edilirken, yüzeysel LKT ve altındaki Eisler yağ yastıkçığının önünde yer alan kalın fibröz doku 0.3 forsepsle tutulur. Tutulan doku orbita kenarına doğru çekildiğinde lateral kantal açının hareket etmesi forsepsle tutulan dokunun LKT olduğunu gösterir.



Şekil 8-5ABCD. Rectus kaslarının standart geriletme prosedürlerinde iğnenin rek-tus kaslarından geçirilmesi gibi, çift-kollu 5-0 mersilene sütün S-24 spatula iğnesi, lateral komissüre yakın olarak LKT'nin yüzeysel liflerinin tüm genişliğince altından geçilir (B,C). Tendonla birleşimini emniyete almak için sütün bağlanır (D).



Alt Göz Kapağında Blefaroplasti

11

Alfred C. Marrone
Çeviren: Dr. S. Sami İlker

PREOPERATİF DEĞERLENDİRME

Genel olarak alt göz kapağı blefaroplasti ameliyatlarının yapılma sebebi kozmetiktir. Blefaroplasti ameliyatları öncesinde yapılan değerlendirmede en önemli konu, hastanın alt göz kapağı görüntüsünün nasıl olacağı konusundaki beklentisinin net olarak anlamaktır. Eğer blefaroplasti sarkık kapaklar için planlanıyorsa, cerrahideki ilk amaç alt göz kapağındaki fazla yağ dokusunun alınmasıdır. Hasta ciltteki kırışıklığı sorun etmiyorsa transkonjunktival bir girişim düşünülebilir. Eğer transkonjunktival girişim seçilecek olursa burada komplikasyon olarak derinin fazla çıkarılma tehlikesi vardır. Burada, cerrahiden gerçek dışı beklentileri olan hastalar açısından dikkatli davranılmalıdır.

Hastanın yanağını çeneye doğru aşağıya çekerek ameliyat sonrası görüntüsünün yaklaşık hali bir ayna kullanmak suretiyle kendisine gösterilebilir.

Alt göz kapağına bakıldığında değerlendirilmesi gereken ilk fiziksel bulgu yağ dokusu fitiklaşmasının bulunup bulunmadığıdır. Hastaya önden ve yandan bakılmalı 3 yağ kesesi de basitçe işaretlenmeli ve fitiklaşmış yağ dokusu alanları 1'den 4'e kadar derecelendirilmelidir. Üst göz kapağına yapılacak hafif bir baskı, septumun sıklığı hakkında bize bilgi vererek septum açıldığında fitiklaşmış yağ dokusunun artıp artmayacağı konusunda bize fikir verebilir.

Ameliyat öncesi değerlendirmede bir başka karakteristik durum da, fazla deri miktarı bulunmasıdır. Mevcut kırışıklıkların değerlendirilmesinde yanak derisinin bir miktar aşağı çekilmesi faydalı olabilir ve bu kırışıklık, göz kapağı yeri değiştirilmeden kaldırılabilir.

Özellikle, eğer cilt çıkarılacaksa yatay tonusun değerlendirilmesi çok önemlidir. "Snap testi", hastanın göz kırpması engellenerek alt göz kapağının başparmak ile aşağı doğru çekilmesi ve sonra serbest bırakılması şeklinde yapılır. Eğer göz kapağı yerine tam olarak oturuyorsa tonusu çok iyidir. Tonusu önceden kestirmek, çıkaracağımız deri kısmının miktarı konusunda ihtiyatlı olmamızı sağlar. Snap testi esnasında çektiğimiz deri kısmı, esas konumuna yavaşça dönüyorsa bu tonusun zayıf olduğu gösterir ve çıkarılacak deri parçası konusunda mutlaka iyi bir planlama yapılması gereklidir. Hastaya ameliyat öncesi mutlaka muhafazakâr tedavi önerilmelidir. Muhafazakâr tedavi ameliyatı kolaylaştırır. Eğer göz kapağı, hasta göz kırpana kadar normal konumuna dönmiyorsa tonus kötüdür ve göz kapağında yatay kısaltma deri çıkarılmasıyla birlikte yapılmalı ya da transkonjunktival yaklaşım seçilmelidir. Göz kapağının sıkılaştırılmasında "dış kantale tarsal soyma yöntemi" tercih edilir. (7. bölüme bakınız)

parçaya bölünür ve alt oblik kasın etrafını çevreler ve tekrar birleşerek bir kılıf oluşturur. Bu birleşme ile, alt oblik kasın önünde, Lockwood ligamentini oluştururlar. Lockwood fasyasının ön yüzünü kapsulopalpebral fasya oluşturur. Kapsulopalpebral fasyanın büyük bir bölümü, alt kapak tarsının, alt kenarına yapışarak, alt göz kapağını yükseltir. Alt oblik kas, lakrimal kesenin arka tarafından orbita kenarının birkaç milimetre arkasından başlar. Bu kas alt göz kapağı bleforoplasti ameliyatlarında zedelenebilir. Özellikle de konjunktival yaklaşımlarda zedelenme ihtimali yüksektir.

