

PERİFERİK FASİYAL PARALİZİDE ÜST GÖZ KAPAĞINA ALTIN PLAK YERLEŞTİRİLMESİ: FARKLI BİR TEKNİK*

Gold plaque implantation to the upper eyelid in facial paralysis: A modified technique

Yaşar ÜNLÜ¹, Hakkı DOĞAN², O Gazi YİĞİTBAŞI³, Mehmet SOMDAŞ⁴, Atilla EMİROĞLU⁴

Özet

Amaç: Göz kapağı fonksiyonunu düzeltmek ve korneayı korumak amacı ile üst göz kapağına altın plak yerleştirilmesi ve alt göz kapağının kısaltılması, fasiyal paralizili hastalarda kullanılan başlıca cerrahi tekniklerdir. Bu makalede, cerrahi teknikte yapılan bir değişiklik ve on hasta ile ilgili sonuçlar sunuldu.

Gereç ve yöntem: Üst göz kapağı kenarının 3 mm kadar üzerinden bir kesi yapıldı. Keskin bir makasla tars bulundu. Ağırlıkları 1-1,3 g arasında değişen plaklar tarsi dikildi. Üç hastada plak yerleştirilmesi yanında, alt göz kapağına germe işlemi yapıldı.

Bulgular: On hastanın dokuzunda göz kapağının kapanması iyi idi. Ortalama 12,5 aylık takip sonunda bir hastada plak atıldı. Başka bir komplikasyon olmadı.

Sonuç: Bu teknik fasiyal paralizili hastalarda güvenle kullanılabilir.

Summary

Purpose: Upper-lid gold plaque insertions and lower-lid-shortening procedures are surgical techniques used to restore eyelid function and protect the cornea in patients with facial nerve paralysis. In this article a modified surgical technique and analysis of ten patients with facial paralysis are presented.

Material and method: A small incision was made approximately 3 mm above the upper eyelid margin. With a sharp scissors the tarsal plate was identified. Prefabricated gold plaques ranging in weight from 1 to 1.3 g were sutured to the plate. Lower-lid tightening procedures were performed in addition to gold plaque insertion in three patients.

Results: Eye closure was adequate in nine out of ten patients. After a median follow-up of 12.5 months, there was one extrusion of the gold plaque. No other complication occurred.

Conclusion: This technique can be used safely in patients with facial nerve paralysis.

Anahtar Kelimeler: Fasiyal paralizi, Altın

Key Words: Facial paralysis, Gold

Periferik fasiyal paralizilerde görülen göz kapağı hareketlerindeki yetersizlikler, estetik ve fonksiyonel bozukluklara neden olmaktadır. Kapakların açık kalması gözde kuruma, yanma ve batma hissine, konjonktivit ve keratit gibi önemli göz rahatsızlıklarına yol açmaktadır (1).

Üst göz kapağına metal implantasyonu ilk defa 1927'de Sheehan tarafından tarif edilmiş ve

tantalyumdan yapılmış bir implant kullanmıştır (2). İlk altın plak uygulaması ise 1958'de yapılmıştır (3). Günümüze kadar, plağın şekil ve büyüklüğünde bazı değişiklikler olmuştur.

Bu çalışmada, fasiyal paralizili hastalarda üst göz kapağına farklı bir insizyonla altın plak yerleştirilmesi ve bununla ilgili sonuçlar sunulmuş ve konu ile ilgili literatür gözden geçirilmiştir.

*23-27 Eylül 1997, Antalya. 24. Ulusal Otorinolarenoloji ve Baş-boyun Cerrahisi Kongresi.

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi 38039 KAYSERİ
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları. Doç.Dr.¹, Y.Doç.Dr.³,
Araş.Gör.Dr.⁴. Göz Hastalıkları.².

Geliş tarihi: 4 Mart 1998

MATERYAL VE METOD

Bu çalışmaya, Şubat 1996-Ocak 1998 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB

Anabilim Dalı'nda fasiyal paralizi nedeni ile plak yerleştirilen, yaşları 11-68 arasında değişen, altısı kadın dördü erkek 10 hasta alındı.

