Üst Gözkapağı Blefaroplasti Başarısı ve Olası Komplikasyonları

Canan GÜRDAL*, Hakan BİLKAY**, Tamer TAKMAZ***, Piraye KÜRKÇÜOĞLU****, İzzet CAN*****

ÖZET

Amaç: *Kliniğimizde uyguladığımız blefaroplasti ameliyatlarının sonuçlarını irdelemek.*

Gereç ve Yöntem: *Blefaroplasti cerrahisi uygulanan hastalarda cerrahi öncesi ve sonrasında kapak kıvrım çizgisi, kapak aralığı, simetri kaydedildi. Insizyon hattı oluşan skar yönünden derecelendirildi ve sütürasyon teknikleri ile korelasyon araştırıldı. Ameliyat sırasında ve sonrasında gelişen komplikasyonlar kaydedildi. Hastalara cerrahi öncesi ve sonrası kuru göz testleri yapıldı. Sonuçlar istatistiksel olarak incelendi.*

Bulgular: *Hastaların % 92,5inde simetri elde edildi. Asimetri miktarı bir hasta dışında iki mm in altında idi. Peroperatuar asimetri farkedilen bir hastada kendi kapak cildi kullanılarak uygulanan greft cerrahisi sonrasında simetri elde edildi. Subkutiküler sütürasyon uygulanan hastalarda eksternal kontinue sütürasyon grubuna oranla skar daha fazla olmakla beraber hiçbir hastada belirgin skar oluşmadı. Göz yaşı kırılma zamanı preoperatuar 9,10 sn iken sonrasında 10,30 sn.olarak saptandı (p=0,46)*

Sonuç: *Blefaroplasti seçilmiş hastalarda başarılı sonuçlar elde edilen bir cerrahidir En sık karşılaşılan komplikasyon asimetri olduğu görülmüştür. Ameliyat öncesi ve esnasında yapılan dikkatli ölçümler komplikasyonların önlenmesinde çok önemlidir.*

Anahtar Kelimeler: Blefaroplasti, Komplikasyon, Asimetri

Upper Eyelid Blepharoplasty Success and Possible Complications

SUMMARY

Aim: *To evaluate the results of blepharoplasty operations performed in our clinic.*

Material and Method: *Patients lid crease, interpalpebral distance and symmetry were recorded before and after blepharoplasty surgery. The incision line was graded for scar and the correlation with the suture technique was evaluated. Complications which occurred during or after surgery were recorded. Dry eye tests were also performed before and after the surgical procedure. Results were statistically analysed.*

Results: *Symmetry was achieved in 92.5% of the patients. Except for one patient, no asymmetry greater than 2mm was seen. In a patient in whom asymmetry in the lid crease was detected during surgery, symmetry was also achieved after grafting with the patient's own lid skin. Although more scar was observed in the subcuticular suture group than the external running suture, none of the cases had prominent scarring. Tear break up time was increased from a preoperative time of 9.10 sec to a postoperative 10.30 sec.(p=0.46)*

Conclusion: *Blepharoplasty is a successful surgical procedure in selected patients. Most frequent complication was found to be asymmetry. A careful evaluation before and during surgery is very important in preventing complications.*

Key Words: Blepharoplasty, Complications, Asymmetry

Giriş

Gözler ve göz çevresi; bir insanın yüz ifadesini belki de en fazla belirleyen ve yaşını ortaya çıkaran kısmıdır. Blefaroplasti ameliyatları gerek yapısal gerek yaşla oluşan değişiklikleri düzeltmek amacıyla uygulanır. Klasik

olarak fazla cilt dokusu ve gerekli olgularda orbikülaris kası ile yağ dokusunun çıkarıltılmasıdır.[1,2] Dermatoşalazis kaş pitozisyle birlikte olduğunda, blefaroplasti sırasında kaşın da yükseltilmesi uygun olur. Aksi takdirde kaş pitozisi, kaş ve gözkapağı arasındaki mesafenin azalmasıyla kozmetik sonucu olumsuz etkileyebilir. Blefaroplasti cerrahisi sonrası sıklıkla başarılı sonuçlar alınmakla beraber, bazı komplikasyonlara yolaçabilir. Kapaklarda asimetri, lagoftalmus, yüz ifadesinde değişim[3,4] gibi olumsuz kozmetik sonuçların yanısıra, kuru göz sendromu[5,6], üst limbik keratokonjunktivit[7] gibi oküler yüzeyi etkileyen diğer komplikasyonlar gelişebilir. Çok nadir olmakla birlikte görme kaybı ile sonuçlanabilen retroorbital kanama, ciddi komplikasyonlar arasındadır.[8]

