

Fasiyal Paralizili Hastalarda Orbiküler Kas Altı Yağ Paketinin Yükseltilmesi (“SOOF Lift”): Ameliyat Sonuçları

Suborbicularis Oculi Fat (SOOF) Lift in Patients with Facial Paralysis: Surgical Results

Tansu Gönen, Bülent Yazıcı, Ayşe Tör Ayvaz

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

Özet

Amaç: Fasiyal paralizili hastalarda, orbiküler kas altı yağ paketi yükseltme (“SOOF lift”) ameliyatının sonuçlarını değerlendirmek.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2000-Nisan 2007 tarihleri arasında kronik fasiyal paralizi nedeniyle tek tarafı “SOOF lift” ameliyatı geçiren 12 hastanın (7 erkek, 5 kadın; yaş aralığı: 49-67 yıl) kayıtları gözden geçirildi. Preoperatif muayene bulguları, lagofthalmi miktarı, cerrahi teknik, komplikasyonlar, ameliyat sonuçları, ikincil cerrahi gereksinimi ve izlem süresi kaydedildi.

Sonuçlar: Ameliyattan önce hastaların 6 mm ile 13 mm arasında değişen (ortalama: 9 mm) lagofthalmisi vardı. “SOOF lift” işlemi 8 gözde transkonjonktival, 4 gözde subsilyer yaklaşımla gerçekleştirildi. Bu işlem tüm hastalarda lateral kantall askı işlemiyle birlikte uygulandı. Ameliyattan sonra erken dönemde, tüm hastalarda, alt gözkapığı pozisyonu ve yanak ptosisinde düzelme gözlemlendi. Lagofthalmi miktarı 3 ile 9 mm arasında azaldı (ortalama: 5 mm). Yanak konumundaki düzelme biri dışında tüm hastalarda son muayeneye değin sürdü. Başlıca ameliyat komplikasyonları periorbital hematom (1 hasta) ve cilt altı suture granülomuydu (1 hasta). Hiçbir hastada infraorbital sinir hipoestezisi veya nüks alt gözkapığı sarkıklığı gelişmedi. Ortalama izlem süresi 13 aydı (1 ile 46 ay arasında).

Tartışma: “SOOF lift” işlemi, kronik fasiyal paralizili hastalarda yanak ptosisi, alt gözkapığı retraksiyonu ve lagofthalminin düzeltilmesine önemli bir katkıda bulunur. (*TOD Dergisi 2010; 40: 130-4*)

Anahtar Kelimeler: Fasiyal paralizi, orbiküler kas altı yağ paketi yükseltme

Summary

Purpose: To evaluate the results of suborbicularis oculi fat (SOOF) lift procedure in patients with facial paralysis.

Materials and Methods: The medical records of 12 patients (7 men, 5 women; age range: 49-67 years), who underwent one-sided SOOF lift surgery for chronic facial paralysis between January 2000 and April 2007, were reviewed. Preoperative examination findings, amount of lagophthalmos, surgical technique, complications, surgery results, secondary surgical requirements and follow-up period were recorded.

Results: The patients had a lagophthalmos ranged between 6 and 13 mm (mean value, 9 mm) before surgery. SOOF lift procedure was performed via transconjunctival approach in 8 eyes and subciliary approach in 4 eyes. This procedure was routinely performed with lateral canthal suspension procedure. In the early postoperative period, the lower eyelid position and the cheek ptosis improved in all patients. The amount of lagophthalmos was reduced between 3 and 9 mm (mean value, 5 mm). The improvement in the cheek position was sustained until the last examination in all patients, except one. The major surgical complications were periorbital hematoma (1 patient) and subcutaneous suture granuloma (1 patient). Infraorbital nerve hypoesthesia or recurrence of the lower eyelid ptosis did not develop in any patients. The mean follow-up time was 13 months (range, 1-46 months).

