

Fasial Paralizili Olgularda Lagoftalminin Düzeltilmesi*

Müslime Yalaz (*), Altan A.Özcan (**), Nihal Demircan (***), Meltem Yağmur (***)

ÖZET

Amaç: Fasial paralizili olgularda oküler komplikasyonları önlemek ve asimetrik görüntüyü düzeltmek.

Gereç ve Yöntem: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı 1991-2000 yılları arasında takipleri yapılabilen, kalıcı fasial paralizisi olan 25 olgu çalışma kapsamına alınmıştır. Primer cerrahi olarak 10 olguya altın implant ve lateral tarsal strip, 7 olguya üçlü prosedür (üst kapak retraktörleri resessiyonu, medial kantoplasti ve lateral tarsal strip), 4 olguya ikili prosedür (medial kantoplasti ve lateral tarsal strip) ve 4 olguya sadece lateral tarsal strip yapılmıştır. Ayrıca aynı seansta 5 olgunun kaş ptozisine ve 4 olgunun entropiumuna müdahale edilmiştir.

Bulgular: Bütün olgularda oküler iritasyon bulgularında düzelme ve değişik oranlarda lagoftalmi miktarında azalma tespit edilmiştir. 8 olguda atonik göz kapağında zaman içerisinde gelişen bulgular yeniden değerlendirilerek revize edilmiştir.

Sonuç: Fasial paralizili olgularda lagoftalminin oluşturduğu oküler komplikasyonları kombine kapak cerrahisi ile düzeltmek mümkün olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Fasial paralizisi, altın implantasyonu, üst kapak retraktör resessiyonu, lateral tarsal strip, medial kantoplasti.

SUMMARY

Management of Lagophthalmos in Patients With Facial Palsy

Purpose: To prevent the ocular complications and the asymmetrical presentation in patients with facial palsy.

Material and Method: 25 patients with the persistent facial palsy who were followed up at the department of Ophthalmology of Çukurova University Medical Faculty between 1999-2000 were taken into this study. As a primarily surgery in 10 case gold weight eyelid implantation; in 7 case triple procedure (upper eyelid retractor resection, lateral tarsal strip, and medial canthoplasty); in 4 case double procedure (lateral tarsal strip, and medial canthoplasty); and in 4 case only the lateral tarsal strip were applied. 5 cases with eyebrow ptosis and 4 cases with entropion were corrected at the same time of surgery.

Results: All cases had marked improvement of ocular irritation symptoms and a reduction in the amount of lagophthalmos.

(*) Prof. Dr., ÇÜTF Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana

(**) Uzm. Dr., ÇÜTF Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana

(***) Doç. Dr., ÇÜTF Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana

* Bu çalışma 34. Ulusal Oftalmoloji Kongresinde (1-4 Ekim 2000, Antalya) sözel olarak tebliğ edilmiş ve olgu sayısı artırılıp yayına yollanmıştır.

Mecmuaya Geliş Tarihi: 20.12.2000

Düzeltilmeden Geliş Tarihi: 18.04.2001

Kabul Tarihi: 27.04.2001

Conclusion: It would be possible to correct the ocular complications associated with lagophthalmos by combined eyelid surgery in fasial palsy.

Key Words: Fasial palsy, gold weight implantation, upper eyelid retractor resession, lateral tarsal strip, medial canthoplasty.

GİRİŞ

Fasial sinir paralizi hem fonksiyonel ve hem de kozmetik yetmezlik bulgularını ortaya çıkarmaktadır. Oküler problemler esas olarak orbikülaris oküli adelesinin paralizi sonucunda oluşmaktadır. Fasial sinir paralizi ile göz kapaklarında kapanamama, alt kapak tonusunda kaybolma, parolitik ektropium, üst göz kapağı retraksiyonu ve lakrimal pompa fonksiyonunda bozulma olur. Lakrimal sekretuar liflerdeki iletim de etkilenmişse göz kuruluğu semptomları da bu tabloya iştirak eder. Lagoftalmi sonucu korneanın açıkta kalmasına bağlı olarak minimal korneal epitelial lezyondan korneal ülserasyon ve perforasyonla sonuçlanabilecek ağır ekspoze keratit gelişebilir. Bu gibi vakalarda korneayı korumak için tarsorafiyi yapılmakla beraber tarsorafinin bazı dezavantajları ve kısıtlamaları vardır. Kozmetik olmayan bu yöntem hastaların görme alanını daraltmasının dışında bazı olgularda korneayı da yeteri kadar koruyamamaktadır.

