

# Geniş Tam Kat Alt Göz Kapağı Defektlerinin Rekonstrüksiyonu: Klinik Deneyimlerimiz ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

RECONSTRUCTION OF LARGE FULL-THICKNESS DEFECTS OF LOWER EYELID: Our Clinical  
Experiences and Review of The Literature

**Haluk VAYVADA, Önder TAN, Adnan MENDERES, Mustafa YILMAZ, Alpaslan TOPÇU,  
Can KARACA**

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı*

**e-posta:** vayvada@ipras.net

### ÖZET

**Amaç:** Alt göz kapağında, kapak genişliğinin %30'unun altındaki tam kat defektler iki yada üç kat halinde primer onarılabılırken, %30'un üstündeki geniş defektler rekonstrüktif girişim gerektirirler. Bu çalışmada kliniğimizde Mayıs 1996 - Ekim 2002 tarihleri arasında, geniş tam kat alt göz kapağı rekonstrüksiyonu yapılan hastalarda kullanılan cerrahi onarım yöntemleri, sonuçları, avantajları ve dezavantajları tartışılmıştır.

**Gereç ve yöntem:** Çalışmaya yaşları 9-82 arasında değişen (ort  $64 \pm$  yıl) 13 hasta dahil edildi. Erkek/ Kadın oranı 8/5 idi. 13 hastanın 10'unda etyolojik etken deri tümörleri (Bazal Hücreli Kanser 7, Skuamoz Hücreli Kanser 2, Malign Melanom 1); birinde hemanjiom; ikisinde ise travmaydı. Alt göz kapağı rekonstrüksiyonu yapılan 13 hastanın 3'ünde ektropion, bir hastada ise tümör rekürrensi ile karşılaşıldı ve ikinci bir cerrahi girişim uygulandı. 13 hastaya toplam 17 rekonstrüktif girişim yapıldı. Anterior lamel restorasyonu için Mustarde flebi (6), alın flebi (5), üst göz kapağından hazırlanan orbikülaris okuli myokütan flebi (3) ve nasolabial flep (3) kullanılırken posterior lamel rekonstrüksiyonu amacıyla kompozit greft olarak kondromukozal greft (9), kondrokütan greft (1) ile ayrıca mukoza grefti (5) ve tam kalınlıkta cilt grefti (1) uygulandı.

**Bulgular:** Hastaların izlem süresi 2-76 ay arasında değişmekteydi (ort  $\pm$  31,5). Fleplerin (17) ve greftlerin (16) tümü yaşadı, parsiyel yada total nekroz görülmedi.

**Sonuç:** Geniş tam kat alt göz kapağı defektlerinin rekonstrüksiyonu estetik ve fonksiyonel açıdan oldukça kompleks ve olası komplikasyonları olan girişimlerdir. İdeal bir yöntem tanımlanamamakla birlikte tedavi seçenekleri arasında çok sayıda lokal yada bölgesel flepler ile kompozit greftler ve mukoza greftleri bulunmaktadır. Defekte ve hastaya göre uygun rekonstrüksiyon yönteminin seçilmesi ile hedeflenen sonuca ulaşılabilir.

**Anahtar sözcükler:** Geniş tam kat alt göz kapağı defektleri, alt göz kapağı rekonstrüksiyonları

### SUMMARY

**Objective:** In lower eyelid, while the full-thickness eyelid defects of less than 30% may be repaired primarily in two or three layers, ones of more than 30% necessitate reconstructive procedures. In this study, results, disadvantages and advantages of the surgical reconstructive procedures used for the repair of large full-thickness lower

**Haluk VAYVADA**

Dokuz Eylül Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi AD

35340 – İnciraltı, İZMİR

**Tel:** (232) 4123506

**Faks:** (232) 2776757

eyelid defects between May 1996 and October 2002 in our clinic has been discussed.

**Material and method:** Thirteen patients of 9 to 82 years old (mean 64 ± years old)

were included. Rate of male to female was 8/5. Etiologic factors were skin tumor (Basal Cell Ca 7, Squamous Cell Ca 2, Malign Melanom 1) in 10 cases, haemangioma in one case and trauma in two cases. 4 of 13 patients (3 patients with ectropion and one patient with tumor recurrence) had secondary reconstructive procedures. Finally 17 reconstructive procedures were applied in 13 patients. While Mustarde flap (6), forehead flap (5), orbicularis oculi myocutaneous flap from upper eyelid (3) and nasolabial flap (3) were used for restoration of anterior lamel, condromucosal graft (9), condrocuteaneous graft (1), mucosal graft (5) and full thickness skin graft (1) were carried out for reconstruction of posterior lamel. Follow up time was 2 to 76 months (mean 31.5± months). All flaps (17) and grafts (16) were survived, partial or total necrosis was not encountered.

**Conclusion:** Reconstruction of large full-thickness lower eyelid defects are quite complex procedures having possible aesthetic and functional complications. Although various treatment alternatives such as local or regional flaps and composite or mucosa grafts are present, An ideal solution was not be described. Proper reconstructive technique should be selected regarding the needs of each individual defect and patients.