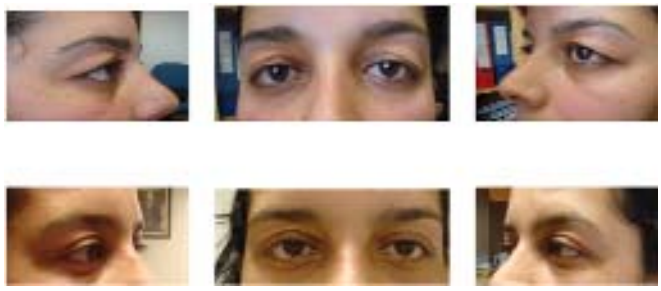
Bu çalışmada; kliniğimizde yapılan blefaroplasti ameliyatlarının sonuçları ve karşılaşılan sorunları değerlendirdik.

Gereç ve Yöntem

Ocak 2005 ile Mayıs 2007 tarihleri arasında blefaroplasti uyguladığımız 53 hasta çalışma kapsamına alındı. Lokal etik kurul onayı alındı. Hastaların beklentilerinin gerçekçi olmasına dikkat edildi, gerekli olgularda psikiyatri konsültasyonu istendi. Pre-operatif kapak aralığı, kapak kıvrım çizgisi, kaş pozisyonu kaydedildi. Görmeler, gözyaşı kırılma zamanı ölçüldü. Kuru göz semptomları oküler yüzey hastalık indeksi (Ocular Surface Disease Index) skorlaması kullanılarak değerlendirildi. Hastanın problemleri göz önüne alınarak sadece üst kapak veya ek olarak alt kapak, internal - eksternal kaş plastisi ± pitoz olarak cerrahi plan yapıldı. Çıkartılan cilt paterni, hastanın dermatoşalazis yoğunluğu ve şekline göre, kalan doku eşitlenecek şekilde ölçülerek önceden çizildi, ölçümler tekrarlanarak kontrol edildi. Gerekli olgularda yağ yastıkçık eksizyonu uygulandı. Hemostaz için gerekli olgularda koter kullanıldı. Hastalarda insizyon hattı 6.0 vicryl ile eksternal devamlı ya da subkutiküler sütürasyon tekniği ile kapatıldı. Post-operatif aynı ölçümlere ek olarak total vertikal üst kapak uzunluğu ölçüldü (Resim 1). Kapak kıvrım çizgileri ya da total kapak uzunluğunda kaydedilen 1mm ve üzeri eşitsizlik asimetri olarak kabul edildi. Cerrahi sonrası insizyon hattı boyunca oluşmuş skar iki farklı cerrah tarafından ayrı ayrı aşağıdaki kriterlere göre derecelendirildi (Resim 2).

- 0 : yok
- 1 : dikkatli bakınca belli olan (trace)
- 2 : kapağı kapattığında rahat izlenen
- 3 : belirgin hipertrofik skar.

İnsizyon hattında ortaya çıkan enfeksiyon-apse, milia varlığı kaydedildi. Sütürasyon tekniği ile oluşan skar derecesi arasında korelasyon araştırıldı. Varsa ortaya çıkmış olan diğer komplikasyonlar kaydedildi. Sonuçlar istatistiksel olarak ki-kare testi kullanılarak değerlendirildi.



