



REKONSTRUKCIJA TOTALNOG DEFEKTA GORNJEG KAPKA

Zoran Žikić¹, Milorad Vojčić¹, Jovan Miskin², Biljana Pajić²

¹Specijalna oftalmološka bolnica Stankov, Beograd, Srbija

²Klinika za očne bolesti, Klinički centar Banja Luka, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

Defekt pune debljine celog gornjeg kapka predstavlja jedan od najvećih izazova za rekonstrukciju. Rekonstruktivne metode, za ovakve defekte, dele se na okluzivne i neokluzivne.

Prvoj grupi pripadaju tehnike u kojima se koristi režanj, regrutovan sa donjeg kapka, koji je potrebno odvojiti u drugom operativnom aktu. U drugu grupu spadaju metode kod kojih nije potreban drugi operativni akt, radi oslobađanja vidne osovine. Ovde je prikazan slučaj rekonstrukcije totalnog defekta gornjeg kapka, nakon ekscizije tumora, bez okluzije oka, u jednom operativnom aktu, kombinacijom oralnog mukoznog grafta i bi-pedikularnog miokutanog režnja donjeg kapka. Postoperativni rezultat je bio veoma dobar, kako u funkcionalnom, tako i u estetskom pogledu. *Acta Ophthalmologica 2013;39(1-2):22-26.*

Ključne reči: tumor kapka, hirurgija kapka, periokularna rekonstrukcija

Uvod

Defekti gornjeg kapka mogu biti posledica ekscizije tumora, traume ili urođene nerazvijenosti. Potreba za ekscizijom celog gornjeg kapka, usled kompletne zahvaćenosti tumorskim procesom, nije česta u praksi, međutim ovakav postekscizioni defekt predstavlja značajan izazov za rekonstrukciju. Novoformiran gornji kapak mora imati posteriornu površinu pokrivenu sluznicom, koja ne ledira prednju površinu oka. Rub kapka mora biti stabilan, bez tendencije ka inverziji i posledičnoj iritaciji oka. Mobilnost kapka mora biti takva, da ne postoji, niti ptoza, niti lagofthalmos (1).

Tehnike rekonstrukcije pune debljine celog gornjeg kapka se mogu podeliti na dve grupe, u zavisnosti od toga da li je u postoperativnom periodu oko okludirano ili ne. Ako se za rekonstrukciju, jedne ili obe lamele, koristi

režanj sa istostranog donjeg kapka, koji je u drugom aktu potrebno preseći, radi se o metodi „premoščavanja“ ili „okluzivnoj“ metodi. Tipični predstavnici ove grupe su tehnika Cutler-Beard (2) i Mustarde „lid switch“(3,4). U drugoj grupi se nalaze tehnike koje se izvode u jednom aktu, a podrazumevaju kombinaciju mukoznog grafta, za rekonstrukciju posteriorne lamele, i miokutanog režnja, za rekonstrukciju anteriorne lamele.

Mukozni graft može biti tarzokonjunktivalni graft sa kontralateralnog gornjeg kapka (5), graft labijalne ili bukalne mukoze, ili graft oralnog muko-periosteuma (6), odnosno nazalne hondro - mukoze (7). Miokutani režanj može biti regrutovan sa preostale prednje lamele gornjeg kapka, sa donjeg kapka i periorbitalne regije, i može biti uni- ili bi-pedikularan (8).

Mukozni graft može biti tarzokonjunktivalni graft sa kontralateralnog gornjeg kapka (5), graft

labijalne ili bukalne mukoze, ili graft oralnog muko-periosteuma (6), odnosno nazalne hondro - mukoze (7). Miokutani režanj može biti regrutovan sa preostale prednje lamele gornjeg kapka, sa donjeg kapka i periorbitalne regije, i može biti uni- ili bi-pedikularan (8).

Cilj rada je prikaz slučaja rekonstrukcije gornjeg kapka, nakon ekscizije tumora koji je zahvata punu debljinu celog kapka, kombinacijom bukalnog mukoznog grafta i bi-pedikularnog režnja donjeg kapka (9,10).

