

ORİJİNAL MAKALELER

Başlangıç Dönem İnvölüsyonel Entropiyumda İki Farklı Tedavi Seçeneğinin Değerlendirilmesi

Mehmet Cem Mocan (*), Uğur Erdener (*), Murat İrkeç (*), Mehmet Orhan

ÖZET

Amaç: Erken dönem alt kapak involüsyonel entropiyum olgularının tedavisinde iki cerrahi yöntemin sonuçlarının karşılaştırılması.

Yöntem: Alt kapak entropiyumu tanısı ile tam kat kapak çevirici sütür (Quickert) tekniği (Grup 1) veya lateral tarsal şerit ile kombine tam kat kapak çevirici sütür tekniği (Grup 2) uygulanan hastaların klinik bilgileri, kapak özellikleri ve postoperatif dönem klinik seyirleri geriye dönük olarak incelendi. Cerrahi işlemler ile ilgili başarı ve komplikasyon oranları saptandı. İki grup arasındaki parametreler t-testi ve ki-kare testi ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 30 olgunun (ortalama yaş=70.7±9.4 yıl) entropiyuma bağlı şikayetleri ortalama 4.1±1.1 ay süresince mevcuttu. Yedi (%23.3) olguda alt korneada hafif punktat epitel defektleri mevcuttu. Olguların hepsinde yatay kapak gevşekliği mevcuttu. Her iki grup arasında yaş, şikayetlerin süresi, yatay kapak gevşekliği ve takip süreleri açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Entropiyum nüksü Grup 1'de 3 (%18.8) olguda ortalama 9.9±6.2 ay süreli takip sırasında ortaya çıktı. Bu olguların hepsinde nüks ilk 4 ay içinde ortaya çıktı. Entropiyumu nüks eden 3 olgunun hepsinde belirgin yatay kapak gevşekliği (9-10mm) mevcuttu. Grup 2 olgularında takip süreleri boyunca (10.4±4.3 ay) entropiyumun nüksü izlenmedi. Hiçbir olguda ikincil ektropiyum izlenmedi.

Tartışma: Yatay kapak gevşekliği erken dönem entropiyum olgularında mevcuttur. Lateral tarsal şerit ile kombine tam kat kapak çevirici sütür tekniği involüsyonel entropiyumun tedavisinde etkili ve güvenli bir cerrahi yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: İnvölüsyonel entropiyum, lateral tarsal şerit, Quickert sütürü.

SUMMARY

Evaluation of two Surgical Procedures For the Management of Intermittent Involutional Entropion

Purpose: To evaluate the outcomes of two surgical procedures for the treatment of early onset intermittent involutional entropion.

(* Haceteppe Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Mehmet Cem Mocan
Çankaya / Ankara E-posta: ocanmocancem@gmail.com

Mecmuaya Geliş Tarihi: 02.03.2009
Düzeltilmeden Geliş Tarihi: 02.06.2009
Kabul Tarihi: 29.06.2009

Materials-Methods: The clinical records, eyelid characteristics and postoperative clinical courses of patients who had involuntional entropion of the lower eyelid and who underwent entropion correction with either full-thickness eyelid everting (Quickert) sutures alone (Group I) or Quickert sutures combined with lateral tarsal strip procedure (Group II) were included in this retrospective study. The rates of success and complications for each procedure were determined. The clinical parameters of patients in these groups were compared using the t-test and the chi-square test.

Results: The mean duration of entropion related symptoms of 30 patients aged 70.7 ± 9.4 years was 4.1 ± 1.1 months. Mild punctate epitheliopathy was observed in the inferior cornea in 7 (23.3%) patients. There were no statistically significant differences between the mean age, duration of symptoms, amount of horizontal eyelid laxity and duration of follow-up between the two groups. Recurrence of entropion was noted in 3 (%18.8) patients in group I after a mean follow-up duration of 9.9 ± 6.2 months. Recurrences in all 3 patients were noted within the first 4 postoperative months. Significant horizontal lid laxity (9-10 mm) was noted in all three patients with recurrence. There were no cases of recurrence in group II with a mean follow-up duration of 10.4 ± 4.3 months.

Conclusion: Horizontal lid laxity is present in early stages of involuntional entropion. Lateral tarsal strip procedure combined with full-thickness eyelid everting sutures appear to be a safe and effective technique for the treatment of involuntional entropion.

Key Words: Involuntional entropion, lateral tarsal strip, Quickert sutures.

