



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
GÖZ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

DERMATOŞALAZİS TANISI İLE YAPILAN ÜST KAPAK
BLEFAROPLASTİ CERRAHİSİNİN HASTALARIN YAŞAM
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. Uğur Balcı

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANTALYA 2018



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
GÖZ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

DERMATOŞALAZİS TANISI İLE YAPILAN ÜST KAPAK
BLEFAROPLASTİ CERRAHİSİNİN HASTALARIN YAŞAM
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. Uğur Balcı

Doç. Dr. Deniz Turgut Çoban

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANTALYA 2018

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimin her aşamasında desteğini esirgemeyen, yanında çalışmaktan gurur ve mutluluk duyduğum, klinik bilgi ve birikimlerini sabırla bize aktararak yetişmemde büyük emeği olan, mesleki, ahlaki ve insani değerlerini, çalışma disiplinini, her zaman örnek aldığım, tez çalışmamda değerli önerilerini, vaktini ve emeğini esirgemeyen değerli hocam, sayın Doç. Dr. Deniz Turgut Çoban'a;

Uzmanlık eğitimim boyunca özveri ve ilgi ile bilgi, deneyimlerini paylaşarak bana çok şey katan ve bugünlere gelmemde büyük emekleri olan saygıdeğer hocalarım Dr. Muhammet Kazim Erol'a, Dr. Elçin Süren'e, Yrd. Doç. Dr. Fulya Duman'a;

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum kliniğimizde uzmanlık eğitimini tamamlamış ve sürdürmekte olan arkadaşlarım; Dr. Melih Akıdan, Dr. Ayşe Cengiz, Dr. Bahadır Akkoç, Dr. Doğan Durmaz, Dr. Birumut Gedik, Dr. Yiğit Çağlar Bozdoğan'a;

Kliniğimizin değerli hemşire, sekreter, personel ve uzman hekimlerine;

Bugünlere gelmemde büyük paya sahip olan destek, ilgi ve sevgilerini benden esirgemeyen annem Medine Balcı ve babam Süleyman Balcı'ya;

Çok anlayışlı, özverili ve sevgi ile hep yanımda olan eşim Gülçin Karacan Balcı'ya;

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Amaç: Dermatoşalazis ilerleyen yaşla birlikte görülen involüsyonel değişiklikler sonucu gevşek hale gelen üst göz kapağı derisinin sarkmasıyla üst görme alanında defekte neden olan psödopitozisin en sık nedenidir. Fonksiyonel sonuçlarının yanı sıra hastaların yüz görünümünde oluşan bu değişiklik yaşam kalitesini etkileyen psikososyal problemlere neden olabilmektedir. Bu nedenle çalışmamızda kliniğimizde dermatoşalazis tanısıyla üst kapak blefaroplasti cerrahisi yapılan hastaların perioperatif görme alanı, görme keskinlikleri, göz içi basıncı, santral kornea kalınlıklarındaki değişimin yanı sıra yaşam kalitesindeki, anksiyete seviyesindeki değişimi, hastaların cerrahi yarar algısını ve bu değişimin özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal ve Metod: Çalışmamıza 01/02/2017 ve 30/08/2017 tarihleri arasında Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniğinde dermatoşalazis tanısı ile üst kapak blefaroplasti cerrahisi önerilen 57 hasta dahil edilmiştir. Hastaların üst kapak blefaroplasti cerrahisi öncesinde ve sonrasında görme alanları, en iyi düzeltilmiş görme keskinlikleri (EDGK), göz içi basınç (GİB) değerleri, santral kornea kalınlıkları (SKK), yaşam kalitesindeki, anksiyete seviyelerindeki değişim ve cerrahi yarar algıları değerlendirilmiştir. Görme alanı ölçümleri bilgisayarlı görme alanı cihazının (Octopus 900 Haag-Streit, İsviçre) santral 30 derecelik standart testi ve blefaropitozis test modu, GİB ve SKK ölçümleri pnömotik tonometri (Canon Non-contact TX-20) kullanılarak yapılmış, yaşam kalitesindeki değişim “National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire-25 (NEI VFQ-25)” ölçeği, anksiyete seviyesindeki değişim “Beck Anksiyete Ölçeği”, cerrahi yarar algısı “Glaskow Benefit Inventory (GBI)” kullanılarak belirlenmiştir. Analizler SPSS 20.0 paket programı ile yapılmış olup Bağımlı iki ölçüm arasındaki farkın analizinde normal dağılım varsayımının sağlandığı durumda Paired Samples t test, sağlanmadığı durumda Wilcoxon test uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen toplam 57 hastanın 114 gözüne dermatoşalazis tanısıyla üst kapak blefaroplasti cerrahisi, 15 hastanın 30 gözüne ise ek olarak browpeksi cerrahisi yapıldı. Hastaların 45’i kadın (%78,9), 12’si erkek (%21,1) olup ortalama yaş tüm hastalarda 57,4±8,3 olarak saptandı. Üst kapak blefaroplasti

sonrasında; hastaların 30° görme alanlarındaki ortalama duyarlılık (MS), ortalama sapma (MD), kayıp varyans (sLV) değerlerinde, blefaroptozis test ile elde edilen görme alanının üst yarısındaki görülen-görülemeyen nokta sayısı ve test skorunda, EDGK değerlerinde istatistiksel anlamlı bir iyileşme olduğu ($p<0.05$), GİB ve SKK değerlerinin değişmediği ($p>0.05$) saptandı. NEI VFQ-25/TR ile elde edilen yaşam kalitesindeki ölçek puanlarındaki değişim değerlendirildiğinde toplam skor, genel sağlık, genel görme, göz ağrısı, yakın aktivite, uzak aktivite, sosyal fonksiyon, ruhsal sağlık, rol güçlüğü, başkalarına bağımlılık, araba kullanma, renkli görme, periferik görme skoru olmak üzere tüm ölçek ve alt ölçek puanlarında istatistiksel anlamlı artış olduğu saptandı ($p<0.05$). Beck Anksiyete ölçeği toplam puanında istatistiksel anlamlı bir azalma olmakla beraber anksiyete gruplarındaki değişimin anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$). GBI puanları değerlendirildiğinde hastaların cerrahiden pozitif bir yarar algısına sahip olduğu, sosyal destek skorundaki artışın fiziksel sağlık skorundaki artıştan daha fazla olduğu görüldü ($p>0.05$).

Sonuç: Çalışmamızda dermatoşalazis hastalarında üst kapak blefaroplasti sonrasında görme keskinliğinin arttığı, üst görme alanındaki defektin oldukça anlamlı oranlarda düzeltildiği gösterilmiştir. Bu fonksiyonel kazançlara ek olarak hastaların yaşam kalitesinde anlamlı bir artış olduğu, anksiyetelerinin azaldığı, cerrahiden hem fonksiyonel hem de psikososyal yarar sağladıkları, hastalar tarafından dermatoşalazis varlığının neden olduğu psikososyal sonuçların varlığının ortadan kalkmasının fonksiyonel artıştan daha yararlı olarak algılandığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgular doğrultusunda üst kapak blefaroplasti cerrahi sonrası elde edilen kazancın sadece fonksiyonel sonuçlarla değerlendirilemeyeceği kanısındayız.

Anahtar kelimeler: Dermatoşalazis; Blefaroplasti; Blefaroplasti; Görme alanı; Yaşam Kalitesi; Anksiyete; Cerrahi yarar algısı.

ABSTRACT

Objective: Dermatochalasis is an age-related involutional atrophy of the elastic tissue of the eyelids and the most common cause of pseudoptosis characterized by excessive redundant lid skin folds that causes the upper lid to begin to obstruct the superior visual field. Change in the facial appearance of patients as well as their functional outcomes can lead to psychosocial problems affecting quality of life. For this reason, we aimed to evaluate the changes in quality of life, anxiety level and the characteristics of these changes in addition to perioperative visual field, visual acuity, intraocular pressure and central corneal thickness of patients who underwent upper lid blepharoplasty surgery with diagnosis of dermatochalasis in our clinic.

