

BÖLÜM 28

PERİORBİTAL REKONTRÜKSİYON



Çağlar EKER¹

GİRİŞ

Gözler ve periorbital yapılar, yüzün üst kısmının temel bileşenleridir. Periorbital yapıların rekonstrüksiyonunun kendine has zorlukları mevcuttur. Göz kapakları gözleri örtmek ve korumak için tasarlanmıştır ve genel yüz estetiği için önemlidir. Kaşlar ise yüze duygu ifadelerini vermesinin yanı sıra yüzün genel görünüşü için de önem arz etmektedir.

Periorbital defektler en sık epitelyal maligniteler ve travma için ablatif cerrahi yapılmış hastalarda veya pediatrik popülasyonda yüz yarıkları ve konjenital kolobomlar gibi hastalıklar nedeniyle tedavi edilen hastalarda karşımıza çıkmaktadır [1]. Göz kapağının ve komşu yapıların karmaşık anatomisi nedeniyle, bu bölgedeki kusurların ele alınması cerrahlar açısından oldukça karmaşık hale gelebilmektedir. Literatürde çeşitli tedavi algoritmaları ve çok sayıda farklı teknik tanımlanmıştır [2,3]. Bu algoritmalar, cerrahların bu bölgede bir defekt ile karşılaştıklarında karşılaşılabilecekleri kafa karışıklığını daha da artırabilmektedir. Defektler ve hasta faktörleri oldukça değişkendir, bu nedenle cerrahın herhangi bir durumda mümkün olan en iyi rekonstrüksiyonu elde etmek için çeşitli seçeneklere aşina olması çok önemlidir.

¹ Öğr. Gör. Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz AD.,
drcaglareker@gmail.com

rım temelde yırtılmış kanaliküler sistemden bir stent geçirilmesini içerir. [15,16]. Kesilen kanaliküler sistemin tanımlanması bazen zor olabilir.

Kanaliküler sistem göz kapaklarının proksimalinde yerleşmekte olup medial marjininin posterioruna doğru seyretmektedir. Genelde görsel olarak tespit edilebilir. Superior punktum sıvı ile irrije edilirse, görselleştirmeye yardımcı olabilir. Onarım için genellikle Crawford stent gibi bikanaliküler bir stent kullanılır. Bu stentin ucunda küçük metalden bir top vardır. Bu küçük top, alt konkanın altından stentin alınmasına yardımcı olur. Stent, kesilen kanaliküler sistemden geçirildikten sonra nazolakrimal kanaldan aşağıya ve buruna doğru yönlendirilir. Crawford stenti, stentin ucundaki küçük topun Crawford kancasıyla takılmasıyla alt konkanın altından çıkarılır. Kanca topu kavrayacak ve kolayca geri alınmasına sağlayacaktır. Burundaki stent genellikle çıplak gözle görülebilir, ancak çoğu zaman hissedilerek bulunur ve dokunarak kancaya tutturulur. Bikanaliküler stent, monokanaliküler stentten daha stabildir ve genellikle daha iyi tolere edilir [17].

Kanaliküler sistemdeki hasar boyunca stent yerleştirildikten sonra, yara, medial kantal tendon Vicryl suture ile göz kapağı kenarı ve cilt ise ipek suture ile onarılır. Silikon tüpe bağlanan metal stentlerin bağlantısı kesilir. Silikon tüp, 4 düğümle bağlanır ve burun içine geri çekilir. Tüpler burun içine dikilmemelidir. Silikon tüp üzerinde gerginlik olmamalı ve düğüm yaklaşık olarak alt konka seviyesinde durmalıdır. Stent ve atılan suturelar kanaliküler sistemin kesik kenarlarını yaklaştırarak sabit bir şekilde tutacağından kanaliküler sistemin kendisinin dikişlerle onarılması gerekmez. Cilt dikişleri 1 hafta içinde alınabilir. Hem çocuklar hem de yetişkinler için kanaliküler stent 2 ay yerinde bırakılır. 2 ay sonra, silikon tüp medial kantustan lateral olarak çekilerek stent çıkarılır. Silikon tüp kesilir ve kesilen stent göz kapağından çekilir.