Tarsorafiyeye alternatif olan bazı yöntemler hem korneayı koruyup hem de paralizinin neden olduğu bulguları düzeltebilmektedir. Bunlar başlıca altın implantasyon, tel askı, temporal adele transpozisyonu, medial ve lateral kantoplasti ve daha birçok yöntemi kapsamaktadır (1-8).

Bu çalışmada kalıcı fasial paralizi olan olgularda yapmış olduğumuz kombine kapak prosedürlerini ve sonuçlarını tartışmaktayız.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz hastalıkları Anabilim Dalında 1991-2000 yılları arasında kalıcı fasial paralizi nedeni ile kapak rekonstrüksiyonu yapılan ve takipleri olan 25 olgu bu çalışma kapsamı içerisine alınmıştır.

İki olgu dışındaki bütün operasyonlar lokal anestezi altında yapılmıştır. Tüm olguların rutin oftalmolojik muayeneleri yapıldıktan sonra, kapak aralığı, üst kapak kıvrımı, levator fonksiyonu, kapak retraksiyonu, parolitik ektropium, ekstraoküler hareketler, Bell fenomeni, gözyaşı fonksiyonları, lagoftalmi miktarı, kenar-refleks mesafesi değerleri preoperatif ve postoperatif dönemde kaydedildi. Her bir olgunun göstermiş olduğu bulgulara göre yapılacak prosedürler belirlendi. Primer cerrahi olarak 10 olguya altın implant ve lateral tarsal strip, 7 olguya üçlü prosedür (üst kapak retraktörleri geriletmesi, medial kantoplasti ve lateral tarsal strip), 4 olguya ikili prosedür (medial kantoplasti ve lateral tarsal strip) ve 4 olguya da sadece lateral tarsal strip yapılmıştır (Tablo 1). Yine aynı seansta 5 olgunun kaş ptosisine, 4 olgunun da entropiumuna aynı seansta müdahale edilmiştir. Takip süresi içerisinde gelişen kapak bulguları yeniden değerlendirilmiş ve 8 olguda kapak revizyonu yapılmıştır.

Hastalara uygulanan prosedürler aşağıda anlatılan şekillerde gerçekleştirildi.

Altın implantasyonu: Preoperatif dönemde olgulardaki mevcut lagoftalmiyi düzelterek ancak ptosis yaratmayacak ağırlık saptandı. Deneme setindeki ağırlıklar 0,6-1,6 gram arasında değişmekle beraber olguların büyük bir kısmında (bir olgu hariç) 1 veya 1,2 gramlık ağırlık yeterli olmuştur. Lokal anesteziyi takiben üst kapak kıvrımı yerinden küçük bir cilt ve cilt altı insizyon yapıldı. Künt disseksiyon ile tars üzerine ulaşıldı. Kırpık follüküllerine birkaç mm kalıncaya kadar tars üzerinde disseksiyona devam edildi. Altın implant 7/0 ipek ile tarsi tespit edildi, orbiküler adele 7/0 katgut, cilt 6/0 propilen ile kapatıldı.

Üçlü prosedür: Üst kapak retraktörleri geriletmesi, medial kantoplasti ve lateral tarsal strip'ten oluşmaktadır.

Tablo 1. Olgularda uygulanan cerrahi teknikler

Cerrahi Prosedürler					
Olgu sayısı	Altın ağırlık+ LTS	3'LÜ PROSEDÜR	2'Lİ PROSEDÜR	LTS	Toplam
	10	7	4	4	25

LTS: lateral tarsal strip

3'lü prosedür: üst kapak retraktör resesyonu+lateral tarsal strip+medial kantoplasti

2'li prosedür: lateral tarsal strip+medial kantoplasti

Tablo 2. Tüm olgularda fasial paralizi sebepleri

ETYOLOJİ	Otolojik- otonörolojik	Trafik kazası	Lepra	Kronik otitis media	Konjenital
OLGU SAYISI	13	6	3	2	1
TOPLAM	25				

Üst kapak retraktörleri geriletmesi: Altın implant yapılmayan olgularda yapılmıştır. Lokal anesteziyi takiben üst kapak kıvrımından cilt ve cilt altı insizyonu yapıldı. Üst kapak retraktörleri retraksiyon ve lagoftalmiyi düzelterek şekilde geriletildi ve cilt 6/0 propilen ile kapatıldı.