Material and Methods: 57 patients who underwent upper lid blepharoplasty surgery with diagnosis of dermatochalasis in Antalya Education and Research Hospital, Department of Ophthalmology, between 01/02/2017 - 30/08/2017 were included in this study. Patients were assessed for visual field, best corrected visual acuity (BCVA), intraocular pressure (IOP), central corneal thickness (CCT), changes in quality of life, anxiety levels and surgical benefit perceptions before and after upper lid blepharoplasty surgery. Visual field measurements were made using a computerized perimetry device (Octopus 900 Haag-Streit, Switzerland) with a central 30-degree standard test and blepharoptosis test mode. IOP and CCT measurements were made using pneumatic tonometry (Canon Non-contact TX-20). The change in quality of life was determined using the "National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire-25 (NEI VFQ-25)" scale, in anxiety level using the "Beck Anxiety Scale" and the surgical benefit perception was assessed using the "Glaskow Benefit Inventory (GBI)".

Results: One hundred and fourteen eyes of 57 patients included in the study were treated with upper lid blepharoplasty, 30 eyes of 15 patients were treated with browpey in addition to upper lid blepharoplasty with the diagnosis of dermatochalasis. 45 of the patients were female (78.9%), 12 were male (21.1%) and the mean age was 57.4 ± 8.3 in all patients. After the upper lid blepharoplasty; a statistically significant improvement was observed in the mean sensitivity (MS), mean deviation (MD), loss variance (sLV) values of the 30 ° visual fields and in values of points seen-unseen, test

score in blepharoptosis test ($p < 0.05$). Also improvement in BCVA was statistically significant ($p < 0.05$). IOP and CCT values were similar ($p > 0.05$). When the change in the quality of life scale scores obtained with NEI VFQ-25 / TR is evaluated there was a statistically significant increase in all scale and subscale scores, including general health, general vision, ocular pain, near activities, distance activities, social functioning, mental health, role difficulties, dependency, driving, color vision, peripheral vision ($p < 0.05$). Although there was a statistically significant decrease in the Beck Anxiety scale total score ($p < 0.05$), the change in anxiety groups was not significant ($p > 0.05$). When the GBI scores were evaluated, the patients had a positive post-surgery benefit perception, and the increase in the social support score was greater than the increase in the physical health score.

Conclusion: In our study, it was shown that visual acuity was improved and the defect in the upper visual field was corrected at a significant rate after upper-lid blepharoplasty in patients with dermatochalasis. In addition to these functional gains, patients have increased quality of life, reduced anxiety and positive post-surgery benefit perception in both functional and psychosocial aspects. It has been concluded that the removal of the psychosocial problems caused by the presence of dermatosalgia is perceived as more beneficial than the functional increase by patients.

Key Words: Dermatochalasis; Blepharoplasty; Visual Field, Visual Acuity; Quality of Life; Anxiety; Benefit Perception

İÇİNDEKİLER TABLOSU

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	10
2. GENEL BİLGİLER.....	12
2.1. Göz Kapağı Anatomisi	12
2.1.1. Göz Kapağındaki Sulkuslar.....	14
2.1.2. Kantus ve Kapak Kenar Yapıları	15
2.1.3. Kirpikler	15
2.1.4. Kapak Cildi ve Cilt Altı Dokusu	16
2.1.5. Orbikülaris Kası	17
2.1.6. Orbital Septum	19
2.1.7. Yağ Yastıkçıkları	21
2.1.8. Göz Kapağı Retraktörleri	21
2.1.9. Göz Kapaklarının Damarları	24
2.1.10. Göz Kapaklarının Sinirleri	26
2.1.11. Göz Kapaklarının Lenf Drenajı	28
2.2. Kapak Fizyolojisi	28
2.3. Pitozis.....	31
2.4. Pitozisli Hastaya Yaklaşım ve Muayene Yöntemleri	33
2.5. Yaşlanmayla Ortaya Çıkan Değişiklikler	35
2.6. Dermatoşalazis	36
2.7. Üst Kapak Blefaroplasti.....	37

2.8.	Dermatoşalaziste Görme Alanı ve Yaşam Kalitesi.....	39
2.9.	Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçekleri.....	40
2.9.1.	NEI-VFQ-25/TR	41
2.9.2.	Beck Anksiyete Ölçeği	41
2.9.3.	Glasgow Yarar Envanteri	42
3.	MATERYAL METOD	43
2.10.	Görme Alanı Değerlendirmesi.....	44
2.11.	Göz İçi Basıncı Ölçümü ve Pakimetri	45
2.12.	Cerrahi Teknik.....	45
2.13.	Çalışmada Kullanılan Ölçekler	49
2.13.1.	NEI-VFQ-25/TR	49
2.13.2.	Beck Anksiyete Ölçeği	51
2.13.3.	Glasgow Yarar Envanteri - Blefaroplasti.....	51
2.14.	İstatistiksel Yöntem	52
4.	BULGULAR	53
5.	TARTIŞMA	66
6.	SONUÇLAR	76
7.	KAYNAKLAR	77
8.	EKLER.....	84
2.15.	Ek-1 Etik Kurul Kararı.....	84
2.16.	Ek-2 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	86
2.17.	Ek-3. NEI-VFQ 25/TR.....	88
2.18.	Ek-4. Beck Anksiyete Ölçeği.....	104
2.19.	Ek-5. Glasgow Yarar Envanteri - Blefaroplasti.....	105

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
DSR	: Dakriyosistorinostomi
EDGK	: En İyi Düzeltilmiş Görme Keskinliği
GA	: Görme Alanı
GBI	: Glaskow Yarar Ölçeği (Glaskow Benefit Inventory)
GİB	: Göz İçi Basınç
LPS	: Levator Palpebra Superior
MD	: Ortalama Sapma (Mean Deviation)
MRD	: Marjin-Refle Mesafesi (Margin-Reflex Distance)
MS	: Ortalama Duyarlılık (Mean Sensivity)
OO	: Orbikülaris Oküli
PM	: Pakimetri
PSD	: Patern Standart Deviasyon (Pattern Standard Deviation)
SF	: Kısa Süreli Fluktuasyon (Short-term Fluctuation)
SKK	: Santral Kornea Kalınlığı (Central Corneal Thickness)
sLV	: Kayıp Varyans (Loss Variance)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Cerrahi öncesi ve sonrası VFQ ölçek ve alt ölçek puanlarındaki değişim	60
Şekil 2. Cerrahi öncesi ve sonrası VFQ ölçek ve alt ölçek puanlarındaki değişim yüzdesi.....	61



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. NEI VFQ-25 skOrlama tablosu	49
Tablo 2. NEI VFQ-25 skOrlama tablosu -2	50
Tablo 3. GBI ölçek skOrlaması.....	51
Tablo 4. Hastaların demografik özellikleri.....	53
Tablo 5. Hastaların cinsiyete göre browpeksi yapılma oranları.....	53
Tablo 6. Hastalarda cerrahi öncesi ve sonrası göz keskinliği, göz tansiyonu ve kornea kalınlığındaki değişim	54
Tablo 7. Hastaların sağ ve sol gözünde cerrahi öncesi ve sonrası göz keskinliği, göz tansiyonu ve kornea kalınlığındaki değişim.....	54
Tablo 8. Hastalarda cerrahi öncesi ve sonrası görme alanı ölçeklerindeki değişim	55
Tablo 9. Hastaların sağ ve sol gözünde cerrahi öncesi ve sonrası görme alanı ölçeklerindeki değişim	56
Tablo 10. Hastaların cerrahi öncesi NEI-VFQ 25 TR ölçek ve alt ölçek skorlarına ait tanımlayıcı istatistikler	57
Tablo 11. Hastaların cinsiyete göre cerrahi öncesi NEI-VFQ 25 TR ölçek ve alt ölçek skorlarının karşılaştırılması	58
Tablo 12. Hastaların cerrahi sonrası NEI-VFQ 25 TR ölçek ve alt ölçek skorlarına ait tanımlayıcı istatistikler	59
Tablo 13. Hastaların cerrahi öncesi ve sonrası NEI-VFQ 25 TR ölçek ve alt ölçek skorlarındaki değişim	60
Tablo 14. Hastaların cinsiyete göre cerrahi sonrası NEI-VFQ 25 TR ölçek ve alt ölçek skorlarının karşılaştırılması	62
Tablo 15. Hastaların cerrahi öncesi ve sonrası BECK ölçek puanları, kategorilere göre dağılımları ve karşılaştırılması.....	63
Tablo 16. Hastaların cinsiyete göre cerrahi öncesi BECK ölçek puanları ve kategorilere göre dağılımlarının karşılaştırılması	64
Tablo 17. Hastaların GBI ölçek ve alt ölçek skorlarına ait tanımlayıcı istatistikler	64
Tablo 18. Hastaların cinsiyete göre GBI ölçek ve alt ölçek skorlarının karşılaştırılması	65

1. GİRİŞ

Göz kapakları göz küresini travmalardan koruyan, refleks olarak hızla açılıp kapanarak göz küresi yüzeyinin ıslak kalmasını sağlayan önemli bir yapıdır. Kapaklarda yer alan yardımcı gözyaşı, meibomian bezlerinin salgısı gözyaşı filminin oluşumuna ve sürdürülmesine yardımcı olarak oküler yüzeyin kurumasını engeller (1, 2).

