

## Fasiyal Paralizideki Alt Kapak Retraksiyonu ve Yanak Sarkmasının Transkonjonktival "MIDFACE LIFT" (SOOF LIFT) ile Düzeltilmesi\*

Nilgün Şafak (\*\*), Mehmet Ünal (\*\*\*)

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada, ciddi alt kapak retraksiyonu ve yanak sarkmasının tedavisinde transkonjonktival "Midface Lift"(SOOF LIFT) tekniğinin etkinliği ve sonuçları değerlendirildi.

**Gereç ve Yöntem:** Gazi Üniversitesi Göz Kliniğinde Aralık 1997 ve Mayıs 1998 döneminde ciddi alt kapak retraksiyonu ve yanak sarkması olan 4 olgunun 4 gözüne transkonjonktival "midface lift" (SOOF LIFT) cerrahisi uygulandı. Dört olguda da fasiyal paralizi sonrası gelişen alt kapak retraksiyonu, yanak sarkması ve lagoftalmus bulguları mevcuttu. Fasiyal paralizi, olguların 3 tanesinde konjenital, birinde ise beyin ameliyatı sonrası gelişen bir komplikasyondur. Bu cerrahi müdahalede alt kapak ön lamellasını kuvvetlendirmek amacıyla malar dokuları destekleyen suborbikülaris okuli yağ yastıkçığı (SOOF) "midface" bölgesinde subperiosteal disseksiyon ile ayrılarak, üzerindeki orbikülaris kası ve malar yağ yastıkçığı ile birlikte orbita alt kenarındaki periosta sütüre edildi. Arka lamella ise sert damak kompoze grefti ile desteklendi ve lateral kantoplasti ile prosedür tamamlandı. Olguların tümü intravenöz sedasyonu takiben lokal "standby" anestezi ile opere edildi.

**Bulgular:** Bu cerrahi teknik ile deri grefti kullanılmadan ve skar kalmaksızın alt kapak retraksiyonu düzeltildi. Her iki alt göz kapağı aynı seviyeye getirildi, lateral kantal açığı bölgesi düzeltildi ve beraberinde yanak sarkması da tedavi edilmiş oldu. Olgular 1-6 ay (ortalama 2,5 ay) izlendi. Hiçbir olguda önemli bir komplikasyon izlenmedi ve ek cerrahi müdahale gerekmedi.

**Tartışma:** Transkonjonktival "midface lift"(SOOF LIFT) cerrahisi, gerek yaşlanmaya bağlı oluşan, gerekse fasiyal paralizi, travma veya tümöral nedenlerle gelişen alt kapak retraksiyonu ve yanak sarkmasının düzeltilmesi için uygun bir tekniktir. Bu cerrahi prosedürün estetik ve fonksiyonel olarak, standart blefaroplasti tekniklerine üstün bir cerrahi teknik olduğu kanısındayız.

**Anahtar Kelimeler:** SOOF LIFT, Alt kapak retraksiyonu, Blefaroplasti

### SUMMARY

**The Treatment of Lower Eyelid Retraction and Malar Descent in Facial Palsy with Transconjunctival Midface Lift ( SOOF LIFT)**

**Purpose:** The purpose of this study is to evaluate the efficacy and results of the transconjunctival midface lift (SOOF LIFT) technique.

(\*) Türk Oftalmoloji Derneği 32. Ulusal Oftalmoloji Kongresinde (Eylül 1998-Bursa) sunulmuştur.

(\*\*) Gazi Üniv. Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi

(\*\*\*) Gazi Üniv. Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi

Mecmuaya Geliş Tarihi: 03.12.1998  
Düzeltilmeden Geliş Tarihi: 08.08.1999  
Kabul Tarihi: 09.10.1999

**Material and Methods:** In this study transconjunctival midface lift (SOOF LIFT) was performed in 4 eyes of 4 cases with lower eyelid retraction and malar descent at Eye Clinic of Gazi University between January 1997 and May 1998. In all cases lower eyelid retraction was caused by facial nerve palsy. Facial palsy was congenital in 3 cases and was a complication of brain operation in the other one case. During transconjunctival midface lift technique(SOOF LIFT) the suborbicularis oculi fat pad (SOOF) was advanced superiorly with careful subperiosteal dissection and thus the anterior lamella was supported by suturing the SOOF and the other malar soft tissues to the periosteum of the inferior orbital rim. The posterior lamella were reconstructed by placement of a hard palate graft. This procedure was completed by lateral canthoplasty. All patients were operated on under local "standby" anesthesia.