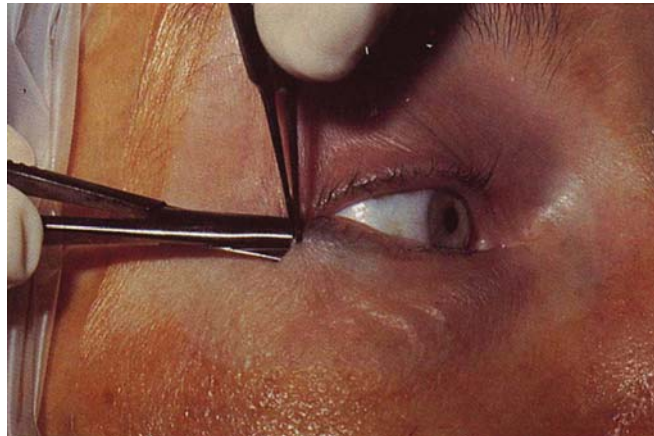
Yağ lobulleri ve orbita bir dizi membranoz septalarla birbirlerine bağlıdır. Orbital yağ dokusundaki çekintiler, orbita derin venlerinde parçalanmaya ve kanamaya neden olabilir. Orbital septum, orbita alt kenarına bağlı olduğu için septumun kesilen kenarı ile göz kapağının hareketli parçası arasında oluşan bir yapışıklık göz kapağının aşağı çekilmesiyle sonuçlanabilir.

AMELİYAT

Cilt yoluyla bleforoplasti

Hastaya lokal anestetik uygulamadan önce ağız veya parenteral yoluyla sakinleştirici ilaç verilebilir. Çıkarılacak deri miktarının belirlenmesi için hasta ameliyata uyumlu olacak kadar uyanık olmalıdır.

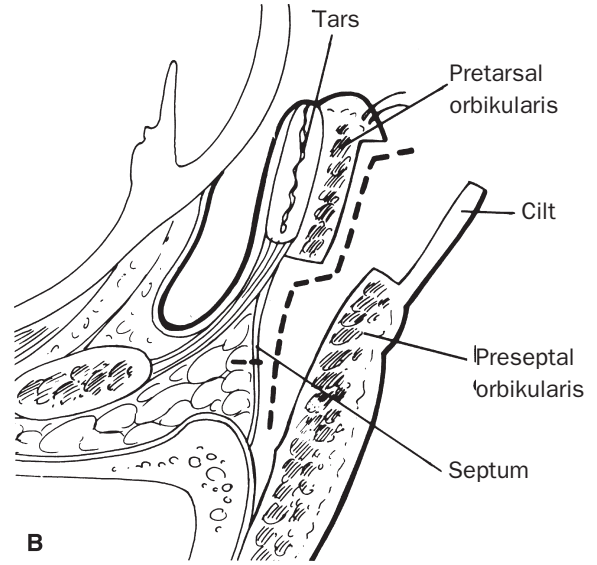
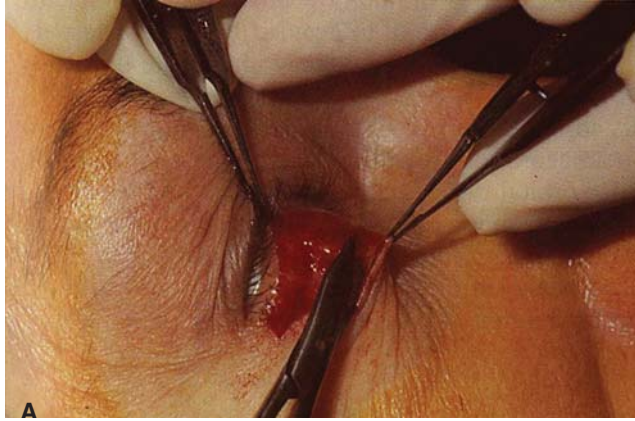
6 ml bir karışım içinde 1:100.000 epinefrin 2ml, 3 ml lidokain ve 1 ml %8,4 sodyum bikarbonat karışımı yeterli lokal anestezi ve vazokonstriksiyonu sağlar. 1/166000 oranında sulandırılmış edilmiş epinefrin yoğunluğu damarlarda aşırı büzüşmeyi önler. Bu sayede ameliyat sonrası gelişebilecek tepki genişlemesi ve kanama önlenmiş olur. Alt kapak cebine damla olarak proparakain uygulandıktan sonra, infraorbital sinir bloke olabilir. Bu blokajı yapmak için infraorbital delik üzerinden, yaklaşık orbital kenarın 1 cm aşağısından konjunktiva yoluyla zerk yapılır. Bir miktar anestetik ilaçta preseptal alan boyunca ve kapağın kirpik altı kısmına yapılır. Zerk sonrası yapılacak nazik bir bası, burada oluşacak hematomu azaltır. Epinefrinin etkisini göstermesi 8 -10 dakika sürebilir. Bu nedenle kesi için acele edilmemelidir. Artık hasta hazırlanmalı ve örtü örtülmelidir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, yerleştirilen örtü derinin şeklini bozmamalıdır. Çünkü böyle bir durum çıkarılacak deri miktarının değişmesine neden olabilir. Orbital venöz basıncı azaltmak ve yanakların aşağı çekim etkisini oluşturmak için hastaya hafif ters Trendelenburg vaziyeti verilmelidir.



Şekil 11-1. Kırışık deri bölümünün içinden dış kantusun yanından aşağıya doğru küçük bir kesi yapılır.



Şekil 11-2. Deriyi pretarsal orbikularisten uzaklaştırmak ve infrasiliyar kesi gerçekleştirmek için Westcott makası kullanılır.



Şekil 11-3A. Alt tarsal kenar ve septumun ön aşağıda bir bölümünden preseptal orbikularis kesilirken küçük bir iris makası kullanılır. Cerrah deriyi forsepsle yukarıya doğru kaldırır ve asistanı göz kapağını karşı çekinti oluşturmak için yukarıya doğru hafifçe çeker. Alt orbital kenara ulaşıncaya kadar bu düzlem içinde diseksiyon aşağı doğru yapılır.