Üst göz kapağı düşüklüğüne genel olarak 'Blefaropitozis' adı verilmektedir. Blefaropitozis en sık cerrahi gerektiren göz kapağı patolojisidir (3). Üst kapak kenarı yaş ve cinsiyete göre değişmekle beraber normalde limbus seviyesinde ya da limbusu 1-2 mm örtecek şekildedir (4). Primer bakış pozisyonunda üst kapak kenarının limbusu 2 mm'den fazla örtmesi ve kapak aralığının daralması blefaropitozis olarak tanımlanır. Blefaropitozis temel olarak konjenital, edinsel ve psödopitozis olarak üç ana gruba ayrılmaktadır. Dermatoşalazis ise psödopitozisin en sık sebebi olup genellikle yaşlanmaya bağlı olarak kapak cildinde gevşeme ve elastikiyet kaybı sonucu ortaya çıkar ve orbita yağ dokusu fıtıklaşması tabloya eşlik edebilir (5). Dermatoşalazis varlığı kozmetik problemlere, üst kapakları açık tutmada zorluğa ve hastanın günlük aktivitesini kısıtlayan görme alanı kaybına yol açar, sıklıkla frontal baş ağrısı, okumada güçlük, araç kullanırken periferik görme alanı kaybı, nadiren de oküler irritasyon, kuru göz ve dermatit bulgularına neden olur (5).

Dermatoşalazisin başarılı bir şekilde tedavi edilebilmesinde ayrıntılı bir anamnez ve fizik muayene ile etiyolojisinin belirlenmesi, diğer blefaropitozis tiplerinden ayırt edilmesi önemli yer tutar (6). Dermatoşalazis varlığında hastaların değerlendirilmesinde kullanılan en önemli tetkiklerden biri de bilgisayarlı görme alanı değerlendirmesidir. Görme alanı belirli bir noktaya fiksasyon yapılmış iken görülebilen alanın tümüdür. Dermatoşalazis, görme alanında defekte, okumada ve görme fonksiyonunda zorluklara neden olan en sık üst kapak patolojisidir.

Dermatoşalazis varlığı hem fonksiyonel hem kozmetik problemlere yol açmakla birlikte psikososyal sonuçlara da neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda dermatoşalazisli bireylere karşı toplumun negatif bir tutumu olabileceği ve bu durumun etkilenen kişilere karşı negatif bir önyargıya neden olabileceği gösterilmiştir (7).

Dermatoşalazisli olgularda görme yakınmalarının ve kozmetik deformitenin düzeltilmesi amacıyla çeşitli cerrahiler uygulanabilmektedir. En sık uygulanan cerrahi

ise üst kapak blefaroplasti ameliyatıdır. Üst kapak blefaroplasti aynı zamanda yüz estetik cerrahisinde de en sık uygulanan ameliyatlardan biridir (8).

Bu çalışmada Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği'nde 2017 yılında dermatoşalazis tanısı ile üst kapak blefaroplasti ameliyatı yapılan hastalarda, cerrahi öncesi ve sonrasında görme keskinliği, görme alanında, görmeye bağlı yaşam kalitesinde ve anksiyete seviyelerindeki değişimi, cerrahi sonrasındaki yarar algısını belirlemeyi amaçladık.



2. GENEL BİLGİLER

Göz küresinin önünde yer alan, göz küresini açık kısmı üzerine kapanarak gözleri koruyan ve gözyaşının oküler yüzeye düzgün yayılımını sağlayan, kas ve diğer doku elamanlarından oluşan ince yapılara göz kapağı adı verilmektedir (2). Göz kapaklarının birçok önemli fonksiyonu bulunmaktadır, en önemlisi göz küresine mekanik koruma sağlamaktır. Aynı zamanda yapısındaki bezler yardımıyla gözyaşı filmine kimyasal katkıda bulunur ve açılıp kapanma hareketiyle gözyaşı tabakalarının göz yüzeyine eşit ve tam olarak yayılmasını sağlar. Göz kırpma ile gözyaşı medial kantusa yönlendirilerek, lakrimal sisteme iletilmesine yardımcı olur. Kapak kenarında yer alan kirpikler havadaki partikülleri toplayarak göz küresine ulaşmasını engeller, kapakların istemli ve refleks hareketleri korneayı yaralanmalardan, batıcı travmalardan korur. Göz kapakları fonksiyonları dışında bireylerin dış görünüşünün önemli bir belirteçidir. Göz kapaklarındaki patolojiler bireyleri kozmetik ve psikososyal olarak etkilemektedir (1).

2.1. Göz Kapağı Anatomisi

Gözler yanlardan ve arkadan kemik orbita yapıları ve orbita içerisinde yer alan yumuşak dokular tarafından korunmakta olup, önden ise göz kapakları ile korunmaktadır. Göz kapağı ve göz kapağı patolojilerinin anlaşılması ve bu patolojilerin yönetilmesi için göz kapağı anatomisinin ayrıntılı olarak bilinmesi gereklidir (9).

Göz kapakları açıkken, üst kapak korneanın üst kenarını örter, alt kapak ise korneanın hemen altında sonlanır. Üst göz kapağının en yüksek noktası pupilin hemen nazalinde yer alır ve eğik bir yapısı vardır, alt kapağın en alçak noktası ise pupilin hemen temporalindedir (1, 9).

Göz kapakları temel olarak 2 katmandan oluşmaktadır; önde kapak cildi ve kastan oluşan yumuşak tabaka ve arkada sert tarsokonjonktival tabaka. Bu iki tabaka kapak kenarında gri hattan girilerek bir bıçak yardımıyla kolaylıkla birbirinden ayrılabilir. Kapak cildi vücuttaki en ince cilttir ve cilt altı yağ dokusu bulunmaz (1, 9).

Kapakların sert parçası tarsus veya tars olarak adlandırılır ve göz kapaklarının şeklini verir. Üst kapakta tarsın üst kenarı, alt kapakta ise tarsın alt kenarı orbital septum adı verilen ince bir fasya ile orbita kenarına bağlanır. Orbital septum sert bir yapıdan çok kapağın tüm hareketleri ile hareket eden ve kapak şeklini alan yumuşak bir

membran yapısındadır. Üst kapakta, levator palpebrae superior (LPS) kasının tendonunun yüzeyel parçası üst orbital septum içerisinden geçer, alt kapakta ise alt orbital septum inferior rektus kasının uzantısı olan inferior tarsal kas tarafından delinir. Meibomian bezlerin açıldığı yerin hemen önünde ise gri hat yer alır, bu hattın göz kapağı kolaylıkla vertikal olarak öndeki cilt-kas katmanını ve arka tarsokonjonktival katmanına ayrılabilir, palpebral konjonktivanın en iç tabakası tars ile sıkı yapışıktır (1, 9).

Kapakların gözyaşı açısından iki önemli görevi bulunmaktadır; birincisi gözyaşının oküler yüzeye düzenli olarak yayılmasını sağlamak, ikincisi ise kırpma hareketinin pompa etkisi ile konjonktival kesedeki gözyaşının lakrimal keseye boşaltılmasıdır. Göz kırpma ritmik bir reflekstir ve evaporasyon ile uyarılır. Üç tabakalı gözyaşı filminin bütünlüğü üst kapağın gözyaşı kornea ve konjonktivanın ön yüzüne yayan kırpma hareketi ile sağlanır. Gözyaşının en dıştaki yağ tabakası meibomian bezlerin salgısıyla, ortada yer alan sıvı tabaka ana ve yardımcı lakrimal bezlerden, en içteki mukoid tabaka ise mukus salgılayan konjonktiva bezlerinin salgısıyla oluşur ve oluşan üç tabakalı gözyaşı filmi kornea ve konjonktivanın sürekli olarak nemli tutulmasını sağlar.

