

GÖZ KAPAĞI HASTALIKLARI

ANATOMİ: Göz kapakları anatomik olarak yedi tabakada incelenir.

Deri ve deri altı dokular: Göz kapağı derisi vücudun en ince derisidir, deri altı yağ dokusu barındırmaz.

Orbikülaris okülü kası: Yedinci kraniyel sinir tarafından uyarılır. Kontraksiyonu ile palpebral aralık daralır.

Orbital septum: Üst ve alt orbital rim üzerindeki periosttan köken alır. Üst kapakta levator aponevrozuna, alt kapakta ise kapsülopalpebral fasya ile birleşir.

Orbital yağ dokusu: Orbital septumun gerisinde levator aponevrozunun önündedir.

Retraktör kaslar: Üst kapakta levator ve Müller kasları, alt kapakta kapsülopalpebral fasya ve alt tarsal kaslardır. Kontraksiyonları ile palpebral aralık genişler.

Tarsus: Göz kapaklarının iskeletini oluşturan bağ dokusu plakalardır. Üst Tarsus vertikal olarak 10-12 mm, alt tarsus ise 4 mm kadardır. Her iki tarsus da 1 mm kalınlıktadır.

Konjonktiva: Göz kapaklarının arka tabakasını oluşturur.

Gri çizgi göz kapağına **ön** ve **arka** olmak üzere iki lamelle ayırır. Kirpikler, kıl folikülü, ter bezleri, Zeis ve Moll bezleri ön lamelde yer alırken, **meibomian bezleri** arka lamelde yer alır. Üst göz kapağında 100, alt göz kapağında 50 kadar kirpik vardır. Meibomian bezleri tarsustan köken alır, üst kapakta 25, alt kapakta 20 adet bez bulunur. Göz kapakları kontakt dermatit veya atopik dermatit gibi çeşitli alerjik hastalıklarda etkilenebilir. Ayrıca herpes zoster, herpes simpleks, impetigo, erizipel ve nekrotizan fasiyitte sık olarak göz kapağı tutulumu görülür.

KIRPIK BOZUKLUKLARI

TRIKIAZİS: Kirpiklerin yanlış yönleneşidir. Kronik, blefarit, herpes zoster ya da trahoma bağlı olarak gelişen skara bağlı ya da kendiliğinden kirpiklerin içe doğru dönmesidir. Göz kırpması ile ortaya çıkan rahatsızlık verici irritasyona neden olur. Korneada hasara yol açabilir. Tedavide epilasyon, elektroliz, kriyoterapi, laser veya cerrahi uygulanabilir. Oldukça sıktır.

Konjenital distiktiazis: Meibom bez orifislerinden ya da yakınlarından bir sıra daha kirpik çıkmasıdır.

Edinsel Distiktiazis: Kimyasal yanıklar, Stevens Johnson sendromu ve oküler sikatrisiyel pemfigoid sonucu gelişmektedir.

Madarozis: Kirpiklerin sayısının azalması veya tamamının kaybolmasıdır. Lokal olabildiği gibi çeşitli deri ve sistemik hastalıklarla da birlikte görülebilir.

Madarozis nedenleri:

Lokal: Kronik blefarit, İnfiltran tümörler, Yanıklar, Radyoterapi

Cilt Hastalıkları: Alopesi, Psöriazis

Sistemik Hastalıklar: Miksödem, SLE, Sifiliz, Lepramatöz lepra

Poliozis: Kirpik ve kaşların erken lokalize beyazlamasıdır. Kronik blefarit, vogh-koyanagi-harada hastalığı veya sempatik oftalmi ile beraber görülebilir.

BLEFARİT

Blefarit sık görülen bilateral simetrik bir göz kapağı hastalığıdır. Başlıca semptomları yanma, fotofobi, kirpik diplerinde kızarıklık ve çapaklanmadır. Üç ana tipi vardır: Ön, arka ve karma.

Ön blefarit: Stafilokokal, seboreik veya karışık tipte olabilir. Semptomlar sabahları daha fazladır. Tedavide kapak hijyeni, antibiyotikli pomadlar ile gerekirse hafif steroidli damlalar ve göz yaşı damlaları kullanılır.

