

PERİFERİK FASİYAL PARALİZİDE ÜST GÖZ KAPAĞININ TEL-YAY İMPLANT İLE REHABİLİTASYONU (Ön Çalışma)

UPPER EYELID REHABILITATION WITH WIRE-SPRING IMPLANTS IN PATIENTS WITH
PERIPHERAL FACIAL PARALYSIS
(A Preliminary Report)

**Dr. Yücel ANADOLU (*), Dr. Emre VURAL (*), Dr. Metin AKINER (*),
Dr. Tevfik AKTÜRK (*), Dr. Rıza KESER (*)**

ÖZET : Periferik fasial paralizi (PFP) olgularında palpebral disfonksiyona bağlı olarak keratid gelişme riski ve kötü kozmetik, görünüm söz konusudur. Keratid oluşmasını önlemek için medikal yöntemler ile tarsorofi başta olmak üzere birçok cerrahi tedavi yöntemi uygulanmaktadır. Bu yöntemlerden üst göz kapağına tel-yay implantasyonu ucuz ve reversibl olan, kolay uygulanan, kozmetik açıdan tatminkar, postoperatif dönemde hemen sonuç veren ve önemli komplikasyonlara yol açmayan bir yöntemdir. Bu çalışmada, yay implantasyonu ile üst göz kapağı rehabilitasyonu yapılan PFPl 5 olguda cerrahi teknik ve sonuçlar anlatılarak bu tekniğin avantaj ve dezavantajları tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler : Periferikfasial paralizi, üst göz kapağı, yay implantasyonu

SUMMARY : The most important problems of patients with peripheral facial paralysis are poor cosmesis and keratitis which may occur secondary to the upper eyelid disfunction. Many surgical techniques are used for rehabilitation of the upper eyelid in patients with peripheral facial paralysis. Wire-spring and gold weight implantations are preferred because of their cost effectiveness, reversibility, low complication rates, better cosmesis and early functional results in the postoperative period. In this study, surgical technique, advantages and disadvantages of wire-spring implantation is discussed in jive patients with peripheral facial paralysis.

Key Words : Peripheral facial paralysis, upper eyelid, wire - spring implantation

GİRİŞ

Periferik fasial paralizili (PFP) hastalarda, orbikularis okülü kasının paralizisi ve lakrimasyonda azalma konjonktiva ve korneayı dış etkenlere karşı korunmasız hale getirmektedir. Buna bağlı olarak gözde yanma-batma hissi, konjonktivit, keratit ve tedavi edilmemiş olgularda körlük ortaya çıkabilir (4, 5, 6, 7). Bu komplikasyonların oluşmasını veya ilerlemesini önlemek için, PFP'li olgularda tarsorafı, üst göz kapağına kas transpozisyonları ile kartilaj, mknatis, altın veya tel-yay implantasyonları tercih edilen yöntemlerdir (4, 5, 10). Bu çalışmada tel-yay implantasyonu uygulanan 5 PFP olgusunda

yay implantasyon tekniği ile bu tekniğin kozmetik ve fonksiyonel sonuçları bildirilerek avantaj ve dezavantajları tartışılmıştır.

YÖNTEM ve GEREÇLER

Haziran 1995-Ekim 1995 tarihleri arasında periferik fasial paralizi nedeniyle kliniğimize başvuran 5 hastaya yay implantasyonu ile üst göz kapağı rehabilitasyonu uygulandı. Hastaların yaşları 39 ile 63 arasında, ortalama 46.4 idi ve hastaların 3'ü kadın, 2'si erkekti. Hastalar 3 ile 5 ay arasında değişen sürelerde, ortalama 3.6 ay takip edildi. Operasyon öncesi tüm hastaların üst göz kapağında retraksiyon mevcuttu. Hastaların yaş, cins, PFP'ye yol açan etyolojik nedenler, göze ait sorunları, paralizinin başlan-