**Results:** Lower lid retraction caused by descending malar soft tissues with aging and by facial palsy, trauma and tumours was repaired by this technique without a scar and without the use of skin graft. Not only lower lid retraction, but also descending of the malar soft tissues were treated with this surgical technique at the same time. All cases were followed up between 1 and 6 month (mean 2,5 months).No significant complications have occurred and no further surgery was performed.

**Conclusion:** In conclusion transconjunctival midface lift (SOOF LIFT) procedure is presented as an aesthetically, structurally and functionally superior alternative to standard eyelid and canthal tightening or skin grafting techniques.

**Key Words:** " SOOF LIFT", Lower eyelid retraction, Blepharoplasty

## GİRİŞ

Son yıllarda okuloplastik alanındaki gelişmelere paralel olarak malar bölgenin anatomisinin anlaşılmasıyla, alt göz kapağı ve yanak bölgesindeki patolojilere uygun girişimlerin yapılması mümkün olmuştur. Yaşlanma etkisiyle yüzün orta bölümündeki (midface) malar yumuşak dokuların sarkması nedeniyle oluşan veya çeşitli patolojiler sonrasında (fasiyal paralizi, travma, tümör ve alt kapak blefaroplastisi komplikasyonu olarak) görülen ciddi alt kapak retraksiyonunun tedavisi için uygulanan çeşitli cerrahi teknikler bildirilmiştir. Bu tekniklerden biri olan ve "Madam Butterfly" tekniği olarak isimlendirilen ameliyat ilk olarak Shorr tarafından 1977 yılında tanımlanmıştır (1,2). Bu yöntemde alt göz kapağının her iki lamellasının ayrı ayrı rekonstrüksiyonu yapılarak, alt göz kapağının total olarak tamiri sağlanmaktadır. Bu girişimde başlangıçta arka lamella desteği için bukkal mukoza grefti, ön lamella için deri grefti kullanılmıştır. Daha sonra arka lamella için kulaktan alınan kıkırdak grefti kullanılmıştır. Aynı amaçla sert damak grefti ilk olarak 1989 yılında uygulanmıştır (3). Önceki yıllarda alt kapağın ön lamellası için serbest deri grefti alınırken, zamanla suborbikularis okuli yağ yastığı (SOOF) vertikal yönde ilerletilerek ön lamellanın desteklenmesi tercih edilen yöntem haline almıştır. Bu yöntem , "SOOF" terimini ortaya atan kişi olan Aiche tarafından ilk olarak 1993 yılında uygulanmıştır (4,5).

Bu çalışmada, ciddi alt kapak retraksiyonu ve yanak sarkması tedavisi için uyguladığımız transkonjonktival

midface lift (SOOF LIFT) tekniği ve bu yöntemle 4 olguda elde ettiğimiz sonuçlar anlatılmaktadır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Aralık 1997 ve Mayıs 1998 tarihleri arasında Gazi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalına alt kapak retraksiyonu ve yanak sarkması nedeniyle başvuran 4 olgunun 4 gözüne transkonjonktival "midface lift"(SOOF LIFT) cerrahisi uygulandı.

"SOOF LIFT" uygulanan dört olguda da fasiyal paralizi sonrasında gelişen alt kapak retraksiyonu, yanak sarkması, kapak kenarının yuvarlaklaşması ve lagoftalmus bulguları mevcuttu. Fasiyal paralizi olguların 3 tanesinde konjenital, birinde ise beyin ameliyatı sonrası gelişen bir komplikasyondur. Olguların tümü tek taraflı idi. Hastaların 1'i kadın, 3'ü erkek olup, yaşları 18- 54 arasındaydı. Olgular, operasyondan sonra 1-6 ay (ortalama 2,5ay) izlendiler.

Olgulardan birine operasyon öncesi dönemlerde bir kez lateral tarsorafı, bir kez de lateral kantal resuspansiyon ameliyatı yapılmıştı. Aynı olguya "SOOF LIFT" ameliyatına ek olarak üst göz kapağının kapanabilmesini sağlamak amacıyla altın ağırlık implantasyonu uygulandı.

Cerrahi müdahale öncesi, hastaların rutin göz muayeneleri yapıldı. Hastalarda alt kapak retraksiyonu sonucu oluşan lagoftalmusa bağlı görülen, gözde kızarıklık, batma, rahatsızlık hissi, sulanma gibi fonksiyonel şika-

yetler değerlendirildi. Olguların tümünde eksojür keratopatiye bağlı bulgular izlendi.

