

PERİFERİK FASİYAL PARALİZİLİ OLGULARDA ÜST GÖZ KAPAĞININ ALTIN İMPLANTASYONU İLE REHABİLİTASYONU

REHABILITATION OF THE UPPER EYELID WITH GOLD WEIGHT IMPLANTATION IN THE PATIENTS WITH FACIAL PARALYSIS

**Dr. Yücel R. ANADOLU (*), Dr. Babür KÜÇÜK (*), Dr. Emre VURAL (*),
Dr. İrfan YORULMAZ (*), Dr. Metin AKINER (*), Dr. Tevfik AKTÜRK (*),
Dr. Çetin CUHRUK (*)**

ÖZET : Periferik fasial paralizilerde oluşan, geçici veya kalıcı üst göz kapağı felci gözde kuruluk, yanma-batma hissi, konjunktivit ve keratit gibi sorunların yanı sıra kozmetik ve psikolojik bozukluklara da yol açmaktadır. Üst göz kapağı felcinin rehabilitasyonunda birçok yöntem denenmiştir; gözü koruma amacıyla tarsorafiyi en sık kullanılan yöntem olmakla beraber, fonksiyonel ve dinamik bir yöntem değildir. Bu çalışma, üst göz kapağına altın implant uygulanmasının, fonksiyonel ve kozmetik sonuçları açısından tarsorafiyeye karşı üstün bir yöntem olduğunu göstermektedir.

Anahtar Sözcükler : Periferik Fasial Parilizi, Altın İmplantasyonu, Üst Göz Kapağı

SUMMARY : Temporary or permanent facial paralysis of peripheral type can cause serious eye complaints such as conjunctivitis and keratitis, cosmetic and psychological problems. Many methods are practiced for the rehabilitation of facial paralysis; tarsoraphy is the classical and most widely used method for the protection of the eye but, it is not a functional and dynamic method. This study indicates that gold weight implantation for the rehabilitation of the upper eyelid is a superior method compared to tarsoraphy with respect to the functional and cosmetic results.

Key Words : Facial Paralysis, Gold Weight Implantation, Upper Eyelid.

GİRİŞ

Çeşitli sebeplerle oluşan geçici veya kalıcı periferik fasial paraliziler (PFP) yüzde fonksiyonel ve kozmetik görünüm bozukluklarına yol açmaktadır (1). Bell paralizisi, kronik otitis media, temporal kemik kırıkları, sinirin primer veya metastatik tümörleri ve cerrahi travma sonucunda gelişen PFP'de en önemli fonksiyonel ve kozmetik bozukluklardan biri de üst göz kapağı paralizisidir. (4-, 8). Yeterli korneal korunmanın sağlanamaması nedeniyle gözde kuruluk, yanma-batma hissi, konjunktivit ve körlüğe kadar varabilen keratit gelişebilmektedir (1, 4, 8). Fonksiyonel bozuklukların yanısıra kozmetik ve buna bağlı olarak da psikolojik sorunlar hasta için gündeme gelmektedir (8).

Üst göz kapağının kapanmasını sağlamak için; tarsorafiyi, yay, kartilaj implantasyonu, alt göz kapağının gerginleştirilmesi, pediküllü veya serbest adale transpozisyonları, fasial siling, silastik protez ve cerrahi yöntemler uygulanmakta ve bu şekilde sorunlar kalıcı hale gelmeden, erken dönemde çözüm aranmaktadır (7, 8). Erken tedavi yöntemleri arasında en kolay uygulanabilen yöntemin, göz kapağına altın ağırlığın implantasyonu olduğu bilinmektedir (4, 8). Üst göz kapağına altın ağırlık implantasyonu ilk kez 1958'de Illig tarafından tanımlanmıştır. Daha sonra 1966'da Smellie, 1970'de Pellegrini, 1974'de Jobe ve 1987'de Mark May altın implantasyonunu yoğun bir şekilde uygulamaya koymuşlardır (2, 7).