GİRİŞ

Alt kapağın involüsyonel entropiyumu, ileri yaşlarda ortaya çıkan ve kirpiklerin kornea ile temas etmesi sonucu hastalar için oldukça rahatsızlık verici ve aynı zamanda keratopati oluşumuna sebebiyet verebilen bir klinik durumdur (1-3). İnvölüsyonel entropiyumun yaşa bağlı ilerleyici bir durum olmasından dolayı kapak değişiklikleri aralıklı olarak ortaya çıkmakta ve zaman içinde kapağın içeri dönmesi süreklilik kazanmaktadır (3). Hastalığın aralıklı (intermitan) olduğu dönemde yaygın kornea epitel defektleri oluşmasa da, hastalarda kirpiklerin kornea ile temasına bağlı olarak yanma-batma şikayetleri, alt konjonktiva bölgelerinde temasa bağlı gelişen konjonktivit ve de refleks lakrimasyona bağlı gözde sulanma şikayetleri belirlemektedir (2,3). Oldukça semptomatik olmasından ve doğal seyrinde keratopati oluşturma riskinden dolayı alt kapak entropiyumunun en kısa sürede cerrahi olarak tedavi edilmesi önerilmektedir (1,2).

İnvölüsyonel entropiyumun patogeneğinde yatay kapak gevşekliği, alt kapak retraktörlerinin ayrılması ve de preseptal orbikularis liflerinin pretarsal liflerin üzerine dönmesi sorumlu tutulmaktadır (1-8). Birçok entropiyum olgusunda birden fazla mekanizmanın rol oynadığı düşünülse de hangi mekanizmanın ön planda olduğu net olarak ortaya konmamıştır. Bazı yazarlar yatay kapak

gevşekliğinin başlıca mekanizma olduğunu belirtse de (1,6), başka yazarlar alt kapak retraktör ayrılmasını entropiyum gelişiminden sorumlu tutmaktadırlar (7). Buna bağlı olarak literatürde entropiyuma neden olduğu düşünülen her patogenetik mekanizmanın düzeltilmesine yönelik olarak birçok cerrahi müdahale tipi tarif edilmiştir (1-8).

Bu çalışmada, erken dönemde olan intermitan alt kapak involüsyonel entropiyumunun tedavisinde tam kat kapak çevirici sütür (Quickert sütür) uygulamasının tek başına veya lateral tarsal şerit yöntemi ile birleştirilerek uygulanmasının kısa (6-12 ay) ve orta dönem (12-24 ay) başarısının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM ve GEREÇ

Çalışma tek bir merkezde, Helsinki Deklarasyonu'na uygun olarak gerçekleştirildi. Çalışmaya 2006-2008 yılları arasında erken dönem intermitan entropiyum tanısı alan ve entropiyumu cerrahi olarak düzeltilen olgular dahil edildi. Takip süresi 6 aydan kısa olan, daha önce alt kapak blefaroplasti işlemi geçiren, sikatrisyel entropiyumu olan olgular çalışmaya dahil edilmedi. İntermitan entropiyum tanısı, klinik değerlendirmede alt kapağın aralıklı olarak döndüğü ve kendiliğinden veya alt kapak