Discussion: The SOOF lift procedure provides a significant contribution to the correction of cheek ptosis, lower eyelid retraction and lagophthalmos in patients with chronic facial paralysis. (*TOD Journal 2010; 40: 130-4*)

Key Words: Facial paralysis, suborbicularis oculi fat pad lift, SOOF lift

Giriş

Kronik fasiyal paralizde periorbital bölge ve yanakta bir dizi görünüm ve işlev bozukluğu meydana gelir. Paralizin olduğu tarafta alın çizgilerinde silinme, kaş ptozisi, üst gözkapasının kapatılmaması ve retraksiyonu, alt gözkapasında sarkma ve gevşeklik, laoftalmus, fonksiyonel epifora, orbito-malar olukta çöküntü, nazojugal olukta silinme, dudak kenarında ve yanakta ptozis ortaya çıkar (1-3). Laoftalmi nedeniyle keratit ve kalıcı görme kaybı gelişebilir. Oküloplastik tedavide öncelikle kornea ve görmenin korunması, daha sonra görünüm bozukluğunun düzeltilmesi amaçlanır. Bu nedenle, çoğu zaman ilk olarak alt gözkapasına yönelik girişimlere başvurulur. Tarsorafi, medial kantoplasti, lateral tarsal askı ve mukozal greft, retraktör lizis veya askı yerleştirme yöntemleriyle alt gözkapasının yükseltilmesi fasiyal paralizili hastalarda alt gözkapasına uygulanan cerrahi işlemlerdir (4-6). Bu yöntemler alt gözkapasının konumunu etkin bir şekilde düzeltirken, orta yüz bölgesinin yanak düşüklüğü ve orbitomalar çöküntü gibi sorunlarının çözümüne katkıda bulunmazlar.

Orbiküler kas altı yağ paketi ("suborbicularis oculi fat"-SOOF), orbiküler kasın ve komşu mimik kaslarının altında, periostun hemen üstünde yer alan bir dokudur (7,8). Bu yağ paketinin yükseltilmesi ("SOOF lift") oküloplastik ve estetik cerrahide yüz gençleştirme amacıyla uygulanmaktadır; subperiostal yanak kaldırma veya orta yüz kaldırma ("malar lifting", "midface lifting") olarak da adlandırılır (5,9,10). Bu yöntem fasiyal paralizili hastalarda alt gözkapasını desteklemek ve yanak ptozisini azaltmak için de kullanılabilir (1,2,11). Bu çalışmada, transkonjonktival veya subsiliyer yolla "SOOF lift" ameliyatı geçiren kronik fasiyal paralizili hastalarda tedavi sonuçları gözden geçirilmektedir.

Gereç ve Yöntem

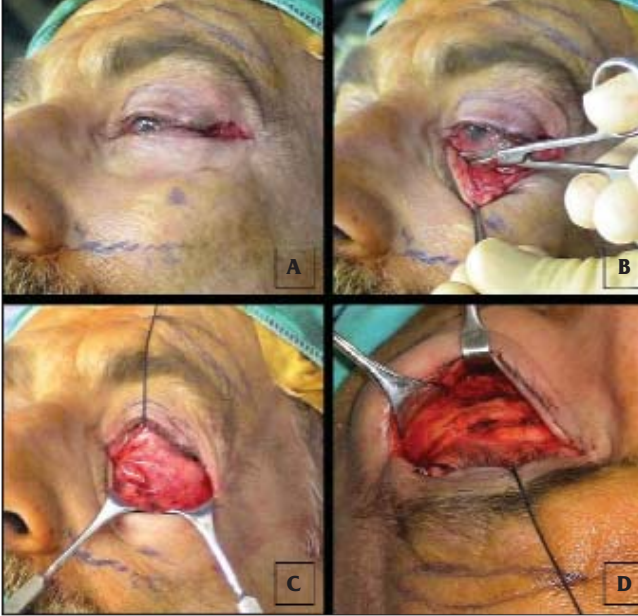
Ocak 2000-Ekim 2007 tarihleri arasında, kronik fasiyal paralizi tanısıyla tek taraflı "SOOF lift" ameliyatı uyguladığımız 12 hastanın dosyası retrospektif olarak gözden geçirildi. Derlenen veriler, demografik özellikler (yaş, cinsiyet, fasiyal paralizin nedeni ve süresi), muayene bulguları, cerrahi teknik, komplikasyonlar, ameliyat sonuçları, ikincil cerrahi gereksinimi ve izlem süresini içerdi. Oftalmolojik muayenede görme keskinliği, ön segment ve fundus değerlendirmesi, dikey kapak aralığı ve laoftalmi miktarı ölçümü yapıldı; açıkta kalma keratopatisi olup olmadığı kaydedildi. Başvuruda ve ameliyatı izleyen son muayenede, hastaların yüz fotoğrafları çekildi. Bu fotoğraflar bilgisayarda bir powerpoint dos-

yasında yan yana getirildi ve hastanın alt göz kapasının pozisyonu ve yanak sarkmasında düzelme olup olmadığı değerlendirildi. Cerrahi işlem ve yüz fotoğraflarının kullanımı için tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alındı.