**Key words:** Large full-thickness defects of lower eyelid, Reconstruction of lower eyelid

Alt göz kapağının %30'undan fazlasının kaybı ile oluşan tam kat defektler primer onarım yapılamayacağından kompleks rekonstrüktif girişimler gerektirir. Tam kat göz kapağı defektleri cilt, kas, tars ve konjunktiva olmak üzere dört ayrı katmanı içermektedir ve rekonstrüksiyonu gerek estetik gerekse fonksiyonel açıdan oldukça zordur. Başlıca cerrahi amaç globu saran fonksiyonel ve estetik olarak kabul edilebilir bir göz kapağı kazandırmak olup ameliyat sonrası ektropionun önlenmesi ve düşük donör alan morbiditesi de hedefler arasındadır (1).

İdeal bir rekonstrüksiyon kayıp oluşumların olabildiğince fazlasını onarabilmeli ve bunların yerine aynı yada benzer yapıdaki dokuları getirebilmelidir. Bu amaçla sağlam göz kapağından taşınan dokular ideal olsa da geniş defektlerde miktarı yetersizdir ve daha uzak dokular kullanılmalıdır. Pratikte üst göz kapağının rekonstrüksiyon gerektiren elementleri konjunktiva, tars, kas ve ciltken alt göz kapağı restorasyonlarında, üst göz kapağının kapanmasına zemin oluşturacak ve ektropionu önleyecek sert bir yapı oluşturmak amaçlandığı için kas rekonstrüksiyonu üst kapaktaki kadar önemli değildir (2).

Göz kapağı cilt ve kasın anterior lameli, tars ve konjunktivanın ise posterior lameli oluşturduğu bilaminar bir yapı olarak tanımlanmaktadır (1). Buna göre alt göz kapağının rekonstrüksiyonu için kullanılan metodlar iki ana kategoriye ayrılabilir: Birincisi; posterior lamelin tarsokonjunktival fleple ve anterior lamelin cilt greftiyle onarımı, ikincisi posterior lamelin kondromukozal greftle ve anterior lamelin lokal bir cilt flebiyle rekonstrüksiyonu (2). Çoğu cerrahi metod, fleple lamellerden birini greftle de diğerini rekonstrükte ederken; dışta cilt, içte mukozaya ve bu iki katman arasında da orta sertlikte bir destek dokusu oluşturmayı temel prensip edinmektedir (1).

İlk alt göz kapağı rekonstrüksiyonu skalpten pediküllü bir flep kullanan Monks tarafından 1898'de tanımlanmıştır (3). Hughes, Dupuy-Dutemps'in tanımladığı yöntemeye dayanarak alt göz kapağının posterior lamelini vaskülerize fleple oluşturmak için üst göz kapağından tarsokonjunktival bir flep tarif etmiştir (4,5). Mustardé rotasyonel bir yanak flebi kullanarak anterior lameli vaskülerize fleple oluşturmuş, posterior lamel için nasal kondromukozal greft kullanmıştır (6). Jones, Gorney ve ark. ve Orticochea alt göz kapağının tam kat rekonstrüksiyonunda üst göz kapağını kul-

lanırken (7-9); Paletta nazolabial flebi seçeneklere dahil etmiştir (10). Holt ve daha sonra Cullen alt kapak restorasyonu için temporal fasyayı başarıyla kullanmışlardır (11,12).

Son yıllarda donör alan olarak lateral nazal duvar da alternatifler arasına girmiştir. İlk olarak Micali ve ark. ala nasiden planladıkları tam kalınlıkta mukokondrokütanöz flebi kullanarak tek seansta göz kapağının tüm katlarını kabul edilebilir bir skarla rekonstrükte etmişlerdir (13). Scuderi ve Rubino 1994'de kısmi kalınlıkta bir cilt grefti ile burnun lateral duvarından kaldırılan kondromukozal bir ada flebi tarif etmişlerdir (14). Porfiris ve ark. aynı donör alandan aksiyal pediküllü tam kalınlıkta mukokonrokütanöz bir ada flebi tanımlamışlardır (2). Yine aynı araştırmacılar alt göz kapağının total rekonstrüksiyonu için üst göz kapağı orbikülaris okülü adelesinden kaldırılan ve aynı zamanda tarsokonjunktival komponenti de olan bir kas-deri flebini bildirmişlerdir (1).

Konjunktiva ve orbikülaris okuli kasının geniş eksizyonu ile oluşan alt göz kapağının tam kat defektlerinde pediküllü flepler kullanılmıyorsa cilt ve bukkal mukozalı tam kat nasolabial kompozit serbest flep de tedavi seçenekleri arasındadır (15).

Posterior lamel restorasyonunda üst kapaktan alınan tarsokonjunktival flep yada nasal septumdan alınan kondromukozal kompozit greft yerine bukkal mukoza grefti, sert damak mukoza grefti yada skafadan alınan kondrokütan kompozit greft de tedavi seçenekleri arasındadır (16-18). Yine oluşturulan yeni kapağı yerinde tutabilmek ve sarkmasını önlemek amacıyla kartilaj yerine fasya lata gibi statik askılar da denenmiştir (16).