Hastaların estetik ve klinik beklentileri araştırıldıktan sonra alt göz kapağı ve malar bölgenin durumu değerlendirildi. Normalde alt göz kapağı desteği, kantal yapıların sıklığı ve orbikularis kasının tonusu ile sağlanmaktadır. Bu özellikler, "çekme"(distraction) testi ve "geriye dönüş"(snap) testi denen iki testle değerlendirildi. "Çekme" testi, baş ve işaret parmakları ile alt kapak kenarından tutulup, korneadan uzaklaştırılacak şekilde dışa çekilerek yapıldı. Tarsal kenarın, korneal kenardan 7mm. veya daha fazla uzaklaştırılabiliyor olması, kantal yapılarda gevşeklik olarak değerlendirildi. "Geriye dönüş" testi, hastaya gözünü kırpmaması söylenerek, önce alt kapak aşağı doğru çekilip, daha sonra serbest bırakılarak yapıldı. Bu test ile orbikularis kasının tonusu değerlendirildi. Hastaların tümünde kapak hemen eski pozisyonuna dönmediği için orbikularis kas tonusunda gevşeklik tespit edildi.

Malar bölge ve alt göz kapağının her iki lamellasındaki horizontal ve vertikal destek yetersizlikleri ile ilgili problemler dikkatlice değerlendirildikten sonra cerrahi prosedüre geçildi.

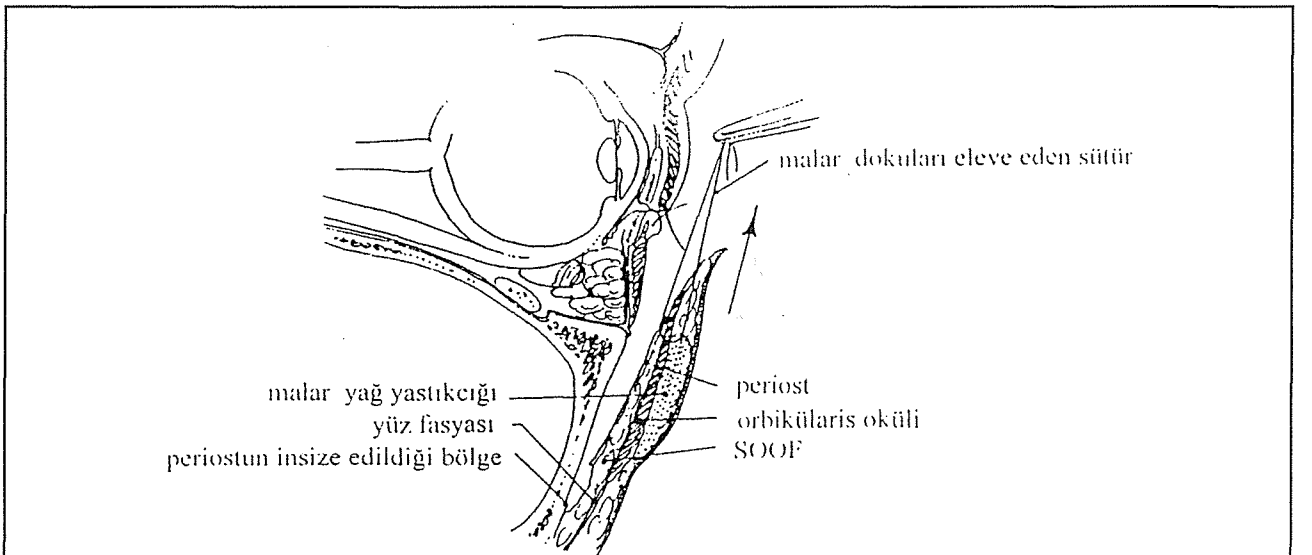
#### Cerrahi Teknik

Olgularımızın tümü, IV sedasyonu takiben uygulanan lokal "standby" anestezi ile opere edildi. İnsizyon bölgesi, kapak dış kenarında lateral kantal açı hizasında laterale doğru işaretlendi. Epinefrin (1:100000) içeren %2'lik lidokain ile lateral kantal bölgeye, alt kapak kenarına ve infraorbital sinir bölgesine infiltrasyon yapılarak anestezi sağlandı.