Resim 1: Blefaroplasti öncesi (üst sıra) ve sonrası (alt sıra) görünümleri



Resim 2: İnsizyon hattı skar derecelendirmesi

Bulgular

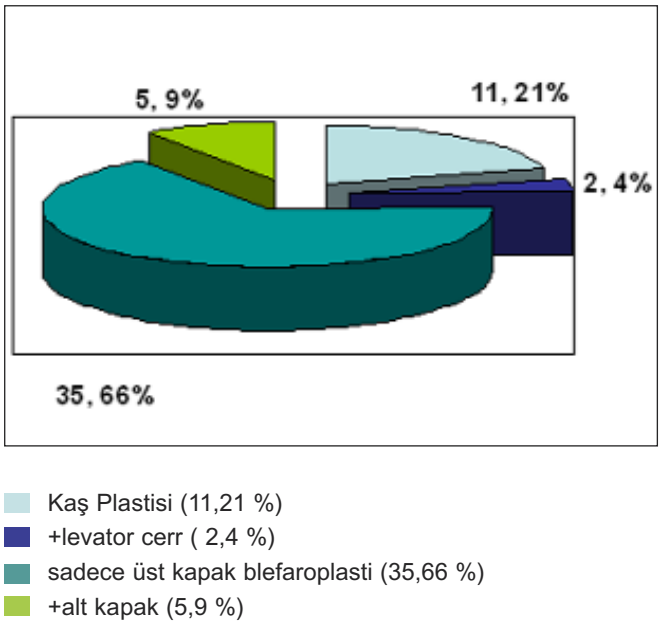
Yaş ortalaması 52,2 ± 9.7 yıl olan hasta grubunun 45'i kadın 8'i erkekti. Ortalama takip süresi 13,3 ± 8,4 (1-29 ay) idi. 35 (%66) hastaya sadece üst kapak bleferoplasti, 11 (%21) hastaya ek olarak kaş plastisi, 5 (%9) hastaya alt kapak cerrahisi ve sadece 2 (%4) hastaya ek levator cerrahisi uygulanmıştı (Grafik 1). Kapak aralığı ortalama preoperatuar 9.4mm, post-operatuar 10,26mm, kapak kıvrım çizgisi sırasıyla 9 ve 10,64mm olarak tesbit edildi (Grafik 2). Fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0.001). Kapak kıvrım çizgisinde 3 hastada 1mm, 1 hastada 2mm asimetri saptandı. Üç hastada kombine internal kaşplasti yapılmıştı. Bunlardan birine ek levator girişimi uygulanmıştı. Total kapak uzunluğu 2 hastada 1mm farklılık gösteriyordu ve her ikisine de eksternal kaş plasti yapılmıştı. Kaş plastisi yapılmamış ve yapılmış olan olgular ayrı ayrı ele

alındığında ek kaş plastisi uygulanan 11 hastanın 5'inde (%45) asimetri ortaya çıkarken , bu cerrahinin eklenmediği 42 blefaroplasti olgusunun sadece birinde (%2) asimetri saptanmıştır. Asimetrinin minimal olması nedeniyle hastaların hiçbirinde tekrar ameliyat gerekmedi. Bir hastada ameliyat sırasında kapak kıvrım çizgisinde(insizyon hattında) asimetri farkedildi. Ameliyat süresince korunan çıkarılmış cilt dokusundan 3mm kalınlığında graft hazırlanarak 6.0 vicryl ile separe olarak sütüre edildi. Hastada post-operatuar asimetri ortaya çıkmadı (Resim 3).

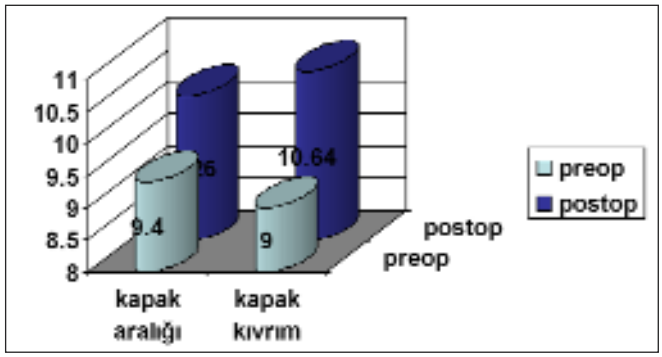
Hastaların 36'sına eksternal devamlı sütür, 17'sine subkutiküler sütürasyon uygulanmıştı (Grafik 3). Subkutiküler sütürasyon yapılan 2 hastada milia tesbit edilirken, eksternal sütürasyon uygulanan 1 olguda sütür apsesi gelişti ve topikal antibiyotik ile tedavi edildi. Skar değerlendirmesine 56 kapak alındı. Ameliyat sonrası skar değerlendirmesi en erken 6 ay en uzun 18 ay sonra yapıldı. Eksternal devamlı sütürasyon grubunda %18,9'unda 0, %70,3'ünde 1, %10,8'inde 2. derecede skar tesbit edilirken, subkutiküler sütürasyon grubunda bu oran sırasıyla %11,8, %76,4 ve %11,8 idi. Hiç bir hastada hipertrofik skar izlenmedi. Sütürasyon tekniği ile oluşan skar derecesi arasında istatistiksel olarak korelasyon saptanmadı (p=0,60).