Arka blefarit: Seboreik meibomian bez disfonksiyonu ve meibomianit olmak üzere iki formda görülür. Tedavide sistemik tetrasiklin(6-12 hafta) Katılaşmış sebümü yumuşatmak için ılık kompresler ve meibomian bezlerin mekanik ekspansiyonu ile beraber kapak hijyeni ve gerekirse hafif steroidli damlalar ve göz yaşı damlaları kullanılır.

GÖZ KAPAĞININ İYİ HUYLU NODÜLLERİ VE KİSTLERİ

Şalazyon: Meibomius bez ağzlarının tıkanması ve sebace sekresyonun bez içinde birikmesi ile gelişen kronik lipogranümatöz enflamasyondur. Akne rozeseali ve seboreik dermatitli olgularda sık rastlanır. Ağrısız bir nodül şeklinde kendini gösterir. Küçük lezyonlar kendiliğinden iyileşir. Kalıcı lezyonlarda cerrahi veya steroid enjeksiyonu uygulanabilir. Sık tekraralarda sistemik tetrasiklin değerlidir. Nüks lezyonların bazal hücreli karsinom veya meibomian bez karsinomu ile karışabilme riski bulunduğu için küretaj içeriğinin patolojik incelenmesi gereklidir.

Hordeolum (arpacık): İç hordeolum meibomian bezlerinin akut stafilocoksik enfeksiyonu sonucu gelişir. Hassas bir şişlik olarak bulgu verir. Akut enfeksiyon sonrası nodül kaldı ise insizyon ve kürtaj yapılabilir.

Dış hordeolum: Kıl folikülü, Zeis ve Moll bezlerinin akut stafilocoksik enfeksiyonudur. Kapak kenarında öne doğru yönelen küçük ağrılı abse şeklinde belirir. Çoğu olguda kendiliğinden geriler. Ciddi olgularda sıcak kompresler, epilasyon veya sistemik tetrasiklin kullanılabilir.

Molluscum contagiosum: Poxvirüsün neden olduğu nadir bir enfeksiyondur. İmmün sistemi deprese olgularda sık rastlanır. Tedavi traşlama, koterizasyon veya kriyoterapidir.

Ksantelezma: Yaşlı ve hiperkolesterolemili olgularda sık ve bilateral olarak görülen bir lezyondur. Kolesterol ve yağdan oluşan kapakların iç kısmına yerleşmiş sarı derialtı plaklardır. Tedavide eksizyon veya CO2 laser kullanılır.

GÖZ KAPAĞININ İYİ HUYLU TÜMÖRLERİ

Yassı hücreli papillom: Genellikle erişkinlerde görülür. Göz kapağının en sık iyi huylu tümörüdür. Saplı veya sapsız olabilir. Yüzey görünümü ahududunu andırır. Tedavisi cerrahi eksizyondur.

Aktinik keratoz: En sık pre- malign deri lezyonudur. Tipik olarak uzun süre güneş ışığına maruz kalmış yaşlı ve açık renk ciltli kişilerde görülür. Kabarık olmayan keratotik bir görünümü vardır. Biyopsi sonrası eksize edilmelidir.

Kutenöz boynuz (Cutaneous horn): Nadir görülmesine rağmen aktinik keratoz ve yassı hücreli karsinom ile birlikte görüldüğü için klinik önemi vardır. Ciltten uzanan hiperkeratotik bir lezyondur. Biyopsi sonrası eksize edilmelidir.

Piyojenik granülom: Hızlı büyüyen granümatöz hemanjiyomdur. Travma veya cerrahi sonrası gelişir. Tedavisi eksizyondur.

Basit nevüs: Intradermal (en sık), junctional veya compound formları vardır. Ergenlik sırasında pigmentasyonu artabilir. Intradermal formun malign potansiyeli yoktur.

Keratoakantom : Sağlıklı kişilerde görülen nadir hızlı büyüyen iyi huylu bir tümördür. Yassı hücreli karsinoma benzer görünümündedir. Pembe bir papül olarak büyümeye başlar, daha sonra kendiliğinden gerileyerek hiperkeratotik bir nodüle dönüşür. Biyopsi sonrası eksizyonu gereklidir.

