

GEVŞEK KAPAK SENDROMU : BİR OLGU SUNUMU

Floppy Eyelid Syndrome: A Case Report

Ali Ayata¹**Özet**

Bu çalışmada gevşek kapak sendromu tanılı bir olgunun klinik özellikleri ve tedavisi sunulmuştur. Elli-dört yaşında, obez, erkek hastanın sağ gözünde kızarıklık, kronik papiller konjunktivit, gevşek bir tars ve kolayca ters dönen kapak yapısı ile punktat keratopati vardı. Hastanın şikayetleri altı ay önce uygulanan sağ üst kapak blefaroplasti ameliyatı sonrası başlamıştı. Hikayesinde iskemik kalp hastalığı (iki yıl önce geçirilmiş by-pass ameliyatı), gevşek kapak sendromu ile ilintili olabilecek, uyku apne sendromuna benzer şekilde uyku düzensizliği vardı. Ayrıca sol göz çevresi ve alını etkileyen post herpetik nevralji nedeniyle uyurken sağ yana yatmayı tercih ediyordu. Hastaya sağ üst kapak üçte-bir tam kat kapak kısaltması ve tarsal kama rezeksiyon ameliyatı uygulandı. Cerrahi sonrasında hastanın şikayetleri düzeldi ve dokuz aylık takipte belirti ve bulgulara nüks izlenmedi.

Anahtar Kelimeler: Gevşek kapak sendromu; Kronik papiller konjunktivit.

Abstract

This paper is a report of the clinical characteristics and treatment of a case with floppy eyelid syndrome. A 54-year-old obese adult male presented with right ocular irritation and clinical findings consistent with floppy eyelid syndrome. He had lax upper eyelid with papillary conjunctivitis, conjunctival hyperemia, eyelash ptosis and punctate keratopathy. His symptoms had begun six months previously when surgical correction of blepharodermatochalasis was performed on the same upper eyelid. Patient history revealed ischemic heart disease with a by-pass surgery (two years previously), and sleeping disturbance with unusual awakening, mimicking sleep apnoea syndrome, possibly related to floppy eyelid syndrome. The patient was treated with one-third full-thickness horizontal surgical shortening and tarsal wedge resection of the affected upper eyelid. His complaints and symptoms were completely relieved following surgery and have not recurred during nine-months follow up.

Key words: Floppy eyelid syndrome; Chronic papillary conjunctivitis.

İlk kez Culbertson ve Ostler tarafından tarif edilen "Gevşek Kapak Sendromu" (Floppy Eyelid Syndrome), kolayca ters dönebilen, gevşek bir üst kapak, nonspesifik irritasyon ve kronik papiller konjunktivit ile karakterize az rastlanan klinik bir tablodur (1). Başlangıçta obezite ile ilişkilendirilmiş olmasına karşın, obezitenin yanında, hipertansiyon, diyabet ve obstrüktif uyku apnesi ile de ilintili olduğu gözlenmiştir. Hastaların çoğu obez ve erkektir. Şikayetler genellikle tek taraflıdır ve fotofobi, yabancı cisim hissi, kızarıklık ve sabahları sulanma, batma,

çapaklanma olur. Hastaların çoğunda kirpik pitozu ve kirpiklerin paralelliklerinde bozulma izlenir (2,3).

Bu çalışmada gevşek kapak sendromu tanısı konan bir olgunun göz bulguları, uygulanan medikal ve cerrahi tedavi ile histopatolojik bulguları sunulmuştur.

Olgu Sunumu: Elli dört yaşında erkek hastanın, sağ üst göz kapağı altı ay önce uygulanan blefaroplasti ameliyatı sonrasında, sürekli sağ gözde kızarıklık, yanma, batma ve bulanık görme şikayetleri vardı. Öyküsünde iki yıl önce geçirilmiş herpetik keratit ve

¹ Diyarbakır 600 Yataklı Asker Hastanesi, Göz Servisi, Diyarbakır, Turkey

Geliş tarihi: 10 Şubat 2005

solda postherpetik nevralji vardı ve sol yana yatınca nevraljisi şiddetleniyordu. Hasta batma ve kızarıklık nedeniyle iki kez herpetik keratit tanısı ile tedavi uygulandığını ve ayrıca kontakt lens kullandığını fakat fayda görmediğini ifade etti.

Muayenesinde sağ göz punktat epitelyopati, bulber ve palpebral konjunktivada yaygın hipereminin yanında üst kapakta ileri derecede gevşeklik izlenmekteydi; hastanın sağ üst kapağını ters çevirmek için kaşları hafif yukarı kaldırmak yeterli idi (Fotograf 1). Kapak kenarında keratinizasyonla birlikte meibomian bez orifislerinin neredeyse silinmiş olduğu ve kırıpların hafif pitotik olduğu izlendi. Bu göze ait diğer muayene bulguları şöyleydi; psödo fakik, miyop astigmat tashihle görme keskinliği 6/10 seviyesinde, fundus doğal ve göziçi basıncı 14 mmHg idi. Sol göz kapak bulguları sağ göz ile paralellik göstermekle birlikte çok daha hafif ve klinik semptom vermeyecek seviyede idi. Sol gözde orta derecede lens kesafeti, -2.0 D tashihle 7/10 görme keskinliği mevcut olup fundus doğal, göziçi basıncı 15 mmHg idi. Sol perioküler bölgede ve saçlı deride postherpetik nevralji yakınması vardı ve dokunmakla ağrıları çok artıyordu. Hasta aşırı kilolu (vücut kitle indeksi 34) ve by-pass ameliyatlıydı. Nevraljisinin artması ve sol yana yatınca göğsünde rahatsızlık hissetmesi nedeniyle sürekli sağ tarafına yattığını ifade ediyordu.