Takiben lateral kantal tendonun alt ve üst bacağına ikiye ayıran lateral kantotomi insizyonu yapıldı. Lateral kantal tendonun alt bacağına kantolizis yapıldıktan sonra, alt kapakta orbikularis ve periost arasında disseksiyon yapılarak, dış kantus lateralindeki deri ve yumuşak dokular serbest hale getirildi. Daha sonra transkonjonktival bir kesi ile tarsın alt kenarından medialde karunküle kadar uzanan insizyon yapıldı. Kesi yapıldıktan sonra alt kapak öne doğru çekilerek olası yapışıklıklar ve tutan bölgeler ayrıldıktan sonra arka lamella (septum ve konjonktiva) serbestçe ortaya çıkarıldı. Orbital septum üzerinden aşağıya doğru disseksiyona devam edilerek orbita alt kenarına ulaşıldı.

Transkonjonktival "midface lift"(SOOF LIFT) ile alt kapak rekonstrüksiyonunda ön lamellanın desteklenmesi sağlanırken, aynı zamanda yanak sarkması da düzeltilebilmektedir. Bu amaçla malar bölgede orbita alt kenarının 5 mm. altından periosta insizyon yapıldıktan sonra malar bölgedeki yumuşak dokular maksiller ve zigomatik kemiğin üzerinden periost altından disseke edildi. Malar bölgedeki subperiostal disseksiyon periost elevatörleri yardımıyla dikkatlice sürdürüldü ve aşağı doğru 25 mm kadar ilerletildi. Bu sırada infraorbital sinirin korunmasına özen gösterildi. Subperiostal disseksiyonun alt kısmından periosta radyocerrahi aleti (kesici- koter) ile insizyon yapılarak, periostla birlikte SOOF ve üzerinde yerleşmiş olan malar bölge yumuşak dokularının (orbikularis kası ve malar yağ yastığı) serbestleşmesi sağlandı. Takiben önce orbita alt kenarındaki periosttan daha sonra malar bölgedeki yumuşak dokuların tümünden 4-0 prolene ile sütürler geçildi (Şekil1). Bir forseps yardımıyla periost ve SOOF eleve edilerek beraberinde

**Şekil 1.** Transkonjonktival "midface lift"(SOOF LIFT) cerrahisinde subperiostal olarak malar dokuların elevasyonu ve sert damak grefti uygulamasının anatomik kesiti.

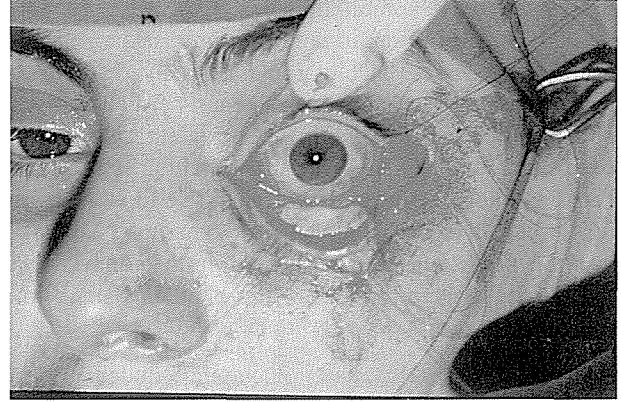


orbikularis kası, malar yağ yastıkçığı ve derinin de eleasyonu görüldükten sonra, sütürler tekrar orbita alt kenarındaki periosttan geçilerek bağlandı (Şekil 2).

*Şekil 2. SOOF LIFT sırasında periost, SOOF, orbikularis kası ve malar yağ dokusundan tam kat geçirilen 4/0 prolene sütürün orbita alt kenarında periosta sütüre edilmesi izleniyor.*



*Şekil 3. Alt kapak rekonstrüksiyonu sırasında üst damaktan alınan kompozit sert damak greftinin alt kapakta konjonktiva ve tars arasına yerleştirilmesi izleniyor.*



len traksiyon sütürleriyle alt kapak yukarı retrakte edilerek bölgenin stabilizasyonu sağlandı.

#### Postoperatif bakım ve izleme

Postoperatif dönemde 5 gün sıkı bandaj uygulandı. Medikal tedavi olarak antibiyotikli damla ve pomad önerildi. Ameliyat sonrası alt kapak ve malar bölgede oluşacak ödemi azaltmak amacıyla soğuk kompres yapıldı. Hastalar operasyon sonrası erken dönemde beşinci, yedinci ve onördüncü günlerde değerlendirildi. Stabilizasyon sütürleri, duruma göre beşinci veya yedinci günlerde açıldı. Kantal bölgeye konulan sütürler ise onuncu gün alındı. Hastalar daha sonra birinci, üçüncü ve altıncı ayda kontrollara çağrıldılar.

