



Fasial Sinir Felci Sonrası Gelişen Oküler Komplikasyonların Kombine Cerrahi Tedavisi: Olgu Sunumu

Combined Surgical Treatment of Ocular Complications Developing from Facial Nerve Palsy: Case Report

Aziz Serkan Topaloğlu

Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Özet

Akustik nörinom rezeksiyonu sonrası sağ fasial sinir felci gelişen 71 yaşındaki erkek hasta, oküler komplikasyonlar ile kliniğimize başvurdu. Kaş ptosisine bağlı sağ gözünü rahat açamıyordu. Gözünü tam kapatamadığı için oküler yüzey problemleri vardı. Alt kapakta gelişen parolitik ektropium nedeniyle göz sulanmasından şikayetçiydi. Tedavisinde aynı cerrahi seansta, sağ kaş kaldırma cerrahisi, sağ üst göz kapağına 0,8 gr altın ağırlık yerleştirilmesi, lateral kantoplasti ve yatay sağ alt kapak kısaltması işlemleri uygulandı. Cerrahi sonrası yakınmalarındaki iyileşme tatminkardı. Sonuç olarak, fasial sinir felci sonrası gelişen birden fazla oküler komplikasyonun tedavisinde, fonksiyonel ve estetiksel iyileşmeyi sağlayabilecek kombine cerrahi işlemler uygulanabilir. (*Turk J Ophthalmol 2013; 43: 368-70*)

Anahtar Kelimeler: Fasial sinir felci, oküler komplikasyonlar, altın ağırlık yerleştirilmesi, kombine cerrahi

Summary

A 71-year-old man who had developed right facial nerve palsy after acoustic neuroma resection was referred to our eye clinic with ocular complications. Due to the brow ptosis, he could not open his right eye properly. There were ocular surface problems as a result of incomplete closure of the upper eyelid over the cornea. He complained of epiphora resulting from paralytic ectropium. Surgical procedures performed at the same session were right brow suspension, 0.8 g gold weight implantation into the right upper eyelid, lateral canthoplasty, and horizontal lid shortening of the right lower eyelid. After the surgery, improvements of his complaints were satisfying. As a conclusion, in the treatment of more than one ocular complication developing from facial nerve palsy, combined surgical procedures may be performed in terms of both functional and aesthetics improvements. (*Turk J Ophthalmol 2013; 43: 368-70*)

Key Words: Facial nerve palsy, ocular complications, gold weight implantation, combined surgery

Giriş

Akustik nörinom, vestibülokoklear sinir kılıfı hücrelerinden gelişen iyi huylu bir tümördür. Vestibülokoklear schwannoma olarak da bilinir. Bu tümörün cerrahi rezeksiyonu sonrası oftalmik komplikasyonlara neden olabilen fasial sinir felci gelişebilir.¹ Fasial sinir felci sonrası gelişen laoftalmi ve akustik nörinomun oftalmik bulgularından olan kornea duyu kaybı birlikteliği, kornea perforasyonuna kadar ilerleyebilen ciddi komplikasyonların gelişme riskini arttırır.^{2,3} Fasial sinir felci sonrası görülen kaş ptozisi, alt kapak ektropiumu ve zayıf lakrimal pompa fonksiyonuna bağlı epifora, hasta konforunu bozan diğer bulgulardır.

Laoftalmiyebağlı gelişen kornea yüzey komplikasyonlarında, medikal tedavi ile birlikte geçici lateral tarsorafı uygulanabilir.⁴ Kalıcı fasial sinir felcinde laoftalmimin cerrahi tedavisi statik ve dinamik yöntemleri içerir. Statik yöntemler, altın ağırlık yerleştirilmesi, palpebral spring ve temporal fascia veya fascia lata ile sörklaji içerir.⁵ Dinamik yöntemler ise temporal adale implantı ve fasial sinir greftlerini içerir.⁶ Tedavide eşlik edebilen kaş ptozisi ve alt kapak ektropiumu gibi bulgular da göz önünde bulundurularak hastanın estetiksel ve fonksiyonel düzelmesini sağlayacak en uygun cerrahi yöntemler seçilmelidir.