Cerrahi Teknik

Tüm ameliyatlar aynı cerrah tarafından lokal anestezi ve intravenöz sedasyon veya genel anestezi ile gerçekleştirildi. Lateral kantüsten temporale doğru 15-20 mm uzunluğunda cilt kesisi yapıldı. Lateral kantotomi ve kantolizis ile alt gözkapası serbestleştirildi (Resim 1A). Stevens makasla lateral kantüsten subkonjonktival aralığa girildi ve yatay ekseninde alt punktum hizasına değin küt diseksiyon yapıldı. Konjonktiva ve alt kapak retraktörleri tarsın alt kenarı hizasından, lateral kantüsten medialde punktum hizasına kadar kesildi (Resim 1B). Konjonktival açıklıktan Stevens makasla girildi ve küt diseksiyonla alt gözkapası septumu önüne ulaşıldı. Bu aşamada kesinin alt kenarındaki konjonktiva ve kapak retraktörleri, korneanın üstünü örtecek şekilde bir sütürle yukarı doğru çekildi (Resim 1C). Periostal elevatörle yumuşak dokular uzaklaştırılarak alt orbita kenarı ortaya kondu. Subsiliyer cilt kesisi yapılan hastalarda suborbiküler ve preseptal diseksiyonla orbita kenarına ulaşıldı. Periost alt orbita kenarının 4-5 mm altı hizasından tüm orbita kenarı boyunca ve lateralde zigomatik arka kadar kesildi. Daha sonra periost, bir elevatörle maksilla ve zigoma ön yüzünden ayrıldı (Resim 1D). Bu işlem sırasında medialde infraorbital sinir bölgesine dokunulmamasına dikkat edildi. Subperiostal diseksiyon gingival fornikse kadar ilerletildi. Periostun alt kenarı bir korneal kresent bıçakla, medialden laterale doğru maksilla boyunca kesildi ve yanak dokusu serbestleştirildi (Resim 2A). Periost ve SOOF'dan, dış orbital kenarın yaklaşık 1 cm medialinde ve aşağısı hizasında yer alacak biçimde 3,0 polipropilen sütür geçirildi. Bu sütür dudak kenarıyla lateral kantüs arasındaki oblik bir hat boyunca yukarı, temporal fasyaya doğru çekildi ve bu sırada yanak dokuları ve dudak kenarını yeterince yukarı kaldırıp kaldırmadığı gözlemlendi (Resim 2B). İyileşme döneminde yanak bölgesinde meydana gelen sarkma göz önünde tutularak ameliyatta aşırı düzeltme yapıldı. Yeterli etki elde edildiğinde, polipropilen sütür temporal fasyaya derinden geçecek biçimde tespit edildi. Bu sütürü desteklemek için ayrıca 3 veya 4 adet 5,0 polipropilen ile periost ve SOOF, yükseltilmiş bir pozisyonda orbita kenarına sütüre edildi. Daha sonra konjonktiva 7,0 poliglaktinle kapatıldı ve lateral kantal askılama işlemi yapıldı. Ek olarak aynı seansta 6 hastaya alt gözkapasının arka lamella greftiyle yükseltilmesi (Resim 2C), 2 hastaya Lee yöntemiyle medial kantoplasti, 2 hastaya lateral tarsorafi,

3 hastaya kaş kaldırma (Resim 2D) ve aşırı kapak retraksiyonu olan 3 hastaya da üst gözkapığı levator-Müller kası zayıflatılması işlemleri uygulandı. Ameliyattan sonra tüm hastalara 1 hafta süreyle topikal steroidli damla ve antibiyotikli pomad verildi.



Resim 1. A) Lateral kantustan temporele doğru cilt kesisi ve lateral kantotomi. B) Konjonktiva ve alt kapak retraktörlerinin tarstan ayrılması. C) Konjonktiva ve alt kapak retraktörlerinin bir sütür ile yukarı doğru çekilmesi. D) Periostun maksilladan yüzeyinden kaldırılması.



