

Ektropion Düzeltmesinde Etkin Bir Yöntem: Kuhnt Szymanowski Tekniğinin Smith Modifikasyonu

An Effective Method for Ectropion Correction: The Smith Modification of Kuhnt Szymanowski Technique

Osman Akdağ¹, Furkan Erol Karabekmez², Mustafa Sütçü³, Ahmet Duymaz⁴, Mehtap Karameşe⁵, Zekeriya Tosun⁵

¹Medicana Konya Hastanesi Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi AD

²Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi AD

³Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi AD

⁴Özel Akademi Hastanesi, Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

⁵Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi AD

Özet

Amaç: Ektropiyon göz kapağı kenarının dışa doğru kıvrılmasıdır. Bu çalışmanın amacı; involüsyonel ve paralitiktropiyon onarımında kullanılabilir kolay ve etkin bir yöntem olan Kuhnt Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonunun etkinliğinin ve estetik olarak kabul edilebilirliğinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Alt göz kapağında ektropiyon şikayeti ile kliniğimize başvuran ve Kuhnt Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonu ile tedavi edilen 5 hasta klinik ve fotografik olarak incelendi.

Bulgular: Hiçbir olguda majör bir komplikasyon ya da nüks gözlenmedi. Ortalama 10 ay olan takip süresi sonunda tüm hastalar cerrahi sonuçtan memnundu.

Sonuç: Alt göz kapağında horizontal gevşekliğin daha ön planda olduğu involüsyonel ve paralitiktropiyon olgularında Kuhnt Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonunun uygun bir cerrahi yöntem olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Ektropion, alt göz kapağı, Kuhnt Szymanowski.

Abstract

Objective: Ectropion is eversion of the eyelid outwards. The aim of this study is evaluation of efficiency and acceptability of the Smith modification of the Kuhnt Szymanowski technique which is an easy and effective method of correction of involuntal and paralytic ectropion in the aspect of aesthetic view.

Method: Five patients presented to our clinic with lower eyelid ectropion and treated with Smith modification of Kuhnt Szymanowski technique investigated clinic and photographic way.

Results: Major complication or nux haven't seen in any patients. All of the patients were satisfied with the result after ten months follow-up.

Conclusion: We believe Smith modification of Kuhnt Szymanowski technique is appropriate surgical method for involuntal and paralytic lower lid ectropion cases which have distinct horizontal laxity.

Keywords: Ectropion, lower eyelid, Kuhnt Szymanowski.

Giriş

Göz kapağının dışa doğru kıvrılarak, göz küresi yüzeyine bitişik duramaması ektropiyon olarak adlandırılır (1,2). Yerçekimi ve mekanik güçlerin etkisi nedeniyle alt göz kapağında daha sık görülmektedir (3). Ayrıca alt göz kapağı tarsusu vertikal olarak daha kısadır ve bunun sonucu olarak tarso-kantal yapılar daha gevşektir (2,4). Ektropiyon konjenital ve edinsel olarak sınıflandırılmaktadır. Konjenital ektropion nadir bir durumdur (2,5,6,8). Edinsel ektropionlar ise genellikle; involüsyonel, skatrisiyel, mekanik ve paralitiktropiyon olarak sınıflandırılmaktadır (2,7). Ayrıca, edinsel ektropiyon için mekanik ektropion yerine kompleks ektropiyon olarak adlandırılan ayrı bir sınıflama da yapılmaktadır (9). İnvölüsyonel ektropiyon, yaşa bağlı gelişen bir durum iken paralitiktropiyon (nörojenik) ise fasyal sinir paralizisi sonrası ortaya çıkar (9-11). Hem involüsyonel

hemde paralitiktropiyonda medyal/lateral kantal tendonlar, tarsus, cilt gibi kapak destek yapılarının horizontal gevşemesi ön plandadır. Bu tür ektropiyonun cerrahi tedavisinde, kapak ve kantal tendonların horizontal gevşekliği ile kapağın vertikal boyu temel belirleyici faktör olmaktadır. Bu çalışmada involüsyonel ve paralitiktropiyon olgularında uygulanan Kuhnt Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonunun etkinliği ve estetik açıdan kabul edilebilirliği değerlendirilmiştir.

Materyal ve Metod

Alt göz kapağında ektropiyon şikayeti ile kliniğimize başvurup Kuhnt Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonu ile tedavi edilen beş hasta çalışmaya dahil edildi.