Bu sunumda, akustik nörinom rezeksiyonu sonrası kalıcı fasial sinir felci gelişmiş bir olgudaki oküler komplikasyonların, aynı seansta yapılan kombine cerrahi yöntemlerle hem

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Aziz Serkan Topaloğlu, Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Tel.: +90 232 251 49 50 E-posta: drazitopaloglu@yahoo.com.tr **Geliş Tarihi/Received:** 12.11.2012 **Kabul Tarihi/Accepted:** 27.12.2012

estetiksel hem de fonksiyonel olarak hasta konforunu arttırması vurgulanmaktadır.

Olgu Sunumu

Yetmiş bir yaşındaki erkek hasta sağ gözde bulanık görme, sulanma ve gözünü kapatamama şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünde, 9 ay öncesinde sağ serebellopontin açığıdaki akustik nörinom nedeniyle opere edilmiş, takip ve tedavileri beyin cerrahisi kliniğinde devam etmekteymiş. Gelişen sağ fasial sinir felcine bağlı lagoftalmi nedeniyle geçici lateral tarsorafı yapılmış. Yapay göz yaşı damlalarını düzenli uygulayamamış. Üç ay önce ülseratif keratit gelişmiş. Ülseratif keratit yapılan medikal tedavi ve göz kapamaları ile nefelyon ile iyileşmiş. Kliniğimize başvurduğunda yapay göz yaşı damlasını günde 4 kere ve nemlendirici pomadları günde 3 kere uyguluyormuş. Yapılan muayenesinde, sağ alın bölgesindeki çizgilerinin silindiği ve sağ kaşta ptosis olduğu görüldü (Resim 1). Alt kapakta ektropium ve daha önce yapılmış olan geçici lateral tarsorafıye ait sütür vardı. İnterpalpebral açıklık sağ ve sol gözde 8 mm olarak değerlendirildi. Margin refleksi mesafesi sağ gözde üst kapak için 2 mm, alt kapak için 6 mm ölçülürken sol göz için sırasıyla 3 mm ve 5 mm ölçüldü. Göz kırpmaya refleksi sağ gözde yoktu, solda normaldi. Bell fenomeni müspetti (Resim 2). Kornea duyusu sağ gözde azalmış, sol gözde normaldi. Göz hareketleri her yöne serbestti. Yakın ve uzak mesafelerde ortoforikti. Düzeltilmiş en iyi görme keskinlikleri sağ gözde 0,4, sol gözde tamdı. Göz içi basınç değerleri aplanasyon tonometresi ile sırasıyla 18 ve 16 mmHg ölçüldü. Biyomikroskopik muayenede sağ gözde geçirilmiş keratit sekeline ait nefelyon vardı. Floressein boya ile kornea alt yarısında yoğun punktate epitelyal defekt gözlemlendi. Diğer ön segment bulguları sağ ve sol gözde normaldi. Fundus muayenesinde patolojik bulgu yoktu. Bu bulgular ışığında cerrahi tedavi planında, aynı seansta sağ göze kaş kaldırma cerrahisi, üst göz kapağına 0,8 gr altın ağırlık yerleştirilmesi ve lateral kantoplasti ve yatay alt kapak kısaltması uygulandı. Üst kapağa altın ağırlık yerleştirilmesinde, lokal anesteziyi takiben üst kapak plisi hizasında cilt, cilt altı ve orbiküler kas kesildi. Tarsın üzerindeki orbiküler kas kirpik kenarına 2 mm kalana dek disseke edildi (Resim 3). Altın ağırlık, üzerindeki iki adet delikten emilmeyen sütürle tarsi tespit edildi (Resim 4). Üstüne orbiküler kas yerleştirilip 6.0 vikril ile sütüre edildi.