Göz kapakları ayrıca retina gelen ışık miktarının kontrol edilmesinde pupillaya yardımcı olur. Görme korteksi kapaklar kapalı iken dinlenme halindedir.

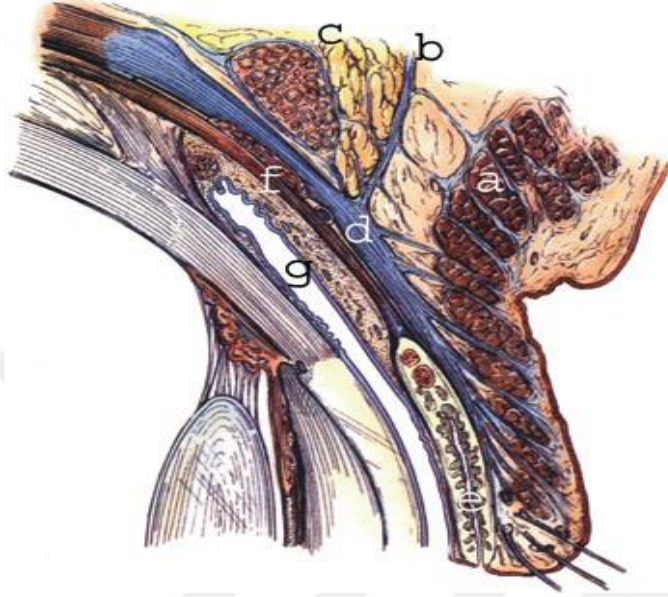
Üst kapak yukarıda kaşlara kadar uzanarak alından ayrılır, alt kapak ise belirli bir ayırım hattı olmaksızın yanak cildi ile birleşir. Gözün ön segmentinin inflamasyonu ile ilerleyen durumlarda (örn: konjonktivit, keratit, sklerit, ön üveit) orbikülaris oküli kasının refleks spazmı, normalde simetrik olan palpebral açıklığın, etkilenen bölgede daralarak asimetrik bir görünüm kazanmasına neden olur (10).

Göz kapaklarının kapama hareketi sırasında göz küresi yukarı doğru hareket eder, bu duruma Bell fenomeni adı verilmektedir. Bu durum dejenerasyon ve açıkta kalma keratopatisinde neden kornea alt santralinin etkilendiğini açıklar (10).

Göz kapağının önden arkaya doğru tabakaları aşağıdaki gibi sıralanabilir.

1. Kapak cildi
2. Orbikülaris kası
3. Orbital septum
4. Preaponevrotik yağ yastıkçıları

5. Levator aponevrozu
6. Müller kası
7. Muköz membran – palpebral konjonktiva



Resim 1. Üst göz kapağının sagittal kesiti a) Orbikülaris oküli kası b) Orbital septum c) Preaponevrotik yağ yastığı d) Levator aponevrözu e) Tarsal plak f) Müller kası g) Konjonktiva (Atlas of Ocular Anatomy: Springer International Publishing; 2016'dan alınmıştır.)

2.1.1. Göz Kapağındaki Sulkuslar

Her iki göz kapağında kapak kenarlarına paralel sulkuslar yer alır. Göz kapakları, sulkular tarafından orbital ve tarsal bölümlerine ayrılırlar (4).

Üst sulkus, levator palpebra kasının aponevrozunun cilde yapışması ile oluşur, göz açıldığında belirginleşir. Üstünde yer alan preseptal cilt alttaki dokulara daha az bağlıdır, altında yer alan pretarsal cilt ise daha fazla yapışıklığa sahiptir. Bu durum ödem geliştiğinde ilk olarak preorbital ve preseptal cildin etkilenmesine neden olur.

Üst kapak sulkus yüksekliği beyaz ırkta, kadınlarda 10mm, erkeklerde ise 7-8 mmdir, asyalılarda ise ya daha aşağıya yerleşmiştir ya da bulunmaz.

Alt sulkus, orbikülaris oküli kası ile cilt arasındaki bağlantılardan oluşur, üst sulkusa göre az belirgindir. Ortalama olarak medialde 5 mm, lateralde 7 mm yüksekliğindedir ve tarsın altına kadar uzanır (1).

İlerleyen yaşla beraber orbita kenarının hemen altında, ciltle periost arasında sıkı yapışıklık gelişmesi sonucunda malar ve nazojugal sulkuslar belirginleşir. Nazojugal

sulkus 45 derecelik açıyla alt kapak sulkusunun medial kısmından inferolaterale doğru uzanır. Malar sulkus ise lateraldir ve lateral kantusun hemen inferolateralinden başlayarak inferomediale doğru uzanır ve alt kapağın ortasından yaklaşık 15 mm inferiorda yer alan nazojugal katlantıda sonlanır. Malar ve nazojugal sulkuslar ödem gelişimi halinde sıvının yüzün alt kısımlarına doğru hareketini engellerler (11).

2.1.2. Kantus ve Kapak Kenar Yapıları

Göz kapaklarının iç ve dış uçları birleşerek iç ve dış kantusu oluşturur. Dış kantus genellikle iç kantustan 2 mm yukarıda yer alır, uzak doğu insanlarında ise bu fark 5 mm'ye kadar çıkabilir. Dış kantus göz küresi ile temas eder durumdadır, iç kantus ise içinde gözyaşı bulunan küçük bir boşluk ile göz küresinden ayrılır. Bu boşluk içerisinde konjonktivanın medial katlantısı olan plica semilunaris ve karünkül yer almaktadır (1, 4).

Kapak kenarları, yatay olarak 28-30 mm uzunluğunda, yaklaşık 2mm kalınlığındadır, keskin bir arka kenara ve yuvarlak bir ön kenara sahiptir. Kapak açıklığı 9-10 mm'dir. Öndeki yuvarlak kenar üzerinde sebase Zeis bezlerinin açıldığı kirpik folikülleri yer alır. Kapak kenarının keskin arka sınırının hemen önüne ise meibomian bezlerin ağızları açılır. Bu kenar boyunca gözyaşı izleri yer almaktadır ve bunlar meibomian bezlerin yağlı salgısı ile örtülmüş durumdadır. Kapakların arka kenarı göz küresinin her yöne bakış pozisyonunda göz küresi ile temas halindedir (1, 9).

2.1.3. Kirpikler

Kapak kenarlarında kirpikler yer alır, üst kapakta daha fazla sayıdadır. Üst kapakta yaklaşık 100-150, alt kapakta yaklaşık 50-75 kirpik bulunur. Üst kapaktaki kirpikler 5-6, alt kapaktaki kirpikler 3-4 sıra halinde dizilmiştir. Üst kirpikler yukarı, alt kirpikler aşağı doğru kıvrımlı yapıya sahiptir (1).

Orbikülaris oküli kasının pretarsal kısmının bir şeridi kirpik foliküllerini çevreler ve bu kısma Riolan kası adı verilir (12). Bu kasın göz kapağı kapanması sırasında kirpikleri çevrelediği, bez içeriğinin boşalmasına katkıda bulunarak gözyaşı filminin oluşumunda rol oynadığı düşünülmektedir (13). Riolan kası kapak kenarında gri çizgiyi oluşturur, mukokutanöz bileşke gri çizginin gerisinde yer alır.

Kirpikler havadaki partikülleri toplayarak göz küresine ulaşmasını engeller, alınan kirpiğin yenisi yaklaşık 10 haftada tam boyutuna ulaşır, her bir kirpik 5 ayda yenilenir.

2.1.4. Kapak Cildi ve Cilt Altı Dokusu

Cilt vücudun dış yüzeyini tamamen kaplayarak travma, solar radyasyon, sıcaklık değişimleri ve kurumaya karşı korunma sağlar ve aynı zamanda çevre ile etkileşimde önemli bir rol oynar. Kapak cildi göz kapağı fonksiyonlarının yerine getirilmesinde önemlidir, kapak hareketlerini kısıtlamadan uzamalı ve kısalmalıdır (1).

