

Bölüm 99

BLEFAROPLASTİ

Ozan EROL¹

GİRİŞ

Yaşlanma belirtilerinde ilk ortaya çıkan durumlardan biri göz kapaklarındaki değişimlerdir. Üst göz kapağında preseptal cilt elastisitesini kaybetmeye başlar ve cilt üst göz kapağı çizgisinin üstünden aşağıya doğru sarkar (dermatoşalazis). Buna ek olarak septumda yaşlılıkla gelişen zayıflık, preaponevrotik ve medial yağ torbalarında psödoher-niasyona sebep verdiğiinden kapakta dolgunluk oluşmaktadır (1).

Göz kapağı ameliyatı olarak bilinen “Blefaroplasti” terimi blefaron – göz kapağı ve plastos – oluşturma kelimelerinden türemiştir. Yüz estetik cerrahisinde en çok uygulanan ameliyatlardan biri olan blefaroplastiyi, yaklaşık 2000 sene önce gevşemiş göz kapağının tedavisi olarak Celsus bildirmiştir (2).

Göz kapağı cerrahisi en sık estetik nedenlerle yapılmakla birlikte, bölgenin tümöral dokuların rezeksiyonların rekonstrüksiyonu sırasında, pitozisin tedavisi amacıyla, yaşlılık nedeniyle azalan görme alanını arttırmak gibi fonksiyonel amaçlarla da yapılmaktadır. Hastanın ve doktorun tercihi-ne göre lokal, sedasyon altında veya genel anestezi altında yapılabilen blefaroplasti prosedürünün başarıya ulaşabilmesi için cerrahın, göz çevresindeki yapıların anatomik ve fizyolojik özelliklerini çok iyi bilmesi, hastasını detaylı analiz etmesi gereklidir (1,2).

ÜST BLEFAROPLASTİ

Anatomi

Topografik Anatomi

Üst ve alt göz kapakları göz küresini koruyan ve göz yaşı dağılımından sorumlu yumuşak doku yapılarıdır. Göz kapakları medial ve lateral kantuslar olarak adlandırılan iki noktada birleşir ve ortada kalan açıklığa palpebral açıklık denilir (1).

Palpebral açıklığın horizontal uzunluğu yaklaşık 28-30 mm, en yüksek vertikal açıklık ise 8-10 mmdir. Üst göz kapağı göz bebeğini yaklaşık 2 mm örterken, alt göz kapağı ise göz bebeğinin alt sınırında veya 1-2 mm altındadır. Göz bebeğinin tam ortasından çizilen vertikal bir hayali çizgi çizildiğinde üst göz kapağının en yüksek yeri bu çizginin medialinde, alt göz kapağının en alçak noktası ise lateralindedir. Lateral kantus medial kantusa göre 2-3 mm daha yüksek yerleşimlidir ve bu göze mediale doğru giderken oluşan aşağı eğimini vermektedir (2) (Şekil 1).

¹ Uzm. Dr. Ozan Erol, Çankırı Devlet Hastanesi, ozzy.erol@gmail.com

olmasıyla oluşur. Bu komplikasyonun önüne geçmek için, ameliyat sırasında kapatma sonrasında alt göz kapağında fazlasıyla geriye doğru çekilme olmadığına dikkat edilmelidir. Bu tür bir komplikasyonu engelleyebilmek için orbikuler kasta mümkün oldukça az eksizyon yapmak ve kasın sonunda dikkatlice sütüre edilmesi gerekir.

Alt Göz Kapağı Malpozisyonu

Bu komplikasyon alt göz kapağının inferiora doğru yer değiştirmesiyle ortaya çıkan 'skleral show' olarak bilinir. Ektropion mekanizmasına benzer şekilde fazlasıyla gergin bir şekilde kapatılan cilt veya kas eksizyonun aşırıya kaçtığındaki vakalarda daha fazla ortaya çıkar.

Konjonktiva Hasarı

Bu komplikasyon en fazla görülenidir ve konjonktivaya ameliyat sırasında cerrahi alet veya gazlı bezin sürtünmesiyle meydana gelen hasarlardan oluşur. Sonuç olarak hastanın gözünde yanma hissi, fazla sulanma ve batma görülür. Bu gibi vakalarda gözün kapatılıp, bir veya iki gün kapalı kalması gerekir.

Hematom, görme kaybı, sütür hattı komplikasyonları, yetersiz cerrahi ve orbital hemoraji, üst blefaroplastide olduğu gibi alt blefaroplastide de karşımıza çıkan komplikasyonlardır (10-18).

Anahtar kelime: blefaroplasti, üst blefaroplasti, alt blefaroplasti

KAYNAKÇA

1. Pastorek NJ (2009). Upper Blepharoplasty. *Papal ID (Ed.)*, Facial Plastic and Reconstructive Surgery (185-195). Thieme; 2nd edition.
2. Emre IE, Bozkurt G. Upper Eyelid Blepharoplasty. *Curr Pract ORL* 2018;14(2): 68-71
3. Weissman JD, Most SP. Upper lid blepharoplasty. *Facial Plast Surg*. 2013;29(1):16-21.
4. Hahn S, Holds JB, Couch SM. Upper Lid Blepharoplasty. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2016;24(2):119-27.

5. Kakizaki H, Ikeda H, Nakano T. Junctional variations of the levator palpebrae superioris muscle, the levator aponeurosis, and Müller muscle in Asian upper eyelid. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2011;27(5):380-3.
6. Lieberman DM, Quatela VC. Upper lid blepharoplasty: a current perspective. *Clin Plast Surg*. 2013;40(1):157-65.
7. Briceño CA, Zhang-Nunes SX, Massry GG. Minimally invasive surgical adjuncts to upper blepharoplasty. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2015;23(2):137-51.
8. Pepper JP, Moyer JS. Upper blepharoplasty: the aesthetic ideal. *Clin Plast Surg*. 2013;40(1):133-8.
9. Hamra ST. The role of orbital fat preservation in facial aesthetic surgery-a new concept. *Clin Plast Surg* 1996;23:17-28.
10. Branham G. Lower Eyelid Blepharoplasty. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2016;24(2):129-38.
11. Drolet BC, Sullivan PK. Evidence-based medicine: Blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2014;133(5):1195-205.
12. Lim WK, Rajendran K, Choo CT. Microscopic anatomy of the lower eyelid in Asians. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2004;20: 207-211.
13. Standring S. (2005). *Gray's anatomy*, 39th ed. Edinburgh, Elsevier.
14. Hawes MJ, Dortzbach RK. The microscopic anatomy of the lower eyelid retractors. *Arch Ophthalmol* 1982;100:1313- 1318.
15. Baker S, LaFerriere K, Larrabee WF Jr. Lower lid blepharoplasty: panel discussion, controversies, and techniques. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2014;22(1):97-118.
16. Collar RM, Lyford-Pike S, Byrne P. Algorithmic approach to lower lid blepharoplasty. *Facial Plast Surg*. 2013;29(1):32-9.
17. Crumley RL, Torkian BA, Karam A. (2009). *Lower Eyelid Blepharoplasty*. *Papal ID (Ed.)*, Facial Plastic and Reconstructive Surgery (196-207). Thieme; 2nd edition.
18. Bosniak SL. (1990). *Cosmetic blepharoplasty*. New York, Raven Press.