#### BULGULAR

Transkonjonktival "midface lift"(SOOF LIFT) cerrahisi ile alt kapak retraksiyonunun düzeltilerek, her iki alt göz kapağı ve lateral kantale açılış bölgesinin aynı seviyeye getirilmesi ve beraberinde yanak sarkıklığının da düzeltilmesi amaçlanmıştır. Vakaların tümünde erken dönemde ve takip sürelerinin sonunda elde edilen sonuçlar, cerrahi ve fonksiyonel açıdan başarılı olarak değerlendirildi.

Vakaların hiçbirinde serbest deri grefti kullanılmadı. Cerrahi kesi yerinde skar kalmadı. Erken ve geç dönemde alt göz kapağı ve malar bölgede görülen ve 7-10 gün süren ödem dışında önemli bir komplikasyon izlenmedi. Hiçbir olguda ikinci bir cerrahi müdahale gerekmedi.

#### TARTIŞMA

Yapılan klinik ve anatomik çalışmalar sonunda alt göz kapağı ve yanak bölgesi yumuşak dokusu arasındaki

Transkonjonktival "midface lift"(SOOF LIFT) ile ön lamella desteğini sağladıktan sonra alt kapak stabilizasyonunun sağlanması önemlidir. Bu amaçla arka lamellayı oluşturmak için üst damaktan ince kompozit sert damak grefti alındı. Sert damak greftinin mukozal yüzeyi konjonktivanın ve yoğun sert dokusu ise tarsin özelliklerini taşımaktadır. Oral retraktör yardımıyla ağız açık konuma getirildikten sonra, üst damakta nazopalatin ve büyük palatin foramen bölgesi %2'lik lidokain infiltrasyonu ile uyuşturuldu. Greft sert damağın herhangi bir bölgesinden alınabilirse de, teknik olarak en kolay alveolar kenardan alınabildiği için, bu bölge tercih edildi. Yaklaşık 6-7 mm. genişliğinde ve 25 mm. uzunluğunda serbest greft çıkarıldı. Greftin çıkarıldığı bölgede kanama kontrolü yapıldıktan sonra defekt bölgesine "Surgi- Cell" yerleştirildi. Sert damak grefti inceltirilip, düzeltildikten sonra greftin mukozal yüzeyi konjonktiva yüzeyi ile devamlılık gösterecek şekilde tars alt kenarına medialden başlanarak 6-0 polyglactin (vicryl) ile sütüre edildi (Şekil 3). Böylece alt kapak arka lamella rekonstrüksiyonu da tamamlanmış oldu.

Son aşamada lateral kantale açılımın pozisyonu sağlanarak, kapak dış kenarının stabilizasyonu sağlandı. Çift iğneli 5-0 prolene sütür ile önce altta lateral tarsal kenarda oluşturulan küçük diltikten, daha sonra orbita dış kenarındaki yeni lateral kantale bölgesindeki periosttan geçilerek, ayarlama yapıldıktan sonra bağlandı. 6-0 vicryl ile kesi yerleri kapatılarak operasyon tamamlandı.

İşlem tamamlandıktan sonra 5-0 prolene ile alt kapak marjinal kısmından geçirilip, kaş bölgesinde tespit edi-

anatomik ilişki ve bu bölgelerdeki yaşa bağlı değişiklikler daha iyi anlaşılmıştır (1,6). Bilindiği gibi alt göz kapağı "lamella" adı verilen 2 anatomik katmandan oluşmaktadır. Ön lamellayı deri ve orbikularis kası, arka lamellayı da tars ve konjonktiva oluşturmaktadır. Normalde alt göz kapağı kenarı inferior limbua tanjansiyel uzanmaktadır. İdeal bir blefaroplasti ameliyatı sonrasında lateral kantal açığı ve alt kapak kenarı normal pozisyonunda olmalı, her iki lamella bu pozisyonu sağlayabilecek yeterli vertikal uzunluğa sahip olmalıdır. Horizontal kapak laksitesi, ön ve arka lamelladaki vertikal yetersizlik, alt kapak retraksiyonu ve kapak kenarında yuvarlaklaşmaya neden olacaktır. Bu özelliklerin bilinmesi, alt kapak retraksiyonunun tedavisinin planlanmasında çok önemlidir.