Şekil 11-3B. Çapraz kesi görüntüsü diseksiyon yolunu ve orbita kenarındaki kesi noktasını göstermektedir. Kunt ve keskin diseksiyonlarla deri kas flebi tamamlanır. Sadece deri flap pretarsal orbikularis üzerine konur(ve bir parça lateral uzantısı da sinirleri korunarak). Bu ameliyat sonrası fonksiyonu artırır ve infrasiliyer alana daha yuvarlak ve genç bir görünüm kazandırır.

Kanama kontrolü de yumuşak bipolar koter cihazıyla yapılır. Deri kas flayı üst göz kapağına doğru, globe ters yönde yumuşak bir bası yapılarak kaldırılır. Yağ yastıkları ileriye doğru yer değiştirir. Orbital septum iç, merkez ve dış yağ yastıkları üzerinden tüm kenar boyunca kesilir. Her yağ yastığı yumuşakça forseps yardımıyla kavranır ve septaları makasla kesilir. Böylece orbital yağın fıtıklaşması tamamen kolaylaştırılır. Yağ dokusunu orbitadan kaldırılırken asla gerginlik yaratılmamalıdır. Çünkü orbitanın arkasındaki damarlar açılabilir ve orbital kanama gelişmesine sebep olabilir.

Konjonktival Yoldan Alt Kapak Blafaroplastisi

Michael S. McCracken - Jemshed A. Khan
Çeviren: Dr. Hatice Deniz İlhan



Hastada konjonktival yoldan girişim, transkutanöz alt kapak blefaroplastisine göre, cilt kesisine gerek olmaması, daha az ekimoz yaratma riski, orbital septum kesisinin olmaması, orbikularis okuli kasında denervasyon yaratmaması dahil pek çok avantaj içerir. Öte yandan bu teknik, cerrahi sonrası kemozis ve arka lamellada skatrisyel değişiklik riski yaratabilir. Alt kapak gevşekliliği ve yüz orta hat sarkmasında modifiye edilerek uygulanmalıdır. Cilt fazlalığı olan hastalar için uygun olmayan bu cerrahi yöntem, alt kapak gevşekliliği ve yüz orta hat sarkması olmayan genç hastalarda uygulama alanı bulur.

CERRAHİ ÖNCESİ DEĞERLENDİRME

Alt kapak blefaroplastisinde hastanın değerlendirilmesinin önemi büyüktür. Gerçekleşmeyecek beklentileri olan, veya hasta – doktor iletişiminin iyi kurulamadığı hastalarda memnuniyet de düşük olur. Kanama diyatezi olan veya antikoagülan ajan alan hastalar cerrahi sonrası retrobulber kanama ve kalıcı görme kaybı riskine aday hastalardır. Kan sulandırıcılarının kesilmesi için gerekli bölümlerle hasta konsülte edilmelidir. Kontrolsüz hipertansiyon, cerrahi sonrası kanama riskini artırır. Hastanın özgeçmişini detaylı sorgulanmalıdır. Hastanın daha önce anestezi alıp almadığı, monitörize edilmesi gereken bir sağlık sorunu olup olmadığı bilinmelidir. Alt kapak blefaroplastisi için çok nadir genel anestezi gerekir ve vazodilatasyonla birlikte artmış kanama riskini de beraberinde getirir. Ağır anksiyetesi olan hastalarda genel anestezi nadiren gerekebilir.

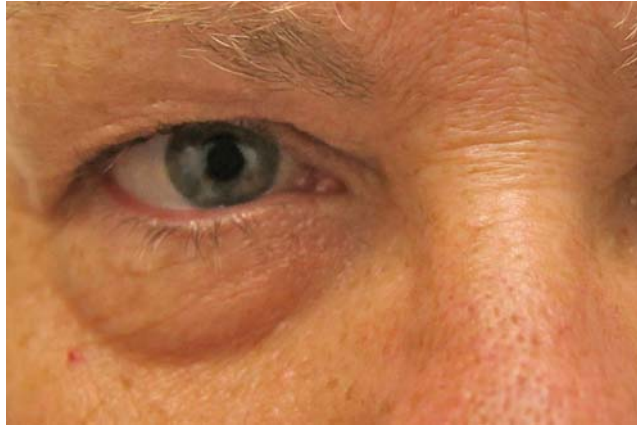
Kuru gözü olan hastaların özellikle cerrahi sonrası erken dönemde kuru göz şikayetlerinde artış olabilir. Özellikle refraktif cerrahi (LASİK) geçirmiş hastalarda bu durum özel olarak önemlidir ve cerrahi sonrası kuru göz riskini arttıran bir faktördür. LASİK sonrası blefaroplasti cerrahisi için en az 6 ay beklenmelidir. Daha önce LASİK olan hastalara, ameliyat sonrası refraksiyon değerlerinde değişim olabileceği ve bunun için kontakt lens kullanımı veya ek cerrahi gerekebileceği açıklanmalıdır.

Blefaroplasti yapılacak hastalarda tiroid hastalıkları da dikkate alınmalıdır. Tiroid orbitopatisi olan hastalarda göz bulgularının ameliyat öncesi en az 3- 6 ay stabil olması gereklidir.