Prikaz slučaja

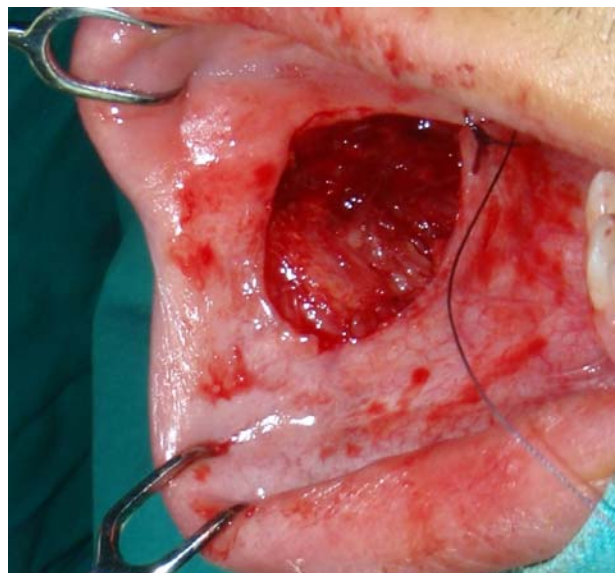
Kod bolesnice, starosti 64 god., konstatovan je nodulo-ulcerativni tumor koji zahvata ceo gornji desni kapak. Tumor je bio uzrok mehaničke ptoze, zbog koje je vidna osovina bila potpuno okludirana, a vertikalna očna rima, u primarnom položaju, iznosila je 3 mm (Slika 1).



Slika 1. Nodulo-ulcerativni tumor koji zahvata ceo gornji kapak



Slika 2. Stanje nakon ekscizije tumorskog tkiva



Slika 3. Desna bukalna regija, nakon uzimanja mukoznog grafta



Slika 4. Formiranje bipedikularnog režnja, preseptalne regije donjeg kapka

Rekonstrukcija posteriorne lamele je načinjena pomoću grafta bukalne sluznice (Slika 3). Za rekonstrukciju anteriorne lamele je kreiran bipedikularni miokutani režanj preseptalne regije istostranog donjeg kapka (Slika 4).

Prilikom transpozicije režnja, patrljak aponeuroze levatora gornjeg kapka je pripojen za gornju ivicu sloja orbikularnog mišića režnja. Rub kapka je reformiran parcijalnom everzijom donje ivice mukoznog grafta (Slika 5).



Slika 5. Izgled novoformiranog ruba gornjeg kapka

Deo režnja, u projekciji medijalnog i lateralnog ugla, pripojen je za ostatke korespondirajućih kantanalnih ligamenata, u cilju ostvarivanja adekvatne horizontalne tenzije.

Defekt donorske regije donjeg desnog kapka popunjen je kožnim graftom preseptalne regije kontralateralnog gornjeg kapka (Slika 6).



Slika 6. Stanje na kraju operacije

Na kraju operacije, preko operisane regije na desnoj strani, postavljen je zavoj, koji je skinut nakon 5 dana. Preko levog gornjeg kapka nije postavljan zavoj.

Rezultati

Nakon potpunog zarastanja operativnih rana i povlačenja otoka, rub rekonstruisanog kapka, u primarnom položaju, nalazio se iznad

zenice, odnosno, vidna osvina je bila slobodna (Slika 7). Prilikom zatvaranja kapaka nije bilo lagoftalmosa (Slika 8). Pregledom desnog oka biomikroskopom, nisu uočene lezije prednje očne površine.