Resim 2. A) Periostun alt kenarının kesilmesi ve yanak dokularının serbestleştirilmesi. B) Suborbiküler dokulardan polipropilen sütür geçirilmesi. C) Alt gözkapığının arka lamellasının kırkırdağ grefti ile yükseltilmesi. D) Ameliyat sonunda, direkt kaş kaldırma işleminden sonra hastanın görünümü

Sonuçlar

On iki hastanın 7'si erkek, 5'i kadındı; yaşları 49 ile 67 yıl arasında değişmekte idi ve ortalama 57 yıldır. Fasiyal paralizi 3 hastada idiyopatik ve 1 hastada konjenitaldi; 8 hastada geçirilmiş bir ameliyattan (5 hastada parotis ve kulak cerrahisi, 3 hastada kafa içi cerrahi) sonra ortaya çıkmıştı (Resim 3 ve 4). Fasiyal paralizinin süresi 1 ile 67 yıl arasında değişiyordu. Dört hasta daha önce lagofaltni nedeniyle bir gözkapığı cerrahisi geçirmişti.

Ameliyattan önce 7 hastada alt gözkapığı ektriptiyonu, 5 hastada alt gözkapığı çekintisi görüldü. Üç hastada kaş pitozisi vardı (Resim 4A). Lagofaltni miktarı 6 ile 13 mm arasında ve ortalama 8,8 mm idi. Tüm hastalarda açıkta kalma keratopatisi bulguları vardı (Resim 3C).

Ameliyatlar 6 hastada lokal anestezi ve sedasyon, 6 hastada genel anestezi altında yapıldı. Orbiküler kas altındaki yağ paketi 8 gözde transkonjonktival, 4 gözde subsilier kesisi yoluyla yükseltildi. Sekiz hastaya aynı seansta ek müdahalelerde bulunuldu. Bunlar, Lee yöntemiyle medial kantoplasti (2 hasta), arka lamella grefti (tars veya kulak kırkırdağı) kullanarak alt gözkapığı yükseltme (6 hasta), lateral tarsorafı (≥ 5 mm) (2 hasta), levator ve/veya Müller kas-



Resim 3. A) Akustik nörinoma eksizeyonundan sonra fasiyal paralizi gelişen hastanın başvuru sırasındaki görünümü. B) "SOOF lift", arka lamella grefti, lateral kantal askı ve Müller kası eksizeyonundan 6 ay sonra hastanın görünümü. C) Ameliyattan önce 10 mm olan lagofaltninin, ameliyattan sonra belirgin biçimde azaldığı ve oküler yüzey enflamasyonunun düzeldiği gözleniyor

larına zayıflatma (3 hasta) ve kaş kaldırmayı (3 hasta) içerdi (Resim 3 ve 4). Ameliyat sırasında hiçbir hastada komplikasyon meydana gelmedi. Ameliyat sonrası izlem süresi 1-46 aydı (ortalama 13 ay). Ameliyattan sonra 1 hastada periorbital cilt altı hematoma, 1 hastada diffüz subkonjonktival hemoraji ve 1 hastada cilt altı sütür granülomu gelişti. Hastaların hiçbirinde infraorbital sinirin uyardığı alanda hipoestezi gelişmedi.

Ameliyatı izleyen son muayenede lagofthalmi miktarı 1 ile 8 mm arasında, ortalama 3,4 mm idi. Lagofthalmideki azalma miktarı 3 ile 9 mm arasında değişti, ortalama 5 mm idi (Resim 3 ve 4). İki hastada göz kapaklarının korneayı örtmemesi ve 1 hastada postoperatif periorbital hematoma gelişmesi nedeniyle ikincil bir cerrahi girişime gerek duyuldu. Tüm hastalarda alt göz kapağı ekтроpiyonu, kapak çekintisi ve açıkta kalma keratopatisi iyileşirken, yalnızca 1 hastada yanak sarkması düzelmedi (Resim 3 ve 4).

Tartışma

Fasiyal paralizili hastalarda alt gözkapakındaki gevşeklik ve sarkmanın neden olduğu lagofthalmi ve gözyaşı göllenmesi, oküler yüzeyin bozulmasına yol açarken hastanın görünümünü de olumsuz etkiler. Alt göz kapa-



Resim 4. A) Kafaiçi tümör cerrahisine bağlı kronik fasiyal paralizi bir hastanın başvuru sırasındaki görünümü. Daha önce oküler yüzeyi korumak için lateral kantal askı işlemi yapılmıştı. **B)** "SOOF lift", arka lamella grefti, lateral kantal askı, Müller kası eksizyonu ve direkt kaş kaldırma işleminden 11 ay sonra hastanın görünümü. Periorbital çöküntü ve malar ptozis düzeldiği gözleniyor. **C ve D)** Ameliyattan sonra lagofthalminin belirgin biçimde azaldığı gözleniyor

ğına uygulanacak oküloplastik girişimler hem fonksiyonel ve estetik düzelme sağlar, hem de oküler yüzeyin iyileşmesine katkıda bulunur. Estetik amaçla sıkça kullanılan bir yöntem olan "SOOF lift" işleminin fasiyal paralizili hastalarda, alt göz kapağının yükseltilmesine katkıda bulunabileceğini ilk kez 1998 yılında Adant bildirmiştir (11).