Hastaların fotoğrafları çekilerek ameliyat öncesi görünümleri belgelenmelidir. Tüm yüz ve oblik fotoğraflar özellikle yararlıdır. Yan fotoğraflar da çekilebi-

lır. Ameliyat sonrası olası görme azalması şikayetine yönelik ameliyat öncesi hastaların görme keskinliklerinin bakılması ve kaydedilmesi önemlidir. Kuru göze bağlı kornea yüzey değişikliklerinin tespiti için biyomikroskopik muayene yapılmalıdır. Her zaman güvenilir olmasa da, kuru göz tespiti için bazal salgı testi uygulanmalıdır. Ameliyat sonrası korneanın açıkta kalmasına karşı ek koruma sağlayan Bell fenomeninin (zorlu kapamada gözlerin yukarı hareketi) olup olmadığına bakılmalıdır. MRD2 (alt kapak kenarı ile kornea ışık refleksi arasındaki mesafe) ve varsa lagofthalmus kaydedilmelidir.

Cerrah, alt kapakta her üç yağ paketindeki fazla yağ miktarını belirlemelidir. Bazen sadece nazal yağ paketinden fazlalığı almak yeterli gelse de çoğu kez hem nazal, hem santral paketten almak gerekir. Bazı hastalarda ise üç yağ paketine de müdahale gerekir.



Şekil 12-1. Konjonktival yoldan alt kapak blefaroplastisi için ideal koşul, alt kapak gevşekliği veya yüz orta hat sarkmasının hafif olduğu alt kapak yağ prolapsusudur.

Alt kapak gevşekliği alt kapak distraksiyon testi ile değerlendirilir. Düşük göz kapağı göz küresinden çekilir ve göz küresinden alt kapak kenarına kadar ki mesafe ölçülür. Eğer kapak göz küresinden 8 mm veya daha fazla çekilebilirse, lateral kantallı germe gerekir. Cilt fazlalığı olan hastalarda lazer ile yüzeysel cilt yenileme veya alt kapağın çimdik yöntemi ile alınmasının kombine olduğu alt kapak blefaroplastisi, veya transkutanöz yolla blefaroplasti yapılması daha uygundur. Hastalar önceden var olan alt kapak retraksiyonu yönünden değerlendirilmelidir. Eğer limbus ve alt kapak arasındaki sklera görünür ise alt göz kapağında retraksiyon var demektir. Alt kapak retraksiyonu olan hastalar 16. bölümde anlatıldığı gibi, arka lamella greftinden fayda görür.

AMELİYAT TEKNİKLERİ

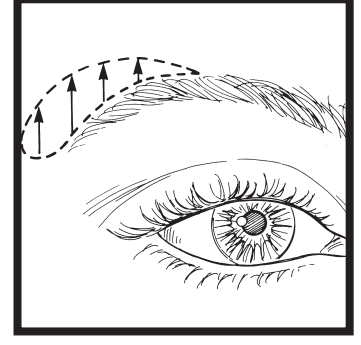
Alet seçimi

Doku ayırımında makas, bipolar koter, monopolar koter, CO₂ lazer cerrahın tercihine göre kullanılabilir. Kalp pili olanlarda bipolar koter tercih edilir. Monopolar koter ile eş zamanlı kesme ve koagülasyon yapılabilmesi avantaj sağlar, fakat kalp pili olan hastalarda kullanılamaz. CO₂ lazer, kalp pili ve defibrilatör olan hastalarda kullanılabilir. CO₂ lazer kanamayı azaltır, ancak komşu dokulara hasar verebilir ve iyileşme sırasında yara dudaklarının açılmasına yol açabilir. Ay-

Direkt, Yarıalın ve Pretrisyal Kaş Plastisi

Robert C. Kersten - Dwight R. Kulwin

Çevirenler: Dr. Yakup Aksoy - Dr. Fatih Çakır Gündoğan



Kaş ptozisi oftalmologlar tarafından sıklıkla görülmekte olup üst kapak dermatoşalazisinden ayırt edilmesi gerekmektedir. Her ikisi de üst göz kapağında doku fazlalığı görünümüne neden olacaktır. Cerrahın uygun tedaviye karar vermeden önce bu tablolardan hangisinin var olduğunu ya da her ikisinin bir arada bulunup bulunmadığını tespit etmesi gerekmektedir.

Kadınlarda kaşlar, daha yukarda ve en üst noktası lateral kantustan yüksekte olacak şekilde daha kavisli bir şekle sahip olma eğiliminde iken erkeklerde ise kaşlar daha aşağıda ve daha az kavislidir. Kaş yüksekliği yaşla birlikte azalmaktadır. Sonuçta ortaya çıkan kaş ptozisinin miktarı; genetik geçişe, sigara kullanım öyküsüne, güneş ışığına maruziyete, cilt kalınlığı, cildin yağsızlığı ve rengine bağlıdır. Hastaların kişisel yüz hareket paternleride kaş ptozisi gelişimine katkıda bulunmakta olup, tipik olarak sık sık gözlerini kısarak bakanlarda daha belirgin lateral sarkma, sık sık kaşlarını çatanlarda ise medial kaş ptozisi daha fazla görülmektedir.

Bazı cerrahi prosedürler sıkı bir şekilde ptotik kaşın yükseltilip, eski pozisyonuna getirilmesine doğru yönelmiştir. Diğer prosedürlerde ise aynı zamanda alın, glabella ve temporal bölgedeki fazla kırışıklık ile beraber deri de çıkarılmaktadır. Bu sonraki bahsedilen daha sıklıkla kozmetik amaçlar için uygulanmakta iken önceki ise fonksiyonel kaş pozisyon anormalliklerinin düzeltilmesinde kullanılır.

