

TRİKİAZİS TEDAVİSİNDE CERRAHİ YAKLAŞIMIMIZ

Our surgical approach for treatment of trichiasis

Hakkı Doğan¹, Erol Uysal², Murat Bozkır², Kuddusi Erkiç¹, G.Ertuğrul Mirza³

Özet: Trikiiazisli 20 hastanın 35 göz kapağına tedavi amacıyla değişik cerrahi metodlar uyguladık. Kapaklardan 10 (% 28.5)'unu Pannas, 5 (%14.2)'ini tarsal kama, 5 (% 14.2)'ini Fox ve 15(% 42.8)'ini modifiye metodumuzla ameliyat ettik. Sonuçlarımızı istatistiksel olarak karşılaştırdık. Bu yaklaşımlar arasında en etkili yöntemin % 73.4 başarı sağladığımız modifiye metodumuz olduğunu tesbit ettik.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi tedavi , Trikiiazis

Senil, spastik, sikatrisyel (arpacık,ülseratif bilefarit, trahom, benign oküler pemfigoid, eritema multiforme, konjoktivanın alkali ve asit yanıkları ve mekanik travmaları, herpes zoster gibi enflamatuvar ve travmatik) nedenlerle kapak kenarlarının içe doğru dönmesine bağlı olarak kirpik yönlerinin de bozulup içe doğru dönerek göze temas etmesine trikiiazis denir(3,4,10,12). Konjenital veya kazanılmış olarak Meibomius bezlerinin ağızlarına yakın çift sıra kirpik bulunması ve iç taraftaki kirpiklerin içe doğru dönmesine distikiiazis denir (1,3,4,8,12,17). Trikiiazis sonucu korneada epitel erozyonu, değişik kesiflikte korneal bulanıklık, damarlanma ve görme kaybı meydana gelir (3). Trikiiazise bağlı korneal komplikasyonların tedavisi zor ve masraflı olmakta, çok ağır vakalarda kornea nakli gerektirecek kadar yoğun korneal kesafet meydana gelmektedir. Trikiiazisinin mümkün olduğu kadar erken tedavi edilmesi gerekmektedir. Bu amaçla uyguladığımız tedavi yöntemlerinin etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

METOD

Trikiiazis ve distikiiazisi bulunan yaşları 33-80 (ortalama 60.2±12) arasında 11(% 55)'i erkek, 9(% 45)'u

Summary: Thirty five eyelids of 20 patients with trichiasis were treated with different surgical methods. Ten (28.5 %) eyelids were treated with Pannas method, 5 (14.2 %) eyelids with tarsal wedge, 5 (14.2 %) eyelids with Fox method and 15 (42.8 %) eyelids with our modified method. Results were compared statistically. High success rate of 73.4 % were obtained by our method.