Orbiküler kas altı yağ paketi, "SOOF", orbitanın alt ve dış kısmında, alt orbita kenarının altında, zigomatik ve maksiller kemiklerin üstünde, vertikal midpupiller hattın medialde +14,9 ve lateralde -87,4 derecedeki eksenleri arasında yer alır. "Hokey sopası başına" benzer bir görünüme sahiptir (7). Yağ paketinin yatay uzunluğu, orbitanın yatay mesafesine eşitken, dikey uzunluğu dikey orbita mesafesinin 3/4'ü kadardır. Bu yağ dokusu, histolojik olarak orbita içi yağ dokusundan farklı olarak lifli bir yapıya sahiptir (7,8). Orta yüzde bulunan malar ve orbiküler kas altı yağ bölmeleri yüzeysel aponevrotik sistem ("SMAS") ile orbiküler kasa bağlanmıştır (12).

Fasiyal paralizi nedeniyle orbiküler kastaki kuvvet kaybı ve gevşeme, bu kasın altındaki yağ paketi ve çevre dokularla birlikte aşağı sarkmasına neden olur. Alt gözkapakı, hem orbiküler kas felcinden hem de yanak kitlesinin kapağı aşağı doğru çekmesinden dolayı sarkar. Orbiküler kas altındaki yağ paketi eski seviyesine yükseltildiğinde, onunla birlikte sıkıca bağlı olduğu orbiküler kas ve cilt de yükselir (1,2,11). Alt gözkapakıyla sınırlı cerrahilerden farklı olarak, "SOOF lift" işlemi, sadece kapak pozisyonunun düzelmesini sağlamaz; aynı zamanda alt gözkapakını aşağı çeken kuvveti de azaltır. Bunun yanı sıra, subperiosteal yaklaşım ile levator labii superioris ve zigomaticus major kasları da temporal kasa doğru kaldırılıp asılarak üst dudak ve ağız köşesi yükseltilebilir ve fasiyal asimetri azaltılabilir (2).

Olver, kronik fasiyal paralizili 9 hastaya lateral tarsal askı ve "SOOF lift" yapmış ve ameliyattan sonra 12 ila 24 ay boyunca tüm hastalarda lagofthalmi azaldığını ve 7 hastada (%77) malar ptozis gerilediğini gözlemiştir (1). Hiçbir hastada alt göz kapağı retraksiyonu tekrarlamamakla birlikte, 3 hastada inatçı keratit nedeniyle üst gözkapakı cerrahisine ihtiyaç duyulmuştur. Olver konjenital fasiyal paralizili hastalarda yanak dokusunun ince ve zayıf olması dolayısıyla ameliyattan daha fazla yararlandıklarını belirtmektedir. Şafak ve ark. 3'ü konjenital fasiyal paralizili 4 hastada traskonjonktival yolla "midface lift", arka lamella sert damak grefti ve lateral kantoplasti yapmış ve tüm hastalarda alt kapak çekintisi, lateral kantal açığı ve yanak sarkmasında düzelme gözlemiştir (13).

Çalışmamızda, yaşları 49 ile 67 yıl arasında değişen, 8'i cerrahiye bağlı, 3'ü idyopatik ve 1'i konjenital olmak üzere 12 fasiyal paralizili hastaya "SOOF lift" ve lateral

kantal askılama işlemi yaptık. Dört hasta daha önce la-goftalmi nedeniyle kapak cerrahisi geçirmişti. Cerrahi sırasında 8 hastaya medial kantoplasti, arka lamella grefti, lateral tarsorafı, levator ve/veya Müller kaslarına zayıflatma ve kaş kaldırma müdahalelerini içeren ek işlemler uyguladık. Ortalama 13 aylık izlem sırasında, biri dışında, tüm hastalarda hem alt göz kapağı hem de yanak pozisyonunda düzelme sürdü. Bununla birlikte, 3 hastada periorbital hematoma veya süregiden la-goftalmik keratit nedeniyle ikinci kez cerrahi girişime gerek duyuldu.