Kapiller hemanjiyom: Üst kapakta ve kadınlarda sık görülür. Nadiren yüzde de olabilir. Doğumdan hemen sonra farkedilir. Basmakla solan kırmızı hafif kabarık bir lezyondur. Yaşamın ilk yılında hızlı bir büyüme gösterdikten sonra gerilemeye başlar. Yedi yaşında olguların %70' inde kaybolmuştur. Mekanik ptozis yaparak ambliyopiye neden olduğundan takibi ve tedavisi çok önemlidir. Lezyon içi steroid enjeksiyonuna iyi yanıt verir. Uygun olgularda cerrahi eksizyon gerekebilir.

Porto şarabı lekesi (Nevus flammeus): İnce duvarlı kapillerlerden oluşan, tek taraflı ve segmental bir lezyondur. Sıklıkla yüzde yerleşir. Basmakla solmayan pembe bir lezyondur. Yaş arttıkça büyümese de rengi koyulaşır ve üzerindeki cilt hipertrofik ve kaba bir hal alır. Olguların %45' in de aynı tarafta glokom vardır. Erken dönemde erbiyum laser ile tedavi edilebilir.

GÖZ KAPAĞININ MALİGN TÜMÖRLERİ

Bazal hücreli karsinom: İnsanda en sık görülen malign tümördür. Olguların %90' ında tümör baş- boyun bölgesinde yerleşmiştir. Bunların %10' unda göz kapağı tutulur. Tüm malign göz kapağı tümörlerinin %90' ı bazal hücreli karsinomdur. Sıklıkla alt kapağı tutar. Yavaş büyüyen lokal olarak invaziv metastaz yapmayan bir özelliği vardır. Tipik olarak yaşlılarda saptanır. Nodüler, nodülo- ülseratif ve sklerozan olmak üzere üç tipi vardır.

Yassı hücreli karsinom: Daha nadir görülen ama daha agresif bir tümördür. Bölgesel lenf bezlerine metastaz yapabilir. Kendiliğinden (de novo) gelişebildiği gibi aktinik keratozdan da köken alabilir. Alt kapakta ve kapak marjında yerleşir. Tipik olarak uzun süre güneş ışığına veya kronik cilt travmasına maruz kalmış yaşlı ve açık renk ciltli kişilerde görülür. Plakoid, nodüler ve ülseratif formları vardır.

Sebase hücreli karsinom: Yaşlılarda görülen çok nadir bir tümördür. Sıklıkla üst kapakta yerleşir. Erken dönemlerde son derece iyi huylu bir görünümü olduğunda tanısal zorlukları vardır. Bundan kaynaklanan tanı ve tedavideki gecikmelerden dolayı %10 mortalitesi vardır.

Melanom: Ölümcül bir tümördür ancak göz kapağını çok nadiren etkiler. Olguların yarısında pigmentasyon görülmemesi tanıda zorluk yaratır. Yüzeysel yayılan, nodüler ve lentigo maligna formları vardır.

Kaposi sarkomu: AIDS olgularında görülen vasküler bir tümördür. Erken dönemlerde hematoma veya nevusü andırır. Radyoterapiye duyarlıdır.

Merkel hücreli karsinom: Dermisten köken alır ve hızlı büyür. Yaşlıları etkiler. Çok malign ve yüksek mortaliteye sahip bir tümördür. Tedavisi cerrahidir ancak çoğu olguda kemoterapi de gereklidir.

Malign göz kapağı tümörlerinin tedavisi: Malign tümörlerin en az 3 mm sağlam dokuyu da içerecek şekilde tamamen eksize edilmesi gereklidir. Tedavinin etkinliği frozen ile teyit edilmelidir. Geride kalan cilt defekti küçük ise direkt kapatılabilirken, büyük defektlerde flep veya greft gerekli olacaktır. Radyoterapi sadece küçük nodüloülseratif bazal hücreli karsinom ve Kaposi sarkomu için kullanılabilir. Kriyoterapi ise küçük ve yüzeysel bazal hücreli karsinom için geçerli bir alternatif yöntemdir.