Slika 7. Postoperativni izgled, u primarnom položaju



Slika 8. Odsustvo lagoftalmosa pri zatvaranju oka

Diskusija

Prilikom izbora metode za rekonstrukciju celog gornjeg kapka, hirurgu stoje na raspolaganju dve grupe opcija. U prvoj grupi su takozvane metode "premoščavanja", kao što su Cutler-Beard i Mustarde "lid switch" tehnike, čija je prednost nadoknada izgubljenog tkiva, anatomski najslučnijim, tkivom donjeg kapka. Nedostatak ovih metoda, kao i modifikacija baziranih na njima, jeste potreba za drugim operativnim aktom i okluzijom oka u periodu između dva akta, što ih čini nepogodnim za

monokularne bolesnike, kao i za malu decu, zbog rizika od ambliopije (11). Druga grupa, takozvanih, "neokluzivnih" metoda, bazirana je na implementaciji kombinacije mukoznog grafta i miokutanog režnja. U ovom slučaju, nadokanada posteriorne lamele je moguća isključivo u vidu slobodnog transplantata, imajući u vidu nepostojanje dovoljne količine raspoložive sluznice u konjunktivalnom sakusu, za formiranje režnja. Optimalnim tkivom, za rekonstrukciju posteriorne lamele, smatra se tarzo-konjunktivalni graft, uzet sa kontralateralnog gornjeg kapka (12). Međutim, širina tarzokonjunktivalnog grafta je ograničena na oko 16 mm, jer je potrebno ostaviti donjih 4 mm tarzusa, na donorskom kapku, u cilju očuvanja njegove stabilnosti (13). Graft muko-periosteuma tvrdog nepca se veoma često koristi u rekonstrukcijama posteriorne lamele donjeg kapka, odlikuje se čvrstinom sličnom tarzusu, međutim prisustvo keratiniziranih ostrvaca može izazvati iritaciju prednje površine oka, u slučaju upotrebe u rekonstrukciji gornjeg kapka (14). Po konzistenciji je sličan graft hondro-mukoze nosnog septuma, čije uzimanje je tehnički zahtevnije, jer se izvodi endonazalno ili je pak potrebna perialarna incizija (15). Alternativa je labijalni ili bukalni oralni mukozni graft, koji je relativno lako uzeti, iako postoje određene rezervacije vezane za rigiditet transplantata, što se prevashodno odnosi na prvu opciju (16). U našem slučaju upotrebljen je graft bukalne mukoze, a u postoperativnom periodu nije zabeležena nestabilnost ruba kapka, odnosno sklonost ka inverziji ili everziji.

Da bi se obezbedila ishrana mukoznog grafta, prednja lamella se rekonstruiše pomoću vaskularizovanog režnja. Iako je opisan priličan broj periorbitalnih transpozicionih režnjeva, treba imati na umu da debela koža čela i obraza daju funkcionalno i estetski loše rezultate, zbog rezultirajuće neelastičnosti i imobilnosti rekonstruisanog kapka (17). Zbog toga se prednost daje preseptalnoj koži gornjeg ili donjeg kapka, koja može biti transponirana u vidu uni- ili bipedikularnog režnja. Zajedno sa kožom, transponiraju se intaktna vlakna orbikularnog mišića, kako zbog ishrane grafta, tako i zbog normalnog funkcionisanja mehanizma zatvaranja kapka preko oka, koji deluje antagonistički sili dejstva levatora gornjeg kapka. U odsustvu intaktnog orbikularnog mišića, postojala bi realna opasnost od postoperativnog lagofalmsa. U tom smislu, bi-pedikularni režanj je bolja opcija za očuvanje cirkumferencijalnog dejstva orbikularnog mišića (11). Iako je regrutovanje bi-pedikularnog mio-kutanog režnja moguće iz, eventualno, preostale subcilijarne regije, u našem slučaju je izvršena transpozicija sa donjeg kapka, zbog potrebe za istovremenom rekonstrukcijom medijalne i lateralne kantalne regije gornjeg kapka.

Zaključak

Odabir određene rekonstruktivne metode se vrši prema pažljivoj proceni svakog pojedinačnog slučaja. Opisana tehnika rekonstrukcije, u prikazanom slučaju, proizvela je veoma dobar funkcionalni i estetski rezultat.