Key words Surgical treatment, Trichiasis

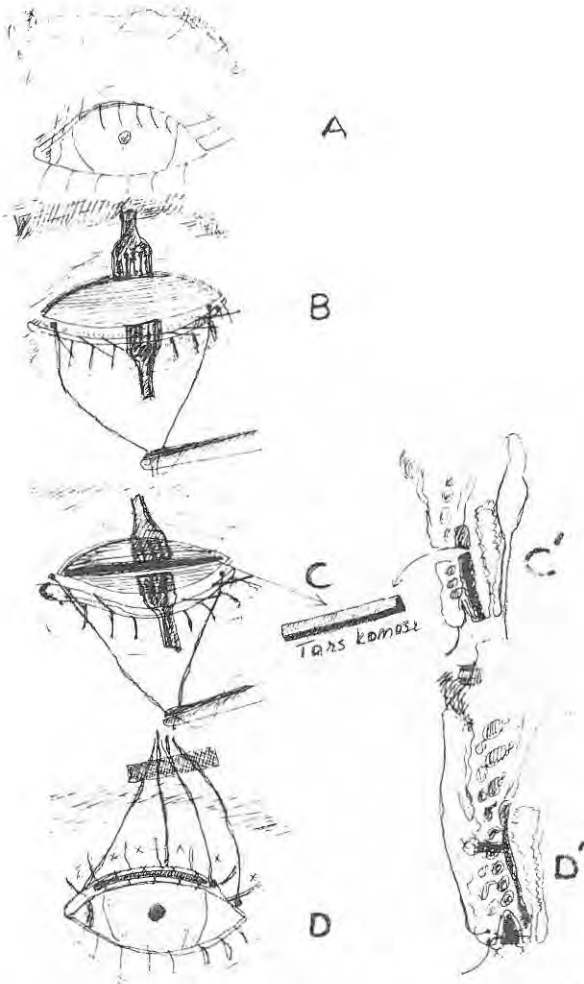
kadın 20 hasta lokal anestezi ile ameliyat edildi. Lokal anestezi, % 2'lik benoxinate damla ve 1:100 000 adrenalin içeren % 2'lik xylocain enjeksiyonuyla sağlandı. Korneayı korumak için kapak altına Jaeger Kornea koruyucusu yerleştirildi. Üst kapaktaki trikiiazis Şekil 1/A,B,CC',DD' de görüldüğü gibi, Alt kapaktaki trikiiazis Şekil 2/A-B görüldüğü gibi ameliyat edildi. Spastik ve senil entropiumu bulunan hastalarda önce alt kapak tarsından tabanı aşağıda üçgen şeklinde tars parçası çıkarılarak kapak kenarları dışa doğru döndürüldü (Şekil 3/A-D). Bunun trikiiazisi kontrol etmediği durumlarda Şekil 2'deki yöntemle alt kapak kenarı gri çizgi boyunca yanılarak üst kapaktan alınan tars parçası yerleştirildi. Göz antibiyotikli damla ve pomadlarla kapatıldı. Bulgular Fisher'in kesin Khi- kare testiyle değerlendirildi (15).

Tablo 1.Hastalarımızdaki trikiiazis nedenleri

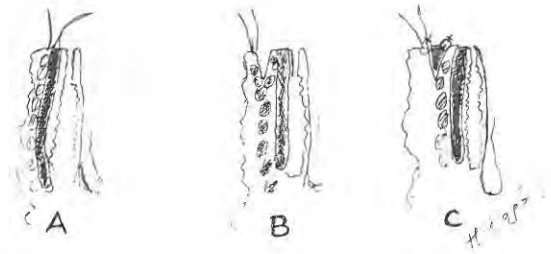
| Nedenler | Hasta sayısı | |
|----------------------------|--------------|----|
| | n | % |
| Senil ve spastik entropium | 5 | 25 |
| Distikiiazis | 4 | 20 |
| Trahom | 11 | 55 |

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi 38039 KAYSERİ.

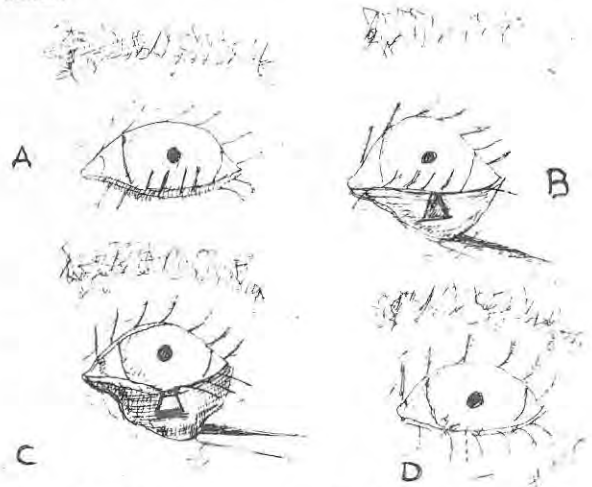
Göz Hastalıkları. Y.Doç.Dr.¹, Araş.Gör.Dr. ²,Doç.Dr.³



Şekil 1. A.Üst göz kapağı santral kısmında bulunan içe doğru dönmüş kirpikler.B. Kapak kenarlarından iç ve dış açı bölgesine yakın olarak geçirilen sütürlerle üst göz kapağındaki damar arkları bağlanarak kapak aşağıya doğru çekilir.Kapak kenarından 3 mm uzaklıkta cilt,cilt altı dokusu ve orbikülaris okülü kası diseke edilir. C/ C'. Kapak kenarında gri çizgi boyunca bir insizyonla kapak kenarına 3 mm derinlikte oluk açılır. Tarstan 2 mm genişlikte kama çıkarılır. D. Cilt,cilt altı dokusu,orbikülaris okülü kası ve tars 6/0 katgut ile dikiilir. D'. Tarstan alınan parça kapak kenarında daha önceden açılan yere sütüre edilerek kapak alına 4/0 ipek sütür ile tesbit edilir.