(*) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı . ANKARA

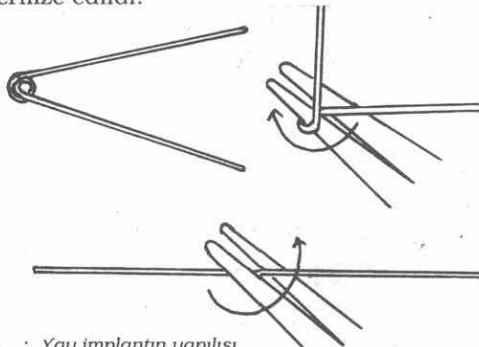
gıcından implantasyona kadar geçen süreleri, preoperatif ve postoperatif interpalpebral açıklıkları, takip süreleri ve komplikasyonlar Tablo l'de gösterilmiştir. Her hastada preoperatif ve eğer varsa postoperatif interpalpebral açıklık, medial ve lateral kantuslar arasındaki uzaklığı

infiltrasyon anestezisi yapıldı. Orbita lateral kenarı üzerine de lokal anestetik infltre edildikten sonra supratarsal kıvrımın orta 1/3 lük bölümüne 1-1.5 cm. uzunluğunda horizontal insizyon yapılarak cilt ve ciltaltı geçildi. Orbikularis oküli kası diseke edilerek tarsal plate'e ulaşıldı

Tablo 1						
Yaş ve Cins	PFP etyolojisi	Göze ait patoloji	Paralizinin başlangıcından implantasyona kadar geçen süre	Preop/postop interpalpebral açıklık (mm)	Takip	
63/K	İdiopatik	Kseroftalmi	1 yıl	5/1	3. ayda yay protrüzyonu	
44/K	Glomus tümörü	Kseroftalmi Konjonktivit	21 yıl	4/0	3. ay - sorun yok	
41/E	Temporal farktür	Kseroftalmi	3 ay	5/0	5. ay - sorun yok	
39/E	İdiopatik	Konjonktivit	8 ay	4/0	4. ay - sorun yok	
45/K	İdiopatik	Konjonktivit	11 ay	5/0	3. ay - sorun yok	

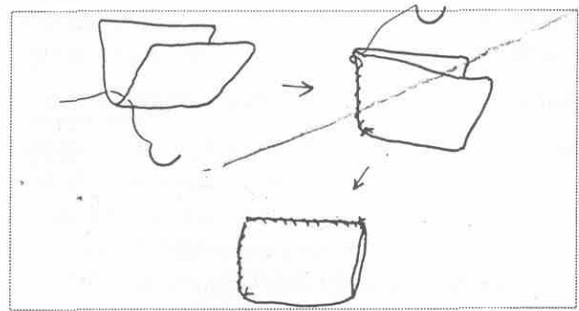
tam orta noktasından kumpas ile ölçülerek kaydedildi.

Yay implant : Yay implantın yapılmasında 0.25 mm. çapında paslanmaz çelik tel (HI-T II Round Wire, size : 0.010 inch, Unitek/3M Monrovia, California U.S.A) kullanıldı. Bu telden her iki kolu 4'er cm. ve kollar arasındaki açı 60 derece olan tel-yay bir tel bükücü yardımıyla hazırlandı (şekil 1). Yay implantasyonu sırasında yayın üst göz kapağında serbest kalacak ucuna geçirilmek üzere dakron vasküler greft materyalinden 3x2 mm. boyutlarında bir kesecik oluşturuldu (Şekil 2). İmplant ve kese etilen oksit gazı ile sterilize edildi.



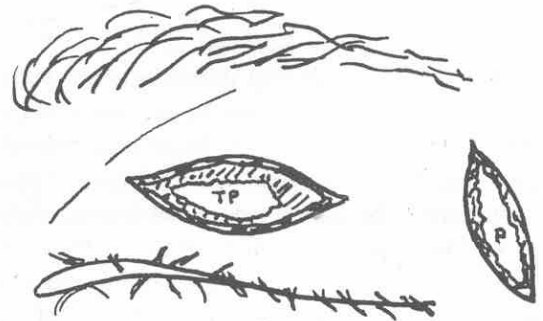
Şekil 1 : Yay implantın yapılışı

Yay implantasyon tekniği : İmplant uygulanacak göze topikal anestezi amacıyla 3-4 damla %4 oksibuprocaine HCl damlatıldıktan sonra steril koşullarda hasta örtüldü. Supratarsal kıvrımın orta 1/3 lük bölümüne 1-2 cc., 1/100000 adrenalın içeren %2'lik lidokain hidroklorid ile