İletişim Bilgisi / Correspondence

Yard. Doç. Dr. Furkan Erol Karabekmez, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi AD 14280 Bolu - Türkiye

E-mail: drfurkanerol@yahoo.com

Tel: +90 374 2534656

Geliş tarihi / Received: 29.11.2012

Kabul tarihi / Accepted: 16.12.2012

Çıkar Çatışması / Conflict of Interest: Yok / None



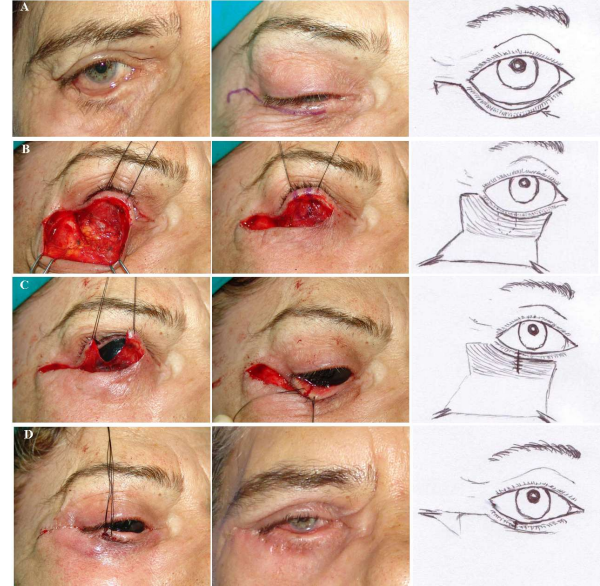
Hastalardan 3 tanesine ek prosedür olarak kantopektisi uygulandı.

Tüm hastalar; horizontal kapak ve kantal tendon gevşekliği, kapağın doku kalitesi açılarından değerlendirildi. Preoperatif değerlendirmelerde alt göz kapağı gevşekliği için snap-back testi kullanıldı. Testte alt göz kapağı globdan aşağı doğru çekilerek bırakıldığı zaman kapağın eski yerine gelme miktarına bakıldı. Sıfır (normal) ile 4 (ciddi kapak gevşekliği) arasında derecelendirilme yapıldı. Medyal ve lateral kantal tendon gevşekliği de aynı şekilde çekme testi ile değerlendirildi. Sıfır (normal) ile 4 (ciddi tendon gevşekliği) arasında derecelendirilme yapıldı. Medyal kantal tendon için 1 mm ve daha az deplasman normal kabul edilirken, lateral kantal tendon için 2 mm ve altı kapak deplasmanı normal olarak kabul edildi. Sonuçlar ise kapağın ameliyat sonrası pozisyonu, estetik başarı, ektropiyon nüksü ve hasta memnuniyeti göz önünde tutularak yorumlandı.

Hasta hikayesi ve değerlendirilmeler doğrultusunda yalnızca involüsyonel ve paralitiktropiyon olgularında cerrahi seçenek olarak Kuhnt-Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonu kullanılmasına karar verildi. Diğer cerrahi tekniklerle tedavi edilen ektropiyon olguları ise çalışma dışında tutuldu. İleri derece de ektropiyonu olan 3 olguya kantopektisi ile kombine onarım yapıldı.

Cerrahi teknik

Cerrahi işleme göz küresine koruyucu lens yerleştirilerek başlandı (3,13). Ameliyat sırasında tüm hastalara kornea ve sklerayı nemli tutmak amacıyla suni gözyaşı damlaları ya da antibiyotikli göz merhemleri rutin olarak uygulandı. Lokal anestezi için infraorbital ve zigomatikofasiyal sinir 2 ml adrenalinli lidokain (1/100000) ile bloke edildi (14,15). Blefaroplasti insizyonuna benzer, kirpikli kenarın 2 mm inferiorundan subsilyer bir insizyon yapıldı. İnsizyona lateralden başlandı ve insizyonun uzunluğuna ektropiyonun boyuna göre karar verildi. Cilt, altındaki dokulardan serbestlendi. Cilt tamamen eleve edildikten sonra, kaptan tabanı yukarıda olan beşgen şekilli tam kat doku rezeksiyonu yapıldı (Resim 1). Daha fonksiyonel ve estetik sonuç sağlamak amacıyla, rezeksiyon, kapağın lateral 1/3'ü ile medyal 2/3'ünün birleşim yerinden yapıldı. Rezeksiyon sonrası koruyucu kornea lensi çıkarıldı ve yara