GÖZ KAPAĞI ŞEKİL BOZUKLUKLARI

EKTROPIYUM: Göz kapağının bütün veya bölgesel olarak eversiyonudur. En sık görülen formu involüsyonel formudur. Ayrıca Skatrisyel, paratitik ve mekanik formları da vardır. Involüsyonel ektropiyum tipik olarak yaşlıların alt kapaklarını etkiler. Medial ve lateral kantal tendonların gevşekliği ve horizontal kapak gevşekliği nedeni ile gelişir. Epifora ve kronik konjonktivite neden olur. Tedavide gevşek olan yapıların tamiri gereklidir.

- ◆ Cilt ve cilt altı dokuların skarlaşması ve kontraktürü göz kapağını globtan uzaklaştırır ve **skatrisyel ektropiyuma** neden olur.
- ◆ Yedinci sinir felci sonucunda **paratitik ektropiyum** gelişebilir. Bu formda lagoftalmiye bağlı keratopati, epifora, kaç ptozisi ve alt/üst kapak retraksiyonu vardır.
- ◆ Göz kapağında yer alan tümörler veya ödem kapak kenarında eversiyona neden olarak **mekanik ektropiyuma** neden olur.
- ◆ Bu formların tedavisi altta yatan nedenin ortadan kaldırılması ve eşlik eden gevşekliklerin tamiridir.

ENTROPIYUM: Göz kapağının bütün veya bölgesel olarak inversiyonudur. Kornea ve konjonktiva ile temas eden kirpikler nedeni ile oldukça rahatsız edici bir durumdur. Uzun süren olgularda korneal ülserasyon ve pannus gelişimi izlenebilir. En sık görülen formu involüsyonel entropiyumdur. Skatrisyel ve konjenital formları da vardır. Involüsyonel entropiyum sıklıkla alt kapağı etkiler. Üst kapağın tarsal plakası daha geniş olduğundan daha

stabildir. Etiyolojisinde horizontal kapak gevşekliği, alt kapak retraktör zayıflığı ve preseptal orbikularis kasının pretarsal orbikularis kasının üzerinden atlaması vardır. Tedavisi neden olan faktörlerin düzeltilmesi ile gerçekleştirilir. Palpebral konjonktivanın skatrizasyonu kapak marjını global doğru çekerek skatrizel entropiyuma neden olur. Trahom, skatrizan konjonktivit veya kimyasal yanıklar sonrası sık görülür. Tedavisinde korneanın korunmasının yanında altta yatan nedenin düzeltilmesi gereklidir. Retraktör aponözünün tarsal plakının alt sınırına yapışmasının tam olmaması konjenital entropiyum nedenidir. Tüm alt göz kapağı içe döner, alt kapak kırışıklığı saptanamaz.

PTOZİS:Üst göz kapağının anormal düşük pozisyonuna ptozis adı verilir.

Ptozis şu şekilde sınıflandırılabilir.

Nörojenik:Edinsel veya doğumsal bir inervasyonel defekt sonucu gelişir.Nedenleri arasında 3.kraniyel sinir felci ve Horner sendromu sayılabilir.

Miyojenik:Levator kasına ait miyopati veya uyarıların nöromusküler kavşaktaki yetersiz iletimine bağlı gelişir.Myasteni gravis, miyotonik distrofi, oküler miyopati, blefarofimozis sendromunda görülür.

Aponörotik:Levator aponevrozunda yaşa veya cerrahi travmaya bağlı gelişen ayrılma ve zayıflamaların sonucunda gelişir. Levator kası normal olmasına rağmen ürettiği güç kapağa iletilememektedir.

- ♦ Tanıda ptozisin başlama yaşı öğrenilerek edinsel veya doğumsal ptozis ayırımı yapılabilir.Ptozis ile beraber görülen sistemik hastalıklara ait bulgular (çift görme, yorgunluk ile ptoziste artış) ısrarla sorulmalıdır.
- ♦ Ayırıcı tanıda psödoptozis ekarte edilmelidir. Mikroftalmi, enoftalmi ve yapay göze bağlı azalmış vertikal palpebral açıklık, diğer gözde kapak retraksiyonu, aynı tarafta hipotrophia, kaş ptozisi ve dermatoşalazis varlığı psödoptozis nedenleridir.

