

## OLGU SUNUMLARI

# Tam Kat Kapak Avulsiyonu ve Bikanaliküler Kesi

*Erdem Dinç (\*), Mehmet Atila Argın (\*), Umut Can Kurtuluş (\*)*

### ÖZET

Sol gözüne kesici-delici travma alan 34 yaşındaki erkek hastanın alt-üst göz kapağında tam kat avulsiyon ve bikanaliküler kesi mevcuttu. Sol gözde görme keskinliği 6/10 idi. Ön segment ve fundus muayenesi doğal olan hasta acil olarak operasyona alındı. Bikanaliküler nazal entübasyon sonrasında alt ve üst göz kapağındaki kesilerin onarımı yapıldı. Postoperatif dönemde iskemi bulgusu izlenmedi ve 6 ay sonra silikon tüp çıkarıldı. Tam kat kapak avulsiyonlarının tamirinde en önemli nokta doku perfüzyonunun korunması ve iskemi bulguları yönünden hastanın yakın takip edilmesidir.

**Anahtar Kelimeler:** Kapak avulsiyonu, kanaliküler kesi

### SUMMARY

#### **Full Thickness Palpebral Avulsion and Bicanalicular Cut: Case Presentation**

A 34 years old male patient who was exposed to a stab wound to his left eye applied to the emergency service. His examination unveiled a full thickness avulsion in his lower and upper palpebra and bicanalicular laceration. Visual perception was 6/10 in his left eye. The examination of the anterior segment and the fundus was uneventful. He was emergently taken to the operating theatre and the laceration in the lower and upper palpebra were repaired after the application of bicanalicular nasal intubation. No ischemic outcome was present after the operation and the silicone tubes were removed by the end of postoperative sixth month. The most important point in the treatment of full thickness avulsion of the palpebra is the preservation of the tissue perfusion and the close follow up of the patients for the signs of ischemia.

**Key Words:** Palpebral avulsion, canalicular laceration

---

(\* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Mersin  
**Yazışma adresi:** Asistan Erdem Dinç, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları A.d. Zeytinlibahçe / Mersin E-posta:erdem\_dinc@hotmail.com

*Mecmuaya Geliş Tarihi: 09.04.2009  
Düzeltilmeden Geliş Tarihi: 09.04.2009  
Kabul Tarihi: 15.05.2009*

## GİRİŞ

Göz kapağı laserasyonları genellikle kanaliküler sistemin tutulumu ile birlikte ortaya çıkmakta ve gelişebilecek obstrüksiyonu önlemek amacıyla silikon tüp entübasyona ihtiyaç duyulmaktadır (1). Herzum ve arkadaşları göz kapağı travmalarının %40'ında her iki kapağın etkilendiğini ve olguların %16'sında ise lakrimal sistem hasarının olduğunu bildirmişlerdir (2). Kanaliküler laserasyonlar daha çok çocuklarda ve genç erişkinlerde bildirilmiş olup sıklıkla alt kanalikül hasarı izlenmiştir (3). Bu yazıda tam kat kapak avulsiyonu ile birlikte bikanaliküler kesisi olan bir olgu ve tedavisi sunulmuştur.

## OLGU SUNUMU

Otuz dört yaşındaki erkek hasta sol gözüne aldığı kesici-delici alet yaralanması nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın sağ göz görme keskinliği 10/10, sol göz görme keskinliği 6/10 olarak tespit edildi. Sağ göz kapağı ve çevresinin muayenesi doğaldı. Sol üst göz kapağında tars üst ucunda, alt göz kapağında ise kirpikli kenarın yaklaşık 10 mm kadar aşağısında laterale doğru uzanan tam kat kapak avulsiyonu mevcuttu. Ancak her iki kapak pedinkülle tutunuyordu ve doku kaybı izlenmiyordu. İlave olarak alt ve üst kanalikül kesisi mevcuttu (Resim-1). Her iki gözün ön segment ve fundus muayenesi doğaldı. Hasta acil şartlarda antibiyotik ve tetanoz profilaksisi yapılarak genel anestezi altında operasyona alındı. Batikonla cilt temizliği yapıldıktan sonra lakrimal entübasyon seti (BD Visitec®) ile bikanaliküler nazal entübasyon uygulanıp silikon tüp uçları alt meatustan çekilerek burun içerisinde bağlandı (Resim-2). Kanalikül mukozaları 2'şer adet 8/0 vikril ile sütüre edildi. Üst göz kapağında septum ve orbital yağ dokusu ekarte edilip levator aponevrozuna ulaşıldı ve levator aponevrozu tars ön yüzüne