Bu çalışmada, PFP'de üst göz kapağına uygulanan altın implantasyon tekniği ve bu yönte-

(*) A.Ü.T.F. Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı ANKARA

min avantaj ve dezavantajları ile kısa dönem sonuçları tartışılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Ekim 1994 Mart 1995 tarihleri arasında, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı'na periferik fasial paralizi ile başvuran 9 olgu çalışmaya dahil edilmiştir.

Olguların primer patolojileri, fasial paralizi sebepleri, göze ilişkin yakınmaları, kullanılan implantların ağırlıkları ve reanimasyon sonuçları Tablo I'de verilmiştir.

denenir ve en uygun ağırlık belirlenir. İmplantların hepsi eldeki bir örnekten kuyumculara yaptırılmıştır ve etilen oksit gaz sterilizasyonu ile sterilize edilir. Ortalama kullanılan ağırlık erkeklerde 1.2 gram, kadınlarda ise 1.0 gram'dır.

Cerrahi Teknik

Olgularımızdan biri hariç, tümüne lokal anestezi ile implantı uyguladık, ilk olgumuzda ise kalıcı PFP nedeniyle ağız köşesine uyguladığımız masseter adale transpozisyonu ve altın implantı genel anestezi altında uyguladık.

Tablo I : Üst göz kapağına altın implant yerleştirilen 9 hastaya ait klinik bilgiler

Olgu No.	Yaş/ Cins	Fasial paralizinin nedeni	Fasial Sınır lezyonu	Göze ait sorunlar	İmplantasyon Zamanı	İnterpalpebral açıklık (mm.)		İmplant ağırlığı (gram)	Takip ve Komplikasyon
						Preop	Postop		
1	33/E	Radikal parotidektomi	Tam kesi	Kseroftalmi	Postop 1. ayda	4	1	1.2	6 ay - sorun yok
2	65/K	Radikal parotidektomi	Tam kesi	Kseroftalmi	Postop 2. haftada	4.3	0	1.1	Takipsiz
3	32/E	İdiopatik	Ağır denervasyon	Kseroftalmi konjuktivit	Postop 2. ayda	5	0	1.2	3 ay - sorun yok
4	40/E	Temporal kemik rezeksiyonu	Tam kesi	Kseroftalmi konjuktivit	Postop 2. haftada	3.8	1	1.3	3 ay - sorun yok
5	65/E	Temporal kemik rezeksiyonu	Tam kesi	Kseroftalmi konjuktivit	Postop 6. ayda	4.6	0	1.1	1 ay - sorun yok
6	61/K	Köşe tümörü rezeksiyonu	Tam kesi	Keratit	Postop 1. ayda	5.4	0	1.1	3 ay - üst palpebral retraksiyona bağlı olarak implantasyon başarısız
7	19/K	İdiopatik	Ağır denervasyon	Kseroftalmi konjuktivit	2. ayda	4	0	1.0	1 ay - sorun yok
8	62/E	Parotiste malign tümör	Tam kesi	Kseroftalmi konjuktivit	Postop 15. günde	3	0	1.2	1 ay - sorun yok
9	33/E	Konjenital	Ağır denervasyon	Kseroftalmi	33. ıylda	4	0	1.2	1 ay - sorun yok

İnterpalpebral açıklık : Orta hatta üst ve alt kirpik çizgileri arasındaki mesafe

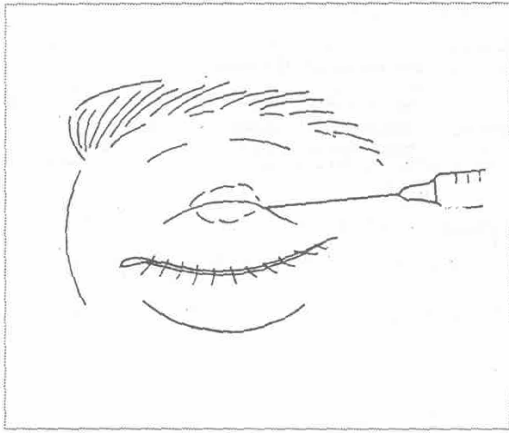
Preoperatif ve postoperatif dönemlerde üst göz kapağındaki kapanmayı saptamak için üst ve alt göz kapakları kirpik hattı arasında kalan mesafe kumpasla milimetre cinsinden ölçülerek foto-dökümantasyon yapıldı.