Resim 1. Kuhnt-Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonunun resim ve şematik gösterimi

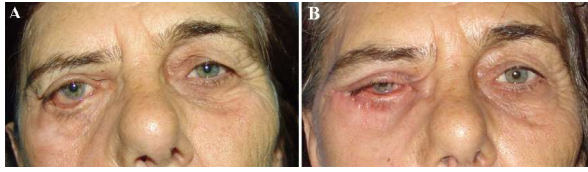
- (A) Paralitiktropiyonlu hastanın preoperatif görünümü ve insizyonun planlanması
 (B) Cildin tamamen eleve edildikten sonra, kaptan tabanı yukarıda olacak şekilde beşgen şekilli tam kat rezeksiyon uygulaması
 (C) Rezeksiyon sonrası üç (konjunktiva-tars-cilt) tabaka sütürasyonu
 (D) Fazla cildin eksize edilmesi ve hastanın postoperatif birinci haftada görünümü.

kenarlarından çekilerek birbirlerine doğru yaklaştırıldığında göz küresini rahatça örtüyorsa yeterli rezeksiyon yapıldığı görüşüne ulaşıldı. Kapağın bütünlüğünü korumak için, ilk dış kirpik hattına, 6/0 emilebilen multiflaman sütürler ile primer olarak atıldı. Daha sonra eşit derinlik ve boyda tek tek sütürasyona devam edildi. Tarsal yapı 5/0 emilebilen multiflaman sütürlerle, konjunktiva 6/0 emilebilen multiflaman sütürlerle tek tek sütüre edildi. Cilt dikilmeden önce blefaroplastide olduğu gibi yukarı ve dışa doğru çekildi, lateral kısımda fazla cilt varsa eksize edilerek 6/0 emilebilen monoflaman sütürlerle sütüre edildi (12).

Bulgular

İkisi erkek üçü kadın olan toplam 5 hastanın yaşları ortalaması 65 yıl idi (48–81). Hastaların bulguları ve kullanılan cerrahi teknikler tablo 1 de özetlenmiştir. Bu hastaların ikisi paralitiktropiyon üçü involüsyonel (senil) ektropiyon olarak değerlendirildi. Olguların biri hariç tümü lokal blok anestezisi altında ameliyat edildi. Bir hastaya ise lokal anestezi ile birlikte sedasyon uygu-

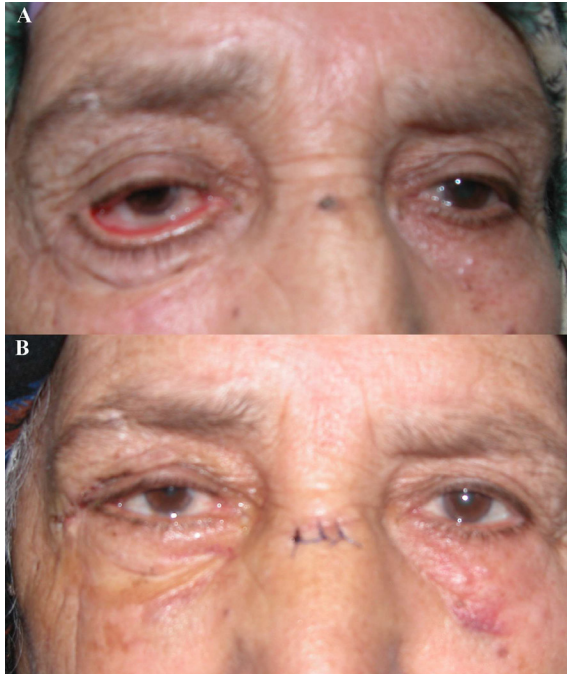
landı. Ameliyat sonrası dönemde göz kapaklarına antibiyotikli pomat uygulaması yapıldı ve oral anti-enflamatuvar tedavi verildi. Hastalar ortalama 10 (7–17) ay takip edildi. Takiplerinde estetik olarak istenmeyen bir skar, lagoftalmus, ektropiyon nüksü veya entropiyon tespit edilmedi. Hastalar açısından memnun edici estetik sonuçlar elde edildi. Hastaların preoperatif ve postoperatif fotoğraflamaları yapıldı. Düzeltmenin derecesi, yetersiz cerrahi ve nüks fotoğraflar üzerinden karşılaştırılarak değerlendirildi (Resim 2, 3, 4 ve 5). Geç kontrollerinde hastaların hepsi tedavi sonucundan memnundu.



