

Management of Eyelid Defects after Tumor Excision

Tümör Eksizyonu Sonrasında Oluşan Göz Kapak Defektlerinin Yönetimi

Rahmi Duman, Reşat Duman

Afyon Kocatepe Üniveritesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar, Türkiye

Dergiye Ulaşma Tarihi:24.11.2016 Dergiye Kabul Tarihi:01.12.2016 Doi: 10.5505/aot.2016.73745

ÖZET

Amaç: Göz kapak tümörlerinin eksizyonu sonrası oluşan kapak defektlerinin rekonstrüksiyonunda uygulanan yöntemlerin değerlendirilmesi.

Gereç ve Yöntem: Kapak tümörü nedeniyle 2010-2016 yılları arasında, total eksizyonel biyopsi uygulanan hastaların kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, kapak tümörü eksizyonu sonrası oluşan defektin büyüklüğü, defekti kapatmak için kullanılan yöntem ve oluşan komplikasyonlar değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 50 erkek 14 kadın hasta çalışmaya dâhil edildi. Hastaların yaş ortalaması 51,54 (5-84) idi. Ameliyat sonrası takipleri 35 ay (6-56 ay) olan hastaların büyük çoğunluğunda rekonstrüksiyonda göz kapağının çevresindeki dokular kullanılarak primer olarak kapama metodu kullanıldığı saptandı.

Sonuç: Küçük kapak tümörlerinin cerrahisi sonrası oluşan defektlerin kapatılmasında herhangi bir greft yada flep dokusuna ihtiyaç olmadan primer kapamanın yeterli olduğu gösterildi. Kapak tümörlerinde uygun cerrahi teknik ile uygun bir anatomik sonuç elde edilebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kapak, tümör, eksizyon, rekonstrüksiyon.

ABSTRACT

Aim: Evaluation of the methods applied in there construction of eyelid defects following eyelid tumor excision.

Material and Method: The medical records of patients who had undergone total excisional biopsy between 2010-2016 were retrospectively reviewed. The age and sex, of the patients, the size of the defect after eyelid tumor excision, the method used to close the defect and the complications were evaluated.

Results: Fifty male and fourteen female patients were included in the study. The mean age of the patients was 51.54 (5-84). In the majority of patients with post-operative follow-up of 35 months (6-56 months), it was found that the method of closure as a primary using tissues around the eyelid was used in reconstruction.

Conclusion: It has been shown that primer closure without the need for any graft flap tissue is sufficient in the closure of defects after surgery of small eyelid tumors. An appropriate anatomical result can be obtained with appropriate surgical technique in the eyelid tumors.

Key Words: Eyelid, tumor, excision, reconstruction.

Giriş

Göz kapak tümörlerinin eksizyonu sonrası oluşan defektlerin doğru bir şekilde rekonstrüksiyonu gözün korunması açısından önemlidir. Göz kapağı vücuttaki en ince cilt dokusudur, cilt altı bağ dokusu yağ doku içermez ve yapısı diğer bölgelerden farklılık göstermektedir. Göz kapağı, önden arkaya doğru cilt ve cilt altı dokular, orbikularis okuli, alt ve üst kapak retraktörleri, tars ve konjonktivadan oluşan kompleks bir yapıya sahiptir. Göz kapağının yapısını cilt ve orbikularis okülü kasından oluşan ön lamella, tars, retraktörler ve konjonktivadan oluşan arka lamella olmak üzere iki bölümde incelemek mümkündür. Göz kapağında oluşan defektlerin onarımı, göz kapaklarının gözü koruma

görevlerinden ötürü ayrı bir önem taşır. Başarısız onarımlar sonucunda keratit, konjonjivit gibi ciddi komplikasyonlar oluşabilir (1). Göz kapak defektlerinin büyüklüğü, derinliği ve lokalizasyonu rekonstrüksiyonda en önemli parametrelerdir. Hastanın yaşı ve genel sağlık durumu, kemik ve çevre dokuların tutulumu rekonstrüksiyon sırasında göz önünde bulundurulması gereken diğer parametrelerdir. Bu çalışmada; tümör eksizyonu sonucu oluşan göz kapak defektlerinin rekonstrüksiyonu için uygulanmış olan farklı onarım teknikleri ve sonuçları sunulmaktadır.