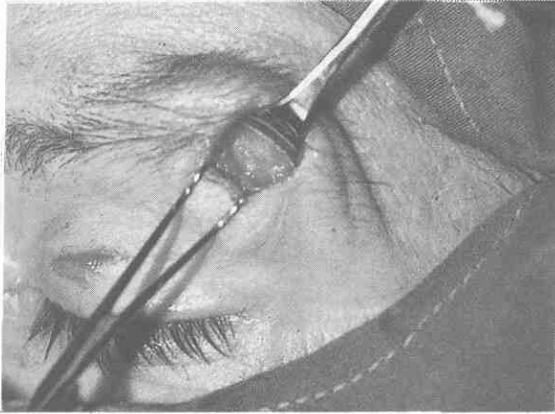
Şekil 2 : Dakron kesenin yapılışı

ve tarsal plate ile orbikularis oküli kası arasında dakron kesenin sığacağı genişlikte bir cep oluşturuldu. Ardından orbita lateral kenarına 2 cm.



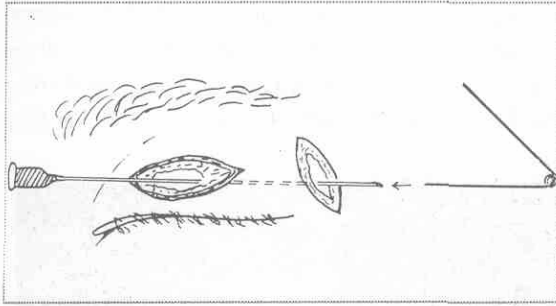
Şekil 3 : Üst göz kapağı ve orbita lateral kenarındaki insizyonlar

uzunluğunda insizyon yapılarak periosta ulaşıldı (Resim 1) (şekil 3). Tarsal plate'in yüzeyinde kalmak koşuluyla dakron kese cebinin lateral sınırından 19 numara spinal iğne sokularak



Resim 1 : Supratarsal kırım ve orbita lateral kenarı üzerindeki insizyonlar

ucu orbita lateral kenarına yapılan insizyondan çıkartıldı (şekil 4) (Resim 2). Böylelikle tarsal

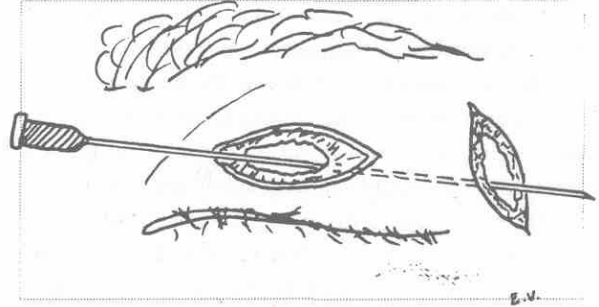


Sekil 4 : Lomber ponksiyon iğnesinin tatbiki



Resim 2 : Lomber ponksiyon iğnesinin tatbiki

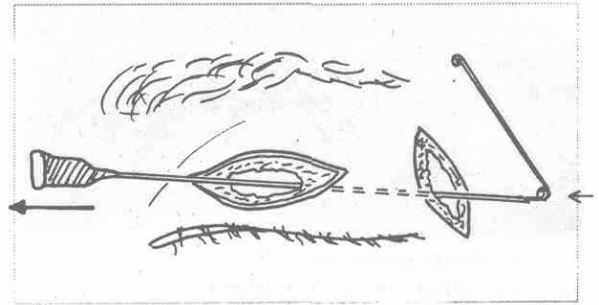
plate üzerindeki cep ile orbita lateral kenarı arasında ince bir tünel oluşturuldu. Spinal iğnenin içindeki rehber çekildikten sonra iğnenin ucuna yay implantın üst göz kapağına yerleşecek kolu sokuldu (şekil 5) (resim 3). Spinal iğne geri çekildi ve yayın kolu tünelden geçirilmiş oldu (şekil 6). Yay implantın köşesi orbita lateral kenarı üzerine ve lateral kantus seviyesinin hemen üzerinde periosta 3 adet ince (7/0) monoflaman