Plak. Yirmidört ayar altından yapılan plak, kalınlığı 1 mm, genişliği 5-6 mm ve boyu 9-12 mm, köşeleri yuvarlaklaştırılmış yarım ay şeklinde hazırlandı ve kornea yüzeyine uyacak şekilde hafif bir bombelik verildi. Plağı tutturmak için üzerine üç delik açıldı, ancak olguların çoğunda alttaki iki delikten bağlamak yeterli oldu. Hazırlanan plakların ağırlıkları 0,9-1,4 g arasında değişmekteydi .

Hasta oturur pozisyonda iken değişik ağırlıktaki altın plaklar üst gözkapağına bir bantla yapıştırılarak ve birkaç saat takip edilerek, gerekli olan ağırlık belirlendi. Plak, steril şartlarda lokal anestezi altında veya bunu kabul etmeyenlerde genel anestezi altında yerleştirildi.

Cerrahi teknik. Lokal anestezi altında plak yerleştirilecek göze, birkaç damla %1'lik tetrakcain hidroklorür damlatılarak, topikal anestezi yapıldı. Orbita çevresine ve üst gözkapağı içine 1/100.000'lik adrenalin ve %2'lik lidokain hidroklorür enjekte edildi. Beş-on dakika sonra, kapak kenarından 3 mm kadar yukarıdan kapak kenarına paralel bir kesi yapıldı (Şekil 1). Cilt, ciltaltı kesildikten sonra tars bulundu. Tars üzerindeki orbiküler kas lifleri pretarsal fold ve kapak kenarına doğru diseke edilerek, altın plağın gireceği bir yuva hazırlandı. Plak orta noktası göz kapağının 1/3 iç ve 1/3 orta kısımlarının kesişme yerinde ve göz kapağı kenarına paralel olacak şekilde, tars üzerine 6/0 "vicryl" ile tespit edildi. Ciltaltı ve kas 6/0 "catgut" ve cilt 6/0 ipek ile kapatıldı.

Cerrahi müdahale sonuçları, kapaklar arasındaki açıklık 1 mm'den az ise iyi, 1-2 mm arası orta, 2 mm den fazla olan ise kötü olarak değerlendirildi. Alt göz kapağında belirgin ektropium olan olgularda, alt göz kapağına kısaltma işlemi yapıldı.

BULGULAR

Hastalarla ilgili ayrıntılı bilgi Tablo I'de görülmektedir. Hastaların üçünde üst göz kapağına plak yerleştirilmesi yanında, alt göz kapağına da kısaltma işlemi yapıldı. Diabete bağlı periferik fasiyal paraliziye nedeni ile üst göz kapağına altın plak yerleştirilmesi yanında, alt göz kapağında ektropium nedeni ile kama rezeksiyon yapılan birinci olgunun ameliyat öncesi ve sonrası Resim 1'de; serebral hemoraji nedeni ile fasiyal paralizi gelişen dördüncü olgunun üst göz kapağına plak yerleştirilmeden önceki ve sonraki durumu Resim 2'de görülmektedir.

Kullanılan altın plağın ağırlığı genellikle 1,0-1,2 g arasındaydı. Özellikle, sinirin kesildiği olgularda, daha fazla ağırlığa gerek duyuldu (Tablo I).

Hastaların takip süresi 3-23 ay arasında değişmekte olup, ortalama süre 12,5 aydır. Bu süre esnasında, bir hastada (sekizinci olgu) plak yerleştirildikten üç ay sonra atıldı. Bu hastada plağın atılması, muhtemelen plağın orbiküler kas liflerinin altına tam olarak yerleştirilememesinden dolayı idi. Diğer hastalarda herhangi bir komplikasyon görülmedi. Parotis kanseri nedeni ile fasiyal sinirin kesildiği bir hastada (üçüncü olgu) göz kapakları arasındaki açıklık 2 mm kadar olmasına rağmen, 21 aylık takip esnasında hiçbir cerrahi müdahaleye gerek duyulmadı.