Medial kantoplasti: Anesteziyi takiben üst ve alt punktumun medialinden 1-2 mm kadar uzakta kapağa paralel cilt insizyonu yapıldı. Medialde bu insizyonlar birbiri ile birleştirildi. Kanaliküller prob ile korunarak yaklaşık 5 mmlik cilt altı disseksiyonu yapıldı. Önce alt kanalikülün altından ve üst kanalikülün üstünden geçen 6/0 absorbeabl suture ile cilt altı birbirine yaklaştırıldı. Daha sonra da cilt kapatıldı.

Lateral tarsal strip: Anestezi sonrası lateral kantustan horizontal cilt insizyonu yapıldı. Cilt altı disseksiyonla lateral kantal tendona ulaşıldı. Lateral kantal tendonun alt bacağı kesildi. Horizontal gevşekliği ve/veya ektropiumu düzelterek şekilde tam kat kalınlı-

ğında eksizyon yapıldıktan sonra tarsın dış kısmından bir bant hazırlanıp, üst lateral kantal tendon içerisinden geçerek veya geçmeden orbital rime 5/0 absorbe olmayan suture ile tespit edilerek yeni bir lateral kantus oluşturuldu.

Kaş ptozisi: Kaş üzerinden kaş ptozisi ve buna bağlı dermatoşalazisi düzelterek kadar kama şeklinde tam kat doku eksizyonu yapılarak cilt, kaş üst orbital rime fikse edilecek şekilde kapatıldı.

BULGULAR

Olguların 13'si erkek 12'i ise kadın olup ortalama yaşları $49,4 \pm 17$ idi. En küçük olgu 7 yaşında bir erkek çocuğu olup konjenital fasial paralizi varken, en büyük olgu 70 yaşında lepramatöz leprası olan yine bir erkek hastaydı. Olgularda fasial paralizi oluşturan nedenler; 13 olguda otolojik veya otoneurolojik tümör veya tümör cerrahisi sonrası (köşe tümörü, paratroidektomi vb), 6 olguda trafik kazası sonrası, 3 olguda lepra, 2 olguda kronik

Şekil 1a. Fasial paralizili olgunun primer pozisyonunda preoperatif görünümü

Şekil 1b. Aynı olgunun gözleri kapalı konumda preoperatif görünümü

otitis media, bir olguda ise konjenital olarak bulunmuştur (Tablo 2). 10 olguya bize başvurmada önce geçici tarsorafi, lepramatöz lepralı bir olguya ise bilateral palpebral yay konmuştu.

Kalıcı fasial paralizisi olan 25 olgunun, yapılan kombine kapak cerrahisi sonrası oküler irritasyon bulgularında düzelme oldu. Birlikte göz kuruluğu ve/veya korneal hassasiyetin azalmış olduğu olgularda daha az sıklıkta lubrikan tedaviye devam edildi. Lagoftalmi miktarı 12mm olup, altın implantasyonu yapılmış olgumuzun cerrahi öncesi ve sonrası fotoğrafları Şekil 1-2 (a-b)'de gösterilmiştir.

10 olgunun üst göz kapağına 1, 1,2 veya 1,6 gramlık altın ağırlık ve lateral tarsal strip uygulandı. Bu olgularda preoperatif lagoftalmi en az 3, en çok 12 milimetre idi. Postoperatif dönemde olguların hepsinde lagoftalmi düzeldi. Post operatif lagoftalmi miktarları 0-3 milimetre arasında değişmekteydi. Olgularda korneal kapanma sağlandı.

7 olguya üçlü kapak prosedürü uygulandı. Bu olgularda preoperatif lagoftalmi en az 3, en çok 10 milimetre idi. Olguların hepsinde lagoftalmi miktarında azalma oldu. Postoperatif lagoftalmi 0-5 milimetre arasında idi.

4 olguda alt kapaktaki gevşeklik ve medial ektropium belirgin olup, bunlara sadece ikili kapak prosedürü, yani medial kantoplasti ve lateral tarsal strip uygulanmıştır. Bu olgularda preoperatif 3 ve 5 milimetre arasın-

daki lagoftalmi postoperatif dönemde 1-2 mm arasında değişmekteydi.