Bu çalışmada kliniğimizde Mayıs 1996-Ekim 2002 tarihleri arasında, geniş tam kat alt göz kapağı rekonstrüksiyonu yapılan hastalarda kullanılan cerrahi onarım yöntemleri, sonuçları, avantajları ve dezavantajları tartışılmıştır.

## HASTALAR VE YÖNTEM

Çalışmaya Mayıs 1996-Ekim 2002 tarihleri ara-

sında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği'nde tam kat alt göz kapağı defekti rekonstrüksiyonu yapılan 13 hasta dahil edildi. Tars ve konjunktivanın oluşturduğu posterior lamel bütünlüğünün bozulmadığı kısmi kalınlıkta defektler ile flep gerektirmeden primer olarak onarılacak kapağın 1/3 ve daha azını tutan defektler çalışma dışında tutuldu. Hastaların yaşları 9-82 arasında değişmekteydi (ortalama  $\pm$  64 yıl). Erkek/ Kadın oranı 8/5 di. 13 hastanın 10'unda etiyolojik etken deri tümörü (Bazal Hücreli Karsinom (BHK) 7, Squamöz Hücreli Karsinom (SHK) 2, Malign Melanom (MM) 1); birinde hemanjiom; ikisinde ise travmaydı. Travma etyolojisi olan iki hastaya akut dönemde başvurdukları merkezlerde rekonstrüksiyon uygulanmamış ve bu nedenle geç dönemde ektropion yakınması ile kliniğimize başvurmışlardır. 4 hastaya birden fazla operasyon olmak üzere 13 hastaya toplam 17 rekonstrüktif girişim uygulandı (Tablo I).

Tüm hastalar genel anestezi altında opere edildi, peroperatif antibiyotik profilaksisi uygulandı. Anterior lamel restorasyonu için Mustarde flebi (6), alın flebi (5), üst göz kapağından hazırlanan orbikülaris okuli myokütan flebi (3) ve nasolabial flep (3) kullanıldı. Orbikülaris okuli myokütan flebi iki vakada tek pediküllü ve bir vakada bipediküllü olarak kaldırıldı. Alın flebi ve bipediküllü myokütan flep ikinci bir seansla bazından ayrılarak flebin artan kısmı donör alana iade edildi (Tablo II).

Posterior lamel rekonstrüksiyonu amacıyla komposit greft olarak kondromukozal greft (9), kondrokütan greft (1) ile ayrıca mukoza grefti (5) ve tam kalınlıkta cilt grefti (1) kullanıldı. Kondromukozal greft nasal septumdan, kondrokütan greft kulak konkasından, mukoza grefti bukkal mukozadan ve cilt grefti de postauriküler sulkustan alındı. Ayrıca bir hastada ek müdahale olarak lateral kantopeksi yapıldı (Tablo II). Tüm hastalarda flep ve greft donör alanları primer kapatıldı, geçici tarsorafı yapıldı.

Postoperatif dönemde hastalar günlük kapalı pansumanlarla izlendi. 4-5 gün sonra tarsorafı sütürü alındı, topikal antibiyotikli göz pomadı ve suni göz yaşı

uygulanarak açık pansumana geçildi.

Hastaların izlem süresi 2-76 ay arasında değişmek-

teydi (ort.  $\pm$  31,5). Bu süre içinde takipten çıkan yada kaybedilen hasta olmadı (Tablo I).