Tablo I. Fasiyal paralizi nedeni ile göz kapağına operasyon yapılan hastalarla ilgili klinik bilgi

Olgu	Yaş	Cins	Paralizi sebebi	Paralizi süresi	Yapılan müdahale	Plakın ağırlığı	Takip süresi	Sonuç
1	68	K	Diabet	4 ay	Plak+AGR*	1,10 gr	23 ay	iyi
2	55	K	Kronik Otit	1,5 yıl	Plak+ Kantoplasti	1,05 gr	21 ay	iyi
3	67	E	Parotis kanseri	2 hafta	Plak	1,20 gr	21 ay	orta
4	43	K	Serebral hemoraji	2 yıl	Plak	1,15 gr	20 ay	iyi
5	52	K	Bell paralizisi	9 yıl	Plak+ Kantoplasti	1,05 gr	12 ay	iyi
6	28	E	Orta kulak kanseri	3 hafta	Plak	1,30 gr	10 ay (ex)	iyi
7	11	E	Konjenital	11 yıl	Plak	1,10 gr	7 ay	iyi
8	52	K	İyatrojenik	5 ay	Plak	1,25 gr	4 ay	Atıldı
9	27	K	Kolesteatom	4 ay	Plak	1,15gr	4 ay	iyi
10	46	E	Bell paralizisi	5 ay	Plak	1,15	3 ay	iyi

*AGR: Alt göz kapağı rezeksiyonu

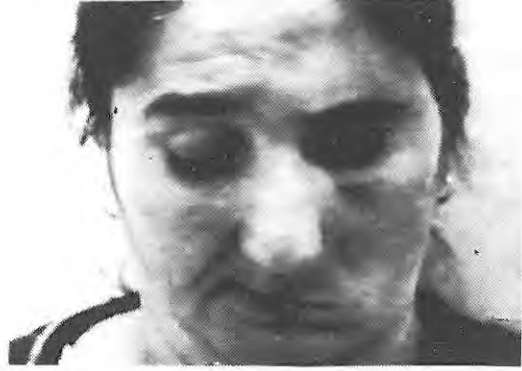


Resim 1.

A) 68 yaşındaki diabetik bir hastada periferik fasiyal paralizi sonucu alt göz kapağında gelişen ektropium (birinci olgu).

B) Hastanın, üst göz kapağına altın plak yerleştirildikten ve alt göz kapağına kama rezeksiyon yapıldıktan sonra gözleri açıkken görünümü.

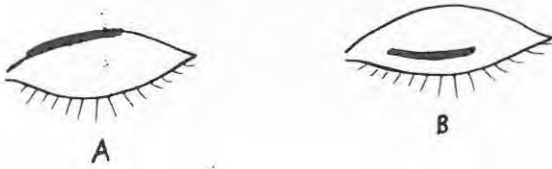
C) Aynı hastanın gözleri kapalı iken görünümü.



Resim 2. Serebral hemoraji nedeni ile periferik fasiyal paralizi gelişen hastanın:

A) Ameliyat öncesi

B) Üst göz kapağına altın plak yerleştirildikten sonraki görünümü.



Şekil 1. Üst göz kapağına altın plak yerleştirilmesinde:

A) Klasik insizyon

B) Önerilen yeni insizyon şekli.

TARTIŞMA

Fasiyal paralizili hastalarda gözkapağı fonksiyonunu düzeltmenin 3 amacı vardır: Bunlardan, birincisi ve en önemlisi korneayı korumaktır. İkincisi, mekanik lakrimasyonu sağlamak, üçüncüsü ise göz kapaklarında simetri elde etmektir (2). Üst gözkapağına altın plak yerleştirilmesi ve alt göz kapağının kısaltılması

işlemleri göz kapağı fonksiyonu ve korneayı korumak için kullanılan başlıca cerrahi tekniklerdir (3,4). Göz kapağına plak yerleştirmenin avantajları: 1. Teknik olarak kolaydır. 2. Kozmetik yönden uygundur. 3. İşlemin geri çevrilmesi mümkündür (1,5,6).

Plak yerleştirmenin dezavantajları (1,6) ise: 1. Altın yabancı bir maddedir ve atılabilir, ancak 24 ayar altının oluşturduğu yabancı cisim reaksiyonu çok azdır ve atılma oranı düşüktür. 2. Plak yerçekimine bağlı olarak çalıştığı için, hasta sırtüstü yattığı zaman göz kapağı kapanmaz. 3. Üst göz kapağında şişliğe neden olur. Plak kirpiklere paralel olarak yerleştirilirse, bu durum fazla dikkat çekmez. Sunduğumuz bu teknikte, insizyon yeri tarsın alt kenarına yakın olduğu için, plağın göz kapağı kenarına paralel yerleştirilmesi, pretarsal foldan yapılan insizyona göre, daha kolay ve iyi olmaktadır. Neuman ve ark. (1), insizyon yeri olarak üst göz kapağının tam ortasını tercih etmişler ve 71 olgunun üçünde plak pozisyonunun kötü olduğunu

bildirmişlerdir. Bu çalışmada ise, tüm olgularda plak pozisyonu iyi idi.