Literatura

1. Nunery R W. Reconstruction of the Upper lid. In: Stewart WB. Surgery of the eyelid, orbit and lacrimal system. American Academy of Ophthalmology 1994; p. 225-235.
2. Cutler ML, Beard C. A method for partial and total upper lid reconstruction. Am J Ophthalmol 1955;39:1-7.
3. Mustarde JC. Major reconstruction of the eyelids: functional and aesthetic considerations. Clin Plast Surg 1981;8(2):227-31.
4. Stafanous SN. The switch flap in eyelid reconstruction. Orbit 2007; 26(4):255-62.
5. Stephenson CM, Brown BZ. The use of tarsus as a free autogenous graft in eyelid surgery. Ophthal Plast Reconstr Surg 1985;1(1):43-50.
6. R Fujiwara M, Nagasako R. Hard palate mucoperiosteal graft for posterior lamellar reconstruction of the upper eyelid: histologic rationale. J Craniofac Surg 2007;18(3):684-90.
7. Weinberg DA, Tham V, Hardin N, et al. Eyelid mucous membrane grafts: a histologic study of hard palate, nasal turbinate, and buccal mucosal grafts. Ophthal Plast Reconstr Surg 2007; 23(3):211-6.
8. Patrinely JR, O'Neal KD, Kersten RC, et al. Total upper eyelid reconstruction with mucosalized tarsal graft and overlying bipedicle flap. Arch Ophthalmol 1999;117(12):1655-61.
9. Adenis J-P, Servantie R, Zikic Z. Tumeurs palpebrales. In: Adenis J-P. Chirurgie palpebrale, Elsevier Masson 2007. p. 72-82.
10. Emmett AJJ, Sullivan JJ, Van der Meulen JC et al. Palpebral tumours. In: Van der Meulen JC, Gruss JS. Ocular Plastic Surgery, Mosby-Wolfe, 1996. p. 169-214.
11. Patrinely JR, O'Neal KD, Kersten RC, et al. Total upper eyelid reconstruction with mucosalized tarsal graft and overlying bipedicle flap. Arch Ophthalmol 1999;117(12):1655-61.

12. Jordan DR. Reconstruction of the upper eyelid. In: Principles and Practice of Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery. WB Saunders 1996. p. 356- 386.
13. Leibovitch I, Selva D, Davis G, et al. Donor site morbidity in free tarsal grafts. Am J Ophthalmol 2004;138(3): 430–3.
14. Weinberg DA, Tham V, Hardin N, et al. Eyelid mucous membrane grafts: a histologic study of hard palate, nasal turbinate, and buccal mucosal grafts. Ophthal Plast Reconstr Surg 2007; 23(3):211–6.
15. Harashina T, Wakamatsu K, Kitazawa T. How to harvest a septal chondromucosal graft. Ann Plast Surg 1996;37(6):676–7.
16. Moschella F, Cordova A. Upper eyelid reconstruction with mucosa-lined bipediced myocutaneous flaps. Br J Plast Surg 1995;48(5):294–9.
17. Breier F, Meissl G, Diem E. Functional reconstruction of the upper eyelid after excision of squamous cell carcinoma in xeroderma pigmentosum. Plast Reconstr Surg 1997;99:1730- 3.

RECONSTRUCTION OF TOTAL UPPER EYELID DEFECT

Zoran Žikić¹, Milorad Vojčić², Jovan Miskin², Biljana Pajić²

¹Special Eye Hospital, Stankov, Beglade, Serbia

²Ophthalmology Clinic, Clinical Centre Banja Luka, Republic of Srpska, Bosnia and Hercegovina

Full-thickness total upper lid defect presents one of the biggest challenges for reconstruction. Reconstructive techniques for such defects can be occlusive and non-occlusive.

The first procedure is 2-staged, utilizing a flap from the lower lid, and the division of the flap is involved in the second surgical stage. Non-occlusive method does not require second surgical stage to free the visual axis. We present a case of total upper lid reconstruction, after tumor excision, performed in one surgical stage, without ocular occlusion. A combination of an oral mucous graft and a bi-pedicular myocutaneous flap from the lower eyelid was implemented. The postoperative outcome was very good, in terms of function and cosmesis. *Acta Ophthalmologica 2013;39(1-2):22-26.*

Key words: eyelid tumour, eyelid surgery, periocular reconstruction

Kontakt: Zoran Žikić
Gospodara Vučića 245,
11000 Beograd, Srbija.
e-mail: okuloplast@gmail.com