Sekil 5 : Yay implantın göz kapağında kalacak olan kolunun lomber ponksiyon iğnesinin ucuna takılması

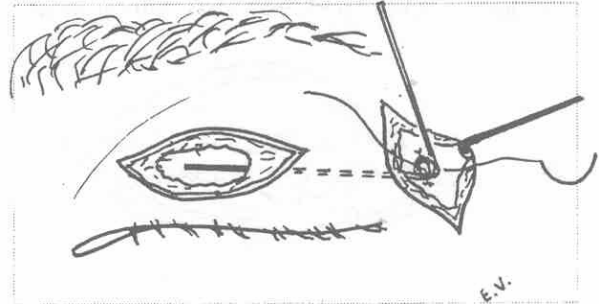


Resim 3 : Yay implantın göz kapağında kalacak olan kolunun lomber ponksiyon iğnesinin ucuna takılması



Sekil 6 : Lomber ponksiyon iğnesinin geri çekilmesi ve yayın kolunun üst göz kapağına yerleştirilmesi

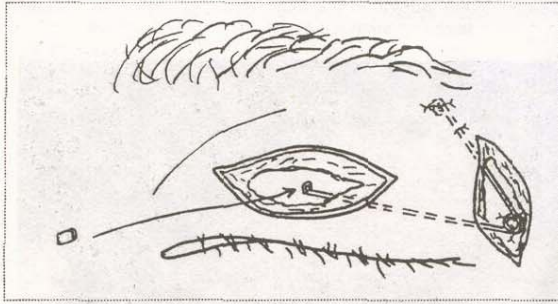
naylon suture ile tespit edildi (şekil 7). Yayın her



Sekil 7 : Yay köşesinin orbita lateral kenarı üzerinde periosta tespiti

iki ucu halka şeklinde bükülerek dışarıda kalan

kol orbita lateral kenarının periostu üzerine yerleştirilip parmakla sabitlendi ve hastaya gözünü açıp kapatması söylenmek suretiyle periosta suturele tespit edileceği konum belirlendi. Yayın üst kolu belirlenen konumda ucundaki halkadan periosta 7/0 monofilaman naylon suturele tespit edildikten sonra yayın üst göz kapağında kalan ve halka şeklinde bükülen ucuna dakron kese geçirildi (şekil 8) (resim 4). Kesenin ortasından

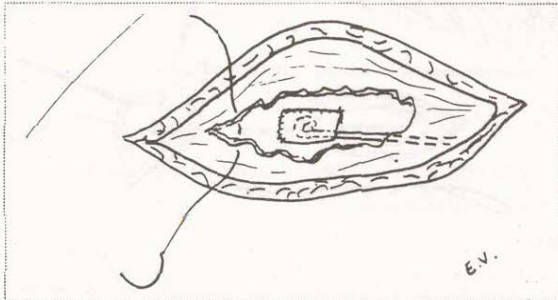


Şekil 8 : Dakron kesenin yayın ucuna takılması



Resim 4 : Dakron kesenin yayın ucuna takılması

ince monofilaman naylon materyalle tek suture geçilerek dakron kese yayın ucuna tespit edildi. Yayın kese geçirilen ucu tarsal plate üzerinde açılan cebe yerleştirilerek üzerine orbikularis okülü kası örtüldü (şekil 9). Orbita lateral kenarındaki ve üst göz kapağındaki insizyonlar tek tek ince monofilaman suturelerle kapatıldı (şekil 10).



Şekil 9 : Kese takılmış yay kolunun orbikularis okülü kası ile örtülmesi

Şekil 10: İnsizyonların kapatılması. Çizim, gözün üst kısmında insizyonların kapatılmasını göstermektedir.