Materyal ve Metod

Göz kapağı tümörü nedeniyle Aralık 2010 - Eylül 2016 tarihleri arasında opere edilen, kapak rekonstrüksiyonu uygulanan 64 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların cinsiyeti, yaşı, opere edilen göz kapağı, uygulanan rekonstrüksiyon metodu, operasyon sonrası oluşan komplikasyonları kaydedildi.

Göz kapak tümörü ilk operasyonda total olarak çıkarmayı planladığımız hastalarda total eksizyonel biyopsi yapılırken, büyük tümörlerde ise total eksizyon öncesi insizyonel biyopsi yapıldı. Cerrahi sınırdaki tümör olan hastalara, cerrahi sınırlar tümör negatif olacak şekilde reeksizyon uygulandı.

Bulgular

Çalışmaya 50 erkek 14 kadın hasta çalışmaya dâhil edildi. Hastaların yaş ortalaması 51,54 (5-84) idi. Kırk hastada tümör dokusu alt kapağı, yirmi dört hastada üst kapağı tutmuştu. Kırk dokuz hastada çeşitli tiplerde benign lezyon saptanırken (squamöz papillom, intradermal nevus, seboroik keratoz, epidermal inkülzyon kisti, kapiller hemanjiom), 10 hastada bazal hücreli karsinom (BCC), 2 hastada skuamöz hücreli karsinom (SCC) ve 2 hastada sebace bez karsinomu, 1'ine keratoakantom tanısı konuldu. Kırk altı hastada tümör göz kapağının %25'inden daha azını invaze etmişti, 14 hastada %25-50 arasında, 4 hastada yüzde 50 ve 80 arasında göz kapağında kayıp mevcuttu.

Göz kapak defektlerinin onarımında 46 hastada göz kapağının çevresindeki dokular kullanılarak primer olarak kapama yapıldı. Primer kapamanın yetersiz olduğu 6 hastada Tenzel flebi, 4 hastada Cutler-Beard flebi, 2 hastada Mustarde flebi ve 2 hastada lateral bazal ilerletme flebi, 2 hastada glabellar flep, 1 hastada diğer kapaktan hazırlanan cilt grefti, 1 hastada karın ön duvarından hazırlanan greft kullanıldı (Resim 1-2). Arka lamel rekonstrüksiyonunda ise 4 hastada tarsokonjonktival flep, 1 hastada sert damak grefti ve 2 hastada ağız içi mukoza grefti kullanıldı.

Hastalar ameliyat sonrası ortalama 35 ay (6-56 ay) süresince takip edildi. Bir hastada greft nekrozu ile karşılaşıldı. Greft nekrozu olan hastaya reoperasyon yapılarak kaydırma flebi yapıldı. Kapak fonksiyon bozukluğuna hiçbir hastada karşılaşılmadı ve estetik olarak iyi sonuçlar elde edildi.



Resim 1: Alt kapaktan total eksize edilen tümör sonrasında tenzelsemisirküler flep uygulaması.





Resim 2: Üst kapaktan total eksize edilen tümör sonrasında Glabellar flep uygulaması.

Tartışma:

Kapak tümörlerinin malign veya benign olarak dağılımı toplumlar arasında farklılık göstermektedir. İsviçre’de %84 oranında benign kapak tümörüne rastlanırken, Yunanistanda % 59 oranında, ülkemizden yapılan bir çalışmada ise %90 oranında benign kapak tümörüne rastlanmıştır (2). Bizim çalışmamızdan elde ettiğimiz veriler ülkemizde yapılan Çevik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya benzer oranlarda bulunmuştur.

Göz kapak tümörlerinde tümörün tamamının alınması ve oluşan defektlerin rekonstrüksiyonunda korneayı ve gözü koruyacak düzgün kapak bütünlüğünün sağlanması önemlidir. Tümör eksizyonu sonrasında göz kapağında farklı büyüklüklerde ve farklı derinlikte defektler oluşabilmektedir. Göz kapak defektlerinin rekonstrüksiyonunda; defektin boyutu eksizyon sonrası değerlendirilmeli ve onarım bu kriterlere göre yapılmalıdır. Kapak rekonstrüksiyonu, mevcut olan kapak dokuların birleştirilmesi ile veya yeterli bir kapanmasının mümkün olmadığı durumlarda başka bir alandan getirilen greft veya fleplerle sağlanabilmektedir (3). Göz kapak rekonstrüksiyonunda kapağın ön ve arka lamel olarak iki kısım olarak ele alınması, lamellerden birine serbest greft

yerleştirildiğinde diğer lamellaya vaskularizasyonu iyi olan transpozisyon, rotasyon ya da ilerletme flebi tercih edilmesi önemlidir.