**Tablo I.** Hasta profilleri, etyolojik faktörler, uygulanan cerrahi girişimler, komplikasyonlar ve izlem süreleri

| Hst. No. | Yaş / yıl | Cins | Tanı        | Defektin boyutu (%) | Defektin yerleşimi | Rekonstrüktif operasyonlar                                                                                    | Alıcı saha komplikasyonu | İzlem / ay |
|----------|-----------|------|-------------|---------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------|
| 1        | 68        | K    | BHK         | 40                  | Medial             | Alın flebi + kondromukozal greft                                                                              | yok                      | 76         |
| 2        | 80        | K    | MM          | 75                  | Medial+Santral     | Mustardé flebi + kondromukozal greft<br>Üst kapak orbikülaris okuli myokütan flebi*                           | Ektropion                | 69         |
| 3        | 77        | E    | BHK         | 50                  | Medial             | Alın flebi+kondromukozal greft                                                                                | Yok                      | 54         |
| 4        | 82        | K    | BHK         | 60                  | Lateral+Santral    | Mustardé flebi + kondromukozal greft                                                                          | Yok                      | 53         |
| 5        | 63        | K    | BHK         | 100                 | Tüm alt göz kapağı | Alın flebi+mukoza grefti<br>Mustardé flebi+ kondromukozal greft*                                              | Tümör Nüksü              | 53         |
| 6        | 65        | E    | SHK         | 50                  | Santral            | Üst kapak orbikülaris okuli bipediküllü myokütan flebi+kondromukozal greft<br>Aynı flep+ kondromukozal greft* | Ektropion                | 45         |
| 7        | 49        | E    | BHK         | 40                  | Medial             | Alın flebi+mukoza grefti                                                                                      | Yok                      | 26         |
| 8        | 77        | K    | BHK         | 100                 | Tüm alt göz kapağı | Mustardé flebi+ nazolabial flep+ mukoza grefti                                                                | Yok                      | 12         |
| 9        | 74        | E    | BHK         | 30                  | Medial             | Alın flebi+ kondromukozal greft                                                                               | Yok                      | 8          |
| 10       | 59        | E    | Travma      | 75                  | Medial+Santral     | Nazolabial flep+ mukoza grefti                                                                                | Yok                      | 2          |
| 11       | 65        | E    | SHK         | 50                  | Medial             | Mustardé flebi + kondromukozal greft<br>Nazolabial flep+ TKDG+kantopeksi*                                     | Ektropion                | 8          |
| 12       | 64        | E    | Hem anjio m | 40                  | Lateral+Santral    | Üst kapak orbikülaris okuli myokütan flebi + kondromukozal greft                                              | Yok                      | 2          |
| 13       | 9         | E    | Travma      | 30                  | Santral            | Mustardé flebi + mukoza grefti                                                                                | yok                      | 2          |

BHK: Bazal Hücreli Karsinom , SHK : Skuamöz Hücreli Karsinom, MM : Malign Melanom, TKDG : Tam Kalınlıkta Deri Grefti, \* İkinci operasyon

**Tablo II.** Rekonstrüksiyon yöntemleri

| Rekonstrüksiyon Yöntemi          | Anterior lamel | Posterior lamel |
|----------------------------------|----------------|-----------------|
| Mustarde flebi                   | 6              | -               |
| Alın flebi                       | 5              | -               |
| Orbikularis okuli myokütan flebi | 3              | -               |
| Nasolabial flep                  | 3              | -               |
| Kondromukozal greft              | -              | 9               |
| Kondrokütan greft                | -              | 1               |
| Mukoza grefti                    | -              | 5               |
| Tam kalınlıkta deri grefti       | -              | 1               |
| <b>Toplam</b>                    | <b>17</b>      | <b>16</b>       |

**BULGULAR**

Fleplerin (17) ve greftlerin (16) tümü yaşadı, parsiyel yada total nekroz görülmedi. Hiçbir olguda alıcı sahada enfeksiyonla karşılaşılma. Postoperatif dönemde üç hastada ektropion, bir hastada ise tümör nüksü ile karşılaşıldı ve ikinci bir cerrahi girişim uygulandı. Bu hastalardan birinde önceki seansta kaldırılan flep tekrar kullanılırken diğer üç vakada başka bir flep ile rekonstrüksiyon sağlandı. Kalan dokuz hastada alıcı sahaya ait herhangi bir komplikasyona rastlanmadı.

Verici sahalarda: bukkal mukoza grefti alınmış beş hastadan birinde lokalize enfeksiyon gözlemlendi. Bu vaka günlük pansumanlarla izlenerek sekonder iyileşmeye bırakıldı (Tablo III).

**Tablo III.** Oluşan komplikasyonlar ve tedavileri

| Komplikasyon | Alıcı saha | Verici saha | Tedavi                 |
|--------------|------------|-------------|------------------------|
| Ektropion    | 3          | -           | İkinci cerrahi girişim |
| Tümör nüksü  | 1          | -           | İkinci cerrahi girişim |
| Enfeksiyon   | -          | 1           | Pansuman               |
| <b>Total</b> | <b>4</b>   | <b>1</b>    |                        |

**Örnek Olgu 1**

Sağ alt göz kapağında 5-6 yıl önce kitle beliren 77 yaşındaki bayan hastaya üç yıl önce başvurduğu başka bir sağlık merkezinde koterizasyon ve ardından eksizyon uygulanmış. Sonrasında aynı yerde tekrar kitle belirmesi üzerine kliniğimize başvuran hastadan alınan insizyonel biyopsinin sonucu bazal hücreli karsinom (BHK) geldi. Özgeçmişinde esansiyel tremor dışında özelliği yoktu. Lokal muayenesinde sağ alt göz kapağı lateralinde kantusu aşan, 3 x 2,5 cm. boyutlarında, içte kapak konjunktivasını erode eden, kenarları krutlu, ortası yer yer nekrotik alanlar içeren tümöral kitle izlenmekteydi (Şekil 1a, b). Kliniğimizde yapılan operasyonda tümörün total eksizyonu ile birlikte süperior tabanlı nazolabial flep, Mustarde flebi ve mukoza grefti ile alt kapak restorasyonu sağlandı. Hastanın post-operatif izlemlerinde ek bir komplikasyonla karşılaşılma (Şekil 1c, d).