Göz kapağı cildi, dermis ve cilt altı yağ dokusunun sınırlı gelişimi sonucunda insan vücudunun en ince cilt kısmıdır. Epidermis cildin dış tabakasıdır ve göz kapağında ortalama 0,05 mm kalınlığındadır, ayak tabanı ve avuç içinde ise 1,5 mm kalınlığa ulaşabilmektedir. Kapak cildi kan damarı içermez ve beslenmesini alttaki dermis dokusundan sağlar. Epidermis dokusu içerisinde bazı özelleşmiş hücreler yer alır; melanositler nöral krest kökenlidir, epidermisin derin tabakalarında keratinositler arasında dağılmış şekilde yerleşirler ve cildi UV radyasyondan koruyan melanini üretirler. Langerhans hücreleri, epidermal dendritik hücreler şeklinde de adlandırılırlar ve antijen sunan hücre görevi görürler (1).

Epidermisin altında bazal membran ve onun altında dermis bulunur. Göz kapaklarında dermis ortalama 0,3 mm kalınlığındadır ve yapısında kollajen, elastik doku, retiküler lifler, fibroblastlar, mast hücreleri, sinir sonlanmaları, lenfatik doku, epidermal ekler, kondroidin sülfat ve glikoproteinler bulunur (1).

Kıl folikülleri erektör pili kasları ile bağlantılıdır ve dermal-epidermal bileşkede yer alırlar. Moll bezleri dermisin derin kısmında yer alan apokrin ter bezleridir ve kıl foliküllerinin en üst kısmına açılırlar. Apokrin bezler içerisinde hücre atıkları barındıran akışkan bir salgı salgırlar ve kapak kenarlarında daha yoğun olarak yerleşirler (1).

Sebase bezler kompleks yağlar, yağ asitleri ve sebum adı verilen kolesterol esterlerini salgırlar. Her kıl folikülü ile bağlantılı bir büyük sebase bez bulunur ve salgıları doğrudan kıl folikülü içerisine boşalır. Kıl folikülleri arasında Zeis bezleri adı verilen ek küçük sebase bezler yer alır. Bu bezlerin salgıları ise cilt yüzeyine boşalır. Dermis içerisinde su, tuzlar, glikojen ve siyalomüsin içeren berrak bir salgı oluşturan ekrin ter bezleri de yer almaktadır ve direkt olarak epidermal yüzeye açılırlar (1).

Kan damarları ve sinir sonlanmaları subdermis ve derin fasyadan ilerleyerek dermis içerisine girer. Dermis yapısındaki özelleşmiş sinir sonlanmaları olan Meisner ve Vater-Paccini cisimcikleri dokunma ve basınç duyusunun algılanmasını sağlar (1).

2.1.5. Orbikülaris Kası

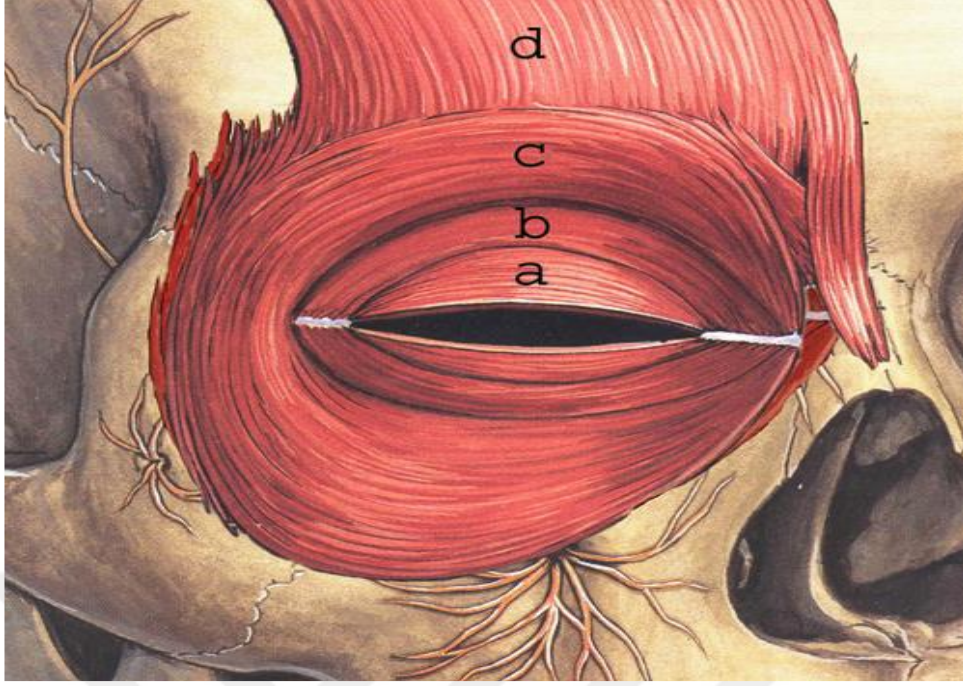
Orbikülaris oküli (OO) cildin hemen altında yer alan kompleks bir çizgili kastır. Orbita kenarlarını çevreler, geniş, ince ve elips şeklindedir. Göz kapağının temel kapatıcı kası olarak hem göz kapağının kuvvetli kapatılmasını hem de levator-Müller kompleksi ve ekstraoküler kaslar ile birlikte çalışarak kapak pozisyonun ayarlanmasını sağlar. Bu koordine fonksiyonlardaki anormallikler, göz kapağı apraksisinde gözün açılmaması gibi kapak hastalıklarına yol açabilir (1).

Orbikülaris oküli kası üç kısımdan oluşur, orbital kısım, preseptal kısım, pretarsal kısım (1, 11).

Orbital kısım frontal kemiğin nazal bölümünden, maksiller kemiğin frontal uzantısından ve medial kantal ligamentten köken alır, lifleri kesintisiz tam bir elips şeklindedir, geniş yapıya sahiptir. Üstte kaş altına kadar uzanarak, frontal kas, korrugator süpersiliaris, depresor süpersiliaris ve proserus kaslarının lifleri ile iç içe geçer. İç tarafta supraorbital çentikten başlayıp burnun yanından ilerleyerek infraorbital foramene ulaşır infraorbital kenar boyunca, dış tarafta temporal kemik ve yanağa kadar uzanır (1).

Orbital kısmın lifleri kaş, ön şakak, yanakların yumuşak dokularına ve medial ve lateral kantus tendonlarına insersiyoyaparlar. Yanakta üst levator labii alaeque nasi, üst levator labii ve zigomatikus minör kaslarıyla iç içe geçerler (1).

Preseptal kısım, orbital kısmın içerisinde yer alır, orbital septumun üzerindedir. Orbital septum ile preseptal orbikülaris oküli arasındaki fibroadipoz doku üstte kaş yağ yastıkçığı ile birleşir. Preseptal orbikülaris oküli lateralde, Whitnal lateral orbita kabarcığına lateral göz kapağı rafesinin 3-4 mm derininde insersiyoyapar. Medialde ise derin ve yüzeysel olmak üzere iki yapışması vardır; derinde lakrimal kese ve lakrimal fasyaya, yüzeysel bölümde medial kantus ligamentinin ön kenarına yapışıktır (1).



Resim 2. Orbikülaris Oküli kasının kısımları ve Frontalis kası a)Pretarsal kısım b)Preseptal kısım c)Orbital kısım d)Frontalis kası (Atlas of Ocular Anatomy: Springer International Publishing; 2016'dan alınmıştır.)

Pretarsal kısım göz kapaklarına uzanır, medial kantus ligamentine yapışır, altında yer alan tars dokusuna ve üst tars kenarındaki levator aponevrozunun insersiyosuna ise sıkı yapışıktır (1).

Pretarsal orbikülaris oküli medialde derin ve yüzeyel başlardan oluşur, derin başa “Horner tensor tarsi” ya da “Duvernay kası” adı da verilmektedir. Derin baş lakrimal fasyanın ve arka lakrimal krestin 4 mm arkasından başlar, üst ve alt tarsların medialine yapışır. Yüzeyel baş, ön lakrimal kreste ve medial kantus ligamentinin ön bacağına insersiyoyu yapar, aynı zamanda kanalikülleri çevreler (1).

Orbikülaris oküli, malar sulkusa, nazoorbital çukurluğa, supraorbital kabarıklığa, üst ve alt kapak retraktörlerinin yapışma yerlerine, lateral göz kapağı rafesine ve medial kantusa sıkı yapışıklık gösterir. Kas birbirlerine miyomitoz bağlantılarla eklenmiş olan kısa liflerden oluşmuştur, yüz kasları içerisinde en küçük çaplı liflere sahiptir (1).