Şekil 2. A -B.Alt kapakta trikiiazis. C. Gri çizgi boyunca kapak kenarı 3 mm derinlikte yarıılır.D. Üst tarstan alınan 2mm genişliğindeki tarsal kama kapak kenarına 8/0 ipekle dikiilir.



Şekil 3. A. Alt kapakta entropium, B. Alt kapak cildi kapak kenarı boyunca diseke edilerek orbikülaris okülü kası ortaya çıkarılır.C. Alt kapak tarsından tabanı aşağıda üçgen şeklinde tarsal kama çıkarılır.D. Kesi yeri 6/0 katgut ile tekrar dikiilir.

BULGULAR

Bulgularımız aşağıdaki tablolarda verilmektedir.

Tablo 2 . Belirti ve bulgular

| Belirti ve bulgular | Hasta sayısı | |
|---------------------|--------------|-----|
| | n | % |
| Epitel erozyonu | 10 | 50 |
| Hiperemi | 20 | 100 |
| Korneal damarlanma | 9 | 45 |
| Lakrimasyon | 20 | 100 |
| Lökem | 4 | 20 |
| Nefelyon | 5 | 25 |
| Yabancı cisim hissi | 20 | 100 |

Tablo 3. Tedavi için uygulanan teknikler

| Uygulanan Metod | Tedavi edilen kapak sayısı | Nüks eden Kapak sayısı | |
|--------------------|-------------------------------|---------------------------|------|
| | | n | % |
| Fox Metodu | 5 | 2 | 40 |
| Tarsal kama | 5 | 2 | 40 |
| Modifikasyonumuz | 15 | 4 | 26.6 |
| Pannas Metodu | 10 | 5 | 50 |

Tablo 4. Nükseden vakaların tekniklere göre İstatistiksel değerlendirilmesi

| Teknikler | Diğer teknikler | | Modifikasyon | | p |
|---------------|-----------------|----|--------------|------|-------|
| | n | % | n | % | |
| Fox Metodu | 2 | 40 | 4 | 26.6 | <0.05 |
| Tarsal kama | 2 | 40 | 4 | 26.6 | <0.05 |
| Pannas Metodu | 5 | 50 | 4 | 26.6 | <0.05 |

TARTIŞMA

Trikiyazis ve distikiyazisin tedavisinde kıl folliküllerinin kriyoprob ve azot oksit (NO) kullanılarak -30 °C de dondurulmasıyla kirpiklerde dökülme temin edildiği, bu işlem sırasında göz kapağı derisinde özellik-