SONUÇ

Periorbital rekonstrüksiyon, bu bölgenin karmaşık anatomisi nedeniyle cerrahlar için oldukça zorlayıcı olabilmektedir. Bölgenin anatomik olarak iyi kavranmış olması ve cerrahi tecrübe, bu bölgeyle ilgilenen cerrahlar için edinilmesi gereken olmazsa olmazlardandır. Bu bölgeye yönelik çok farklı cerrahi teknik tanımlanmıştır. Her tekniğin kendine has avantajları

ve dezavantajları mevcuttur. Hasta faktörlerinin, defekt lokalizasyonu ve boyutunun çok değişken olması da göz önünde bulundurularak hasta için en iyi teknik belirlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Morley AMS, deSousa J-L, Selva D, Malhotra R. Techniques of upper eyelid reconstruction. *Surv Ophthalmol* 2010;55(3):256-271
2. Mathijssen IMJ, van der Meulen JC. Guidelines for reconstruction of the eyelids and cantal regions. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2010;63(9):1420-1433
3. Sassoon EM, Codner MA. Eyelid reconstruction. In: Menick FJ, ed. *Operative Techniques in Plastic and Reconstructive Surgery*. Philadelphia, PA: WB Saunders; 1999;6(4):250-264
4. Dailey RA, Wobig JL. Eyelid anatomy. *J Dermatol Surg Oncol* 1992;18:1023-7.
5. Jelks GW, Smith BL. Reconstruction of the eyelids and associated structures. In: McCarthy JG, editor. *Plastic surgery*, vol. 1. Philadelphia7 WB Saunders; 1990. p. 1752-73.
6. Patel BCK, Flaharty PM, Anderson RL. Reconstruction of the eyelid. In: Baker SR, Swanson NA, editors. *Local flaps in facial reconstruction*. St. Louis7 Mosby; 1995. p. 275-303.
7. Mustardé JC. Application of plastic surgery principles in the orbital region. *Trans Ophthalmol Soc U K* 1976;96(1):35-38
8. Bucko CD. Laterally based transverse musculocutaneous flap for lower eyelid reconstruction. In: Strauch B, Vasconez LO, Hall-Findlay EJ, editors. *Grabb's encyclopedia of flaps*, vol. 1. Boston7 Little, Brown; 1990. p. 100-2.
9. Wiggs EO. Periocular flaps. *J Dermatol Surg Oncol* 1992;18:1069-73.
10. Mustarde JC. Cheek rotation skin (Mustarde) flap to the lower eyelid. In: Strauch B, Vasconez LO, Hall-Findlay EJ, editors. *Grabb's encyclopedia of flaps*, vol. 1. Boston7 Little, Brown; 1990. p. 51-6.
11. Price DL, Sherris DA, Bartley GB, et al. Forehead flap periorbital reconstruction. *Arch Facial Plast Surg* 2004;6:222 - 7.
12. Mustarde JC. Skin-muscle-tarsoconjunctival (Esser) flap from the lower to the upper eyelid. In: Strauch B, Vasconez LO, Hall-Findlay EJ, editors. *Grabb's encyclopedia of flaps*, vol. 1. Boston7 Little, Brown; 1990. p. 84-9.
13. Ross JJ, Pham R. Closure of eyelid defects. *J Dermatol Surg Oncol* 1992;18:1061-4.
14. McCord CD. System of repair of full thickness eyelid defects. In: McCord CD, editor. *Oculoplastic surgery*. New York7 Raven Press; 1981. p. 211 -21.
15. Hawes MJ, Segrest DR. Effectiveness of bicanalicular silicone intubation in the repair of canalicular lacerations. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 1985;1(3):185-90.
16. Long JA, Tann TM. Eyelid and lacrimal trauma. In: Kuhn F, Pieramici DJ, editors. *Ocular trauma*. Chapter 35. New York: Thieme; 2002. p. 373-80.
17. Neuhaus RW. Silicone intubation of traumatic canalicular lacerations. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 1989;5(4):256-60.