Orbikülaris oküli kasının altında kan damarları ve sinirleri içeren ince bir bağ dokusu vardır.

Orbikülaris oküli kası 7. Kafa çiftinin parotis bezi içerisinde ayrılan beş dalından ikisi olan temporal ve zigomatik dalları ile innerve edilir.

Orbital kısım istemli göz kapama ve zorlu göz kapamada rol alır. Genellikle istemli olarak kasılmakta beraber refleks olarak da kasılabilir ve kasıldığında yanak ve alın derisini içe ve aşağıya doğru çeker. Pretarsal ve preseptal kısmı hem istemli hem istemsiz çalışarak göz kırpmada rol alır. Lakrimal kısmın kasılması göz kapakları ve lakrimal papilları göz küresine ve mediale doğru çeker, bu hareket sonucunda punktumlar gözyaşı havuzuyla doğrudan temase geçer, lakrimal fasyanın gerilmesiyle lakrimal kese genişler, kanaliküller içerisinde negatif basınç oluşur ve gözyaşının nazolakrimal kanala hareketi sağlanır.

Orbital kısmın antagonisti olarak oksipitofrontal kasın frontal kısmı, göz kapağı kısmının antagonisti olarak ise üst levator palpebra kası görev yapar.

2.1.6. Orbital Septum

Orbital septum göz kapaklarını orbita çukurundan ayıran fibröz dokudur. Üst kapakta üst orbita kenarında, alın periostu ile periorbitanın birleşmesi sonucu oluşan marjinal arkten başlar. Septum ile levator aponevrozu üst tars kenarının 2-5 cm yukarısında birleşir. Septum, alt kapakta alt orbita kenarında periost ve periorbitanın birleşiminden başlar, öne ve yukarı doğru alt tarsın 4-5 mm altına uzanır, alt kapak retraktörleri ile birleştikten sonra alt tarsın alt kenarına yapışır (1, 11).

Orbital septum altında yer aldığı orbikülaris oküli kasının derin fasyası olarak düşünülmektedir, bununla birlikte literatürde orbital septumun önünde yer alan suborbikülaris fasya adı verilen gevşek fibröz bir bağ dokusunun varlığından da bahsedilmektedir.

Üst kapak septumu, medialde medial kantus ligamentinin arkasında, lateralde orbikülaris oküli kasının lateral rafesinin arkasında, lateral kantus ligamentinin ise önünde yer alır. Orbital septumun arka lifleri medialde arka lakrimal kreste tutunur, yüzeyel lifleri ise ön lakrimal keseye ulaşmadan lakrimal fasyaya yapışmaktadırlar.

Alt kapağın medialinde septum ikiye bölünerek, orbikülaris oküli kasının pretarsal bölümüyle arkaya doğru ilerleyip arka lakrimal kreste yapışır.

Orbita septumu içerisinde damarlar, sinirler, levator palpebra kasının aponörotik lifleri geçer, lakrimal bezin palpebral parçası orbital septum içerisinde yer alır.

Orbital septumun kalınlığı 1 mm'den az olup, en kalın olduğu yer lateralde marjinal ark, en ince olduğu yer ise alt kapağım medial kısmıdır.

Septum dayanıklılığı kişiden kişiye değişmekte beraber, yaşlanmayla birlikte azalır, septumdaki zayıflık sıklıkla üst nazal bölgede görülür. Bu durum klinikte sıklıkla iki durumda gözlenebilir, birincisi medialdeki yağ yastıkçıklarının bu alandan fıtlıklaşması sonucu üst nazal bölgede görülen şişlikler ve ikincisi bazal hücreli karsinomların en çok bu bölgeden invazyon yapmasıdır. Orbital septum aynı zamanda orbital yapılar ve preseptal yapılar arasında sağlam bir anatomik engel oluşturur, septum önündeki enfeksiyonlar hafif seyrederken arkasındaki lezyonlar ise daha ağır bir tabloya neden olurlar (10).



Resim 3. Orbital septum (Atlas of Ocular Anatomy: Springer International Publishing; 2016'dan alınmıştır.)

2.1.7. Yağ Yastıkçıkları

Göz küresi etrafında yer alan ekstraoküler kas konusu içi ve dışındaki yağ yastıkçıkları ile korunur. Üst göz kapağında medial ve merkezi olmak üzere iki adet yağ yastıkçığı bulunur. Medial yastıkçık daha küçük olup daha fazla fibröz dokuya sahiptir, daha açık renkte görünür. Daha büyük olan merkezi yastıkçık ise daha sarıdır, levator kasının üzerinde yer alması nedeniyle preaponörotik yağ yastıkçığı olarak da adlandırılır (1, 11).

Üst kapaktaki merkezi yağ yastıkçığı ince ve saydam bir bağ dokusu kapsül tarafından çevrelenir. Bu kapsül önde orbital septum ve arkada levator aponevrozuna ince fibröz lifler ile bağlanır. Yastıkçık içerisindeki yağ dokusu içeri uzanan kapsül parçaları ile lobüllere ayrılmış durumdadır.

Üst kapak altındaki merkezi yağ yastıkçığının hemen lateralinde lakrimal bez yer alır. Lakrimal yastıkçıklara oranla daha pembe ve daha damarlı görünümündedir, aynı zamanda daha sert bir yapıya sahiptir.

Medial yağ yastıkçığı, palpebral arter arkadından köken alan iyi bir damar ağına sahipken merkezi yağ yastıkçığı ise daha düşük bir kanlanmaya sahiptir.

İki yağ yastıkçığının ortasında troklea yer alır. Trokleaya uzanan fibröz bantlar üst kapaktaki merkezi ve medial yağ yastıkçıklarının birbirinden ayırır. Septumun zayıfladığı durumlarda medial yastıkçık trokleanın hemen altından ön tarafa doğru fıtıklaşarak üst nazalde şişlik meydana getirir. Bu durum steatoblefaron olarak adlandırılır ve dermatoşalazisde üst kapakta görülen torbalanmaya katkıda bulunur.

2.1.8. Göz Kapağı Retraktörleri

Göz kapaklarının açılabilmesi için üst kapakta levator palpebra kası ve üst tars kası (Müller kası), alt kapakta kapsülopalpebral fasya ve alt tars kası olmak üzere her göz kapağında iki adet retraktör yer alır (1).

Göz küresinin alt arkasında alt rektus kasından uzanan ve kasın kapsülopalpebral başı olarak adlandırılan fibröz bir uzantı yer alır. Bu uzantı bölünerek alt oblik kasını çevreler, dışta kalan kısım kapsülopalpebral fasyayı, içte kalan kısım ise alt tars kasını oluşturur. Daha sonra bu katmanlar alt oblik kasının önünde birleşerek Lockwood ligamentini oluştururlar. Lockwood ligamenti içte medial rektus ligamentine, dışta lateral kantus ligamentine tutunur ve hem göz küresinin orbita içerisine asılı tutulmasını

sağlar aynı zamanda alt forniks için asıcı bir doku görevini üstlenir. Lateral ve medialdeki tüm orbita duvarları alınsa bile bu ligament göz küresini yerinde tutmaya devam edebilir (1).

Kapsülopalpebral fasyanın dış lifleri ve alt orbital septumun iç lifleri alt tarsın 4-5 mm altında kaynaşır ve daha sonra tek bir yapı olarak alt tarsın alt kenarına yapışır (1).

2.1.8.1. Levator Palpebra Superior Kası

Levator palpebra superior (LPS) kası optik kanalın üst ve ön kısmında sfenoid kemiğin küçük kanadının alt yüzünden, optik foramenin üst lateral kısmından başlar. Ortak tendon halkası ile ilişkisi yoktur. Üst rektus kası ile üst levator palpebra kası embriyolojik olarak aynı mezenkim dokusundan köken alırlar (14).

Levator kası çizgili kas liflerinden oluşur ve öne doğru üçgen bir seyre sahiptir. Kas kısmı ortalama 36 mm kadardır. Göz küresinin üzerinden geçerken lifler yayılır, inceler ve beyaz-gri görünümdeki üst transvers ligamenti, diğer bir adıyla Whitnall ligamentini oluşturur. Whitnall ligamenti üst tarsın üst kenarının 14-20 mm yukarisındadır, orbita çatısının periostundan aşağıya doğru sarkar, medialde trokleanın fasyasına, lateralde frontozigomatik suture tutunur, yaklaşık 18 mm genişliğe sahiptir. Bu ligament üst kapağın asılmasında önemli göreve sahiptir ve aynı zamanda levator kası için kontrol görevi görür, üst forniksın asılmasını sağlar (1, 11, 15).