Ön lamelin %25 veya daha az defektlerinde mevcut olan göz kapağı dokuları kullanılarak primer olarak veya lateral kantolizis yaparak çevre dokulardan faydalanılıp primer onarım sağlanabilmektedir. Primer olarak kapanmayan %25’den daha fazla ön lamella defektlerine de; ilerletme ya da rotasyon fleplerinden ya da greftlerden faydalanılabilmektedir. Total alt göz kapağı kayıplarında alın flebi, nazolabial flep, üst göz kapağında hazırlanan tek veya iki pediküllü kas-deri flebi, üst göz kapağında tarsokonjonktival flep, infraorbital bölgeden hazırlanan fasyokutanöz V-Y ilerletme veya rotasyon flebi, temporoparyetal fasya flebi, semisirküler Tenzel flebi veya Mustardé yanak flebi ile rekonstrüksiyon yapılabilmektedir (1-8). Total üst kapak kayıplarında ise alın flebi, glabellar flep, Cutler-Beard flebi ve McCord yöntemleri ile rekonstrüksiyon yapılabilmektedir (9-10).

Alt kapağın ön lamel rekonstrüksiyonu için sayısız alternatif lokal perioküler flepler kullanılmaktadır. Biz özellikle %50’den fazla ön lamel kayıplarında öncelikli olarak tenzel semisirküler flebini tercih etmekteyiz. Tenzel semisirküler flebinin en önemli avantajları minimal morbidite (verici bölge için), kolay hazırlanabilmesi (diseksiyon alanının az olması) doku uyumunun yüksek olmasıdır (11-14).

Üst kapaktaki %50’den fazla oluşan tam kat defektlerde Cutler-Beard Flebi tercih etmekteyiz. Cutler-beard flebi çok kullanılan bir yöntem olmamasına rağmen bizim yaptığımız çalışmalarda doku uyumunun ve kapak fonksiyon kaybının minimal olması nedeniyle başarımız yüksek bulunmuştur. Cutler-Beard flebi kolay hazırlanmamasına rağmen ön ve arka lamellanın bir bütün halinde taşınması ve doku reddinin neredeyse hiç olmaması avantajları olarak sayılabilmektedir (15).

Alt kapaktaki yüzde elliden fazla oluşan tam kat defektlerde ise Mustarde flebi tercih etmekteyiz. Mustarde flebinin en önemli avantajları ise renk ve doku uyumunun yüksek olduğu temporal bölgenin kullanılması ve neredeyse totale yakın kapak rekonstrüksiyonuna yetecek doku sağlamasıdır (16-18). İlerletme flebi ise çok fazla doku



kaybının olmadığı özellikle ön lamel defektlerinin fazla olduğu olgularda kullanıldı. Üst ve alt kapakta tarsal desteğe ihtiyaç duyulan durumlarda nazal septal kondromukozal greft, nazal üst lateral kondromukozal greft, sert damak mukoza grefti, kulaktan konkal kartilaj greftleri kullanılabilir. Biz çalışmamızda tarsal desteğe sadece bir hastada ihtiyaç duyduk ve bu hastada sert damak mukoza grefti kullandık.