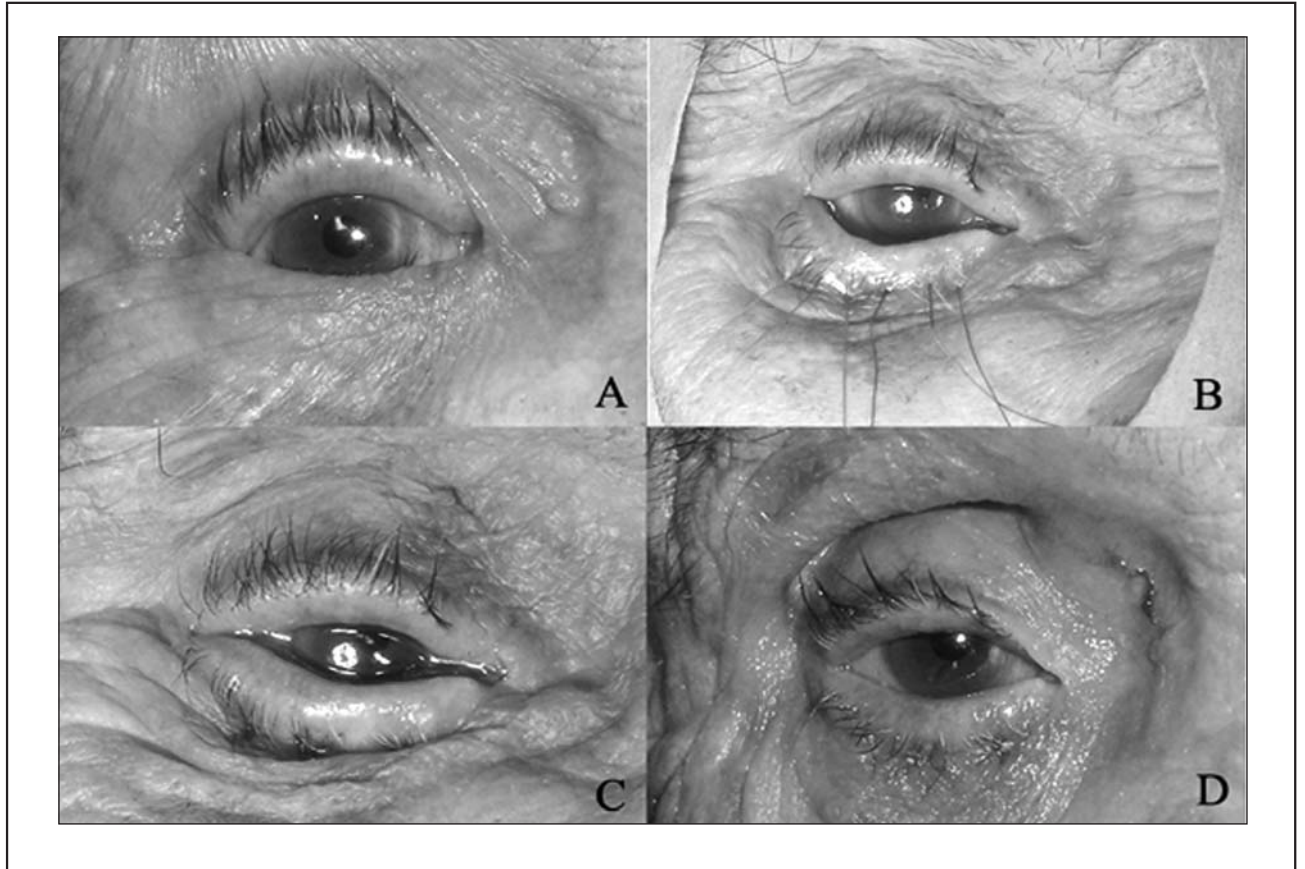
ğın hafif aşağı çekilmesiyle kapak konturu düzelen olgularda veya gözleri sıkıca açıp kapama sırasında ortaya çıkan alt kapağın içeri dönmesi durumunda konuldu (4). Kornea değişiklikleri ise 4 evrede incelendi: 1-Normal kornea, 2-Hafif derecede kornea punktat epitel defektleri, 3-Orta veya ağır dereceli yaygın punktat epiteliopati, 4-Geniş kornea epitel defekt sahası (4). Her hastanın göz ile ilgili belirtileri, şikayetlerinin süresi kaydedildi ve ayrıntılı ön segment muayenesini içeren tam oftalmolojik muayenesi yapıldı. Yatay kapak gevşekliği, bir cetvel kullanılarak alt kapağın öne doğru gözden ne kadar uzaklaştığı ölçülerek (kapak distraksiyon testi) gerçekleştirildi (2). Distraksiyon testi, ölçümlerin 7mm ve üzerinde olan olgularda müspet olarak kabul edildi (2).

Tam kat kapak çevirici (Quickert) sütür tekniği, lokal anestezi altında, alt kapağa, cilt altından ve subkonjunktival olarak %2 lidokain enjeksiyonu yapılarak gerçekleştirildi (4) (Şekil 1A). Alt kapak dişli forsepsler kullanılarak gözden öne doğru hareket ettirildikten sonra, 3 adet çift iğne uçlu 5-0 poliglikolik asit (Vikril, Ethicon,

A.B.D) sütürler, konjonktiva forniksinden derin alt orbital rime yakın ve alt kapak retraktörlerini de dahil edecek şekilde geçildi. Geçilen sütürler ciltten kapak kenarının 2-3 mm aşağısından çıkacak şekilde yukarı doğru yönlendirildi. Bir sütürün iki ucu birbirinden 3-4 mm olacak şekilde ciltten çıkarıldı (Şekil 1B). Üç sütür de tam kat olarak ciltten çıkarıldıktan sonra tüm sütürler alt kapağın hafif dışa dönük olacağı sıklıkta bağlandı (Şekil 1C). Sütürlerin birbirleri ile olan mesafeleri kapak boyunca eşit aralıklar ile, bir sütür kapak orta hattından geçecek şekile ayarlandı.