Gözyaşı kırılma zamanı ameliyat öncesi ortalama 9.10 sn (2-16 sn) olup, bir ay sonrasında 10.30 sn. (3-15 sn) olarak bulundu. Saptanan bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0,46).

Hastalarımızda görme kaybı, kalıcı lagoftalmi, indüklenmiş pitoz, ektropiyon, enfeksiyon gibi diğer komplikasyonlar saptanmadı.



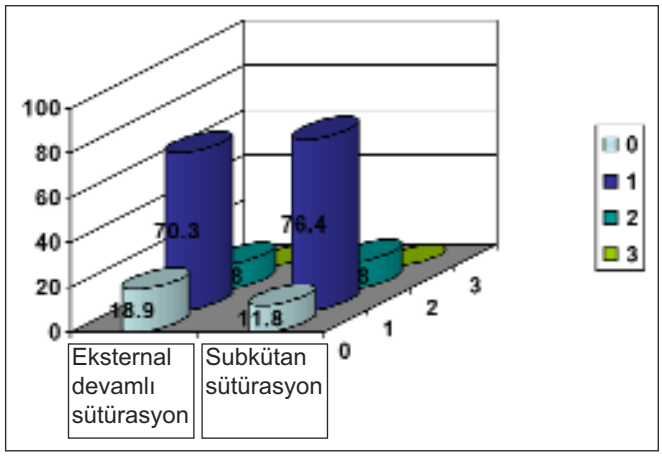
Grafik 1: Uygulanan cerrahilerin dağılımı.



Grafik 2: Kapak aralığı ve kapak kıvrım çizgisinde cerrahi sonrası artış izlenmektedir. (p<0,001)



Resim 3: Ameliyat sırasında asimetri saptanmasıyla aynı uygulanan otolog graft uygulaması sonrası görünüm



Grafik 3: İnsizyon hattında uyulanan sütürasyon tekniklerine göre skar derecelerinin dağılımı.

Tartışma

Blefaroplasti başarı oranı yüksek bir girişim olmasına karşın hastanın cerrahi öncesi ayrıntılı değerlendirilmesi ve dikkatli bir cerrahi plan yapılması çok önemlidir. En sık görülen komplikasyonların arasında asimetri, ödem, enfeksiyon, lagoftalmus ve buna sekonder gelişebilen maruziyet keratopatisi, kantal kıvrımlanma, ektropiyon sayılabilir. Görme kaybı literatürde %0,004 oranında izlenmekle beraber çok ciddi bir komplikasyondur.[8]

Kliniğimizde olguların %92,5inde simetri elde edilmesine karşın yine de en sık rastladığımız komplikasyon asimetri idi. Toplam 4 hastada kapak kıvrım asimetrisi olmakla beraber sadece 1 hastada farklılık 2 mm idi. Bu hastada asimetrinin pre-operatuar da mevcut olduğu retrograd olarak fotoğraf değerlendirmesinde görüldü. Hastanın şikayeti olmaması ve ikinci bir cerrahiyi istememesi üzerine ek girişim yapılmadı. Tekrarlanan ölçümlere rağmen poliklinik şartlarında yapılan değerlendirme sırasında minimal asimetri gözden kaçabilmektedir. Ancak bu hasta, ameliyat öncesi son bir kez daha değerlendirmenin de aynı şekilde ayrıntılı yapılmasının önemini vurgulaması açısından uyarıcı oldu. Yine total kapak uzunluğunda asimetri saptanan 2 hastaya da internal kaşplasti yapılmış olması kombine girişim yapılmasının simetri üzerinde olumsuz etkisi olduğunu düşündürmektedir. Kaş kaldırılması ile ölçümlerde minimal de olsa değişim ortaya çıkabilmesi, kaş fiksasyonunun yeterince stabil olmaması bu asimetri gelişiminde rol oynayabilmektedir. Kaş plastisi yapılmamış olgularda simetri oranı %98 e çıkmaktadır. Cerrahinin simültane bilateral yapılması sırasında insizyon hattının önceden çizilmiş olan kapak kıvrım çizgisinin biraz altında ve üstünde olması kapalı kıvrım asimetrisini doğurabilmektedir. Önceden simetrik olmasına karşın cerrahi sırasında asimetri saptadığımız olgumuzda böylesi bir etken olabileceğini düşündük. Cerrahi sırasında gelişen bu durum diğer kapak kıvrım hattının inceltilmesi ya da çıkarılan cilt parçasından graft yapılması yoluyla eşitlenir. Hastamızda kapak kıvrım hattını azaltmamak için graft yardımıyla yükseltmeyi tercih ettik.