Akut paralizili genç hastalarda, m. levator palpebra superior'un etkisini yenmek için, daha fazla ağırlık gerekmektedir. Bu çalışmada da 1,0-1,2 g en fazla kullanılan ağırlıklardı. Fasiyal sinirin kesildiği hastalarda ise daha fazla ağırlığa ihtiyaç duyuldu (Tablo I).

Plak yerleştirilen hastalarda geçici postoperatif parsiyel pitozis gelişebilir (6). Pitozis, plak ağırlığının fazlalığına bağlı olabileceği gibi, bizce bir başka neden de pretarsal folddan yapılan insizyon esnasında m. levator palpebra superior liflerinin ve orbita septumunun yaralanmasıdır. Sunulan bu insizyon şeklinde, böyle bir komplikasyon gelişme olasılığı çok düşüktür.

Yayınlarda, plağın atılma ve enfeksiyon gibi komplikasyonlarının oranı % 0-10 arasında bildirilmektedir (1,3-6). Sınırlı sayıda yapılan bu çalışmada, bir olguda (8. Olgu) plak yerleştirildikten 3 ay sonra atıldı. Bunun dışında, başka bir komplikasyon olmadı. Fasiyal paralizili hastaların çoğunda, üst göz kapağına plak

yerleştirilmesi yanında, alt göz kapağında gelişen ektropium nedeni ile bir germe işlemine ihtiyaç duyulmaktadır. Paralizili hastalarda kantal tendon gevşekliği senil kapak gevşekliğinden daha fazla olduğu için kantoplasti yapılması daha uygundur. Senil kapak gevşekliğinde ise, kama rezeksiyon tercih edilir (6). Biz, plak yerleştirme yanında iki olguda kantoplasti, yaşlı olan bir olguda da (birinci olgu) kama rezeksiyon yaptık.

Göz kapağına müdahalenin ne zaman yapılacağı tartışma konusudur. Catalano ve ark. (7) ektropiumun geç tamirini tavsiye etmektedirler. Bunlar, deride gevşeme ve yerçekimi etkisinin görülmesi için gerekli zamanın üç ay olduğu görüşündedirler. Linder ve ark. (3) ise, aynı anda hem üst hem de alt göz kapağına müdahaleyi tercih etmektedirler. Fasiyal paralizinin etkileri uzun süreli ve ilerleyici olduğu için, hastalar düzenli takip edilmeli ve ihtiyaca göre müdahale yapılmalıdır.

Üst göz kapağına altın plak yerleştirilmesi basit, geri çevrilebilir ve kozmetik olarak uygun bir rehabilitasyon tekniğidir. Sunulan bu cerrahi yaklaşım, pitozise sebep olmadan, güvenle kullanılabilir.

KAYNAKLAR

1. Neuman AR, Weinberg A, Sela M, Peled IJ, Wexler MR. The correction of seventh nerve palsy lagophthalmos with gold lid load (16 years experience). *Ann Plast Surg* 1989; 22: 142-145.
2. Panje WR, Shaw GY. Management of the paralysed eyelid. Stucker FJ (ed). *Plastic and Reconstructive Surgery of the Head and Neck. Proceedings of the fifth international symposium.* BC Decker Inc, Philadelphia 1991, pp 577-582.
3. Linder TE, Pike VE, Lindsrom CJ. Early eyelid rehabilitation in facial nerve paralysis. *Laryngoscope* 1996; 106: 1115-1118.
4. Maas CS, Benecke JE, Holds JB, Schoenrock LD, Simo F. Primary surgical management for rehabilitation of the paralysed eye. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1994; 110: 288-295.
5. Anadolu YR, Küçük B, Vural E, ve ark. Periferik fasial paralizili olgularda üst gözkapagının altın implantasyonu ile rehabilitasyonu. *KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi* 1995; 3: 136-140.
6. Freeman MS, Thomas JR, Spector JG, Larrabee WF, Bowman CA. Surgical therapy of the eyelids in patients with facial paralysis. *Laryngoscope* 1990; 100: 1086-1096.
7. Catalano PJ, Bergstein MJ, Biller HF. Comprehensive management of the eye in facial paralysis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 121: 81-86.