Lateral tarsal şerit tekniği, Anderson ve Gordy tarafından tarif edildiği şekilde lokal anestezi altında gerçekleştirildi (9,10). Oluşturulan tarsal şerit, Whitnall tüberkülüm bölgesinde periosta erimeyen çift iğneli 5-0 poliester (Mersilene, Ethicon, A.B.D) sütür kullanılarak bağlandı. Cilt kapatılması için 7-0 Vikril sütürler kullanıldı. Lateral tarsal şerit tekniği uygulanan hastalarda tam kat çevirici sütürler, tarsal şerit periosta suture edilmeden yerleştirildi (5). Tarsal şerit işlemi tamamlandıktan sonra, alt kapakta hafif dışa dönme oluşacak şekilde tam kat

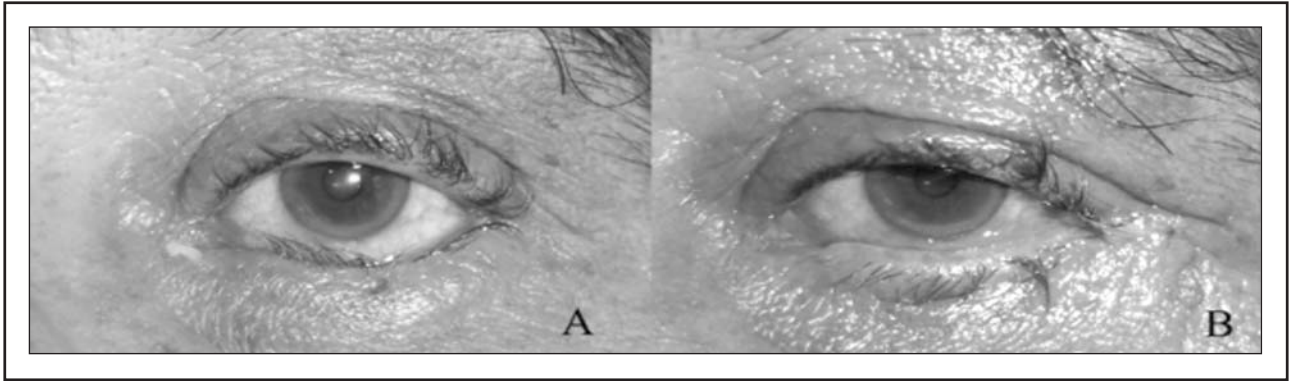
Şekil 1. Tam kat kapak sütür (Quickert) tekniği. 1A. Alt kapağın işlem öncesi içe dönük konumu. 1B. Üç adet tam kat kapak sütürünün yerleştirilmesi. 1C. Sütürlerin bağlanarak alt kapağın hafif dışa dönüşünün sağlanması. 1D. Postoperatif dönemde alt kapak konturunun düzelmesi.



kapak sütürleri uygun gerginlikte bağlandı. Her iki yöntemde de postoperatif dönemde sürekli ektropium gelişmediği sürece tam kat kapak sütürlerinin alınması gerekli görülmedi (Şekil 2).

Hastalar postoperatif dönemde 1. günde, 1. haftada, 1 ayda ve daha sonra her 3 ayda bir değerlendirildi. Hastaların kontrollerinde, alt kapak pozisyonunun durumu özellikle entropiyum nüksü ve ektropium varlığı açısından değerlendirildi. Bunun yanında hasta semptomları, korneanın durumu ve diğer komplikasyonların varlığı not edildi.

Şekil 2. Lateral tarsal şerit ve Quickert sütürlerinin uygulanması öncesi alt kapak kenarının içe dönmüş olduğu (2A) ve uygulama sonrasında erken postoperatif dönemde (2B) alt kapak konturunun düzelmiş olduğu izlenmektedir.



İki farklı cerrahi yöntem uygulanan olguların klinik parametreleri bağımsız iki örneklem t-testi ve ki-kare testi kullanılarak karşılaştırıldı. İstatistiksel anlam derecesi $P < 0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya 30 olgu dahil edildi. Olguların ortalama yaşı 70.7 ± 9.4 yıl (aralık=51-89 yıl) olarak belirlendi. Her olguda başvuru anında aralıklı olarak gözde yanma hissi mevcuttu. Hastaların şikayetleri ortalama 4.1 ± 1.1 ay (aralık=3-6 ay) süresince mevcuttu. Yedi (%23.3) olguda alt korneada evre 1 punktat epitel defektleri mevcuttu, geri kalan olguların kornealarına tutulum saptanmadı. Olguların hepsinde yatay kapak gevşekliliği mevcuttu. Ortalama yatay kapak gevşekliliği 8.8 ± 1.2 mm olarak belirlendi.