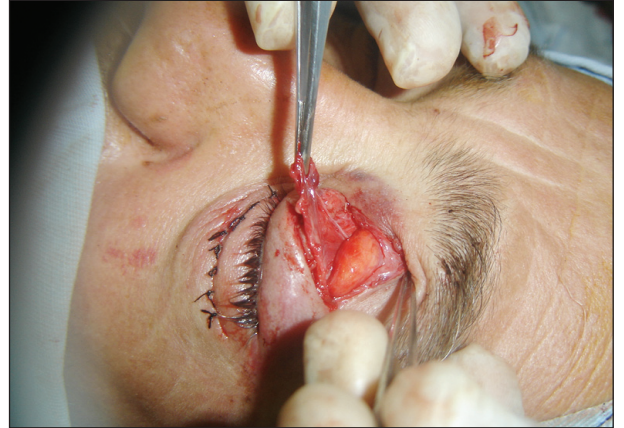
**Resim 1.** Her iki kapakta laterale doğru uzanan tam kat kapak avulsiyonu ve bikanaliküler kesi.



**Resim 2.** Silikon tüp entübasyonu yapıldıktan sonra tüpün görünümü.



**Resim 3.** Levator aponevrozu.



6/0 vikril ile sütüre edildi. Orbiküler kaslar, cilt-cilt altı dokular 6/0 vikril ile sütüre edilerek operasyona son verildi (Resim-3). Operasyon sonrası soğuk kompres uygulaması ve oral antibiyotik-nonsteroidal antiinflamatuvar tedavi ile beraber topikal antibiyotik tedavisine başlandı. Postoperatif 1. günde kapaklarda yoğun ödem mevcuttu ve iskemik bir bulgu izlenmiyordu. Yapılan biyomikroskopik muayenede silikon tüp pozisyonu uygundu. Takiplerde iskemik durum izlenmeksizin kapak ödemi geriledi ve cilt süturleri 1 hafta sonra alındı. Postoperatif 6. ayda silikon tüp çıkarıldı ve yapılan lavajda pasaj açıldı. Çekilen kontrol dakriyosintigrafisi normal olarak değerlendirildi. Hastanın postoperatif 14. ayda yapılan muayenesinde herhangi bir şikayeti yoktu ve sol göz görme keskinliği 10/10 idi. Levator fonksiyonu 16 mm olarak tespit edildi ve punktumlar sağlam olarak izlendi. Her iki üst göz kapağı pozisyonu karşılaştırıldığında sol üst göz kapağında yaklaşık 1 mm'lik pitoz tespit edildi ve bu sonuç başarılı olarak kabul edildi (Resim-4).

**Resim 4.** Hastanın son muayenedeki görünümü  
(Postoperatif 14. ay).



## TARTIŞMA

Üst göz kapağı avulsiyonlarının tamirinde en önemli nokta doku perfüzyonunun korunması ve ortaya çıkabilecek iskeminin engellenmesidir. Üst göz kapağının beslenmesi internal ve eksternal karotik arterler arasındaki geniş anastomoz ağıyla sağlanmaktadır. Bir çok yayında üst göz kapağının marginal ve periferik ark olmak üzere iki arteriyel ark içerdiği belirtilmektedir (4). Ancak son zamanlardaki yayınlar üst göz kapağı beslenmesinin oldukça zengin ve düşünüldüğünden daha kompleks olduğuna dikkat çekmektedir (4,5). Lopez ve arkadaşları tarafından yapılan anatomik kadavra çalışmasında üst göz kapağının beslenmesini sağlayan 3 adet arteriyel ark tariflenmiştir (6). Bunlar preseptal ark, supratarsal ark ve marginal arktır. Bu arklar oftalmik arterin (Supraorbital arter, supratroklear arter ve medial palpebral arter) ve fasiyal ile temporal arterin dalları tarafından meydana getirilmektedir. Bu arklar travma yada herhangi bir cerrahi girişim sonrası yapılacak rekonstrüksiyonda büyük önem taşımaktadır. Bizim olgumuzda tam kat kapak avulsiyonunun olmasına rağmen travmaya bağlı kesinin arteriyel arklara paralel olması ve dokuların görünümü ile birlikte ciddi bir kanamanın olmaması bu arkların sağlam olduğunu göstermektedir. Ayrıca doku kaybı ile beraber komplet bir avulsiyonun olmaması kapak beslenmesinin lehine faktörlerdir. Her iki kapak lateralinde bulunan pediküller sayesinde doku perfüzyonu korunmuş bu nedenle vasküler yapılaraya yönelik bir girişim yapılmamıştır. Özellikle komplet kapak avulsiyonlarında doku perfüzyonunun sağlanması amacıyla mikrovasküler girişimlere gerek duyulmaktadır (7).