Resim 2. Paralitik ektropiyon olgusu. Hastaya Kuhnt Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonu, lateral kantopektisi ve üst göz kapağına altın ağırlık uygulamaları yapılmıştır.

(A) Ameliyat öncesi görünüm.

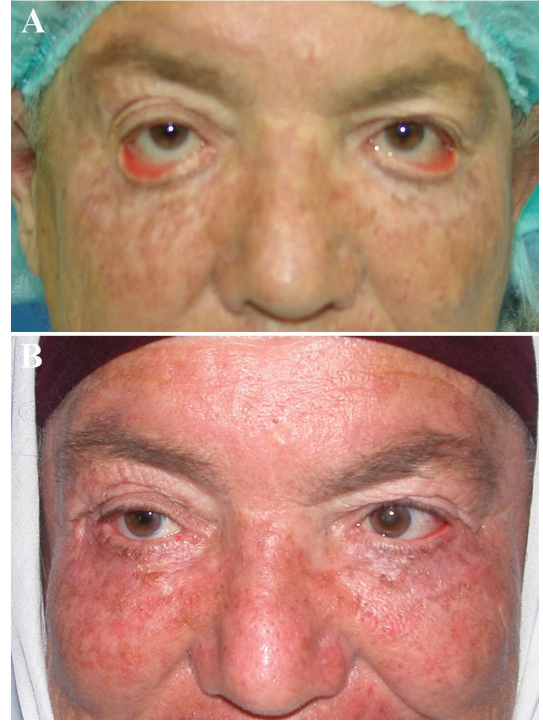
(B) Postoperatif birinci hafta görünümü



Resim 3. Kuhnt Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonu ve lateral kantopektisi uygulanmış skatrisyel ektropiyon olgusu

(A) Ameliyat öncesi görünüm.

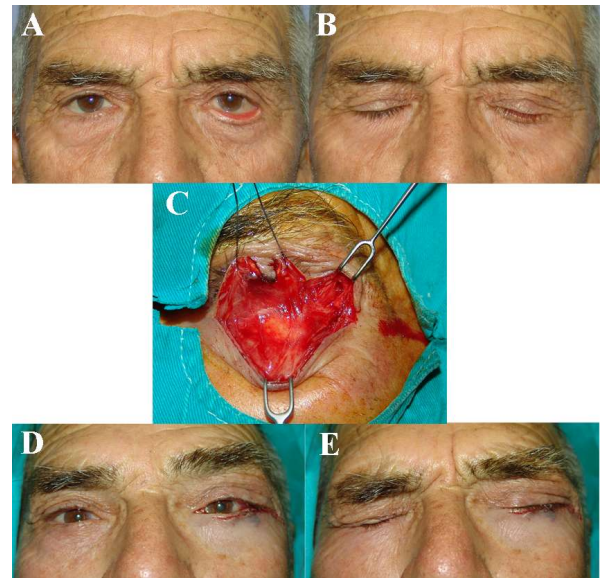
(B) Postoperatif birinci hafta görünümü



Resim 4. Bilateral involüsyonel ektropiyon olgusu . Kuhnt Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonu ile onarım yapılmıştır.

(A) Ameliyat öncesi görünüm

(B) Postoperatif üçüncü aydaki görünüm



Resim 5. Sol göz kapağında involüsyonel ektropiyon olgusu

(A) (B) Göz açık ve kapalı pozisyonlarda preoperatif görünüm

(C) Kuhnt Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonunun peroperatif görünümü

(D) (E) Olgunun postoperatif erken görünümü

Tablo-1. Hastaların bulguları ve kullanılan cerrahi teknikler.

Hasta No	Yaş	Cinsiyet	Snap-Back Test	Kantal Tendon Gevşekliği	Yapılan Cerrahi	Anestezi	Ektropiyon Tipi	Takip Süresi Ay
1	48	E	Grade 4	Grade 4	Smith Modifikasyonu + Kantopeksi	Lokal	Paralitik	17
2	59	K	Grade 4	Grade 4	Smith Modifikasyonu + Kantopeksi	Sedasyon + Lokal	Paralitik	9
3	69	K	Grade 3	Grade 3	Smith Modifikasyonu + Kantopeksi	Lokal	Senil	8
4	81	K	Grade 2	Grade 2	Smith Modifikasyonu	Lokal	Senil	9
5	68	E	Grade 2	Grade 2	Smith Modifikasyonu	Lokal	Senil	7