Onaltı (%53.3) olguya Quickert sütür tekniği (Grup 1), 14 (%46.7) olguya lateral tarsal şerit ile kombine Quickert sütür tekniği (Grup 2) uygulandı. Her iki gruba dahil edilen olguların yaş, şikayetlerin süresi, yatay kapak gevşekliliği ve takip süreleri açısından benzerlik göstermekteydi (Tablo 1). Erken postoperatif dönemde olguların hepsinde semptomatik rahatlama sağlandı.

Tablo 1. İki cerrahi yöntem uygulanan olguların klinik özelliklerinin istatistiksel karşılaştırılması (t-testi).

Klinik parametre	Grup 1 (n=16) [Quickert sütür]	Grup 2 (n=14) [LTS+Quickert sütür]	p
Yaş (yıl)	71.3 ± 9.8	70.1 ± 8.8	0.747
Şikayet süresi (ay)	4.3 ± 1.0	4.0 ± 1.1	0.525
Yatay kapak gevşekliliği (mm)	8.5 ± 1.0	9.1 ± 1.3	0.149
Takip süresi (ay)	9.9 ± 6.2	10.4 ± 4.3	0.775

Postoperatif 1. günde, Quickert sütür tekniği uygulanan 10 (%62.5) olguda, kombine cerrahi uygulanan 1 (%7.1) olguda alt kapağın dışa dönmüş olduğu izlendi (χ^2 , $p=0.006$). Olguların izleminin birinci ayında iki grupta da hiçbir olguda alt kapak dışa dönmemesinin sebat etmediği saptandı.

Entropiyum nüksü Grup 1'de 3 (%18.8) olguda ortaya çıktı. Bu olguların ikisinde nüks ilk 3 ay içinde, diğer bir olguda ise 4. ayda ortaya çıktı. Entropiyumu nüks eden 3 olgunun hepsinde belirgin yatay kapak gevşekliliği (9-10mm) mevcuttu. Grup 2 olgularında takip süreleri boyunca entropiyumun nüksü izlenmedi.

Her iki işlem sonrası ciddi bir komplikasyon izlenmedi. Grup 2 içinde 1 olguda (%7.1) erken postoperatif dönemde lateral kantus ve alt kapak lateralinde ekimoz saptandı. Bu komplikasyon 1 aylık izlem içinde ortadan kayboldu.

TARTIŞMA

İnvolyüsyonel entropiyum yaşlanmakta olan bireylerde görülen ilerleyici özellikte bir kapak duruş bozukluğudur (3). İlerleyici özelliği, artan yaş ile beraber kapak içindeki elastik ve fibröz dokuların dejeneransından kay-

naklanmaktadır (3). Kapağın içeri dönmesi gözde yanma-batma ve rahatsızlık hissine, kızarıklığa ve kornea erozyonlarına neden olabilmektedir. Entropiyum birçok olguda aralıklı şikayetler ile başlamakta, zaman içinde kapak duruş bozukluğu süreklilik kazanmaktadır. Literatürde erken evre entropiyum olguları ile sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada, alt kapak entropiyumu süreklilik kazanmamış başlangıç evre entropiyum olgularının iki farklı cerrahi yöntem ile tedavilerinin sonuçları değerlendirildi.

Entropiyuma bağlı şikayetlerin ortadan kaldırılması için geçici olarak lubrikan damlalar ve bandaj kontak lens gibi tıbbi tedavi yöntemleri uygulanabilse de, entropiyumun nihai tedavisi cerrahi olarak yapılmaktadır (1, 2). Alt kapak involüsyonel entropiyum tedavisi için birçok cerrahi teknik literatürde tarif edilmiştir (1-8,11). Bu teknikler, entropiyumun gelişmesinden sorumlu patogenetik faktörlerin düzeltilmesine yönelik olarak geliştirilmiştir. İnvolüsyonel entropiyumun gelişmesinde rol oynayan en önemli 3 faktör arasında yatay kapak gevşekliği, alt kapak retraktörlerinin ayrılması (dehisensi) ve preseptal orbikülaris liflerinin pretarsal liflerinin üzerine dönmesi bulunmaktadır (1-5). Bunların yanında anterior orbital yağ dokusu atrofisi ile ortaya çıkan göreceli enoftalmi ve alt kapak içine yağ dokusunun herniasyonu da ek patogenetik risk faktörleri olarak gösterilse de bunların entropiyum patogeneziindeki yerleri tartışmalıdır (4). Entropiyumun etkili tedavisi için yukarıda belirtilen üç temel patogenetik faktörlerden en az ikisinin düzeltilmesi, nükslerin önlenmesi için birçok yazar tarafından önerilmektedir (1-5).