ANATOMİK ÖZELLİKLER

Kaşların kaldırılmasına yönelik yapılacak bütün ameliyatlarda, alın bölgesinin duyuşsal ve motor sinirlerine zarar vermektan kaçınılacak şekilde planlanmalıdır. Supraorbital sinir alın ve kafatası derisinin duyusunu alır. Bu sinir, alın bölgesinin santral 1/3 'lük kısmında, frontal kasın yüzeyinde uzanır ve supraorbital çentikten taç'a doğru vertikal olarak ilerler. Alın kaslarının motor innervasyonunu fasial sinirin temporal dalı sağlamaktadır. Bu dal alında lateralden mediale doğru horizontal olarak seyrederek ve frontal kasın derinlerine doğru bir yol izler. Sinir süperfisial temporal fasia üzerinden aşağıya doğru seyrederek temporal orbital rimin yaklaşık 2 parmak yukarısında bir noktada frontal kasın altında ilerler.

Sinir harabiyetinden sakınmak amacıyla cilt kesileri bu noktanın altından ya da üstünden yapılmalıdır. Benzer şekilde duyuşsal ve motor sinir dallarının harabiyetini önlemek amacıyla disseksiyon frontal kasta daha derinde ya da daha yüzye olacak şekilde yapılmalıdır.

DİREKT KAŞ PLASTİSİ

Direk kaş plastisi kaşın hemen üzerindeki dokunun eksizyonunu içermektedir. Yara iyileşmesi kaşın yukarı kalkması ile sonuçlanır. Prosedür genellikle lokal anestezi altında uygulanmaktadır.



Endoskopik Kaş ve Alın Kaldırma

Don O. Kikkawa - Sang-Rog Oh - Bobby S. Korn

Çevirenler: Dr. Mustafa Civelekler

Dr. Ömer Faruk Şahin

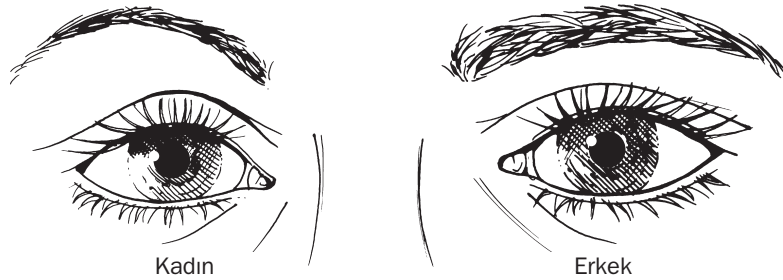
Dr. Fatih Çakır Gündoğan

GİRİŞ

Endoskopik kaş ve alın kaldırma glabella bölgesi ve alındaki kırışıklığı azaltmada olduğu kadar üst yüz kısmının pitozunu düzeltmede kullanılan birkaç yöntemden birisidir. Açık koronal kaldırmanın aksine, endoskopik yöntemle elde edilen estetik amaçlar küçük ve lokal insizyonlarla başarılmaktadır. Her ne kadar endikasyonları ve sonuçları benzerse de, endoskopik kaş kaldırmanın açık koronal kaldırmaya birkaç üstünlüğü vardır. Endoskopik yaklaşımdaki küçük insizyonlar, intraoperatif kanama, postoperatif skarlaşma, alopesi ve postoperatif hipostezi riskini azaltır ve iyileşmeyi hızlandırır. Bu yaklaşım seyrelmiş saçlı olanlara önerilebilir çünkü skarlar seçilmiş alanlara gizlenebilir ve koronal insizyona göre daha az dikkat çekerler. Bununla beraber endoskopik yaklaşım özellikle anatomi bilgisi ve özel ekipman kullanımı gereksiniminden dolayı üst düzey bir eğitim gerektirmektedir. Buna karşın kaş ve alın pitozu tedavisi için etkili bir tekniktir ve her okülofasiyal cerrahın kullanacağı teknikler arasında bulunmalıdır.

PREOPERATİF DEĞERLENDİRME

Kaş pitozu, kaş superior orbital kenarın aşağısında yer aldığı zaman görülür.



Şekil 15-1. Bayanlarda, kaşların apeksi lateral korneal limbusla aynı hizada olacak şekilde yüksek arka sahiptirler. Erkeklerde kaşlar daha düz bir arka sahiptirler ve orbita kenarına yakın yerleşimdedirler. Ameliyattan önce bütün hastalar kornea ve

Santral cebin ve optik kavitenin oluşturulması

Temporal kasın yapışık fasyası ile lateralden sınırlandırılmış olan santral alın bölgesi ilk olarak disseke edilir. No. 15 Bard-Parker daha önce işaretlenmiş olan yerlerdeki cildi insize etmek için kullanılır. Santral ve paramediyal insizyonlar periosttan aşağıya frontal kemiğe doğru yapılır. Diseksiyon Freer elevatörü kullanılarak subperiostal planda yapılır ve yapışık fasyanın hemen yakınında medial ve laterale doğru genişletilir. Künt disektör yardımı ile cerrahi düzlem skalp oksiputa kadar kraniyumdan kaldıracak şekilde 2-3 cm geriye doğru genişletilir. Daha sonra diseksiyon öne kaşlara doğru genişletilip, supraorbital ve supratroclear sinirler korunacak şekilde superior orbital kenardan 2 cm yukarıda sonlandırılır. Santral alın diseksiyonu subperiostal düzlemde kalabilmek için kalvaryumda kalarak kör şekilde devam ettirilir.