İmplant

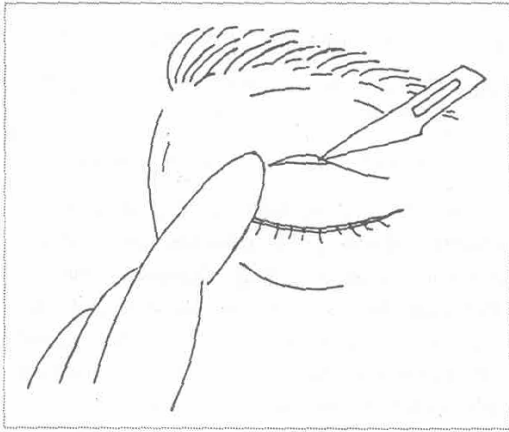
Altın implant 1 mm. kalınlığında, 5 mm. genişlikte ve 0.8-1 cm. uzunluğunda, köşeleri yuvarlatılmış dikdörtgen prizma şeklindedir. Üzerinde implantı suturele tespit etmek için 3 delik vardır (Resim 1). Altın implant en saf olarak bulunan 24 karat (24K) altından hazırlanmaktadır. Kullanılacak olan altın implantın ağırlığı, ameliyat öncesi, hazırlanmış olan ağırlıkların üst göz kapağının orta kısmına flasterle yapıştırılarak

İmplant uygulanacak göz kapağı steril koşullarda hazırlanıp, örtüldükten sonra topikal anestetik madde (oksibuprocain-hidroklörür %0.4) göze damlatılır. İnfratroklear siriir blokajı yapılır. Üst göz kapağı üzerinde, tarsal-supratarsal kıvrımlar içine 1/100.000 'lik adrenalın içeren %2'lik Lidokain Hidroklörür 1 cc. infiltre edilir (Şekil 1a). Takiben supratarsal kıvrım üzerine, horizontal olarak, medial ve lateral kantus arasındaki mesafenin tam ortasından 1 cm. boyutlu insizyon yapılır (Şekil 1b), Cilt-ciltaltı geçilerek orbikularis okuli kası bulunur ve levator adelenin aponevrozu da geçilerek altındaki tarsal plate bulunur (Şekil 1c). Tarsal plate üzerinde, altın implantın içine sığacağı bir cep oluşturulur, implant, hazırlanan posa ko-

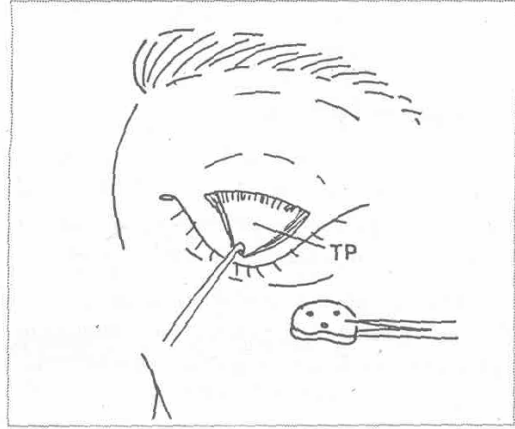
nur ve üzerindeki deliklerden 7/0 monofilament-absorbe olmayan kalıcı naylon iplikle tespit edilir (Şekil 1d). İmplantın kırpık çizgisinden 3 mm. yukarıda olmasına ve tespit suturelerini tarsal plate içinden derin geçirilmesine dikkat edilmelidir (Şekil 1e). Takiben cilt, 7/0 monofilament absorbe olmayan naylon materyalle primer olarak suture edilir (2, 4, 7, 5, 6). İmplantın postoperatif dönemde göz kapalı ve açıkken ciltaltındaki pozisyonu Şekil 1f ve g'de gösterilmiştir.