Levator aponevrozu öne doğru genişler. Kenar kısımlarına levator boynuzları adı verilir. Boynuzlar medial ve lateral retinakulumlara yapışır, orta kısmı ise orbita septumunu geçer ve üst tarsın ön yüzüne tutunur. Bazı lifler ise orbikularis oküli kasının içinden geçerek cilde tutunup üst kapak çizgisini oluşturur.

Boynuzlar levator kasının işlevini kontrol eder. Lateral boynuz lakrimal bezi palpebral kısmına ve orbita kısmına ayırır, medial boynuz orbita septumu ve medial kantus ile birleşir.

Levator palpebranın aponevrozu önde üst tarsın 2-5 mm üst kısmına uzanır ve septum ile birleşir. Tars üst kenarı üzerinden orbikularis oküli ve cilt altı dokusuna lifler uzanır, üst kapakta keskin görünümlü sulkusun oluşmasını sağlar. Aponevrozdan uzanan bağlar tarsın ön yüzüne uzanır ve alt kenarının 3 mm yukarisına sıkı yapışarak kapağın kaldırılmasında önemli görev üstlenir (16).

Levator kası ve üst rektus kası arasında medialde öne doğru daha kuvvetli olmak üzere fibröz bantlar yer alır. Whitnall ligamentinin hemen gerisinde bu iki kas arasındaki yoğun fasyanın ön yüzünden üst konjonktiva forniksini asıcı ligamenti, bu noktanın hemen önünden levator kasının alt kısmından ise Müller kası köken alır.

Levator palpebra okülomotor sinirin üst dalından motor innervasyon alır. Bu sinir üst rektus kasının medial kenarından ya da doğrudan içerisinden levator kası içine uzanır, kasın arka üçte birlik kısmında kası innerve eder.

Levator palpebra kası üst kapağın ana retraktörüdür. Üst kapak aşağı bakıştan yukarı bakışa geçtiğinde 14-17mm yükselir (17).

2.1.8.2. Üst Tars Kası (Müller Kası)

Müller kası üst tars kenarının ortalama 22 mm yukarısında levator kasının alt yüzünden başlar ve tarsın üst kenarına yapışır. Üst servikal sempatik gangliyondan önce oftalmik arter daha sonra frontal ve lakrimal dallarla uzanan lifler ile innerve edilir. Yapısında alfa-2 adrenerjik reseptörler bulunur. Üst orbita sempatik lifleri aynı zamanda alın bölgesinde bulunan ter bezlerini de innerve ederler (1).

Müller kası korku ve heyecan durumlarında sempatik uyarım ile üst kapağa yaklaşık olarak 2 mm daha yükselme olanağı sağlar. Müller kasının %10 fenilefrin ile maksimum uyarımı göz kapağında ortalama 1.5 mm yükselmeye, %5 guanetidin ile tam denervasyonu ise ortalama 1.5 mm düşmeye neden olduğu gösterilmiştir (18). Tiroid oftalmopati hastalarında kapak retraksiyonunda artışın mekanizmalarından birinin de sempatik uyarıma bağlı Müller kas aktivitesindeki artış olduğu düşünülmektedir.

2.1.8.3. Alt Tars Kası

Alt tars kası; kapsülopalpebral başın iç yüzeyinden başlar, alt tarsın alt kenarını alt rektus fasyasına bağlar. Düz kas liflerinden oluşur. Kapsülopalpebral fasyaya daha sıkı olmak üzere konjonktivaya da yapışık; cerrahi sırasında kapsülopalpebral fasya ve alt tars kası bu sıkı yapışıklık nedeniyle tek bir anatomik yapı olarak görülür(1). Üst sempatik gangliyondan gelen liflerle innerve edilir ve alt kapağı aşağı çeker. Tiroid oftalmopatide sempatik tonustaki artış sebebiyle alt kapakta retraksiyon görülürken, Horner sendromu gibi sempatik aktivitenin azaldığı durumlarda alt kapak yaklaşık 1 mm yukarıda yerleşir.

2.1.9. Göz Kapaklarının Damarları

2.1.9.1. Göz Kapağı Arterleri

Göz kapaklarının oldukça yoğun bir kanlanması vardır ve damarlar arasında yoğun anastomozlar bulunur. Arteriyel kan temel olarak internal ve eksternal karotis sistemlerinden sağlanır. Derin ve yüzeysel arter sistemleri olarak incelenirler (15).

Derin arter sistemi, internal karotis siteminden gelen oftalmik arterin dalları ile oluşur. Oftalmik arter öne doğru seyrederken verdiği lakrimal, supraorbital, supratroklear ve dorsal nazal arter dalları septumu geçerek üst kapağı besler.

Lakrimal arter; temporale ilerleyerek lakrimal bez, konjonktiva ve üst kapağın lateral kısmına kan taşır.

Supraorbital arter; üst göz kapağını, kafa derisini, alın bölgesini, levator kasını, periorbitayı ve frontal kemiğin yumuşak dokusunu besler.

Supratroklear arter; orbitanın üst medial kısmındaki cildi, alın bölgesini ve alın derisini besler.

Oftalmik arter, iki dala ayrılarak sonlanır; dorsal nazal arter dalı ile burun köprüsü ve lakrimal keseyi, medial palpebral arter dalı ile göz kapaklarında marjinal ve çevresel palpebral arkı oluşturarak kapakları besler. Medial palpebral arterin dalları; lateral palpebral, yüzeysel temporal, transvers fasyal ve infraorbital arterlerin dalları ile yoğun anastomoz yaparlar.

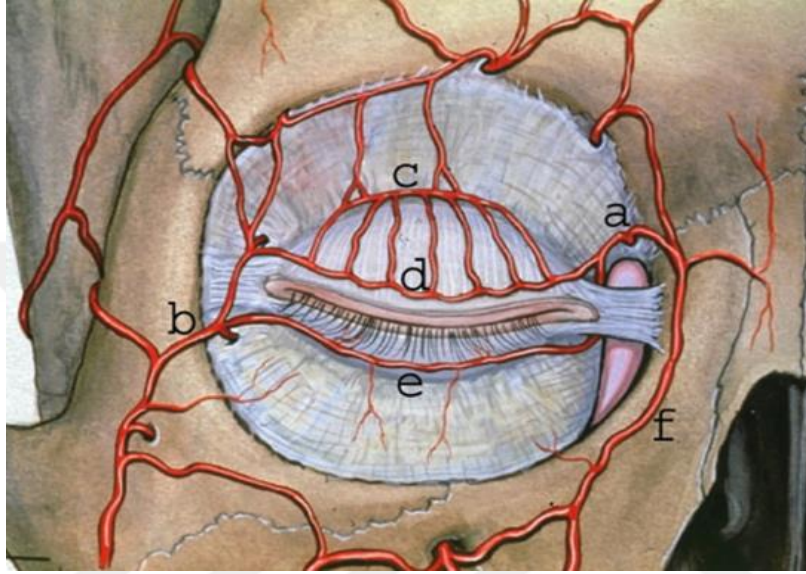
Marjinal palpebral ark tarsın ön yüzünde ve kapak kenarından 2-3 mm geridedir. Çevresel palpebral ark ise tarsın üst kenarında levator aponevrozunun altında ve Müller kasının üstündedir. Medialdeki damar arkları medial yağ yastıkçıkları içerisine ilerler. Çevresel palpebral ark üst forniksi besledikten sonra kornea-sklera limbusu yakınlarında ön silier arterler ile anastomoz yapar.

Yüzeysel arter sistemi eksternal karotis arterinden gelen fasyal arter, yüzeysel temporal arter ve infraorbital arterden oluşur.

Fasyal arterin uç dalı olan anguler arter, medial kantusun 6-8 mm medialinde ve lakrimal kesenin 5 mm önünde orbikülaris okülü içerisine girer, medial kantus ligamenti üzerinde orbital septumu deler ve orbital arterin dorsal nazal dalıyla anastomoz yapar.