Joshi ve ark. 800 blefaroplasti hastasında sütürasyon tekniklerini karşılaştırmışlar ve en az skar gelişiminin eksternal sütürasyon teknikleri ile olduğunu savunmuşlardır.[9] Bizim olgularımızda ilk bakışta eksternal sütürasyon tekniğinin daha az skar oluşturduğu düşünülse de fark istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır. Biz bunun sütürasyon tekniklerinin eşit sayıda uygulanmış olmamasına bağlı olabileceğini düşünmekteyiz. Ayrıca ameliyat sonrası 5-7. günde sütürlerin alınması da daha az skar gelişimesine neden olacaktır.

Retrobulber hemoraji oldukça nadir gözüken bir komplikasyondur (%0,055). Ancak kalıcı körlük riski %0.0045 olarak bildirilmektedir.[10] Hemoraji genellikle ilk 24 saatte ortaya çıkmakla beraber 9 gün sonra bile kalıcı görme kaybı ile sonuçlanan retrobulber hemoraji olgusu bildirilmiştir.[11] Tüm hastalar bu komplikasyon yönünden uyarıldı. Hiç bir hastada bu komplikasyon ortaya çıkmadı ancak hastalar ameliyattan 2-4 saat sonra pupil reaksiyonları ve olası değişiklikler yönünden monitörize edildi.

Blefaroplasti sonrası kuru göz gelişimi %8-21 oranında görülebilmektedir.[5,6] Alt kapak malpozisyonu, artmış kapak aralığı, lagoftalmus, kapak retraksiyonu, azalmış göz kırpma refleksi kuru göz gelişiminde etken olabilmektedir.[12,13,14] Dermatoşalazis olgularında cilt fazlalığı ile paralel olarak skuamöz metaplazi anlamlı olarak artmaktadır.[15] Yine bu olgularda gözyaşı fonksiyonu olumsuz olarak etkilenebilmektedir. Kirpiklerle temasta olan cilt dokusunun gözyaşı dağılımına olumsuz etkisi cerrahi sonrası ortadan kalkmakta ya da azalmaktadır. Kliniğimizde postop erken dönem tüm hastalarımıza suni göz yaşı başlamaktayız. Ortalama 1 ay sonra ise göz yaşı kırılma zamanının ameliyat öncesine göre artış gösterdiğini izledik.

Özellikle ‘laser in situ keratomileusis’ (LASIK) sonrası kuru göz gelişim riski mevcuttur. Blefaroplasti ameliyatlarının LASİK cerrahisi sonrası yapılması kuru göz komplikasyon riskini arttırmaktadır. Blefaropasti sonrası ekspojur keratopati en fazla 8 hafta sürer 16 Lagoftalmus, kapak malpozisyonlarının dikkate alınarak yapılan cerrahi bu komplikasyon gelişimini en aza indirmektedir.[14] Blefaroplasti sonrası gözyaşı stabilizasyonunu takiben uyguladığımız ‘laser-assisted subepithelial keratectomy’ (LASEK) cerrahisi sonrası hastamızda kuru göz problemi ortaya çıkmadı. Ancak bu risk hastalarla mutlaka tartışılması gereken bir durumdur. Bizim olgumuzda kuru göz problemlerinin yaşanmamasında iki cerrahi arasında gözyaşı stabilitasyonu için yeterli süre bırakılması , daha az kuru göze neden olan LASEK cerrahisinin uygulanmış olmasına bağlayabiliriz ancak tek olguda sonuca varmak mümkün değildir ve geniş serilerle değerlendirilmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak hastaların 49’unda simetri elde edilmiştir (%92,5). Ancak kombine girişimin simetri üzerine olumsuz etki edebileceğini düşündürmüştür. Yine asimetrinin ameliyat sırasında fark edilmesi geç komplikasyonların önlenmesinde önemlidir. Blefaroplasti cerrahi öncesi özenli bir işaretleme yapıldığında yüksek başarı elde edilebilen ancak kozmetik bir cerrahi olması nedeniyle komplikasyonlara hazırlıklı olunmasını gerektiren bir girişimdir.