le cilt rengi koyu olan kişilerde depigmentasyon kapakta büzülme, tarsal glandların yapısındaki değişikliklere bağlı olarak göz yaşı film tabakasında bozulma, otoimmün reaksiyonun yeniden başlatılmasıyla eritema multiforme ve pemfigoid gibi hastalıklarda alevlenme olduğu ve kapak kenarında tam kat nekroz gelişebildiği belirtilmektedir (1,6,12). Kıl folliküllerinin melanositlerden daha az, fakat fibroblastlardan daha fazla donmaya duyarlı olduğu belirtilmektedir (13). Kriyoablasyonla 133 kapaklık bir seride ve 58 kişinin takibinde vakaların 1/4 (%63)'ünde aşağıdaki komplikasyonların meydana geldiği belirtilmektedir. Bunlar; görme kaybı, kapak kenarında çentiklenme, korneal ülser, simblefaronda artma, kserozis, sellülit, herpes zosterde alevlenme, ciltte depigmentasyon, ileri derecede yumuşak doku reaksiyonu ve pseudo-membran oluştuğunda belirtilmektedir (9). Bu metodla % 90 nispetinde başarı sağlandığı, konjonktival keratinizasyonun kriyo tabikiyle düzeldiği ve herşeye rağmen kriyoablasyonun trikiyazis tedavisinde en etkili yöntem olduğu bildirilmektedir (18). Kıl folliküllerinin çevre dokulardan daha çok donmaya hassas olduğu, dikkatli tatbik edildiği takdirde çevre dokulara zarar vermeden kolayca tahrib edilebileceği belirtilmektedir (6). -15 °C ile -20 °C arasında yüksek hızlı azot oksit geçirgenli ve geniş dondurma özelliği olan proplarla (8x10 mm) 45 sn müddetle iki kez dondurma ve eritme yöntemiyle tatbik edildiğinde dondurma işleminin retinal prob kullanmaktan daha etkili olacağı vurgulanmaktadır (6,8,13,14). Kriyoablasyonu takiben 48 saat içerisinde kapaklarda minimal ödem, bazen de yanakta büllerle karakterize ileri derecede ödeme bağlı reaksiyon meydana geleceği, kirpiklerin epilasyonuna mani olan mekanik direncin 72 saat sonra azalacağı 8.-10. günde kirpiklerin spontan olarak dökülmeye başlayacağı , 3 hafta sonrada ciltte hipopigmentasyon ve kirpiklerde tam dökülme meydana geleceği belirtilmektedir (13,14). Kapak kenarlarında telenjiyektazi, ciltte atrofik ve pigmenter değişikliklerin oluştuğu belirtilen 72 kişilik bir seride 9 kişide nüks gözlemlendiği belirtilmiştir (13). Başka bir çalışmada da kriyoablasyonda % 10 nüks olduğu bildirilmektedir (4). Bir diğer çalışmada da % 84 başarı sağlandığı belirtilmektedir (9). 10 kişilik bir seride kriyo tedavisinin 9 vakada yetersiz olduğu ve 2 ay sonra trikiyazisin tekrarladığı belirtilmektedir (11).

Trikiyazis tedavisinde 50-200 µ spot genişliğinde 0.1-

0.2 sn müddetle 1.000-1.200 mW gücünde argon laser ile kıl follüküllerinin termoablasyonunun da etkili olduğu bildirilmektedir (2).

Epilasyon için kriyo tedavisi yanında kıl follüküllerinin elektrolizisi de kullanılmaktadır (7,17). Elektrolizis tedavisinde, aletin (+) kutubu yanağa tesbit edildikten sonra, lokal anestezi altında negatif kutup kıl follükülleri boyunca 2mm derinliğe kadar ilerletilir. Bu sırada 3-5 mA akım 5-10 sn müddetle uygulanır, negatif elektrot etrafından H₂ gazının çıktığı görülür. Bu süre ve şiddetteki bir uygulama epilasyon için yeterli olmaktadır. Eğer elektrolizis yeterli miktarda uygulanmışa kirpiklerin kolayca çekildiği gözlenir Epilasyon başarısız ise elektrolizis yinelenir (7). Uygulama yerindeki sikatrizasyon problemi artırır (17). Bu metodun özel alet gerektirmesi ve uygulanmasının zorluğu nedeniyle bizim metoda üstünlüğü olduğunu düşünmemekteyiz. Ancak lokalize ve bir kaç kirpiği ilgilendiren vakalarda yararlı olabilir.

Kriyoablasyon, kıl follüküllerinin elektrolizisi, argon laser termoablasyon ve mekanik epilasyon yöntemleri yanında Tarsın retrofleksiyonu, kapak kenarına tars ve mukozal kama uygulamaları, kirpiklerin bulunduğu hattın kapak derisine doğru kaydırıldığı (Spencer -Watson, Machek-Blaskovics vb) değişik metodlar da trikiiazis ve distikiiazis tedavisi için kullanılmaktadır (4,5,7,8,10,16).