Malar bölgedeki anatomik yapılar, önden arkaya doğru deri, malar yağ yastıkçığı (preorbikuler), orbikularis kası, suborbikularis okuli yağ dokusu(SOOF), mimik kaslar, periost ve kemik dokusudur (1,7). Suborbikularis okuli yağ yastıkçığı,"SOOF" olarak adlandırılmaktadır. İlk olarak 1993 yılında Aiache tarafından tanımlanmıştır (1,2-4). Yaşın ilerlemesiyle birlikte alt göz kapağı ve malar bölgede birtakım anatomik değişiklikler meydana gelir. Yaşlanma ve gravitasyonun etkisiyle, yüzün orta bölümündeki yumuşak dokular aşağı doğru yer değiştirirler. Malar yağ dokusu, SOOF ve orbikularis kasının aşağı yer değiştirmesiyle alt kapak retraksiyonu, kapak alt kenarında yuvarlaklaşma, yanak sarkması, nazolabial oluğun belirginleşmesi, orbital yağ fıtıklaşması görülür. Ayrıca kapak hipotonisi, orbital septumda zayıflama, kantal destekte zayıflama, deri katlanması ve orbikularis hipertrofisi diğer anatomik değişikliklerdir. Bu çalışmada uyguladığımız transkonjonktival "mid-face lift"(SOOF LIFT) cerrahisi ile aşağı yer değiştirmiş olan "SOOF" periost altından disseke edilerek, üzerinde yerleşmiş olan orbikularis kası, malar yağ yastıkçığı ve deri gibi diğer yumuşak dokularla birlikte yukarı ilerletildi ve orbita alt kenarındaki periosta suture edildi. Böylece alt kapak retraksiyonunun tedavisinde ön lamellanın desteklenmesi sağlanmış oldu. Aynı cerrahi teknik ile alt kapak ve malar bölgedeki yaşlanmaya bağlı değişikliklere estetik amaçlı olarak müdahale edilmesi de mümkün olabilmektedir.

Malar dokunun elevasyonu için subkutan, preperiostal ve subperiostal gibi farklı doku planlarında cerrahi disseksiyon uygulamaları yayınlanmıştır (7,8). Bu çalışmada subperiostal doku planında disseksiyonu tercih ettik. Disseksiyon için subperiostal doku planının seçilmesinin bazı avantajları vardır. Subperiostal yaklaşım ile kolay ve hızlı disseksiyon sağlanırken, infraorbital sinirin kolayca görülerek korunması mümkün olabilmektedir. Minimal kanama olmaktadır. Ayrıca

*Şekil 4. Fasiyal paralizi nedeniyle sol gözde alt kapak retraksiyonu gelişen 18 yaşındaki olgunun preoperatif görünümü.*



*Şekil 5. Aynı olgunun postoperatif görünümü.*



dokularla birlikte eleve edilen periost, orbita alt kenarında suture fiksasyonu için optimal güç sağlamaktadır (9,10).

Müdahale sırasında infraorbital sinir dikkatle korunmalıdır. Cerrahi, infraorbital sinir korunarak uygulandığı

zaman 1-2 ay süren geçici uyuşukluk dışında bir problemle karşılaşmamıştır.

Alt kapak blefaroplastisi amacıyla "SOOF LIFT" uygulamasının en önemli avantajlarından birisi, serbest deri grefti kullanılmasına gerek kalmamasıdır (1,3). Ayrıca transkonjonktival yolla yaklaşım tercih edildiğinden operasyon bölgesinde skar kalmamaktadır.

"SOOF LIFT" cerrahisinde, hafif sedasyonla birlikte lokal "standby" anestezi uygulandı. Bu anestezi tekniğinin üç önemli avantajı vardır. Birinci avantajı, işlem sırasında alt göz kapağı ve özellikle lateral kantal açının repozisyonu sırasında hasta ile kooperasyonun sağlanabilmesidir. Operasyon sırasında uyanık ve bilinçli hasta oturur pozisyona getirilerek alt kapak ve malar bölgenin durumunun değerlendirilmesi mümkün olmaktadır. İkinci avantajı, ağız tavanından sert damak alınması işlemi sırasında kooperasyon sağlanarak aspirasyonun önlenbilmesidir. Üçüncü avantajı ise, genel anesteziye oranla daha az kanama görülmesidir.