Tam kat kapak çevirici sütürler ilk olarak Quickert ve Rathbun tarafından 1971 yılında tarif edilmiştir (12). Yazarların orijinal tekniğinde sütürler tarsın hemen altından transvers olarak geçilmekte olsa da, daha sonra sütürlerin alt fornixsin daha derin noktalarından geçilerek oblik bir hat oluşturulması ve bu şekilde ciltten çıkılmasının daha etkili sonuç vereceği öne sürülmüştür (4). Quickert sütürlerinin derinden geçilmesi alt kapak retraktörlerinin yukarı doğru kaldırılmasına ve tars dokusuna yaklaştırılmasına olanak vermektedir. Bunun yanında kapak içinden geçen sütürlerin enflamatuvar bir cevap oluşturarak orbikülaris adelesinin preseptal ve pretarsal bölümleri arasında bir skar dokusu yarattığı ve sonuç olarak preseptal liflerin pretarsal liflerin üzerine dönmelerini engellediği belirtilmektedir (4,5). Bu doku değişikliklerine neden olarak Quickert sütürleri entropiyuma neden olduğu düşünülen 2 önemli patogenetik mekanizmayı düzeltici niteliktedir. Rougoff ve arkadaşları bu tekniği uyguladıkları involüsyonel entropiyumu olan 9

olgunun 3'ünde (%33) ortalama 16 ay içinde nüks tarif etmişlerdir (4). Bizim çalışmamızda Quickert sütür tekniği uygulanan olguların %18.8'inde ilk 6 ay içinde nüks saptanmıştır. Entropiyumun ilerleyici bir durum olduğunu belirten yazarlar, bu olgularda nükslerin izlem süresi ile artacağını vurgulamaktadır (3,4).

Yatay kapak gevşekliğinin entropiyum olgularının çoğunda mevcut olduğu ve cerrahi olarak düzeltilmesi gerektiği birçok yazar tarafından vurgulanmaktadır (1, 2-4, 6). Alt kapak gevşekliği tam kat kapak rezeksiyonu ile kısaltılabilirse de, bu yöntem kapak kenarı çentiklenmesi, lateral kapak açısını bozması ve lateral kantal tendon üzerindeki mekanik baskıyı arttırabilme ihtimalinden dolayı entropiyum tashihinde önerilmemektedir (4,5). Lateral tarsal şerit yöntemi, kapak gerginliğini artırırken kapak kontörünü ve lateral kantüs açısını bozması özellikleri nedeniyle daha fizyolojik bir müdahale olarak görülmektedir (4,5). Bu nedenle bizim çalışmamızda kapak gevşekliğini düzeltmek için olgularımızda lateral tarsal şerit yöntemi uygulanmıştır. Olgularımızın hepsinde kapak gevşekliği 7 mm ve üzerinde bulundu (ortalama= 8.8 ± 1.2 mm). Normal olguların distraksyon test sonuçları 2-3 mm arasında değişmekte (2), involüsyonel entropiyum olgularının çoğunda ise bu değer 8 mm'nin üzerinde bulunmaktadır (3). Sonuçlarımız, yatay kapak gevşekliğinin erken dönem entropiyumu olan olgularda mevcut olduğunu ve de bu değişikliğin hastalık sürecinin erken safhalarından itibaren mevcut olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızın sonuçları erken dönem involüsyonel entropiyum olgularının uygun cerrahi tedavilerinin hem yatay hem de dikey kapak dengesizliğinin aynı anda düzeltilmesinin nüks oranını belirgin olarak azalttığını düşündürmektedir. Çalışmamızda iki yöntemin beraber kullanılması ile bir yıllık izlem süresince entropiyum nüksü tespit edilmedi. Çalışmamızın sonuçları literatürde diğer çalışmaların sonuçları ile paralellik göstermektedir (4,5,13). Ho ve arkadaşları, kombine lateral tarsal şerit ve Quickert sütür tekniği uygulanan involüsyonel entropiyum olgularında nüks oranının %9.4 olduğunu ve nükslerin postoperatif 6-24. aylarda ortaya çıktığını bildirmişlerdir. Benzer şekilde Rougraff ve ark., aynı cerrahi teknik ile 36 aylık nüks oranlarını %1.6 olarak belirlemiş ve bu yöntemin entropiyuma neden olan 3 temel patogenetik mekanizmayı düzeltmekte etkili olduğunu öne sürmüşlerdir (4). Özellikle Rougraff ve ark. tarafından bildirilen serideki takip süresinin uzun olması, bu yöntemin kısa (6-12 ay) ve orta dönemde (12-24 ay) alınan sonuçların uzun (>24 ay) dönemde de devam ettiğini düşündürmektedir.