Şekil 15-5. Sonra dikkat, temporal bölgeye yoğunlaştırılır. Superfisiyal temporal fasyanın içinde yerleşmiş olan fasiyal sinirin temporal dalından sakınmak için diseksiyon düzlemi bu tabakadan aşağıda yapılmalıdır.

Eğer temporal fasiyal düzlemde diseksiyona başlarken herhangi bir belirsizlik varsa, temporal kasın mevcut olduğunu doğrulamak için şüphelenilen derin temporal fasyada küçük bir insizyon (3 mm) yapılabilir. Direkt görüntüleme altında daha sonra temporal fasyanın yüzeyel ve derin tabakaları arasında diseksiyon yapılır. Aşağıya supraorbital kenarın lateral tarafı ve zigomatik arkın hemen üzerine doğru diseksiyon devam ettirilir.



Tiroide Bağlı Kapak Retraksiyonuna Yaklaşım

David T. Tse

Çeviren: Dr. Özge Saraç - Dr. Pınar Kösekahya

Kapak retraksiyonu Graves hastalığının en sık görülen göz tutulumlarından birisidir. Bu pozisyonel bozukluk, ekzoftalmusla birlikte olabilir ve tiroide bağlı göz hastalığı olan hastaların çoğunda fonksiyonel ve kozmetik olarak gelişebilecek problemlerden sorumludur. Graves hastalığındaki kapak retraksiyonunun etyolojisi tam olarak anlaşılamamışsa da bir çok faktörün rol oynadığı düşünülmektedir. Bu faktörler üst kapakta: (a) sempatik stimülasyonla Müller kası hiperfonksiyonu, (b) levator kası veya aponevrozunun dejenerasyonu ve kalınlaşması nedeniyle levator kası kontraksiyonu, (c) orbiküler kas ve orbital septuma levator adezyonu, ve (d) inferior rektus fibrozisi ve retraksiyonuyla oluşan hipoforya sonrası levator-superior rektus kompleksinin hiperfonksiyonu şeklindedir.

Alt kapak retraksiyonunda Müller kası adrenerejik stimülasyonu küçük bir role sahipken, kapsülopalpebral başı üzerinden alt kapak retraksiyonu yapan inferior rektus kasının fibrozisi önemli rol oynar.

CERRAHİ ENDİKASYONLAR

Kapak retraksiyonunda cerrahi tedavi genellikle hormon profili ve kapak yüksekliği 6 ay -1 yıl boyunca sabit kalmış; retraksiyonu exposure keratopati, lagoftalmus, kronik konjonktival enjeksiyon ve kozmetik bozukluğa yol açmış olan hastalara saklanır.

Retrakte üst kapağı aşağı taşımak için çeşitli cerrahi prosedürler tanımlanmıştır. Bunlar levator tenotomi veya geriletmesi, Müller kası rezeksiyon veya miyektomisi ve kombine levator tenotomi ve müllerektomi gibi yöntemlerdir. Ancak Harvey ve Anderson (1981) tarafından tanımlanan aponevrotik yaklaşım; anatomik, cerrahi ve fizyolojik açıdan daha uygun olduğu için tercih edilir. Bu teknikte Müller kası tamamen ekstirpe edilirken, levator kasının lateral ucu ayrıştırılarak aponevroz geriletilir. Ek olarak, bu anatomik yaklaşım aponevrotik pitozis cerrahisinde kullanılan yaklaşım ile benzerdir.

CERRAHİ TEKNİK

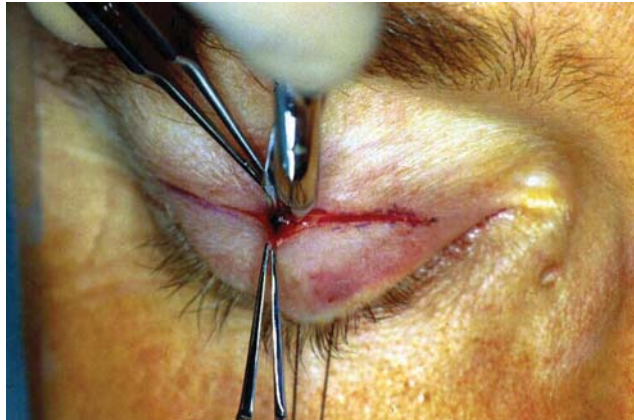
Üst kapak

Mümkün olduğunda lokal anestezi tercih edilir. Bu; kapak yüksekliği, konturu ve simetrisinin intraoperatif ayarlanmasına izin verir. Tüm yüz hazırlığı yapılır ve baş 3-M 1,000 cerrahi drape ile örtülür. Yüzü açıkta bırakan yapışkan drape kullanımı hastanın kapak yüksekliğinin ayarlanması için cerrahi sırasında oturtulmasına imkan tanır ve bu sayede gevşek baş drape'inin sürekli ayarlanmasına gerek kalmaz.

Normal cilt katlantısı ince uçlu işaretleme kalemi ile işaretlenir. Unilateral retraksiyon olguları için cilt katlantısı diğer üst kapağın doğal cilt katlantısına uyacak şekilde işaretlenir. Topikal tetrakain prosedür boyunca üst kapak aralığına aralıklı olarak damlatılabilir. Önceden işaretlenmiş bölgeye, işaret boyunca 1:100,000'lik epinefrin ve %2'lik lidokain 30-gauge iğne ile subkutan olarak infiltrate edilir. Anestezik solüsyon hasta rahatsızlığını azaltmak için yavaşça verilmelidir ve 1.5 ml'den fazlasına ihtiyaç yoktur. Ödemli bir kapak prosedürün ile ilgili aşamalarında doğru kapak yüksekliği ve konturunu ayarlama sorunu olabilir.