"SOOF LIFT" ile alt kapak retraksiyonunun düzeltilerek, her iki alt göz kapağının ve dış kantal aç bölgesinin aynı seviyeye getirilmesi ve beraberinde yanak bölgesindeki sarkıklığın da düzeltilmesi amaçlanmıştır. Bu yöntemi ilk uygulayan çalışmacılardan biri olan Shorr, vakalarının %99'da elde ettiği sonuçların gerek yapısal, gerekse estetik olarak tatmin edici olduğunu ve yeni bir cerrahi müdahale gerekmediğini bildirmiştir. Sadece bir vakada operasyondan 4 ay sonra lateral kantal bölgeye ikinci bir müdahale gerektiği belirtilmiştir. Biz de "SOOF LIFT" uyguladığımız 4 olgumuzda estetik ve fonksiyonel olarak başarılı sonuçlar elde ettik (Şekil 4-5). Üst kapağın kapanmasını sağlamak amacıyla postperatif birinci haftada altın ağırlık implantasyonu uyguladığımız 1 hastamız dışında hiçbir hastamıza ek cerrahi müdahale gerekmedi.

Shorr, "Madam Butterfly" tekniği uyguladığı ilk 100 hastasında önemli bir komplikasyona rastlamadığını bildirmiştir. Operasyon sonrası dönemde infeksiyon, derin dokuda veya deride skatris, kornea ve göz hasarı gibi komplikasyonların izlenmediğini bildirmiştir. Hiçbir vakada greft rejeksiyonu ve donör bölge komplikasyonu izlenmemiştir. Biz de olgularımızda operasyon sonrası 7-10 gün süren alt kapak ve malar bölgede görülen

ödem ve geçici uyuşukluk dışında önemli bir komplikasyon izlemedik.

Transkonjonktival "midface lift" (SOOF LIFT) cerrahisi, gerek yaşlanmaya bağlı oluşan, gerekse fasiyal paralizi, travma veya tümöral nedenlerle oluşan alt kapak retraksiyonu ve yanak dokularındaki sarkmanın düzeltilmesi için uygun bir cerrahi tekniktir. Bu yöntem, estetik ve fonksiyonel olarak standart blefaroplasti tekniklerine üstün bir cerrahi prosedürdür.

## KAYNAKLAR

1. Shorr N. "Madam Butterfly" Procedure: Total lower eyelid reconstruction in three layers utilizing a hard palate graft: Management of the unhappy post-blepharoplasty patient with round eye and scleral show. *Int.J.Aest. and Rest. Surg.* 1995; 3: 3-26.
2. Shorr N., Fallor MK. "Madam Butterfly" procedure: Combined with cheek and lateral canthal suspension procedure for postblepharoplasty round eye and lower eyelid retraction. *Ophthal. Plast. Surg.* 1985; 1: 229-235.
3. Shorr N. "Madam Butterfly" procedure with hard palate graft: Management of postblepharoplasty round eye and scleral show. *Fascial Plastic Surgery.* 1995; 10: 90-118.
4. Aiache AE. The Suborbicularis Oculi Fat Pads: An Anatomic and Clinical Study. *Plast. Reconstr. Surg.* 1995; 95: 37.
5. De la Plaza. A new technique for the treatment of palpebral bags. *Plast. Reconstr. Surg.* 1988; 81: 677.
6. Kikkowa DO, Lemke BN. Relations of the Superficial Musculoaponeurotic System to the orbit and characterization of the Orbitomalar Ligament. *Ophthal. Plast. Surg.* 1996; 12: 77.
7. Hester R, Codner MA, McCord CD. Subperiosteal malar cheek lift with lower lid blepharoplasty. In: McCord CD (ed). *Eyelid Surgery: Principles and Techniques.* Philadelphia, Lippincott-Raven, 1995; 210-215.
8. Owsley J. Lifting the malar fat pad for correction of prominent nasolabial folds. *Plast. Reconstr. Surg.* 1993; 31: 463-476.
9. Psillakis JM, Rumley TO, Camargos A. Subperiosteal approach as an improved concept for correction of the aging face. *Plast. Reconstr. Surg.* 1998; 383-392.
10. Fogli AL. Orbicularis muscleplasty and face lift: A better orbital contour. *Plast. Reconstr. Surg.* 1996; 96: 1560-72.