Şekil 10 : İnsizyonların kapatılması

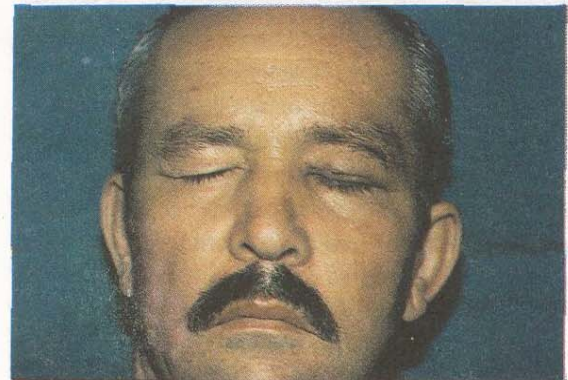
BULGULAR

Yay implantasyonu uygulanan 5 hastanın preoperatif interpalpebral açıklıkları 4 mm ile 5 mm arasında değişmekteydi (Ort:4.6 mm) (Resim 5). Bu hastalardan 4'ünde postoperatif dö-



Resim 5 : Yay implantasyonu öncesi sol üst göz kapağının durumu (interpalpebral açıklık : 5 mm.)

remde interpalpebral açıklığın tamamen kapandığı görülmüştür (Resim 6). 1 hastada ise postoperatif



Resim 6 : Sol üst göz kapağının erken postoperatif görünümü

peratif dönemde 1 mm. interpalpebral açıklık kalmıştır ve bu hastada postoperatif 3. ayda kozmetik deformiteye ve fonksiyon kaybına yol açan implant protrüzyonu ortaya çıkmıştır. Bu hasta implantın yeniden yerleştirilip ayarlanmasını istemediğinden implant lokal anestezi altında çıkartılmış ve implantasyon başarısız sayılmıştır. Bunun dışında hiçbir komplikasyona rastlanmamıştır. Diğer 4 hastada postoperatif dönemde tüm göz şikayetleri ortadan kalktığından ve interpalpebral açıklık kalmadığından implantasyonlar başarılı kabul edilmiştir.

TARTIŞMA ve SONUÇ :

PKP olgularında gözü korumak için topikal göz damlası ve pomatlar gözde yarattıkları rahatsızlık hissi, görmeyi kısmen engellemeleri ve hastanın tedaviye uyum güçlüğü nedeniyle hayat boyu kullanılamayacağından (4) üst. göz kapağının kapanmasını sağlamak için genellikle cerrahi yöntemlere başvurulmaktadır. Bu yöntemlerden tarsorafı statik bir yöntem olup göz kapağı hareketine izin vermemektedir ve kozmetik sonuçları da kötü olan bu yöntem, görme alanı kaybına da neden olmaktadır. Özellikle Bell paralizi gibi sinir fonksiyonlarının geri dönme şansı olan olgularda tarsorafı açıldıktan sonra göz kapağında ektropion, entropion, triki-azis, epitelyal kist veya interpalpebral sineşi gibi tedavisi güç komplikasyonlarla karşılaşılabilirdiği bildirildiğinden (4, 5, 7, 8, 10) daimi tarsorafı kliniğimizde kullanılmamaktadır.

Serbest veya pediküllü kas flepleri ile üst göz kapağı rehabilitasyonu teknik olarak uygulanması zor ve geri dönüşü olmayan, uzun sürede cevap alınan yöntemler olup sinir fonksiyonlarında düzelmeye beklenen olgularda ilk seçenek olarak kullanılmamalıdır (12). Diğer cerrahi yöntemlerden üst göz kapağına kartilaj implantasyonunda implantın atılma riski mevcuttur, ayrıca gözü kapatacak ağırlıktaki kartilajın boyutu da büyük olacağından göz kapağında aşın şişkinlik ve donör sahada morbidite ortaya çıkabilmektedir (4). Miknatis im plantasyonu ile yapılan rehabilitasyonlarda ise manyetik kuvvetleri ayarlamak için ikinci bir cerrahi girişim gerekmektedir (4). Bu nedenle altın ve yay implantasyonları uygulama açısından kolay, kozmetik açı-

dan tatminkar, komplikasyon oranı düşük, ucuz ve reversibl teknikler olduklarından üst göz kapağı rehabilitasyonunda iyi birer alternatif olarak kullanılmaktadırlar (1-8, 10, 11).