Her iki grupta da postoperatif dönemde ciddi komplikasyon görülmemesi her iki yöntemin güvenli olduğunu göstermektedir. Ancak sadece tam kat sütür ile tedavi edilen olguların önemli bir kısmında (%62.5) işlemi takip eden ilk hafta içinde alt kapağın dışa dönmesi saptanmıştır. Bunun yanında ikinci grupta bu bulgu sadece 1 olguda gözlemlenmiştir. Bu bulgu, yatay kapak gerginleştirilmesinin kapak pozisyonunu çok daha etkili bir şekilde kontrol ettiğini düşündürmektedir. Özellikle sadece sütür yöntemi uygulanacak hastalara postoperatif dönemde alt kapağın dışa dönme ihtimali hakkında bilgi verilmesi uygun görülmektedir.

Çalışmamızın amaçlarından bir tanesi erken dönem entropiyumun tedavisinde Quickert sütürlerinin tek başına yeterli olup olamayacağını değerlendirmektir. Quickert sütürleri genel anlamda geçici bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilse de, bu teknik ile birçok olguda kalıcı sonuçlar elde edilebilmektedir (1, 4, 12). Sonuçlarımız bu basit ve hızlı tekniğin olguların büyük çoğunda (%81.5) sadece tam kat kapak sütürlerinin yaklaşık 1 yıllık takipler boyunca başarılı olduğunu göstermektedir. Her ne kadar ikinci yöntem kadar başarılı olmasa da, özellikle düşük ve kanama meyili yüksek olan olgularda insizyonel olmayan bu teknik entropiyum tashihinin sağlanması için kullanılabilir. Olgularda takip süresinin uzamasıyla nüks oranında bir artış olacağı öngörülse de, Quickert sütür kullanımı ile birçok olguda alt kapak retraktör onarımı gibi daha invazif sayılacak işlemler ertelenebilmekte ve bazı olgularda hiç gereği kalmamaktadır.

Birçok yazar tarafından alt kapak retraktörlerinin subsiliyer veya transkonjonktival yolla onarılmasının, entropiyumun gelişmesinde rol oynayan dikey kapak dengesizliğinin düzeltilmesinde etkili olduğu belirtilmektedir (11, 14-16). Özay ve arkadaşları, alt kapak retraktör onarımının cilt yoluyla uygulanmasının, preseptal ve pretarsal orbikularis lifleri arasında bir skar oluşturarak entropiyum nüksünü engellemekte etkili olduğunu savunmuşlardır (17). Bununla birlikte alt kapak retraktör onarımının yatay kapak gevşekliği düzeltilmeden gerçekleştirilmesi, birçok seride aşırı düzeltmeye bağlı ikincil ektropiuma ve alt kapak retraksiyonuna sebebiyet verdiğini göstermektedir (11, 15, 16, 18). Banaz ve Arslan tarafından yapılan bir çalışmada involüsyonel entropiyumun tedavisinde alt kapak retraktör onarımının yatay kapak kısaltılması ile birlikte uygulanmasının uzun dönem başarının artırılmasında ve komplikasyonların engellenmesinde etkili olduğu bildirilmiştir (19). Benzer bir çalışmada, Çiftçi ve arkadaşları, Quickert ve Wies tekniği kullanılan 57 olguluk primer ve nüks entropiyum

serilerinde, nükslerin ilk cerrahiye takiben ortalama 23 ay içinde ortaya çıktığını belirtmiş ve nükslerin engellenmesi için kombine cerrahi tekniklerin uygulanmasını önermişlerdir (20). Bu nedenle hem kendi çalışmamızda hem de aynı tekniği kullanan diğer yazarların (4,5) çalışmalarında bildirilen sonuçlar doğrultusunda involüsyonel entropiyumların tedavisinde lateral tarsal şerit + Quickert sütür tekniğinin uygulanması kolay, etkili ve entropiyum patogenezinde etkili olan 3 mekanizmanın düzeltilmesine yönelik fizyolojik bir yöntem olduğu ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamızın kısıtlayıcı yönleri arasında takip süremizin göreceli olarak kısa olması (6-24 ay) ve de çalışmanın geriye dönük olarak yapılmış olması bulunmaktadır. Randomizasyon yapılmamış olsa da, her iki grupta yaş, yatay kapak gevşekliği miktarlarının ve takip sürelerinin benzerlik göstermesi iki grup sonuçlarının karşılaştırılmasını kolaylaştırmaktadır.