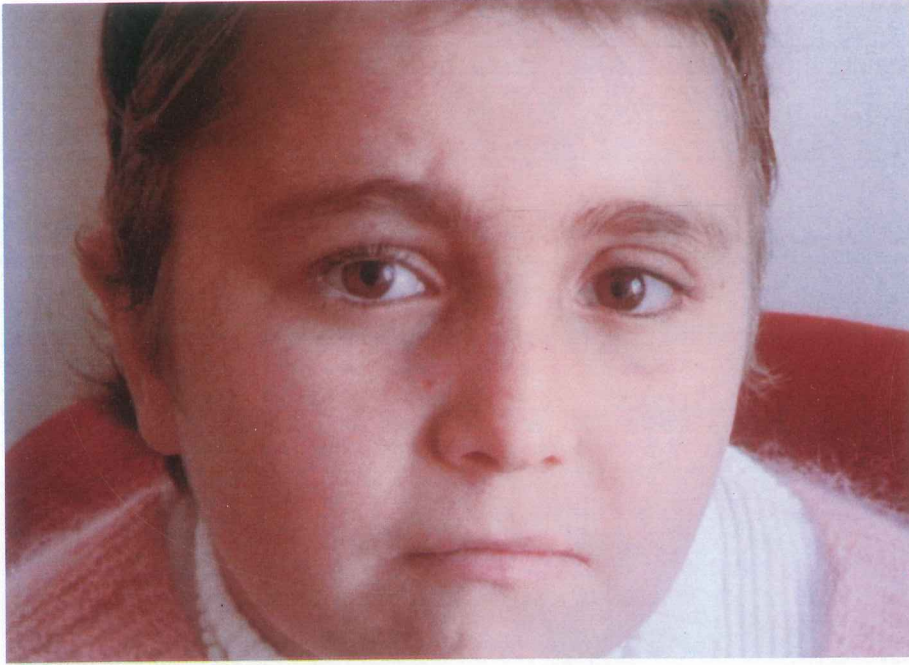
4 olguda sadece lateral tarsal strip yapılmıştır. Preoperatif lagoftalmi 3-4 mm arasında iken bu miktar post operatif 1-2 milimetre arasında idi.

Cerrahi sonrası fasial paralizisi gelişen iki olgunun aynı kapakta gelişen entropiumunu ile lepramatöz leprası olan iki olgunun dört kapağındaki entropiumuna aynı seansta müdahale edilmiştir.

Belirgin kaş ptozisi olan 5 olgunun kaş ptozisi de düzeltilmiştir. Takip içerisinde alt kapak gevşekliği veya epifora gelişen 8 olgu yeniden değerlendirilerek ya medial kantoplasti, ya da lateral tarsal askı yapılmıştır.

TARTIŞMA

Fasial paralizisi göz kapağı tonusunda azalma ve kayıp ile hareketlerinde bozulmaya neden olmaktadır. Estetik görünüm dışında fonksiyonel bozukluklara da yol açmaktadır. Paralitik lagoftalmi korneal kuruluğa, punktat keratopatiye, korneal ülserasyon ve görmenin azalmasına kadar varabilen bir dizi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Fasial paralizisi sıklıkla geçicidir ve uzun dönemde sekel minimaldir. Nadiren uzun sürer ve sekelleri ciddidir. Ayrıca lakrimasyon ve korneal hassasiyetin azalması görmeyi ciddi bir şekilde etkilemektedir. Bu çalışmaya sadece kalıcı fasial paralizisi ve buna oküler

Şekil 2a. Şekil 1a'daki olgunun altın implantasyonu sonrası durumu

irritasyon bulguları olan olgular alınmıştır. Bize başvurmadan önce 25 olgunun 10'una tarsorafi yapılmış, birine de bilateral palpebral yay implante edilmişti.