“SOOF lift”, alt göz kapağından transkonjonktival veya subsilyer kesilerle periosta ulaşılarak yapılabileceği gibi, temporal bölgeden subperiostal endoskopik olarak da yapılabilir (2,10,11). Adant, endoskopik yolla “SOOF lift”in alt kapak ektropiyonu ve la-goftalmiyle birlikte ağız köşesi ve kaş pitozisinin de düzelmesine katkıda bulunduğunu belirtmektedir (11). Yazar, ameliyattan sonraki yılda kapak ve yanak pozisyonlarının duran kaldığını gözlemiştir. Aynı şekilde, Horlock ve ark. fasiyal paralizili 5 hastaya temporal, alt göz kapağı ve bukkal yaklaşım yoluyla, “SOOF”u da içeren endoskopik subperiostal orta yüz kaldırma yapmıştır (2). Ortalama 7 aylık izlem sonunda, 4 hastada ameliyat sonuçları başarılı olmuştur. Bir hastadaki alt gözkapağı ektropiyonu ile sonuçlanan yara yeri enfeksiyonu dışında, ameliyat komplikasyonu gelişmemiştir.

Sonuç olarak, alt gözkapağı çekintisi ve yanak ptozisinin belirgin olduğu fasiyal paralizi hastalarda, orbiküler kas altı yağ paketinin kaldırılması, “SOOF lift”, etkili bir cerrahi tedavi seçeneğidir. Bu yöntemle hem alt gözkapağı hem de yanağın konumunda belirgin bir düzelme elde edilebilir. Ameliyattan sonra yanak konumundaki düzelmenin geç dönemde de sürüp sürmediğini belirlemek için uzun izlem süreli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Olver JM. Raising the suborbicularis oculi fat (SOOF): its role in chronic facial palsy. *Br J Ophthalmol*. 2000;84:1401-6. [Abstract] / [PDF]
2. Horlock N, Sanders R, Harrison DH. The SOOF lift: its role in correcting midfacial and lower facial asymmetry in patients with partial facial palsy. *Plast Reconstr Surg*. 2002;109:839-49. [Abstract]
3. Lee V, Currie Z, Collin JR. Ophthalmic management of facial nerve palsy. *Eye*. 2004;18:1225-34. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
4. Rahman I, Sadiq SA. Ophthalmic management of facial nerve palsy: a review. *Surv Ophthalmol*. 2007;52:121-44. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
5. Hester TR, Codner MA, McCord CD. Subperiosteal malar cheek lift with lower lid blepharoplasty. In: *Eyelid Surgery: Principles and Techniques*. Ed. McCord CD, Codner MA. Lippincott-Raven Publ. 1995:210-5.
6. Bilgin LK. Fasiyal sinir paralizi. In: *Oküloplasti: Gözyaşı sistemi, Gözkapağı, Orbita*. Ed. Türk Oftalmoloji Derneği. Türk Oftalmoloji Derneği Eğitim Yayınları. 2003;209-32.
7. Hwang SH, Hwang K, Jin S, Kim DJ. Location and nature of retro-orbicularis oculus fat and suborbicularis oculi fat. *J Craniofac Surg*. 2007;18:387-90. [Abstract]
8. Aiache A. The suborbicularis oculi fat pad: an anatomic and clinical study. *Plast Reconstr Surg*. 2001;107:1602-4. [Abstract]
9. Psillakis JM, Rumley TO, Camargos A. Subperiosteal approach as an improved concept for correction of the aging face. *Plast Reconstr Surg*. 1988;82:383-94. [Abstract]
10. Ramirez OM, Maillard GF, Musolas A. The extended subperiosteal face lift: a definitive soft-tissue remodeling for facial rejuvenation. *Plast Reconstr Surg*. 1991;88:27-8. [Abstract]
11. Adant JP. Endoscopically assisted suspension in facial palsy. *Plast Reconstr Surg*. 1998;102:178-81. [Abstract]
12. Kikkawa DO, Lemke BN, Dortzbach RK. Relations of the superficial musculoaponeurotic system to the orbit and characterization of the orbitomalar ligament. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 1996;12:77-88. [Abstract]
13. Şafak N, Ünal M. Fasiyal paralizideki alt kapak retraksiyonu ve yanak sarkmasının transkonjonktival “midface lift” (SOOF lift) ile düzeltilmesi. *T Oft Gaz*. 2000;30:104-9.