Entropiyum düzeltilmesinde kullanılacak ideal bir cerrahi yöntemin etkili, dokuları az travma edici, komplikasyon oranının düşük ve de etkisinin uzun olması gereklidir. Çalışmamızın sonuçları lateral tarsal şerit yöntemi ile tam kat kapak sütür (Quickert) tekniklerinin kombine kullanımının involüsyonel entropiyumda tedavisi için etkili ve güvenilir bir yöntem olduğunu göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Leatherbarrow B. Lower eyelid entropion. In: Leatherbarrow B, ed. Oculoplastic surgery, 1. baskı. Londra, Dunitz. 2002, 49-57.
2. Skorin L. A review of entropion and its management. Contact Lens & Anterior Eye. 2003; 26: 95-100.
3. Olver JM, Barnes JA. Effective small-incision surgery for involuntal lower eyelid entropion. Ophthalmology. 2000; 107(11): 1982-8.
4. Rougraff PM, Tse DT, Johnson TE, Feuer W. Involuntal entropion repair with fornix sutures and lateral tarsal strip procedure. Ophthal Plast Reconstr Surg. 2001;17(4): 281-7.
5. Ho SF, Pherwani A, Elsherbiny SM, Reuser T. Lateral tarsal strip and Quickert sutures for lower eyelid entropion. Ophthal Plast Reconstr Surg. 2005; 21(5):345-348.
6. Danks JJ, Rose GE. Involuntal lower lid entropion: to shorten or not to shorten? Ophthalmology. 1998;105: 2065-2067.
7. Beuger RS, Musch DC. A comparative study of eyelid parameters in involuntal entropion. Ophthal Plast Reconstr Surg. 1989; 5: 281-287.
8. Collin JR, Rathbun JE. Involuntal entropion: a review with evaluation of a procedure. Arch Ophthalmol. 1978; 96: 1058-1064.

9. Anderson RL, Gordy DD. The tarsal strip procedure. *Arch Ophthalmol.* 1979; 97: 2192-2196.
10. Yakut E, Mutlu FM, Uğurbaş SH, Tuncer K. Ektropion tedavisinde lateral tarsal şerit tekniği. *MN Oftalmoloji* 2000; 7: 54-58.
11. van den Bosch WA, Rosman M, Stijnen T. Involutional lower eyelid entropion: results of a combined approach. *Ophthalmic Surg Lasers.* 1998; 29(7):581-6.
12. Quickert MH, Rathbun E. Suture repair of entropion. *Arch Ophthalmol.* 1971; 85(3): 304-5.
13. Quist LH. Tarsal strip combined with modified Quickert-Rathbun sutures for involutional entropion. *Can J Ophthalmol.* 2002; 37(4): 238-44.
14. Wesley RE, Collins JW. Combined procedure for senile entropion. *Ophthalmic Surg.* 1983; 14: 401-5.
15. Carroll RP, Allen SE. Combined procedure for repair of involutional entropion. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 1991; 7: 123-7.
16. Nowinski TS. Orbicularis muscle extirpation in a combined procedure for involutional entropion. *Ophthalmology.* 1991; 98:1250-6.
17. Özay S, Sur N, Şencan S, Önder F. İnvölüsyonel entropionda cerrahi tedavi. *T Klin J Ophthalmol.* 2003; 12: 61-69.
18. Dresner SC, Karesh JW. Transconjunctival entropion repair. *Arch Ophthalmol.* 1993;111: 1144-8.
19. Banaz A, Arslan MO. Senil entropionda güncel cerrahi tedavi; alt kapak retraktör tamiri ve horizontal kapak kısaltması. *T Klin Oftalmoloji.* 2000; 9: 189-192.
20. Çiftçi F, Sönmez M, Ünal M, Gülecek O. İnvölüsyonel entropiyumda kombine cerrahi. *T Oft Gaz.* 2000; 30: 215-219.