Ptozisin düzeltilmesi öncesinde yapılması gerekli ölçümler şu şekildedir:

- ♦ **a)Marjin- refle mesafesi:** Üst kapak marjı ile pupil ışık refleksi arasındaki mesafedir. Normali 4- 4.5 mmdir.
- ♦ **b)Vertikal fissür yüksekliği:** Üst ve alt kapaklar arasındaki mesafedir. Normalde üst kapak üst limbusun 2mm altında yer alır. Alt kapak ise alt limbusun 1mm üzerine kadar çıkar. Normali erkeklerde 7- 10mm, kadınlarda ise 8- 12 mmdir.
- ♦ **c)Üst kapak hareketi:** Levator fonksiyonunun bir göstergesidir. Zorlu aşağı ve yukarı bakışlar arasındaki mesafedir. Normali 15mm ve üzeridir. 5- 11 mm arası orta düzey, 4 mm altı ise ileri düzey azalmış levator fonksiyonuna işaret eder.
- ♦ **d)Üst kapak kıvrımı:** Aşağı bakış sırasında kapak marjı ile kapak kıvrımı arasındaki vertikal mesafedir. Konjenital ptozisli olguda üst kapak kıvrımının olmaması kötü levator fonksiyonunu gösterirken, daha yukarıda yerleşmiş kıvrım aponörotik defekti işaret eder.

Muayene sırasında ptozisin yorgunlukla artması, oküler hareket defektleri ile beraber görülmesi, çene hareketleri ile ptozis miktarının değişmesine dikkat edilmelidir.

- ♦ **Ptozisin tedavisi levator fonksiyonuna göre şekillendirilmektedir.**

Eğer levator fonksiyonu 10mm' den fazla ve ptozis 2mm' den az ise tarsusun üst sınırı ile beraber Müller kasının alt sınırının ve konjonktivanın eksizyonu (Fasanella- Servat operasyonu) yeterli olacaktır.

Levator fonksiyonunun 5mm' den fazla olduğu durumlarda ptozis miktarı ve levator fonksiyonuna göre ayarlanan oranlarda levator rezeksiyonu yapılmaktadır.

Levator fonksiyonunun yetersiz olduğu durumlarda (<4mm) tarsusun absorbe olmayan materyallerle (tercihen otojen fasya lata) ile frontalis kasına asılması operasyonu gerçekleştirilmektedir

DİĞER EDİNSEL VE DOĞUMSAL KAPAK BOZUKLUKLARI

- ◆ **Dermataşalazis:** Sık görülen ve yaşlıları etkileyen bilateral bir durumdur. Göz kapakları torbamsı görünümündedir, göz kapağı derisi gevşektir ve kapak kıvrımı belirsizdir. Blefaroplasti ile tedavi edilir.
- ◆ **Blefaröşalazis:** Nadir görülen, her iki üst kapakta tekrarlayan ağrısız ödem atakları ile karakterizedir. Ataklar kendiliğinden düzelir. Ergenlik çağında başlar ve zaman içerisinde atakların sıklığı azalır. Ciddi olgularda üst göz kapak cildi sigara kağıdı kıvamındadır.
- ◆ **Kapak retraksiyonu:** Üst kapak marjı limbus hizasına geldiğinde veya geçtiğinde kapak retraksiyonundan söz edilebilir. Doğumsal olabileceği gibi nörojenik, mekanik veya tiroid hastalıklarına bağlı olabilir.
- ◆ **Telekantus:** Anormal uzun iç kantal tendonlara bağlı olarak iç kantuslar arasındaki mesafenin artmasıdır.
- ◆ **Hipertelorizm** :Orbitaların birbirinden ayrı olması.
- ◆ **Kapak kolobomu:** Tek veya çift taraflı olabilir. Tam veya parsiyel katı tutabilir. Üst kapakta iç – orta kapak bileşim yerinde, alt kapakta ise orta- dış kapak bileşim yerindedir.