Resim 1. Sağ fasial sinir felci gelişen olgu. Sağ alın bölgesindeki çizgilerin silindiği, sağ kaş ptosisi ve sağ alt kapaktaki paralizik ektropiumu izlenmektedir

Cilt kapatıldı. Postoperatif 10. gün takibinde, her iki kaşın aynı hizada olduğu, sağ ve sol gözün interpalpebral aralığının sırasıyla 7 ve 8 mm olduğu ve alt göz kapak kenarının oküler yüzeye düzgün temas ettiği gözlemlendi (Resim 5). Sağ gözün kapanmasında gecikme olmasına rağmen her iki gözün kapakları tam olarak kapanıyordu (Resim 6). Postoperatif 1. ayda floressein boya ile muayenesinde, kornea epitel defektinde belirgin azalma olduğu gözlemlendi. Olgumuz göz sulanmasının azaldığını da belirtti.



Resim 2. Sağ gözde lagoftalmi izlenmektedir. Bell fenomeninin müspet olduğu görülmektedir



Resim 3. Tarsın, orbiküler kasın disseksiyonu sonrası görünümü



Resim 4. Altın ağırlığının tars üzerine tespiti izlenmektedir



Resim 5. Postoperatif 10. günde kaşlar aynı hizada izlenmektedir. Alt göz kapak kenarının oküler yüzeye düzgün temas ettiği görülmektedir



Resim 6. Sağ gözün tam kapandığı görülmektedir

Tartışma

Serebellopontin açılı tümörlerinden olan akustik nörinomun rezeksiyonu sonrası oftalmik komplikasyonlara neden olan fasial sinir felci gelişebilir.¹ Oftalmik komplikasyonlar, anestetik ve açık kalmış kuru oküler yüzeyden, nörotrofik ülserasyona veya ağrısız korneal perforasyonu ve iris prolapsusuna kadar ilerleyebilen klinik tabloları içerir.^{2,3} Mulhern ve arkadaşları¹ akustik nörinom rezeksiyonu sonrası takip ettikleri 62 olgulu bir çalışmada, gelişebilecek anormal kırpm refleksinin ve kornea duyu azalmasının bu hastalarda ömür boyu yapay gözyaşı ve nemlendirici pomad kullanımına neden olabileceğini; cerrahi olarak tarsorafi, altın ağırlık yerleştirilmesi veya palpebral spring yöntemlerinin gerekebileceğini bildirmişlerdir. Ayrıca lagofthalmi ve kornea duyu eksikliği birlikteliğinin görme kaybı riskini daha da arttırdığını göstermişlerdir. Bizim olgumuzda da, kornea duyu azlığı ve lagofthalminin birlikteliği ülseratif keratit gelişimine sebep olmuş, yapılan tıbbi tedavi sonucu korneada nefelyon ile iyileşebilmiştir.

Fasial sinir fonksiyonunda iyileşme olmayan hastalarda lagofthalmi için statik ve dinamik cerrahi seçenekler bildirilmiştir. Terzis ve arkadaşları⁷ paralytik lagofthalminin statik tedavisinde uygulanan altın ağırlık yerleştirilmesi ve palpebral spring yöntemlerini 39 hastada karşılaştırmıştır. Sonuç olarak bu iki yöntemin etkin olduğunu ancak palpebral spring yönteminin daha çok revizyon gerektirmesine rağmen daha etkin olduğunu belirtmişlerdir. Guillou-Jamard ve arkadaşları⁸ 29 hastada uyguladıkları levatör aponevroz uzatmasının, fasial sinir felci sonucu gelişen lagofthalmi tedavisinde etkili bir yöntem olduğunu

belirtmişlerdir. Her ne kadar altın ağırlık yerleştirilmesinin lagofthalmi tedavisinde en sık kullanılan yöntemlerden biri olduğuna dikkat çekse de, altın ağırlığının cilt altında görünür olması ve kapak kıvrımını silmesi gibi olumsuzluklarına alternatif olacağını savunmuşlardır. Olgumuzda yapay göz yaşı ve nemlendirici pomad kullanımına ve geçici lateral tarsorafiyeye rağmen yoğun korneal punktat epitel defekti vardı. Altın ağırlık yerleştirdiğimiz hastamızda, paretik olan üst kapaktaki kapanma fonksiyonundaki kazanım tatminkardı. Postoperatif birinci ay takibinde korneal punktat epitel defektinde belirgin iyileşme olduğu ve üst göz kapağında altın plaktan kaynaklanan olumsuz bir görüntünün olmadığı gözlemlendi.