**Örnek Olgu 2**

9 yaşında erkek hasta kliniğimize sol gözünü kapatamama şikayeti ile başvurdu. Başvurusundan 4 ay önce geçirdiği trafik kazası sonrasında sol alt göz kapağı yaralanması nedeniyle başvurduğu merkezde yaralanma bölgesi primer sütüre edilerek kapatılmış ardından ek girişim uygulanmamış olan hastanın yapılan muayenesinde sol gözde ektropion, alt göz kapağından aşağıya doğru uzanan ve yaklaşık 3 cm boyunda vertikal skar saptandı. Travma sonrasında silier hattın korunduğu fakat vertikal yönde kapağın yaklaşık olarak yarısının kaybı nedeniyle ektropion geliştiği görüldü (Şekil 2a). Hasta opere edilerek alt göz kapağındaki kontraktür açıldı, doku kaybı ortaya konduktan sonra Mustarde flebi ile anterior lamel onarımı yapılırken kalan tarsın yeterli desteği sağladığı görüldü. Posterior lamel için mukoza grefti kullanıldı. Operasyon sonrası erken ve 2 ay sonraki geç dönem takiplerinde komplikasyon gelişmeyen hastanın ektropionunun tamamen düzeldiği gözlemlendi (Şekil 2b).



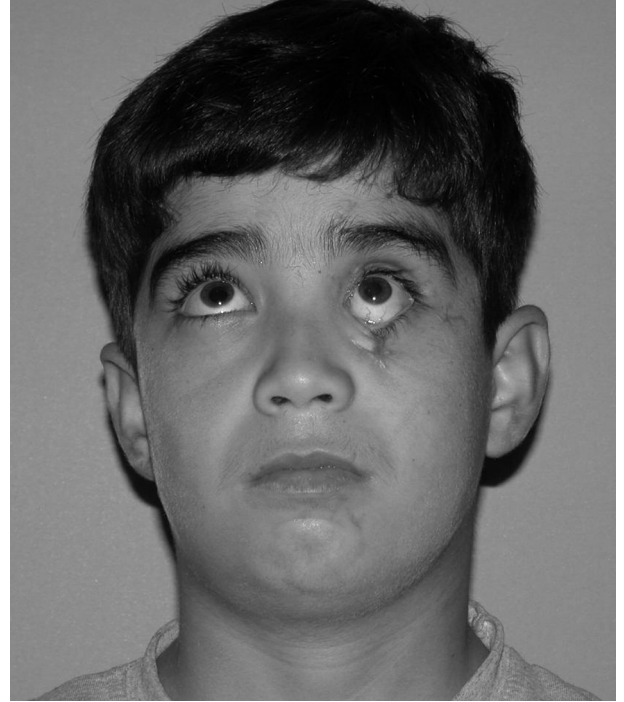
**Şekil 1a.** Örnek olgu 1. Preoperatif oblik görünüm. sağ alt göz ka-  
ağı lateralinde 3 x 2,5 cm. boyut-  
larında tümör



**Şekil 1b.** Örnek olgu 1. Preope-  
ratif önden görünüm



**Şekil 1c.** Örnek olgu 1. Post-operatif 12. ayda oblik görünüm. Tümörün eksizyonu sonrası nazolabial flep, Mustardé flebi ve mukoz grefti ile sağlanan alt kapak restorasyonu



**Şekil 2a.** Örnek olgu 2: Preoperatif önden görünüm. Alt göz kapağı tam kat doku defekti ve skara bağlı belirgin ektropion mevcut

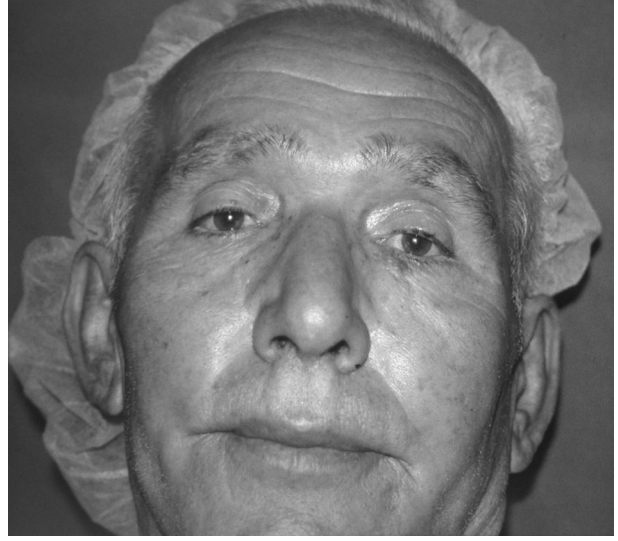
**Şekil 1d.** Örnek olgu 1. Postoperatif 12.ayda önden görünüm