Diğer önemli bir nokta ise üst göz kapağının anatomik bütünlüğünün ve fonksiyonunun korunmasıdır. Üst göz kapağının oküler yüzeyin kurummasını engellemesinin yanı sıra gözyaşının oküler yüzeye homojen bir şekilde

dağılmasını sağlamak gibi önemli görevleri mevcuttur. Ayrıca bu tür olgularda postoperatif dönemde estetik yönden kapağın görünümü hasta açısından büyük önem taşımaktadır. Bizim olgumuzda kapağın anatomik ve fonksiyonel bütünlüğü korunmuş ve üst göz kapağının görünümü estetik yönden tatmin edicidir.

Değişik derecelerde kapak travmalarına maruz kalmış olguların özellikle kanaliküler sistem başta olmak üzere lakrimal sistem hasarı yönünden dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Böylece erken dönemde uygulanabilecek cerrahi bir girişim gelişebilecek obstrüksiyonları engelleyecektir. İzole alt kanalikül kesilerinin daha sık görülmesine rağmen bizim olgumuzda her iki kanalikülde kesi mevcuttu (8). Güncel olarak kanaliküler kesilerin tamirinde en çok tercih edilen yöntem silikon tüp entübasyonu ile birlikte uygulanan cerrahi girişimdir. Kanaliküler kesilerin tamirinden sonra diğer zarar görmüş dokuların tamiri büyük önem taşımaktadır. Bizim olgumuzda da bikanaliküler kesi olması nedeniyle silikon tüp entübasyon uygulanmış ve postop dönemde tüp pozisyonu yakından takip edilmiştir. Silikon tüp çıkartıldıktan sonra hastanın sulanma şikayetinin olmaması ve çekilen kontrol dakriyosintigrafinin normal oluşu anatomik ve fonksiyonel başarıyı göstermektedir.

Sonuç olarak tam kat kapak avulsiyonlarının tamirinde en önemli nokta doku perfüzyonunun korunması ve postoperatif dönemde kapaklarda gelişebilecek iskeminin yakından takip edilmesidir.

## KAYNAKLAR

1. Refler DM. Management of canalicular laceration. *Surv Ophthalmol* 1991; 36: 113-132.
2. Herzum H, Holle P, Hintschich C. Eyelid injuries: epidemiological aspects. *Ophthalmologie* 2001; 98: 1079-1082.
3. Kennedy RH, May J, Dailey J, Flanagan JC. Canalicular laceration. An 11 year epidemiologic and clinical study. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 1990;6:46-53.
4. Tezel E, Sonmez A, Numanoglu A. Medial pedicled orbicularis oculi flap. *J Amer Plast Reconstr Surg* 2003; 112: 1964-1965.
5. Gausas RE. Advances in applied anatomy of the eyelid and orbit. *Curr Opin Ophthalmol* 2004; 15(5): 422-425.
6. Lopez R, Lauwers F, Paoli JR, Boutault F, Guitard J. The vascular system of the upper eyelid. Anatomical study and clinical interest. *Surg Radiol Anat* 2008 May; 30(3): 265-9.
7. Soueid NE, Khoobei K. Microsurgical replantation of total upper eyelid avulsion. *Ann Plast Surg* 2006; 56: 99-103.
8. Argın A, Demir MN, Duman S. Kanalikül kesilerinde onarım teknikleri. *Türk Oftalmoloji Gazetesi* 2001; 31: 327-332.