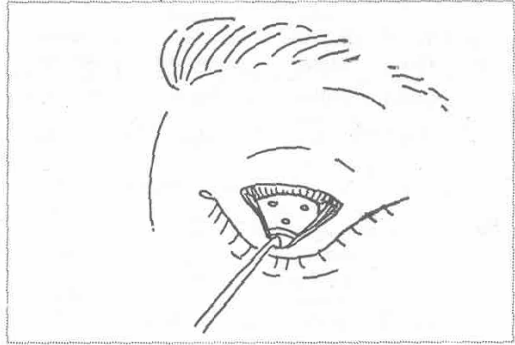
Şekil 1a



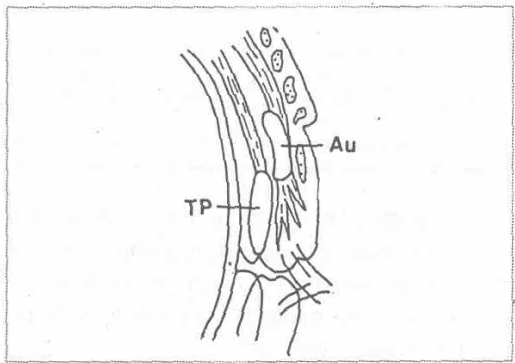
Şekil 1b



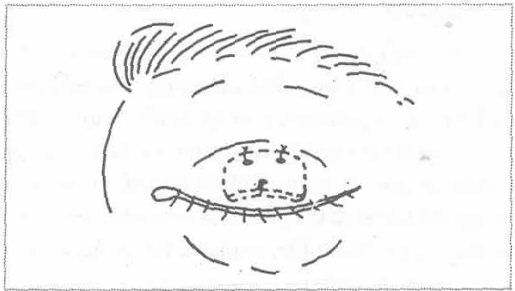
Şekil 1c



Şekil 1d



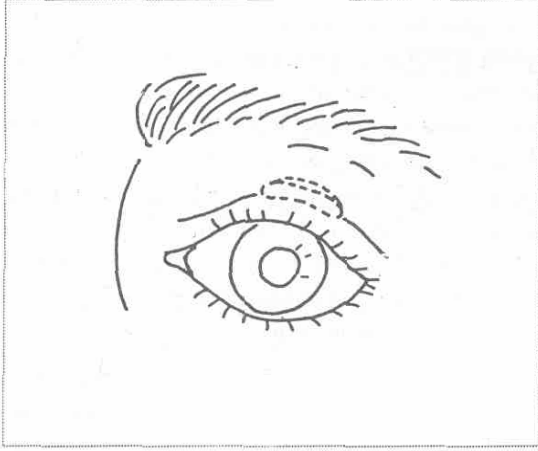
Şekil 1e



Şekil 1f

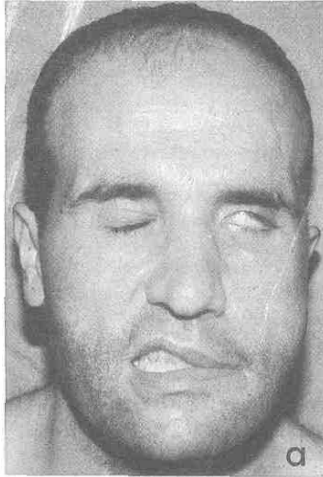
6 aydır uyguladığımız bu yöntemde ortalama takip süremiz 2.1 aydır. Olguların takip süre ve sonuçları Tablo I'de verilmiştir.

Hastaların uygulama öncesi gözlerini kapatmaya çalıştıklarında ortalama 4.2 mm. olan açıklığın, implant sonrasında ortalama 0.2 mm.'ye inmesi, korneal korunmanın sağlanması



Şekil 1g

ve hastaların şikayetlerinin gerek fonksiyonel, gerekse de kozmetik ve psikolojik açıdan düzelmesi başarı olarak değerlendirildi. (Resim 2). Ol-



Şekil 2 : Periferik fasial paralizili hastanın üst göz kapağına altın implantasyondan önce ve sonraki görüntüsü a. Fasial sinir kesisi olan 1 no.lu olguda fasial paraliziyeye bağlı üst göz kapağının fonksiyonel ve kozmetik bozukluğu. b. 3 no.lu olguda sağ göz kapağına altın implantasyondan sonra göz kapatıldığında interpalpebral açıklığın kaybolması. c. Aynı hastada göz açıldığında her iki üst göz kapağının simetrik konumu.

gulardan hiçbirinde göz kapağında düşüklük olmadı. Kozmetik olarak da olguların tümü işlemten memnundu. Cerrahi teknik ve altın implantın fonksiyon görmesi açısından basan oranı %90'ın üzerindedir. Hastaların üst göz kapağı fonksiyonları ve daha önceki şikayetlerinin olmaması açısından da %90'ın üzerinde başarı sağlanmıştır.