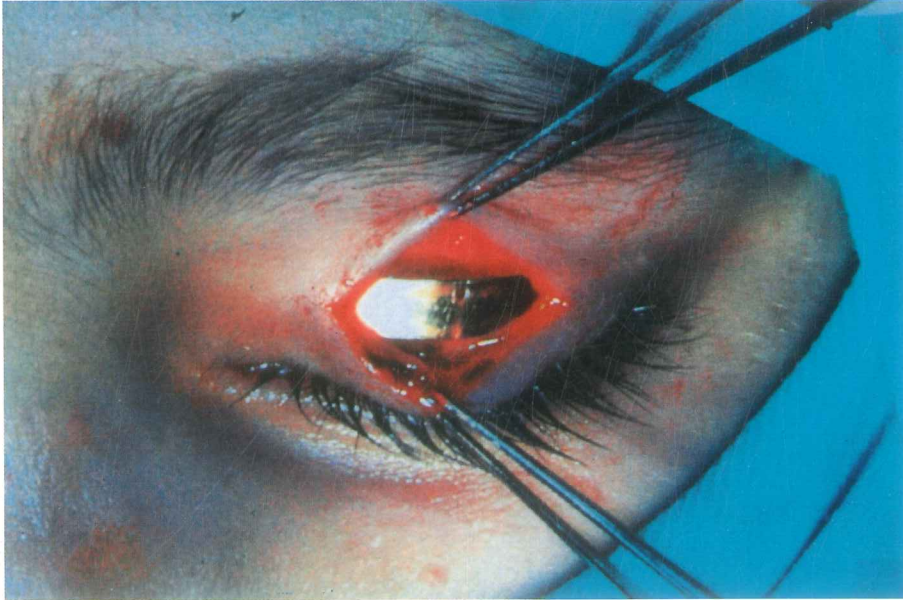
Lateral tarsorafi korneal kapanma için efektif ve emniyetli bir yöntem gibi görünmekle beraber kozmetik olmadığı gibi bazen de fonksiyonel olmamaktadır. Akut durumlarda kısa süreli kapama için üst kapağa konulacak lamellar monofilaman bir sütür alt kapağa bantlandırıldığında yeterli olabilir. Ancak uzun süreli veya kalıcı fasiyal paralizilerde lateralden yapılacak 4mmlik bir tarsorafi lagoftalminin %75'ni düzeltse bile kozmetik olmayan bir görünüm yaratmanın yanı sıra görme alanını da daraltacaktır (1). Ayrıca fasiyal paralizi ile birlikte entropium, abduzens paralizisi gibi oküler komplikasyonlar tarsorafinin etkinliğini daha da azaltmaktadır. Yine parolitik ektropium ve punktum eversiyonu üzerine tarsorafi etkili değildir. Yukarıda bahsedilen nedenlerden dolayı fasiyal paralizinin tedavisinde son yıllarda üst ve alt kapağa yapılan kombine plastik kapak prosedürleri tarsorafiyeye tercih edilmektedir (1-8).

Bu yöntemler içerisinde üst kapağa altın implante edilmesi ve lateral kantoplasti kombinasyonu komplikasyonları önlemekle kalmayıp hem fonksiyonel hemde kozmetik sonuçlar sağlamaktadır (1,2,4,5). Bu kombinasyon ile birlikte pitotik kaşın kaldırılması ve medial kantoplasti gerektiğinde yapılan yardımcı diğer yöntemlerdir. İmplantasyonda altın tercih edilmektedir. Doku

reaksiyonun düşük olmasının yanı sıra özgül ağırlığının yüksek olması ve renk uyumu altının avantajlarıdır (Şekil 3). İmplantasyon ve eksplantasyonu kolay olduğu için sadece kalıcı paralizide değil iyileşmesi uzun sürecek geçici paralizilerde de kullanmak mümkündür (2). Altına alternatif olan palpebral yaylar daha hızlı ve daha efektif bir kapama sağlarken, ekspozure ve ekstursiyon daha fazla olup teknik olarak daha güç bir prosedürdür (1). Lokal anestezi altında yapılır. Altın ağırlığa bağlı olarak gözün kapanmasını sağlar. Kapama sırasında levator adelesi gevşediğinde ağırlığın etkisi ile kapak aşağı doğru iner. Atılım nadirdir. Bizim olgularımızda altına bağlı herhangi bir komplikasyon oluşmazken en iyi kapanma bu grup olgularda sağlanmıştır.

7 olguya üst kapak retraktörleri resessiyonu, medial kantoplasti ve lateral kantal strip'ten oluşan üçlü kapak prosedürü uygulanmıştır. Bu olgulara altın implante edilmemesinin sebebi altının teminindeki güçlükten kaynaklanmıştır. Ancak bu prosedür ile de olgularımızda irritasyon bulgularını düzeltecek kadar kapanma sağlanmıştır. Yine belirgin kapak retraksiyonu olmayan olgularda medial ve lateral kantal prosedürler alt kapakta oluşan parolitik bulguları düzeltmek hem daha iyi bir kapanma sağlarken hemde epifora üzerine etkili olmuştur.