4.0 çift uçlu ipek traksiyon sütürü üst kapak kenarının ortasına yerleştirilir ve bir klemple alttaki cerrahi drape'e sabitlenir. Marjinal arkta kaçınmak ve gereksiz kanamayı önlemek için iğne tarsal plaktan lameller olarak geçirilir. Bu traksiyon sütürü altta korunduğunda, orbikülaris altındaki tüm kapak yapılarını gergin tutarken üstteki cilt ve orbikülarisin hareketine izin verir. Cilt insizyonu önceden ayarlanmış kapak katlantısından bistüri ile işaretlenerek yapılır. Tüm kanama alanları bipolar koter ile koterize edilir.

Cilt ve orbikülaris insizyonunun her iki yanının merkez kısmından forsepsle tutulur.



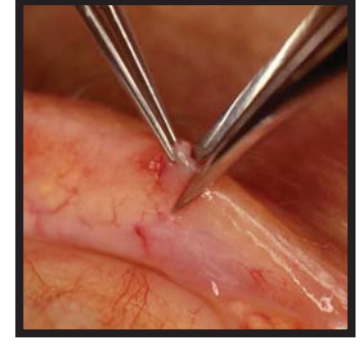
Şekil 16-1. Orbikülaris, posterior yapıların mümkün olduğunca önünde tutulur ve Westcott makasıyla kasın tam kat vertikal insizyonu yapılır.

Punktoplasti

Steven M. Gilberg

Davit T. Tse

Çeviren: Dr. Osman Melih Ceylan



Edinsel epifora, hem tanısı hem de tedavisi için mantıksal klinik ve anatomik bir yaklaşım gerektiren, sık rastlanan bir şikayettir. Göz yaşarması, aşırı gözyaşı üretimine ya da yetersiz gözyaşı drenajına bağlıdır. Cerrah, müdahaleye başlamadan önce bu iki durumdan hangisinin söz konusu olduğunu belirlemelidir.

AŞIRI GÖZYAŞI ÜRETİMİ

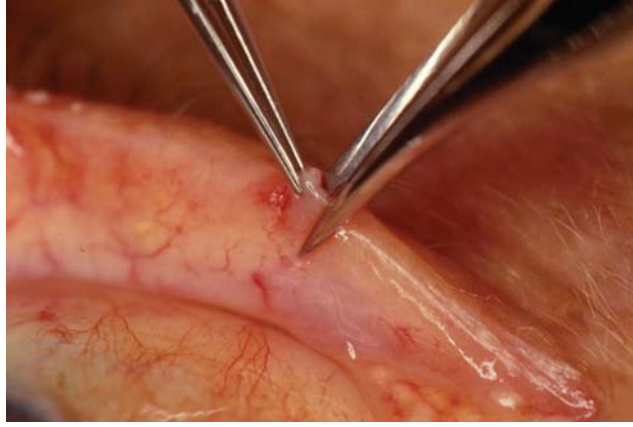
Aşırı gözyaşı salgılanması, normal olan bir lakrimal drenaj sistemini bozarak epiforaya yol açar. Artan gözyaşı üretiminin en yaygın nedenleri, çevresel iritanlar, allerjenler, merkezi sinir sistemi ya da duygusal rahatsızlıklar, kolinerjik ajanlar, oküler inflamatuvar hastalıklardır ve paradoksal aşırı gözyaşı salgılanması sıklıkla gözyaşı yetmezliği ile ilgilidir. Bu faktörlerin tanımlanması ve eliminasyonu hastanın epiforasının çözümlenmesine yol açacaktır.

LAKRİMAL DRENAJ SİSTEMİ TIKANIKLIĞI

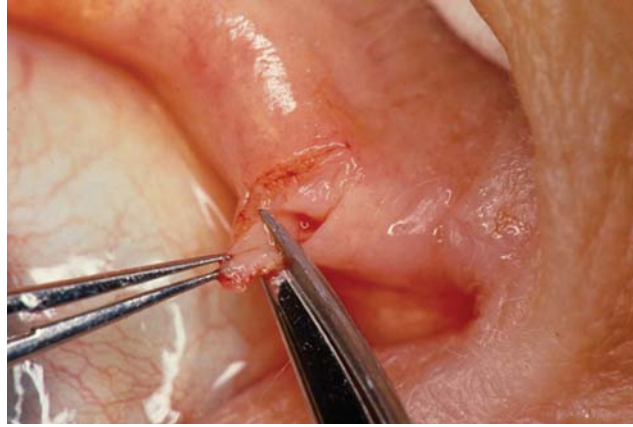
Sebeplere olarak aşırı gözyaşı üretimi elendikten sonra cerraha, nispi ya da mutlak dışa akım tıkanıklığına neden olan anatomik bozukluğu teşhis ve tedavi etmek kalır. Lakrimal drenaj sistemini değerlendirmeye, aşağıdaki sorulara cevap arayarak dış muayene ve slit lamba muayenesi ile başlanır: Hastanın göz kırpması yeterli mi? Punktumların yerleşimi doğru mu? Punktumlar açık mı, yoksa kapalı mı? Lakrimal kese elle hissedilebiliyor mu ya da kese üzerine dijital basınçla punktumlardan materyal çıkarılabiliyor mu? Bu soruları cevaplarırken, tıkanıklığın üst lakrimal sistemde mi, yoksa alt lakrimal sistemde mi olduğunun belirlenmesine başlanabilir.