TARTIŞMA

PFPl olgularda gözün korunması, rehabilitasyonda önemli bir yer tutmaktadır. Fasial paralizilerde reanimasyon tekniğinin seçiminin yanısıra önem taşıyan bir diğer faktör de zamanlamadır (3, 8). Erken dönemde iyileşme elde edilebilecekse (15 gün - 1 ay) altın implant uygulamasına gerek duyulmamaktadır. Sadece medikal yöntemlerle göz bakımı yeterlidir (3). Ancak, yoğun bir medikal göz bakımına karşın sınırdaki veya intermitan keratit gelişmiş ve paralizisi olan olgular ve iyileşmenin geç olacağı ağır aksonal harabiyetli olgularda üst göz kapağı hemen rehabilite edilebilir. Sinir kesisi ya da kısmi hasan söz konusu olduğunda sinirin primer taminin yanısıra rehabilitasyon derhal yapılmalıdır (3). Kartush ve ark'na göre gecikmeli bir iyileşme söz konusu olacaksa en erken zamanda üst göz kapağı rehabilite edilmelidir (2). Erken dönemde uygulama, korneal koruma ve kozmetik açıdan da daha iyi sonuçlar verecektir (3). Ameliyat öncesinde sinir rezeksiyonu da planlanıyor ya da kaçınılmaz görünüyorsa, implantın ağırlığının seçimi ameliyat öncesinde sinirin temporal dalının %0.5'lik lidokainle blokajı ile geçici paralizisi oluşturarak yapılabilir (3). Eğer sinir kesisi yapılacağı, preoperatif dönemde saptanamıyorsa postoperatif en erken dönemde implant uygulanmalıdır (3). Orbikularis okuli adalesinin fonksiyonu geri döndüğünde ise implant lokal anestezi altında kolaylıkla çıkarılabilir.

Tarsorafî ve diğer medikal yöntemler kozmetik sorunlar doğuran, hasta tarafından kabullenmesi güç yöntemlerdir ve oküler bazı komplikasyonların doğmasına sebep olabilmektedir (4, 5). Tarsorafî, PFPl olguların rehabilitasyonunda uygulanan daha çağdaş yöntemlere yerini bırakmaktadır. Bunun en önemli nedeni, tarsorafinin dinamik değil statik bir yöntem ola-

rak karşımıza çıkmasıdır (5). Kozmetik açıdan oluşturduğu sorunların yanısıra, hastanın geçici de olsa görmesini engelleyen bir yöntemdir; lateral veya medial tarsorafide her iki yönde görüş engellenir (5). Her ikisi birlikte uygulandığında yukarı bakış da engellenmektedir. Öte yandan, zamanla entropion ve göz küresinde irritasyon ve göz kapağında epitelyal kistlere sebep olabilmektedir (4). Kozmetik açıdan sorun yaratan ve görüş alanını kısıtlayan bir yöntem olmasına ek olarak reanimasyon sağlamayan statik bir yöntemdir (7).