Kaynaklar:

1. Kesiktaş E, Kerimov R, Tabakan İ, Eser C, Aslaner EE. Alt Göz Kapak Rekonstrüksiyonundaki Klinik Deneyimlerimiz ve Rekonstrüksiyon Yöntemlerin Karşılaştırılması. Cukurova Medical Journal (Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi) 2011;36(1):15-23.
2. Çevik SG, Yücel E, Çevik M, Mutlu N. Göz kapağı ve konjktiva tümörlerinde histopatolojik sonuçlarımız. Acta Oncologica Turcica, 2015;48(3), 114-117.
3. Banu MH, Özlem EA, Zeliha Y, Gürsel E. Malign kapak tümörlerinde kapak rekonstrüksiyonu sonuçlarımız. T Klin Oftalmoloji 2001;10:165-170.
4. Carraway JH. Reconstruction of the eyelids and correctionptosis of the eyelid. In: Aston SJ, Beasley RW, Thorne HC (eds): Grabb and Smith's Plastic Surgery. New York: Lippincott Raven, 1997, 5th ed p.529-44.
5. Codner M.A. Reconstruction of theeyelidsandorbit. Coleman, JJ in PlasticSurgery. London, Mosby, 2000, 1425p.
6. Mustarde JC. Repair and Reconstruction in the Orbital Region. A Practical. Guide. New York, Churchill Livingstone Inc, 1980;
7. Siegel R.J. Severe ectropion: repairwith a modified Tripiet flap. PlastRecSurg 1987; 80: 21-28.
8. Hughes WL. New method for rebuilding a lowerlid; report of a case. Arch Ophthalmol. 1937;17:1008-17.
9. Maden A. Oküloplastik cerrahi. İzmir; Özden ofset:1995:106-132
10. Collin JRO. Tumor excision and eyelid reconstruction. A manual of systemic eyelid surgery. Edinburg: Churcill Livingstone, 1983:76-95
11. Carraway JH, Vincent MP. Reconstruction of eyelid deformities In: Gregory SG and Nicholas GG, eds. Textbook of Plast Maxillofacial and Reconstructive Surgery. Baltimo Williams and Wilkins, 1992, 2nd ed. p. 551-65.
12. Carraway JH. Reconstruction of the eyelids and correctionptosis of the eyelid. In: Aston SJ, Beasley RW, Thorne HC (eds): Grabb and Smith's Plastic Surgery. New York: Lippincott Raven, 1997, 5th ed p.529-44.
13. Tenzel RR. Eyelid reconstruction by these micircular flap technique. Ophthalmology 1978; 85:1164.
14. Tenzel RR. Semicircular flap in reconstruction of upper and lower eyelid defects. In: Berish Strauch, Luis O Vascones, Elizabeth J Hall Findlay (eds). Grabb's Encyclopedia of Flaps. Boston: Little Brown and Company, 1990, 1st ed p. 57-9.
15. Duman R, Balcı M, Başkan C, Özdoğan S. Management of the Large Upper Eyelid Defects with Cutler-Bear Flap. Journal of Ophthalmology. 2014,
16. Kesiktaş E, Kerimov R, Tabakan İ, Eser C, Aslaner EE. Alt Göz Kapak Rekonstrüksiyonundaki Klinik Deneyimlerimiz ve Rekonstrüksiyon Yöntemlerin Karşılaştırılması. Cukurova Medical Journal (Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi), 2011; 36:15-23
17. Güzel MZ., Yıldırım I, Aygıt AC ve ark. Reconstruction of the total lower eyelid defect- Useful modifications. Eur J PlasticSurg 1995; 18: 171-174
18. Mustarde JC. Repair and Reconstruction in the Orbital Region. A Practical. Guide. New York, Churchill Livingstone Inc, 1980;
19. Kumar S, Medeiros F, Dowdy SC, Keeney GL, Bakkum-Gamez JN, Podratz KC, Cliby WA, Mariani A. A prospective assessment of the reliability of frozen section to direct intraoperative decision making in endometrial cancer. Gynecol Oncol. 2012 Dec;127(3):525-31.
20. Karalok A, Ureyen I, Reis Y, Oktay O, Turan T, Boran N, Bülbül D, Tulunay G, Köse MF. Prediction of staging with preoperative parameters and frozen/section in patients with a preoperative diagnosis of grade 1 endometrioid tumor in endometrial cancer. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2014 Jan 30;15(1):41-8.
21. Acikalin A, Gumurdulu D, Bagir EK, Torun G, Guzel AB, Zeren H, Vardar MA. The guidance of intraoperative frozen section for staging surgery in endometrial carcinoma: frozen section in endometrial carcinoma. Pathol Oncol Res. 2015 Jan;21(1):119-22.
22. Frost JA, Webster KE, Bryant A, Morrison J. Lymphadenectomy for the management of endometrial cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Review.