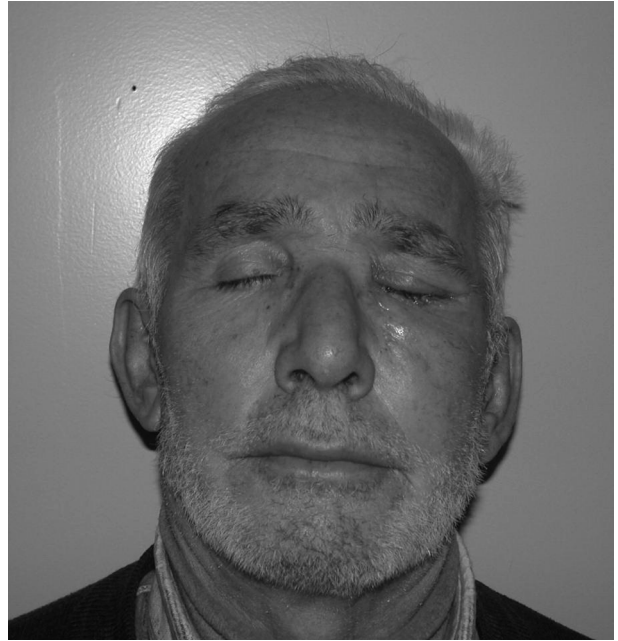
**Şekil 2b.** Örnek olgu 2: Postoperatif 2. ayda önden görünüm. Mustardé flep ve mukozal greft ile onarım uygulandı.

### Örnek Olgu 3

Sol alt göz kapağında bir yıllık kitle şikayetiyle kliniğimize başvuran 65 yaşındaki erkek hasta, yapılan insizyonel biyopsi sonucu skuamöz hücreli karsinom (SHK) tanısı aldı. Özgeçmişinde hemoroid operasyonu dışında özelliği yoktu. Lokal muayenesinde sol alt göz kapağı medialinde 0,5 x 0,5 cm boyutlarında nodüler kitle izlenmekteydi (Şekil 3a). Bölgesel lenfadenopatisi saptanmadı. Tümörün total eksizyonu ile birlikte Mustardé flep ve kondromukozal greft ile alt kapak rekonstrüksiyonu yapıldı (Şekil 3b). Hastanın post-operatif izlemlerinde ektropion gelişmesi üzerine ikinci seansta kantopeksi ile birlikte nazolabial flep ve tam kalınlıkta deri grefti uygulandı. Sonrasında ek bir komplikasyonla karşılaşmadı.



**Şekil 3a.** Örnek olgu 3. Preoperatif önden görünüm. Sol alt göz kapağında lokalize tümör



**Şekil 3b.** Örnek olgu 3. Postoperatif 2. ayda önden görünüm. Tümörün eksizyonu ve defektin Mustardé flep ve kondromukozal greft ile onarılması

## TARTIŞMA

Alt göz kapağında cilt, kas, tars ve konjunktiva gibi kompozit doku kaybına yol açan nedenler yaşa göre değişmektedir. Çocukluk ve genç yaş grubunda travmalar, yanık ve ekzanterasyon gerektiren retinablastom gibi çocukluk çağı tümörleri ilk sıralarda yer almaktadır. Travma akut tarzda doku kaybına yol açabileceği gibi geç dönemde oluşturduğu skar ve kontraktüre bağlı oluşan deformiteler de kapakta şekil ve fonksiyon kaybı yapabilir.

İleri yaş gruplarında travmanın yerini cilt tümörleri almaktadır. Alt göz kapağı yerleşimli cilt tümörleri arasında sıklıkla bazal hücreli karsinom, (BHK) daha nadir olarak da squamöz hücreli karsinom, (SHK) deri eki tümörleri ve malign melanom (MM) gelmektedir. Kapağın cilt dışında kalan diğer komponentlerinden kaynaklanan tümörlere ise çok daha az rastlanmaktadır.

Hastanın preoperatif değerlendirilmesinde kapağın görünümü ve fonksiyonel olup olmadığı, lagofthalmus, ektropion yada entropion varlığı, konjunktiva, sklera ve korneanın muayenesi, keratit yada uveit durumu, göz yaşı kanal sisteminin anatomisi ve fonksiyonu, görme keskinliği ve göz hareketleri, ekzoftalmus yada enoftalmus varlığı dikkate alınmalıdır. Bu bulgular planlanan rekonstrüktif girişimin tipini ve başarısını etkilediği gibi ek bir müdahale yapıp yapılmayacağını da belirlemektedir. Tümör düşünülen şüpheli bir lezyon varlığında insizyonel biopsi gerek kesin tanı gerekse cerrahi sınır ve oluşacak defekt boyutunun belirlenmesi yönünden faydalı olabilir.

İdeal bir göz kapağı rekonstrüksiyonu kaybedilen tarsokonjunktival yapıları ve cildi geri kazandırmalı, globu korumalı, doğal bir görünüm sağlayabilmeli, minimal bir donör alan hasarı bırakmalı ve tek bir seansta yapılabilmelidir (14).

Kapak genişliğinin %30'unun altındaki tam kat defektler iki yada üç kat halinde primer onarılabilirken, %30'un üstündeki defektler çeşitli flep ve greft uygulamalarından oluşan kompleks rekonstrüktif yaklaşımlar gerektirir.