Tartışma

Minimal, semptomsuz, punktumun çok az etkilendiği ya da etkilenmediği ektropiyon olgularında cerrahi tedavi yapmadan konservatif yöntemlerle takip yapılabilir (16,17). Daha ciddi ektropiyonlarda uygulanmış bir diğer cerrahi olmayan yöntem de göz kapağının internal koterizasyonudur. Ancak koterizasyon günümüzde kontrolsüz bir yöntem olarak kabul edildiğinden terkedilmiştir (12). Ektropiyonun cerrahi tedavisinde ise kantopeksi, tarsorafı, Z-plasti, lokal flepler, cilt greftlemeleri veya beşgen rezeksiyonlar yapılabilmektedir. Kantopeksi özellikle daha laterale veya medyale yerleşim gösteren orta veya hafif derecede ektropiyon olgularında tek başına da etkili olabilen bir yöntemdir. Bazen bizim 3 olgumuzda olduğu gibi kombine bir prosedür olarak ta kullanılabilir (3). Bu yöntemler tek tek ya da kombine olarak edinsel ektropiyonlarda kullanılabilen genel oküloplastik cerrahi tekniklerdir. Ancak bu tekniklerin çoğu ek insizyon gerektirir ve donör alan morbiditeleri vardır. Kapaktan tam kat rezeksiyonlarda estetik görünümü bozan vertikal bir skar oluşur. Cilt grefti ile yapılan onarımlarda da aynı şekilde belirgin pigmente skar ve donör alan morbiditesi oluşabilir. Ancak bu teknikte greft uygulamaları gerekmediği ve klasik bleforoplasti insizyonu yapıldığı için donör alan problemleri olmaksızın estetik açıdan sorunsuz bir skar elde edilebilir. Çalışmamızda, hastaların hiçbirisi skardan dolayı memnuniyetsizlik bildirmedi.

Ektropiyonlar içinde en sık görülen tipler involüsyonel (senil) ektropiyon ve fasiyal sinir felcine bağlı ortaya çıkan paralitik ektropiyonlardır. Bu tür ektropiyonlarda asıl patoloji alt göz kapağındaki destek yapıların nörojenik ya da senil atrofi-

sidir. Bu durum orbikularis okuli kasi ve kantal tendonların gevşemesine neden olur. Bundan dolayı kapak protraktörleri ile retraktörleri arasındaki hassas denge bozulur (5). Olgularımızın tamamında alt göz kapağının destek yapılarında atrofi mevcuttu. Üç olgumuzda ise kantal tendonlarda gevşeklik mevcuttu.

Ektropiyon; konjenital durumlardan travmaya, nörolojik nedenlerden mekanik etki oluşturan skar ya da tümöral kitlelere kadar birçok etiyojik faktörü barındırır. Tedavi planı yapılırken bu etiyojik faktörlerle birlikte hastanın yaşı, cinsiyeti ve mevcut ek hastalıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Gevşemiş ve yerçekimi etkisi ile aşağı doğru sarkan kapak ile epifora birlikteliğinde, horizontal gerginlik sağlanmalı ve yeterli vertikal yükseklik elde edilmelidir. Smith modifikasyonu bu tür olgularda da kullanılabilir uygun bir seçenektir. Szymanowski (1870) lateral kantusta cilt ve kas rezeksiyonu yapmıştır. Kuhnt ise (1883) involüsyonel ektropiyon onarımı için orta hatta yakın kısımdan konjonktiva ve tarstan üçgen şeklinde bir rezeksiyon tarif etmiştir. Daha sonra Meller (1893) bu iki yöntemi birleştirmiştir (18). Alt göz kapağında yeterli miktarda cildi olan olgularda Kuhnt-Symanowski tekniğinin Smith modifikasyonu tercih edilebilir. Bu teknikte klasik alt göz kapağı bleforoplasti insizyonu kullanıldığı ve tam kat rezeksiyonun bu diseksiyonun içinden yapılması diğer tekniklere göre üstünlüğü olarak kabul edilebilir. Böylelikle daha az skar kalması sağlanır. Aynı zamanda fazla ve sarkmış olan cildin ektropiyon lehine olan mekanik etkisi de ortadan kalkmış olur (2,19). Olgularımızda uyguladığımız bu teknikte, majör komplikasyon ve

nüks olmaksızın estetik olarak tatmin edici sonuçlar elde edilmiştir.