Fasial sinir felcinde, fasial kaslardaki tonüs kaybı ve atrofiye bağlı kozmetik şekiller oluşur. Kaş prozisi bunlardan biridir. Hoffman,⁹ yaklaşık 12 aydır düzelme göstermeyen fasial sinir felcinde kaş kaldırma cerrahisinin yararlı olacağını savunmuştur. Bizim olgumuzda, 9 ay önce akustik nörinom rezeksiyonu sonrası gelişen fasial sinir felcinin takibinde düzelme gözlenmemiştir. Dolayısıyla kaş kaldırma cerrahisi için 12 aylık bir sürenin geçmesi beklenmemiştir. Henstrom ve arkadaşları¹⁰ fasial sinir felci sonrası oküler komplikasyon gelişen 49 hastada, üst göz kapağına altın ağırlık yerleştirilmesini, kaş kaldırma cerrahisini ve alt kapak ektropium tamirini aynı cerrahi seansta uygulamışlardır. Bu çalışmanın sonucunda, göz çevresindeki paralytik dokuların birlikte tedavisinin, hastaların hayat kalitesini belirgin şekilde arttırdığını belirtmişlerdir. Bizim olgumuz, sağ kaş prozisine bağlı görme alanının daralmasından şikayetçi idi. Ayrıca alt kapakta gelişen paralytik ektropium gözde aşırı sulanmaya sebep oluyordu. Birlikte yapılan kaş kaldırma cerrahisi, altın ağırlık yerleştirilmesi ve ektropium tamiri ile hastamızın hem estetiksel hem de fonksiyonel kazanımı oldu.

Sonuç olarak, fasial sinir felci sonrası gelişen oküler komplikasyonların fonksiyonel ve estetiksel iyileştirilmesinde uygun cerrahi yöntemler kombine yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Mulhern MG, Aduriz-Lorenzo PM, Rawluk D, Viani L, Eustace P, Logan P. Ocular complications of acoustic neuroma surgery. *Br J Ophthalmol.* 1999;83:1389-92.
2. Kelly SA, Sharpe DT. Gold eyelid weights in patients with facial palsy. A patient review. *Plast Reconstr Surg.* 1992;89:106-11.
3. Şenyuva C, Yücel A, Aydın Y, Okur İ, Güzel MZ, Seradimir M. Yüz felcine bağlı lagofthalmusun tedavisinde altın ağırlık implantasyonu. *Türk Plast Cer Derg.* 1996;4:106-11.
4. May M. Gold weight and wire spring implants as alternatives to tarsorrhaphy. *Arch Otolaryngol head Neck Surg.* 1987;113:656-60.
5. Pereira MV, Gloria AL. Lagophthalmos. *Semin Ophthalmol.* 2010;25:72-8.
6. Agafonova EI, Grusha IO. Surgical treatment options for paralytic lagophthalmos. *Vestn Oftalmol.* 2010;126:48-52.
7. Terzis JK, Kyere SA. Experience with the gold weight and palpebral spring in the management of paralytic lagophthalmos. *Plast Reconstr Surg.* 2008;121:806-15.
8. Guillou-Jamard MR, Labbe D, Bardot J, Benateau H. Paul Tessier's technique in the treatment of paralytic lagophthalmos by lengthening of the levator muscle: Evaluation of 29 cases. *Ann Plast Surg.* 2011;67:531-5.
9. Hoffman WY. Reanimation of the paralysed face. *Otolaryngol Clin N Am.* 1992;25:649-67.
10. Henstrom DK, Lindsay RW, Cheney ML, Hadlock TA. Surgical treatment of the periocular complex and improvement of quality of life in patients with facial paralysis. *Arch Facial Plast Surg.* 2011;13:125-8.