Bugüne kadar birçok rekonstrüksiyon tekniği tanımlanmasına rağmen hiçbirisi ideal yöntem olamamıştır, herbirinin avantaj ve dezavantajları vardır.

Hughes metodu sık kullanılan yöntemlerdendir (4). Defektin üst kapaktan alınan orijinal kapak elementleriyle onarılması en büyük avantajıdır. Ancak iki evreli olması, en az 3-4 hafta göz kapağının kapanmasını gerektirmesi, çok büyük defektlerde kullanılamaması ve sağlam olan üst kapakta morbidite bırakması önemli dezavantajlarıdır. Kapak kenarında kontür düzensizliği ve kırpık kaybı ile de karşılaşılabilir. Ayrıca flebin üzerine yerleştirilen cilt greftinin renk uyumu ideal olmayabilir ve greft kontrakte olabilir.

Yine çok sık kullanılan bir diğer yöntem Mustardé'nin tanımladığı yanak rotasyon flebidir (6). Bu teknikte anterior lamel flep ile restore edilirken posterior lamel genellikle nazal septumdan alınan kondromukozal bir kompozit greft ile onarılmaktadır. Biz de serimizde toplam altı vakada bu flebi uyguladık. Mükemmel renk uyumu, minimal skar bırakması, tek seansta yapılabilmesi, tekniğin kolaylığı, flebin güvenli bir dolaşıma sahip olması, totale yakın büyük defektlerde kullanılabilmesi ve flep donör alan hasarının az olması üstünlükleridir. Fazla diseksiyon gerektirmesi ve nazal septum gibi ek bir donör sahada da morbidite bırakması bilinen dezavantajlarıdır. Ayrıca kompozit greftin immobilizasyonu için ilk 3-4 gün göz kapağının kapanmasını gerektirmektedir. Kompozit greftde oluşabilecek parsiyel yada total kayıplar, greft donör alanı olan nazal septum perforasyonu, yara problemleri, kontraksiyon ve yerçekimine bağlı ektropion olası komplikasyonlardır. Bizim de Mustardé fleple onarım yapılan iki vakamızda ektropion oluşmuş ve biri üst kapak orbikülaris okuli myokütan flebi diğeri ise nasolabial flep ile onarılmıştır. Mustardé flebi uyguladığımız vakaların hiçbirinde kompozit greftde nekroza yada septal perforasyona rastlanmadı.

Anterior lamelin restorasyon yöntemleri arasında alın flebi de bulunmaktadır (19). Biz de beş vakada bu flebi başarıyla kullandık. Olgulardan birinde tümör nüksü görülmesi üzerine geniş eksizyon yapıldı ve Mustardé flebi ile rekonstrüksiyon sağlandı. Diğer dört

olguda herhangi bir komplikasyon görülmedi. Geniş defektleri kapatabilmesi, iyi renk uyumu ve doğal bir kapak kontürü sağlaması flebin majör avantajlarıdır. Kapak dokusunun aksine kalın ve kıvrımlı olması, iki seans gerektirmesi, dikkat çekici donör alan skarı, hastanede kalış süresinin uzun olması ise dezavantajlarını oluşturmaktadır.

Orbikülaris okuli myokütan flebi de alt kapak rekonstrüksiyonlarında seçeneklerden biridir (1). Tek pediküllü, bipediküllü ve ada flep olarak planlanabilir. İyi renk ve doku uyumu, tek pediküllü yada ada olarak kaldırırsa tek seansta yapılabilmesi, gözün açık bırakılabilmesi, güvenli bir dolaşıma sahip olması ve minimal donör alan hasarı bırakması avantajlar arasında sayılmaktadır. Dezavantajları ise yavaş ve dikkatli bir diseksiyonun zorunluluğu ve tecrübe gerektirmesidir. Bizim serimizde üç olguya bu flep uygulandı. Bipe-diküllü olarak planlanan vakada postoperatif ektropion gelişti.

Nazolabial flep perinasal ve perioral bölgenin yanı sıra alt göz kapağı defektlerinin onarımında başarıyla kullanılmıştır (10). Flep kapak rekonstrüksiyonunda süperior tabanlı planlanmalıdır. Büyük defektleri kapatabilmesi, kolay ve hızlı diseksiyon, tek seansta ve lokal anestezi ile yapılabilmesi, dolaşımının güvenli olması, minimal donör alan skarı yöntemin önemli avantajlarıdır. Olası komplikasyonlar arasında ektropion, lagofthalmus, özellikle genç hastalarda flebin kalın ve yağlı olması, erkek hastalarda üzerinde kıl taşınması sayılabilir. Biz nazolabial flep uyguladığımız üç hastadan hiçbirinde komplikasyonla karşılaşmadık.