Kaynaklar

1. Ünal M. Kozmetik Cerrahi. T Oftalmol Derneği Eğitim Yayınları No:1; Oküloplasti. 2003; 445-55.
2. Uğurbaş SH. Blefaroplastide güncel yaklaşım. T Klin Oftalmol 2007;3(25):49-55.
3. Witney S, Witherow H, Waterhouse. One hundred cases of endoscopic brow lift. Br J Plast Surg 2002;55:20-4.
4. Jones BM, Grover R. Endoscopic brow lift: a personal review of 538 patients and comparison of fixation tecniques. Plast Reconstr Surg 2004;113:1242-50.
5. Floegel I, Horworth-Winter J,Mueller K. et al. A conservative blepharoplasty may be a means of alleviating dry eye symptoms. Acta Ophthalmol Scand 2003;81: 230-2.
6. Saadat D and Dresner SC. Safety of blepharoplasty in patients with preoperative dry eyes. Arch Facial Plast Surg 2004;6:101-4.
7. Sheu MC, Schoenfield Land Jeng B H. Developement of superior limbic keratoconjunctivitis after upper eyelid blepharoplasty surgery ; support for the mechanical theory of its pathogenesis. Cornea 2007; 26(4): 490-2.
8. Hass AN, Penne RB, Stefanyszyn MA, Flanagan JC. Insidence of postblefepharoplasty orbital hemorrhage and associated visual loss. Ophthal Plast Reconstr Surg 2004;20:426-32.
9. Joshi AS, Janjanin S ,Tanna N. et al. Does suture material and Technique really matter? Lessons learned from 800 consecutive blepharoplasties. The Laryngoscope 2007;117: 981-4.
10. Hass AN, Penne RB, Stefanyszyn MA, Flanagan JC. Incidence of postblepharoplasty orbital hemorrhageand associated visual loss. Ophthalmic Plast Reconstr Surg 2004;20 (6): 426-32.
11. Teng CC, Reddy S, Wong JJ, Lisman R. Retrobulber hemorrhage nine days after cosmetic blepharoplasty resulting in permanent visual loss. Ophthalmol Plast Reconstr Surg 2006;22(5): 388-9.
12. Hovanesian JA, Shah SS, Maloney RK. Symptoms of dry eye and recurrent erosion syndrome after refractive surgery. J Cataract Refractive Surg 2001; 27(4):577-84.
13. Battat L, Macri A, Dursun D et al. Effects of laser in situ keratomileusis on tear production, clearence and the ocular surface. Ophthalmology 2001;108:1230-5.
14. Korn BS, Kikkawa DO, Schanzlin DJ. Blepharoplasty in the post- laser in situ keratomileusis patient: preoperative considerations to avoid dry eye syndrome. J Plast Recons Surg 2007;119:2232-9.
15. Gürdal C, Takmaz T, Görkem G, Kırımlıoğlu H, Can İ. Dermatoşalazis ve oküler yüzey. MN Oftalmol 2004;11(3): 248-50.
16. Vold SD, Carroll RP, Nelson JD. Dermatochalasis and dry eye. Am J Ophthalmol 1993;115:216-20.

Kimlik

Geliş Tarihi: 15.01.2009 *Kabul Tarihi: 27.04.2009*

* *Doç Dr., Başasistan Atatürk Eğitim ve Aaraştırma Hastanesi II.Göz Kliniği, Ankara*

** *Asist.Dr., Atatürk Eğitim ve Aaraştırma Hastanesi II. Göz Kliniği, Ankara*

*** *Op.Dr., Başasistan Atatürk Eğitim ve Aaraştırma Hastanesi II. Göz Kliniği, Ankara*

**** *Op.Dr., Atatürk Eğitim ve Aaraştırma Hastanesi II.Göz Kliniği, Ankara*

***** *Doç. Dr., Klinik Şefi, Atatürk Eğitim ve Aaraştırma Hastanesi II.Göz Kliniği, Ankara*

✍: Çalışmamız TOD 2007 Ulusal Kongresi'nde sunulmuştur.

Yazışma Adresi: Canan Gürdal, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi II.Göz Kliniği Bilkent, Ankara

e-posta:gurdalcm@yahoo.com