Sebeb olan etkenin doğru tespit edilmesi ektropiyonun başarılı tedavisi için önceliklidir. Ektropiyonun sebebi; horizontal kapak gevşekliğinden veya atrofiden kaynaklanıyorsa (involüsyonel ektropiyon ve paralitik ektropiyon); malpozis-yondan sorumlu olan bu anatomik bozukluğun

tedavisi cerrahi onarım şeklinde olmalıdır. Her ne kadar sınırlı sayıda olgumuz olsa da seçilmiş olgularda Kuhnt-Szymanowski tekniğinin Smith modifikasyonu uygulamasının etkin ve kozmetik açıdan kabul edilebilir alternatif bir cerrahi yöntem olduğunu düşünmekteyiz. Cerrahi başarıda ektropiyonun ciddiyeti, seçilen cerrahi yöntem ve cerrahın deneyimi en önemli faktörlerdir.

KAYNAKLAR

- 1- Richards AM. Key notes on plastic surgery. 2002. Çev: Tosun Z. Plastik cerrahide temel ilkeler. İstanbul: Nobel Kitabevleri 138-144: 2007
- 2- Beaconsfield M. Ectropion. In: Collin R, Rose G, ed Fundamentals of Clinical Ophthalmology Plastic and Orbital Surgery. London: BMJ Publishing Group; 2001:15-23.
- 3- Mathes SJ. Plastic surgery: the head and neck part 1. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2006.
- 4- Vallabhanath P, Carter SR. Ectropion and entropion. Curr Opin Ophthalmol. 2000; 11(5): 345-51.
- 5- Watts MT, Dapling RB. Congenital eversion of the upper eyelid: A case report. Ophthal Plast Reconstr Surg. 1995;11(4): 293-295.
- 6- Alvarez EV, Wakakura M, Alvarez EI. Congenital eversion of upper eyelids: case report and management. Indian J Ophthalmol. 2006; 54(3): 203-4.
- 7- Piskiniene R. Eyelid malposition: Lower lid entropion and ectropion. Medicina (Kaunas) 2006; 42(11): 881-884.
- 8- Neigel JM. Congenital eversion of the upper eyelid: A case report. Plastic & Reconstructive Surgery. 1997;100(1): 287.
- 9- Glenn WJ, Byron S. Reconstruction of the eyelids and associated structures. In: Mc Charty C, ed. Plastic surgery. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 1990:1744-52.
- 10-Marshall JA, Valenzuela AA, Strutton GM, Sullivan TJ. Anterior lamella actinic changes as a factor in involuntional eyelid malposition. Ophthal Plast Reconstr Surg 2006; 22(3): 192-194.
- 11- Stefanyszyn M, Hidayat AA, Flanagan JC. The histopathology of involuntional ectropion. Ophthalmology 1985; 92: 120-127.
- 12- Maden A. Okuloplastik cerrahi. İzmir: Punto Yayıncılık; 1995: 162-81.
- 13- Morax S, Touitou V. Complications of blepharoplasty. Orbit. 2006; 25(4):303-318.
- 14- Lemke BN, Cook BE Jr, Lucarelli MJ. Canthus-sparing ectropion repair. Ophthal Plast Reconstr Surg. 2001;17(3):161-168.
- 15- Neigel JM. Lidocaine for eyelid anesthesia. Plast Reconstr Surg 2002; 110(5):1386.
- 16- Aristodemou P, Baer R. Reversible cicatricial ectropion precipitated by topical brimonidine eye drops. Ophthal Plast Reconstr Surg 2008; 24(1):57-58.
- 17- Fezza JP. Nonsurgical treatment of cicatricial ectropion with hyaluronic acid filler. Plast Reconstr Surg 2008; 121(3): 1009-1014.
- eyelid: Our experience Plast Reconstr Surg 121: 1206, 2008.
- 18- Bosniak SL, Zilkha MC, ed. Ectropion: Smith's Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery, St. Louis: Mosby Year Book Inc; 1998:290-307
- 19- Smith B, Cherubini T. D. Modifications of the Kuhnt-Symanowski ectropion repair. In: Smith, Byron, Cherubini, Thomas D, ed. Oculoplastic Surgery: A Compendium of Principles and Techniques. St. Louis: C. V. Mosby Co; 1970: 92-94.