Posterior lamel restorasyonunda kondromukozal greftin alternatifleri arasında kulak konkasından alınan kondrokütan greft de bulunmaktadır. Teknik olarak daha kolay ve hızlı alınabilmesi, septal perforasyon gibi istenmeyen bir komplikasyonun beklenmemesi ve minimal donör saha morbiditesi bırakması nedeniyle tercih edilebilir. Biz de bir olgumuzda bu grefti başarıyla kullandık ve hiçbir komplikasyonla karşılaşmadık. Kı kırdak kullanmaksızın bukkal mukozadan alınan sade mukoza grefti ile de posterior devamlılık sağlanabilir. Minimal donör alan hasarı bırakması, teknik olarak

basit ve hızlı olması ve flep altında kompozit grefte göre daha iyi tutması başlıca avantajlarıdır. Ancak kapakta yeterli destek oluşturamadığı için sarkma ve ektropiona yol açması ve greft kontraksiyonu olası komplikasyonlardır. Bizim mukoza grefti kullandığımız beş olgudan hiçbirinde ektropion görülmezken, birinde greft donör sahasında lokalize enfeksiyon gözlemlendi; sekonder iyileşmeye bırakıldı.

Sonuç olarak tam kat alt göz kapağı defektlerinin rekonstrüksiyonu oldukça kompleks ve olası komplikasyonları olan girişimlerdir. Ancak tedavi seçeneklerinin fazla oluşu bu bölgenin rekonstrüksiyonlarında cerraha avantaj sağlamaktadır. Çeşitli lokal veya bölgesel flepler kullanılarak başarılı bir rekonstrüksiyon gerçekleştirilebilir. İdeal rekonstrüksiyon yönteminin defekte ve hastaya göre seçilmesi gereklidir.

#### KAYNAKLAR

- 1.Porfiris E, Christopoulos A, Sandris P, Georgiou P, Ioannidis A, Popa CV, Kalokerinos D. Upper eyelid orbicularis Oculi Flap with tarsoconjunctival island for reconstruction of fullthickness lower lid defects. *Plast Reconstr Surg* 1999; 103:186-191.
- 2.Porfiris E, Georgiou P, Harkiolakis G, Popa CV, Sandris P, Sgouras N. Island mucocutaneous flap for reconstruction of total loss of the lower eyelid. *Plast Reconstr Surg* 1997; 100:104-107.
- 3.Monks GH. The restoration of a lower eyelid by a new method. *Boston Med Sci J* 1898; 139: 385-390.
- 4.Hughes WL. A new method for rebuilding a lower lid. *Arch Ophthalmol* 1937; 17: 1008.
- 5.Dupuy - Dutemps L. Autoplastie palpebro - palpebrale integrale: Reflection d'une paupiere detrite dans toute son epaisseur par greffe cutanee et tarso-conjonctivale prise a l'autre paupiere. *Ann Ocul* 1921; 164: 915-918.
- 6.Mustardé JC. Repair and Reconstruction in the orbital region, 2nd Ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1980; pp. 111-118.
- 7.Jones HW. One stage composite lower lid repair. *Plast Reconstr Surg* 1966; 37:346-348.
- 8.Gorney M, Falces E, Jones H, Manis JR. One stage reconstruction of substantial lower eyelid margin defects. *Plast Reconstr Surg* 1969; 44: 592-596.
- 9.Orticochea M. Total reconstruction of the lower eyelid. *Br*

- J Plast Surg 1977; 30: 44.
- 10.Paletta FX. Lower eyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 1973; 51: 653-657.
  - 11.Holt JE, Holt GR, Van Kirk M. Use of temporalis fascia in eyelid reconstruction. Ophthalmology 1984; 91: 89-93.
  - 12.Cullen KW, Meyer M. Eyelid reconstruction using temporalis fascia. Ophthalmic Plast Reconstr Surg 1989; 5: 271-273.
  - 13.Micali G, Scuderi N, Moschella F, Soma PF. I tumori delle palpebre. Aspetti clinici e terapeutici. Vol 2. Milano: Bold / Ad srl, 1990: 107-117.
  - 14.Scuderi N, Rubino C. Island chondromucosal flap and skin graft: A new technique in eyelid reconstruction. Br J Plast Surg 1994; 47: 57-59.
  - 15.Sasaki K, Nozaki M, Katahira J, Kikuchi Y. A naso-labial composite free flap with buccal mucosa: Reconstruction of full-thickness lower eyelid defects. Plast Reconstr Surg 1998; 102: 464-472.
  - 16.Matsumoto K, Nakanishi H, Urano Y, Kubo Y, Nagae H. Lower eyelid reconstruction with a cheek flap supported by fascia lata. Plast Reconstr Surg 1999; 103: 1650-1654.
  - 17.Siegel RJ. Palatal grafts for eyelids reconstruction. Plast Reconstr Surg 1985; 76: 411-414.
  - 18.Yanaga H, Mori S. Eyelids and eye socket reconstruction using the expanded forehead flap and scapha composite grafting. Plast Reconstr Surg 2001; 108:8-16.
  - 19.Dortzbach RK, Hawes MJ. Midline forehead flap in reconstructive procedures of the eyelids and exenterated socket. Ophthalmic Surg 1981;12: 257.