Tarsorafiyeye alternatif olarak günümüze dek çeşitli protez ve yöntemler kullanılmıştır. Bunlar; göz kapağına tantalum gauze mesh, silikon elastik stripler, üst ve alt göz kapağına minknatis uygulaması, açık ve kapalı tel-yay uygulamalarıdır (2). Bu teknikler gerek takip, gerekse de uygulama itibarıyla zor yöntemler olup, genellikle revizyon gerektirirler (2). Üst göz kapağına altın ağırlık uygulaması yoluyla elde edilen cerrahi rehabilitasyon, gözün fonksiyonel ve estetik rehabilitasyonunda tarsorafiyeye karşı iyi bir alternatif yöntemdir (3). Yukarıda belirttiğimiz yöntemlerin sebep olduğu kısıtlama ve sorunlar üst göz kapağına altın implant uygulaması ile ortadan kalkmaktadır. (4, 5, 8). Yer çekiminin ile çalışan, göz kapağına yerleştirilen altın ağırlık gözün rehabilitasyonu için dinamik bir yöntemdir (2). Gözün normal fonksiyonunun korunması, görmenin engellenmemesi ve kozmetik sorun yaratmaması en önemli avantajıdır. Yerçekimi etkisiyle çalışması, buna alternatif bir diğer üst göz kapağı reanimasyon tekniği olan yay uygulamasına karşı en önemli dezavantajıdır (2). Hasta supin pozisyonda yatarken gözün kapanmaması bir dezavantajdır (5). Ancak olgularımızda bu sorunu, yüksek ya da birden fazla yastık kullanarak, başı yükseltmek ve öne fleksiyonla 180 dereceden dar bir açı konumuna getirerek çözümledik.

Çalışmamızda kullanılan %99.99 saflıktaki altın implantlara (24 karat) karşı organizmanın çok düşük immün reaksiyon gösterdiği bilinmektedir. Rengi nedeniyle de cild altında dışarı-

dan göze batmamaktadır. Yabancı cisim reaksiyonu ve rejeksiyon olgularımızın hiçbirinde oluşmamıştır. Literatürde belirtilen implant migrasyonu veya ekstrüzyonu implantın iyi tespit edilmediği olgularda görülmektedir (6). Altının kitesinden doğan üst göz kapağında hafif bir şişlik-kabartı ve nadiren görülebilen bir hafif bir pitoz hastalarda görüntü açısından sorun yaratabilmekle beraber, olgularımızın hiçbirinde bu yönde bir şikayet olmamıştır.

Sonuç olarak, altın implantasyonu kolay uygulanabilir, reversibl, komplikasyon oranı düşük, güvenilir yöntemdir. Zamanla düzelme potansiyeli olan PFP'de de uygulanabilmesi en önemli avantajıdır. Erken implantasyon keratit riskini azaltmakta, medikal tedavi için göz damlaları ve pomadların oluşturduğu rahatsızlık hissini ortadan kaldırdığından anatomik olduğu kadar, fonksiyonel ve kozmetik açıdan da hastanın tatminini sağlayan dinamik bir yöntemdir.

Yazışma Adresi : Dr. Yücel ANADOLU
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
İbni Sina Hastanesi
Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı
Samanpazarı- ANKARA

KAYNAKLAR

1. FREEMAN S, THOMAS R, SPECTOR G. et al : Surgical Therapy of the Eyelids in Patients With Facial Paralysis. Laryngoscope 100 : 1086 - 96, 1990.
2. KARTUSH JM., LINSTROM CJ., McCANN PM., et al. : Early Gold Weight Eyelid Implantation for Facial Paralysis. Otolaryngol Head Neck Surg 103 : 1016-1023, 1990.
3. MAAS CS., BENECKE JE. HOLDS JB, et al. : Primary Surgical management for rehabilitation of the Paralyzed Eye. Otolaryngol Head Neck Surg 110 : 288 - 295. 1994.
4. MAY M. : Gold Weight and Wire Spring Implants as Alternatives to Tarsoraphy. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 113: 656-660, 1987.
5. MAY M. : Reanimation of the Paralyzed Eyelid Following Cancer Surgery. Head and Neck Cancer 1 : 489-492. 1985.
6. MAY M., SOBOL S ; Reanimation of the Paralyzed face Without The Facial Nerve. Sekhar LN, Janecka IP (eds) : Surgery of the Carinal Base Tumors. Raven Pres. New York, 1993. pp 449-459.
7. SOBOL SM., ALWARD PD. ; Early Weight Lid implant For Rehabilitation of Faulty Eyelid Closure With Facial Paralysis : An Alternative to Tarsoraphy. Head & Neck 12 : 149 -153, 1990.
8. SOBOL SM., MAY M., MESTER S. : Early Reanimation Following Radical Parotid and Temporal Bone Tumor Resections. Am J Surg 160 ; 382 -386, 1990.