Göz kapağının kapanması için uygulanan diğer spesifik yöntemler, silikon sörklaj, palpebral yay ve tempo-

Şekil 2b. Şekil 1b'deki olgunun altın implantasyonu sonrası durumu*Şekil 3. Altın implantasyonunun peroperatif dönemde görünümü*

ral adele transpozisyonudur (1-3). İlk iki prosedürde aloplastik materyal implantasyonu yapılır. Palpebral yayın en sıkı kapamayı sağladığı bildirilmektedir. Ancak kontur anomalisi, ptozis ve ekstursiyon en önemli risklerini oluşturmaktadır. Temporal adele prosedüründe ise

otolog adele transferi uygulanır (1,3). Trigeminal motor dal aktive olduğunda göz kapağı kapanır. Hastaya göz kapağını nasıl kapatacağı öğretilmelidir. Bu hareket diğer tarafla birlikte kırpmayı sağlamaz. Bu yöntemde otolog materyal kullanıldığı için ekstursiyon veya enfek-

siyon olmaz. Günümüzde temporal adele transpozisyonu daha çok fasial sinir reinervasyonunun uygun olmadığı kalıcı fasial paralizi olan olgularda önerilmektedir. En iyi fasial sinir reinervasyonun 7-12. sinir arasındaki anastomoz ile olduğu bildirilmektedir. Bu yöntem ile fasial motor hareketler sağlanır, ancak lakrimal sekresyon sağlanmaz (1-3).

Bu retrospektif araştırmada 1991-2000 yılları arasında fasial paralizi sonrası gelişen çeşitli kapak deformitelerine uygulamış olduğumuz yöntemler sonuçları ile birlikte irdelenmiştir. Lagofthalminin düzeltilmesinde en iyi sonuç altın implantasyonu ve lateral tarsal strip yöntemi ile elde edilmiştir. Altın implantın temin edilemediği durumlarda üst kapak retraktörlerinin geriletilmesi altın implant kadar olmasa bile lagofthalminin azaltılmasında etkili bir yöntem olmaktadır. Ancak bu çalışmada da görüldüğü gibi fasial paralizde sadece üst göz kapağının kapanma fonksiyonu etkilenmemekte, kaç ptozisi, paralitiktropium, gözyaşı üretim ve drenaj sisteminde bozulma ve üst kapak entropiumu gibi bulgulara ortaya çıkabilmektedir. Dolayısıyla fasial paralizili olgularda uygulanacak cerrahi yöntemin mevcut bulguları düzeltmeye yönelik olması gerekmektedir.

Sonuç olarak kalıcı fasial paralizi olan olgularda tarsorafi yerine yapılacak olan kombine üst ve alt kapak prosedürleri hem fonksiyonel hem de estetik bir kapak oluşturma yanında ciddi oküler komplikasyonları önleyecektir.

KAYNAKLAR

1. Wesley RE, Jackson CG, Glasscock ME: Management of facial palsy. In Oculoplastic surgery. McCord CD, Tanenbaum M, Nunery WR. eds. Newyork. Third edition. Raven Press. 1995, 263-85.
2. Julian GC, hoffmann JF, Shelton C: Surgical rehabilitation of facial nerve paralysis. Otolaryngologic Clinics of North America. Rehabilitation of neurotologic disesaes. 1997; 30:5, 701-26.
3. Shindo M: Management of facial nerve paralysis. Otolaryngologic Clinics of North America. Salivary glands disease. 1999.32:5, 945-64.
4. Catalano PJ, Bergestein MJ, Biller HF: Comprehensive management of the eye in facial paralysis. Arch Otolaryngol Head Neck surg. 1995.121,81-86.
5. Foda HMT: Surgical management of lagophthalmus in patients with facial palsy. Am J Otolaryngol. 1999.20-6,391-95.
6. Shaw GY, Khan J: The management of ectropion using the tarsoconjunctival composite graft. Arch Otolaryngol Head Neck surg. 1996. 122, 51-55.
7. Castroviejo-bolibar M, damborena A, Fernandez-Vega A: Surgical repair of paralytic lagophthalmus by medial tarsal suspension of the lower lid. Br J Ophthalmol.1996. 80, 708-12.
8. Gilliland GD, Wobig JL, Dailey RA: A modified surgical technique in the treatment nerve palsies. Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 1998. 14:2, 94-8.