Üst göz kapağında, bir implant ile rehabilitasyon uygulaması konusunda zamanlama ve paralizye sebep olan primer patolojinin seçimi açısından birçok görüş ileri sürülmektedir. Fasiyal paralizinin ne zaman düzeleceği konusunda kesin fikir yürütmek oldukça zordur. Ancak, ister Bell paralizi, isterse de temporal bir fraktüre bağlı tam keşi olsun, göz kapağı fonksiyonları bozulacağından, gözün korunma fonksiyonu yerine getirilemeyecektir. Bu sebeple, hastalarda çeşitli yakınlıklar ortaya çıkacak ve sonuçta gözle ilgili sorunlar ön plana geçecektir. Burada ilk amaç gözün korunması, ikinci amaç ise kozmetik olması nedeniyle literatürdeki genel kanı : im plantasyonun, paralizi gelişiminden sonra erken dönemde yapılmasının hiçbir sakınca doğurmayacağıdır (3). Reversibl olan yay implantasyonu, paralizinin iyileşmesinden sonra lokal anestezi ile çıkarılabilir ektedir. Bu sebeple paralizinin düzeldiği olgularda kolaylıkla çıkarılması ve sonuçta da herhangi bir sekel bırakmaması nedeniyle düzeleceği beklenen olgularda da kolaylıkla uygulanabilir (3). İnkomplet paralizilerde de uygulanabilir olması bir diğer avantajdır (10). Bu işlem sonucunda da morbiditenin çok düşük olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bell paralizisinde, uygulanan primer tedaviye cevap, eğer 2-4 hafta içinde alınmıyorsa, düzelmenin uzayacağı göz önüne alınarak implantasyon yapılabilir. Paralizi tedavi etmek amacıyla uygulanan primer tedavi ile birlikte uygulanmasında sakınca yoktur (4). Bu tedavi ister cerrahi, ister medikal veya fizik tedavi yöntemi olsun, bu tedavilerle konkomitan uygulanması hiçbir sakınca doğurmaz (4).

Yay implantların altın implantlara tercih edilmesine neden olan avantajları vardır. Yay implantlar üst göz kapağı retraksiyonu olan hastalarda daha iyi fonksiyonel sonuç vermektedir (7). Üst göz kapağı cildi çok ince olan olgularda ise yay implantlar altın implantlar kadar şişkinlik yaratmadığından kozmetik görünüm altın implantlara göre daha tatminkâr olmaktadır (7). Diğer yandan yay implantlarda göz kapa-

ğının kapanması altın implantlardaki gibi yer çekimine bağlı değil aktif olarak gerçekleşmektedir. Bu nedenle göz kapağının kapanması yay implantlarda daha hızlı olmakta ve göz kırpmaya hareketi altın implantlara oranla daha doğal görünmektedir (7). Yay implantın diğer bir avantajı ise maliyetinin altına oranla çok daha düşük olmasıdır.

İmplantın cinsinin seçimi konusunda, özellikle üst göz kapağında retraksiyon olup olmaması, göz kapağı cildinin kalınlığı, hastanın gözlerinin orbitadaki derinliği, Bell fenomeni'nin derecesi, hastanın sosyal, kültürel düzeyi kriter olarak alınmaktadır (3, 8).

Yay implantasyon tekniğinin altın implantlara göre dezavantajları da vardır. Yay implantasyonu altın implantasyonuna kıyasla daha zor bir tekniktir; yay implantasyonunda ortalama operasyon süresi 30-40 dakika iken altın implantasyonunda bu süre 20-25 dakika kadardır. Diğer yandan fasiyal sinir fonksiyonlarının geri döndüğü olgularda yay implantın çıkartılması altına göre daha zordur. Çünkü yayı çıkartabilmek için çift insizyon gerekmektedir. Ayrıca yay implantların takılması sırasında periorbital dokularda ortaya çıkan ödem nedeniyle yayın pozisyonunun ayarlanmasında hatalar olabilmektedir ve ikinci bir ayarlama operasyonu gerekebilmektedir.