Üst lakrimal sistem tıkanıklığı

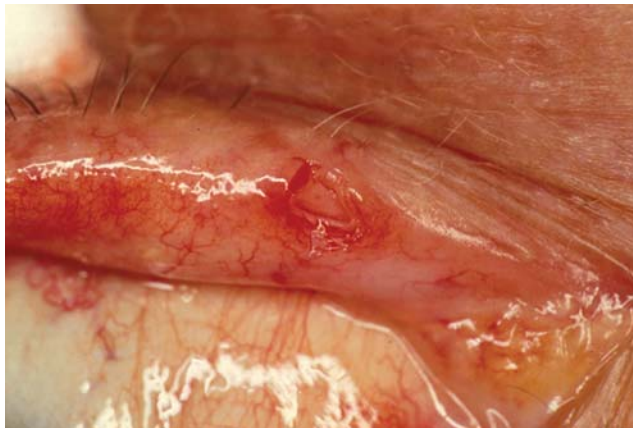
Lakrimal pompa mekanizması uygun işleyişi göz kırpması esnasında pretarsal ve preseptal orbiküler kasın sık kasılmasına dayanmaktadır. Parkinson hastalığı veya progresif supranükleer felç gibi yaygın yüz akinezi olan hastalar, etkisiz lakrimal pompalamaya bağlı olarak epifora gösterebilir. Yedinci sinir felçlerinde, parolitik alt göz kapağının ektropiyonu, zayıf orbiküler tonusla birlikte epifora semptomuna katkıda bulunur.



Şekil 22-2. Punktumun posteriyor kenarı 0,12-mm forseps ile tutulurken, punktumun mediyal yüzüne ikinci bir dikey kesi yapılır.



Şekil 22-3. Dokunun bu posteriyor parçası, 0,12-mm forseps ile tutulur ve ilk iki kesinin inferiyor kenarlarıyla birleşen yatay üçüncü bir kesilip alınır. Kesilen doku parçası, başka bir üç kesili punktoplasti varyasyonunda açıklanmış olduğu gibi, kanalikülün yatay kısmından değil, ampulla içinden alınır. Ampullanın epitelyal kaplamasının görülmesi önemlidir.



Şekil 22-4. Yeni oluşan açıklık, gözyaşı drenajı için açıklık görevi görmek üzere gerektiği gibi konumlandırılmış, ampullanın posteriyor duvarında bulunan bir defektir. Kanamayı kontrol altına almak için hafif bipolar yakma yapılabilir. Ardından sistem açıklığını sağlamak için üst sisteme dairesel “halka” silikon stent takılır.

Konjonktivodakrio- sistorinostomi



Davit T. Tse

Çeviren: Dr. Mustafa Koç

Konjonktivodakriosistorinostomi (KDSR) kanaliküler sistemdeki darlık ya da tıkanıklığı aşmak amacıyla nazal kavite ile lakrimal gölcük arasında yeni bir drenaj yolu oluşturan bypass işlemidir. Başlıca kanalikül darlık nedenleri başarısız olmuş laserasyon cerrahileri, tekrarlanan sondalama kaynaklı hasarlanmalar, lakrimal kese yada konjonktivanın klamidyal ve viral enfeksiyonları, antiherpetik yada miyotik ilaçların kronik kullanımı, tümör cerrahisine ikincil gelişen kısmi yada total kanalikül kayıpları, drenaj sisteminin doğumsal malformasyonları, sarkoidoz gibi inflamatuvar durumlar, iatrojenik termal punktum tıkanıklıkları, yada idiopatik nedenlerdir. Jones tüpü yerleştirilen Dakriosistorinostomi (DSR) kanaliküllerin açık fakat fonksiyonel olmadığı başarısız DSR revizyonlarından sonrada uygulanır.

CERRAHİ ÖNCESİ DEĞERLENDİRME

Nazal kavitenin cerrahi öncesinde değerlendirilmesi septum deviasyonu, genişlemiş orta konka başta olmak üzere herhangi bir nazal anormalliğin dışlanması için zorunludur. Operasyon alanına uzanan ciddi septum deviasyonu gibi Jones tüpünün uygun şekilde yerleştirilmesini ve fonksiyon görmesini engelleyecek problemler KDSR öncesinde düzeltilmelidir. Genişlemiş orta konkanın ameliyat öncesi teşhis edilmesi tüpe tam pozisyon verebilmek için ameliyat esnasında kısmi konka rezeksiyonu gerekebileceği konusunda cerrahı uyaracaktır.

Hastalar cam tüpün ileriki hayatlarında çıkabileceği yada medial kantallı bölge-lerine alacakları direkt travma ile kırılabileceği konusunda uyarılmalıdır.

CERRAHİ TEKNİK

Önceki bölümlerde tanımlanan standart DSR işlemi arka nazal mukoza ve lakrimal kese fleplerinin birleştirilmesi basamağına kadar uygulanır. Arka fleplerin anastomozundan sonra orta meatusun pozisyonu gözlemlenir. Jones tüpünün antero-inferior ucu arka fleplerin üzerine yerleştirildiğinde konumunu etkileyecek konka hipertrofisi varsa ön kesikli Takahashi forsepsi yada açılı makas ile rezeksiyon yapılır. Bu esnada aktif kanamayla karşılaşılabilir. Ancak rezeksiyondan 15-20 dakika öncesinde yapılacak epinefrinli lidokain enjeksiyonuyla kanama minimize edilebilir. Bir yaprak Surgicel (yada trombin emdirilmiş Gelfo-