Hastaya bu bulgular doğrultusunda gevşek kapak sendromu tanısı kondu. Başlangıçta tam gün, punktat epitelyopati düzeldikten sonra sadece geceleri kapama ve suni gözyaşı tedavisi ile semptomları düzeldi. Hastaya sağ üst kapak 1/3 oranında lateral tam kat eksizyon ve tarsal horizontal kama rezeksiyon uygulandı. Kama rezeksiyon uygulaması sadece limbal kenarlar hizasında, görme aksını açık bırakacak şekilde uygulandı. Ameliyat sonrası dönemde kornea epitelinin boyanmadığı ve meibomian bez orifislerinin belirginleştiği ve kapak kenarında keratinizasyonun azaldığı izlendi. Görme keskinliği, punktat epitelyopatinin düzelmesine bağlı olarak tashihle 9/10 seviyesine çıktı ve dokuz aylık takip süresince hastanın belirti ve bulgularında tekrarlama izlenmedi (Fotograf 2).

Üçte bir, tam kat kapak kısaltmasında eksize edilen kapak dokusunun histopatolojik incelemesinde; kapak kenarında hafif keratinizasyon, konjunktival vasküler dilatasyon, ödem, yer yer atrofik meibom glandlar ve kronik inflamatuvar hücre infiltrasyonu izlendi.

Tartışma : Nadir görülmesi nedeniyle ve klinik bulgular genel bir bakışla değerlendirilmediği takdirde, gevşek kapak sendromunun tanısı oldukça güçtür ve sıklıkla yanlış tanı-tedavi uygulanır. Nitekim bu olguda da geçirilmiş herpes hikayesi ile de ilişkilendirilerek iki kez herpetik keratit tedavisi uygulandığı hastanın hikayesinde mevcuttu.

Etiyoloji, tek bir faktörden ziyade muhtemelen birden fazla patolojinin birlikteliği sonucudur. Sistemik sebepler kapak gevşekliğine sebep olurken, tek taraflı yatış pozisyonu ve uykuda kapağın rahatlıkla ters dönüp korneal irritasyon ve epitelyopatiye sebep olması, gözyaşı dağılımının bozulması oftalmik semptomları açıklar gözükmektedir (2,3).

Etiyolojisi ne olursa olsun, kapama ve suni gözyaşı desteği ile semptomlar gerilese de cerrahi kaçınılmazdır ve horizontal kapak kısaltma uygulamalarından hastalar fayda görürler (4,5). Histopatolojik incelemede meibomian bezlerde atrofi, keratinizasyon, immunohistokimyasal boyama ve elektron mikroskopik incelemede tarsal elastinde azalma gösterilmiştir(6,7). Birliktelik gösteren obstrüktif uyku apne sendromu gibi durumların tedavisi ve medikal tedavi ile semptomlar gerilese de kalıcı çözüm olarak kapak sıkılaştırma uygulamaları önerilmiştir(4,5,8,9).

Bu olguda literatürde belirtilmiş olan gevşek kapak sendromu ile ilintili hastalık ve hazırlayıcı sebeplerin çoğu hastamızda mevcuttu. Bunlar, hipertansiyon, obezite, iskemik kalp hastalığı, apne sendromu ile uyumlu uyku problemleri ve sürekli tek yana yatış pozisyonu idi.

Hastanın şikayetleri blefaroplasti ameliyatından hemen sonra başlamıştı. Bu rastlantısal olabileceği gibi, sağ üst göz kapağı cildinden eksize edilen fazlalığın, kapağın kolay ters dönmesini önlediğini de

düşündürmektedir. Literatürde benzer bir durum tarif edilmemekle birlikte, kapak üzerindeki ağırlığın eksize edilmesi, sendromun semptomatik hale gelmesini kolaylaştırdığını düşündürmektedir.

Kronik keratokonjunktivit tablosu ile seyreden dermatoşalozisli olgularda, ayırıcı tanıda gevşek kapak sendromu göz önünde bulundurularak hastanın bu açıdan da değerlendirilmesi yanlış tanı ve tedavileri önleyecektir.



Fotoğraf 1: Ameliyat öncesi



Fotoğraf 2: Ameliyat sonrası dokuzuncu ay

KAYNAKLAR

1. Culbertson WW, Ostler HB. The Floppy eyelid syndrome. *Am J Ophthalmol* 1981; 92 : 568-575.
2. Langford JD, Linberg JV. A new physical finding in floppy eyelid syndrome. *Ophthalmology* 1997;105:165-169.
3. McNab AA. Floppy eyelid syndrome and obstructive sleep apnea. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 1997;13:98-114.
4. Dutton JD. Surgical management of floppy eyelid syndrome. *Am J Ophthalmol* 1985;99:557-560.
5. Moore MB, Harrington J, McCulley JP. Floppy eyelid syndrome: management including surgery. *Ophthalmology* 1996;94:184-188.
6. Gonnering RS, Sonneland PR. Meibomian gland dysfunction in floppy eyelid syndrome. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 1987; 3:99-103.
7. Netland PA, Sugrue SP, Albert DM, Shore JW. Histopathologic features of the floppy eyelid syndrome. Involvement of tarsal elastin. *Ophthalmology*. 1994; 101:174-181.
8. Bulut S, Aslan BS, Akova Y, Üstün H, Duman S. Gevşek kapak sendromu. *MN- Oftalmoloji Dergisi* 1997;4:67-69
9. McNab AA. Reversal of floppy eyelid syndrome with treatment of obstructive sleep apnoea. *Clin Experiment Ophthalmol*. 2000;28:125-126