Yay implantasyonu konusunda en büyük seriyeye sahip olan Mark May 101 hastasında başarı oranını %87 olarak bildirmektedir (7). McNeill ise 24 hastalık yay serisini ortalama 3 yıl takip etmiş ve bu tekniği %83 başarıyla uyguladığını belirtmiştir (9). Bizim yay implantasyonu uyguladığımız olgularımızda başarı oranımız %80'dir. Olgu sayımız arttıkça başarı oranımız hakkında daha sağlıklı bilgi vermemiz mümkün olacaktır.

Sonuç olarak üst göz kapağı cildi çok ince veya retrakte olan PFP'li olgularda üst göz kapağına yay implantasyonu, medikal tedavi, tarso-rafi ve diğer rekonstrüktif cerrahi tekniklerle

karşılaştırıldığında, görme alanını kısıtlamayan kozmetik açıdan kabul edilebilir, göz kapağının hareketine izin veren, komplikasyon oranı düşük, ucuz, uygulanması kolay, postoperatif erken dönemde sonuç veren, lokal anestezi altında uygulanabilen, reversibl ve fonksiyonel bir tekniktir.

Yazışma Adresi : Dr. Yücel ANADOLU
A. Ü.T. F.
İbni Sina Hastanesi K.B.B.
Anabilim Dalı
Samanpazarı - ANKARA

KAYNAKLAR

1. ANADOLU Y.R., KÜÇÜK B., VURAL E., YORULMAZ İ., AKINER M., AKTÜRK T., CUHRUK Ç. : Periferik Fasiyal Paralizili Olgularda Üst Göz Kapağının Altın İmplantasyonu ile Rehabilitasyonu. K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi 3 : 136- 140, 1995.
2. BIEL M.A. : GORE-TEX Graft Midfacial Suspension and Upper Eyelid Gold Weight Implantation in Rehabilitation of the Paralyzed Face. Laryngoscope 105 ; 876 - 879, 1995.
3. FREEMAN S., THOMAS J.R., SPECTOR J.G., LARRABEE W.F., BOWMAN C.A., : Surgical Therapy of the Eyelids in Patients With Facial Paralysis. Laryngoscope 100 : 1086 - 1096, 1990.
4. KARTUSH J.M., LINSTROM C.J., McCANN, M. GRAHAM M.D., : Early Gold Weight Implantation for Facial Paralysis. Otolaryngol. Head Neck Surg. 103 (6) : 1016 - 1023. 1990
5. MAAS C.S., BENECKE J.E., HOLDS J.B. SCHOENROCK L.D., SIMO F. : Primary Surgical Management for Rehabilitation of the Paralyzed Eye. Otolaryngol. Head Neck Surg. 110(3) : 288-295, 1994.
6. MAY M. : Paralyzed Eyeids Reanimated with a Closed Eyelid Spring. Laryngoscope. 98 (3) : 382 - 385.- 1988
7. MAY M. : Gold Weight and Wire Spring Implants as Alternatives to Tarsorrhaphy. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 113 : 656 - 660. 1987.
8. MAY M. : Reanimation of the Paralyzed Eyelid Following Cancer Surgery. Head and Neck Cancer 1985. Vol : I, pp : 489 - 492.
9. MCNEILL J.L. OH Y.H. : An Improved Palpebral Spring for the Management of Paralytic Lagopthalmos. Ophthalmology 98 (5) : 715-9. 1991.
10. SOBOL S.M., ALWARD P.D. : Early Gold Weight Lid Implant for Rehabilitation of Faulty Eyelid Closure with Facial Paralysis : An Alternative to Tarsorrhaphy. Head and Neck, March/April 1990. pp : 149 - 153
11. SOBOL S.M., MAY M., MESTER S. : Early Facial Reanimation Following Radical Parotid and Temporal Bone Tumor Resections. Am. J Surg. 160 : 382 - 386, 1990.
12. UEDA K.A., HARI K., YAMADA A., ASATO H. : A Comparison of Temporal Muscle Transfer and Lid Loading in the Treatment of Paralytic Lagopthalmos. Scandinavian Journal of Plastic & Reconstructive Surgery & Hand Surgery 29 (1) : 45 - 49, 1995.