KAYNAKLAR

1. Anderson LR, Harvey TJ: Lid splitting and posterior lamellar cryosurgery for congenital and acquired distichiasis. *Arch Ophthalmol* 99:631-634,1981.
2. Awan KJ: Argon laser treatment of trichiasis. *Ophthalmic Surg* 17:658-660,1986.
3. Duke-Elder S, Mac Faul AP: The Ocular Adnexa-disease of the Eyelids. In Duke-El der S (ed): *System of Ophthalmology*. The CV Mosby Co, St Louis 1974, pp 383-385.
4. Fox AS: *Ophthalmic Plastic Surgery*. Grune & Stratton, Newyork 1970, pp 342-347.
5. Fraunfelder FT: Trichiasis. In Fraunfelder FT, Roy HF (eds): *Current Ocular Therapy 3*. WB Saunders Co. Philadelphia 1990, pp 529-530.
6. Goldberg AR, Neuhaus WR: Eyelid malpositions associated with skin and conjunctival disease In

Etyolojik nedene göre herbir metodun ayrı ayrı endikasyonu söz konusudur. Biz de kliniğimizde önceleri Pannas metoduyla tarsi retrofleksiyon uygulayarak üst göz kapak kenarını dışarı doğru döndürerek trikiiazisi tedavi etmekteydik, ancak vakaların yarısında kapak kenarlarının dışı doğru deviyasyon işleminin başarısız olduğunu gözledik. Tars rotasyonuna ilâveten trikiiazisin bulunduğu uzunlukta ve gri çizgi boyunca kapak kenarına 2 mm genişliğinde tarsal kama yerleştirilerek kirpiklerin de dışarı doğru iyice deviyeye olmasına yardımcı olduk ve sonucun daha etkili olduğunu gözledik (Tablo 3 ve 4). Alt göz kapagında mevcut entropiumu Fox metoduyla tedavi ettik. Bunun kontrol etmediği vakaları ise üst göz kapagından alınan tars parçalarını alt kapağı gri çizgi boyunca yarararak açtığımız oluğa kama şeklindeki tarsı gömerek sütüre ettik (Şekil 2).

Literatürde, elektrolizis, tek başına tars rotasyonu, kama şeklinde tars ve mukozanın kapak kenarına yerleştirilmesiyle ilgili istatistiksel çalışmalara rastlayamadık. Ancak kirpiklerin kriyoablasyonunun bizim metodumuzdan daha üstün olduğu literatür incelemelerinden anlaşılmaktadır.

Hangi metod uygulanırsa uygulansın korneal komplikasyonlar meydana gelmeden tedavinin erken dönemde yapılmasının yararlı olacağını düşünmekteyiz.

- Stamper LR, Liesegang JT (eds): *Ophthalmology Clinics of North America*. WB Saunders Company Philadelphia 1992, pp 227-242.
7. Hall-Roper MJ: *Stallard's Eye Surgery*. Wright, London 1989, pp 86-89.
8. Iliff N T: Minor lid Surgery . In Heilmann K, Paton D (eds). *Atlas of Ophthalmic Surgery Techniques Complications*. Thieme-Stratton, New York 1985, pp 126-128.
9. Johnson RLC, Collin JRO: Treatment of trichiasis with a lid cryoprobe. *Br J Ophthalmol* 69: 267-270,1985.
10. King J H , Wadsworth A C J: *An Atlas of Ophthalmic Surgery*. J.B. Lippincott Company, Philadelphia 1970, pp 42-76.
11. Majekodunmi S: Cryosurgery in treatment of trichiasis. *Br J Ophthalmol* 66: 337-339,1982.

12. McCord C: Surgery of the eyelids. In Duane T Jaeger EA (eds): *Clinical Ophthalmology*. Harper & Row, Philadelphia 1986, V(5):16-18.
13. Sullivan JH: The use of cryotherapy for trichiasis. *Tr Am Acad Ophth & Otol* 83:708-711, 1977.
14. Sullivan JH, Beard C, Bullock J: Cryosurgery for treatment of trichiasis. *Am J Ophthalmol* 82: 119-121, 1976.
15. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V: *Biyoistatistik*. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara 1990.
16. White JH: Correction of distichiasis by tarsal resection and mucous membran grafting. *Am J Ophthalmol* 80: 507-508, 1975.
17. Wilson II FM: Orbit, Eyelids, and Lacrimal System. In *Basic and Clinical Science Course*. American Academy of Ophthalmology. San Francisco 1989, pp 165-166.
18. Wood JR, Anderson LR: Complication of cryo surgery. *Arch Ophthalmol* 99:461-463, 1981.