Yüzeyel temporal arter; kulağın önünde, cildin altında, temporal kas fasyasının önünde ilerleyerek, frontal, zigomatikoorbital ve transvers fasyal dalları ile üst kapağı besler.

İnfraorbital arter maksiller arterin bir dalıdır, alt kapağın beslenmesine katkıda bulunur.



Resim 4. Gözkapağının arteriyel beslenmesi a) Medial palpebral arter b) Lateral palpebral arter c) Superior periferik arkat d) Superior marjinal arkat e) İnferyor marjinal arkat f) Angüler arter. (Atlas of Ocular Anatomy: Springer International Publishing; 2016.)

2.1.9.2. Göz Kapağı Venleri

Göz kapaklarındaki ven sistemi de arter sistemi gibi derin ve yüzeyel sistem olarak incelenebilir (15).

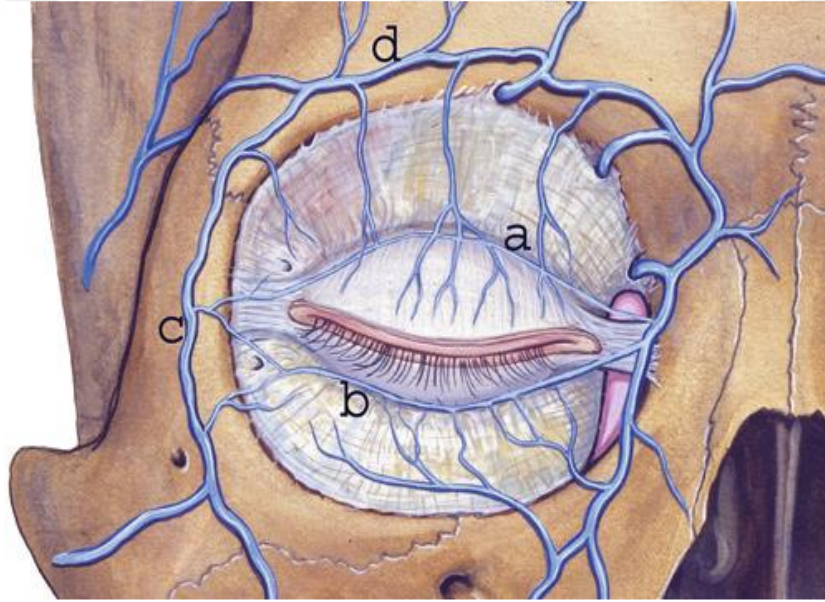
Yüzeyel ven sistemi angüler ven, ön fasyal ven ve yüzeyel temporal venden oluşur. Angüler ven, frontal ven ve derin supraorbital venin birleşmesi ile oluşur. İç kantusun 8 mm medialinde arteri ile beraber seyrederek. Ön fasyal vene ya da derin sisteme drene olur.

Ön fasyal ven, arka fasyal venle birleşerek ana fasyal veni oluşturur ve juguler vene açılır. Alın, kaş, göz kapağının üst ve lateral kısımlarının venöz kanını taşır.

Yüzeyel temporal ven, kulağın önünden geçerek eksternal juguler ven ile birleşir.

Derin ven sistemi; supraorbital, üst oftalmik ve alt oftalmik venlerden oluşur. Supraorbital ven yatay olarak orbikülaris okülü altında ilerler; medialde frontal ven, lateralde üst oftalmik ven ile birleşir. Üst oftalmik ven, orbita üst nazalinde anguler ve supraorbital venlerin birleşmesiyle oluşur, arkaya ve laterale ilerleyerek orbita içerisine girer, orbita orta kısmında konus içerisine uzanarak vorteks venlerinden gelen venöz kanı alır, üst orbital fissürden geçerek kavernöz sinüse girer.

Alt oftalmik ven, orbita tabanında ağ olarak başlar, alt kapak, lakrimal kese, alt rektus kası, alt oblik kası ve iki alt vorteks veninden gelen kanı alarak arkaya doğru ilerler, daha sonra iki dala ayrılır; küçük dalı alt orbital fissürden pterigopalatin fossaya, büyük dalı üst oftalmik vene drene olur.



Resim 5. Göz kapağının venöz drenajı a) yüzeysel ven sistemi b) derin ven sistemi c) anguler ven d) üst palpebral ven (Atlas of Ocular Anatomy: Springer International Publishing; 2016.)

2.1.10. Göz Kapaklarının Sinirleri

Üst kapakların duyusu trigeminal sinirin oftalmik dalının infratroklear, supraorbital ve lakrimal dalları tarafından taşınır. Alt kapak medialinin duyusu trigeminal sinirin oftalmik bölümünün infratroklear dalı tarafından, geri kalan kısmının duyusu ise trigeminal sinirin maksiller bölümünün infraorbital dalı tarafından taşınır (1, 15).

Oftalmik sinir, trigeminal sinirin ilk dalıdır, orta kranial fossadan kavernöz sinüse girer, kavernöz sinüsün dış duvarında ilerler ve lakrimal, frontal ve nazosilier

olmak üzere üç dala ayrılır, tüm dalları üst orbital fissürden geçerek orbita içerisine ulaşır.

Lakrimal sinir, üst orbital fissürden geçtikten sonra ortak tendon halkasının üzerinden geçerek üst ve dış rektus kasları arasında orbita dış duvarı boyunca ilerler ve alt-üst dallarına ayrılır. Üst dal, lateral palpebral sinir olarak adlandırılır; lakrimal bezin, göz kapağının lateral kısmının ve alnın duyusunu taşır. Alt daldan çıkan bazı lifler de lakrimal beze uyarı taşır, bir kısım lifler ise maksiller dalın zigomatikotemporal dalının lifleri ile anastomoz yapar.

Frontal sinir, oftalmik sinirin en büyük dalıdır. Üst orbital fissürden geçtikten sonra ortak tendon halkasının üzerinden orbitaya girerek levator kasının üzerinde periostun altında ilerler ve supraorbital-supratroklear dallarına ayrılır.

Supraorbital sinir, supraorbital foramenden ya da supraorbital çentikten geçerek orbitayı terk eder ve üst kapak ve alın derisini innerve eder.

Supratroklear sinir, trokleanın üzerinden, septumu delerek orbitanın üst nazal kısmına ulaşır; lakrimal drenaj yapılarının, burun kökü derisi ve alnın orta kısmının duyu innervasyonu sağlar.

Nazosilier sinir, üst orbital foramenden sonra ortak tendon halkasının içerisinden geçerek optik sinirin üzerinde, üst rektus kasının altında ilerler, iç orbita duvarına ulaşarak burada, silier gangliyonun uzun duyu kökü, uzun silier sinirler, infratroklear sinir ve arka etmoid siniri olmak üzere dört dala ayrılır. İnfratroklear sinir medial kantus, konjonktiva, lakrimal kese, kanaliküller ve karankülün duyusunu taşır.

Maksiller sinir trigeminal sinirin ikinci dalıdır. Kavernöz sinüsün alt kısmından foramen rotunduma girerek pterigopalatin fossaya ulaşır, alt orbital fissürden orbita içerisine geçer ve infraorbital sinir olarak adlandırılır. Orbita tabanında ilerledikten sonra infraorbital kanala girer ve orbita kenarının 4-8 mm altından infraorbital foramenden çıkarak alt kapak derisini, konjonktivasını, burun kanatlarını, üst dudağı, medial ve lateral kantusların alt kısmını innerve eder.

Sempatik sinirler, karotis arterinin çevresindeki karotik pleksusdan köken alırlar. Karotis arteri ile beraber kavernöz sinüse girerek, orbitaya geçen sinirlere ve arterlere katılırlar. Orbitada vazokonstriksiyon, düz kas fonksiyonları, hidrozis, pupilla genişlemesi, deride pilomotor ve ter bezi işlevlerini düzenlerler. Bu sistemdeki bozukluk Horner sendromu olarak adlandırılır (10).

Lakrimal beze parasempatik uyarılar fasyal sinirden zigomatikotemporal sinire katılan parasempatik lifler tarafından taşınır (10).

2.1.11. Göz Kapaklarının Lenf Drenajı

Göz kapaklarında yüzeyel ve derin lenf sistemleri bulunur, yüzeyel sistem deri ve orbikülaris kasından, derin sistem tarslar ve konjonktivadan lenfatik drenajı sağlar. Üst kapağın büyük bölümü, alt kapağın lateral üçte biri ve lateral kantusdan drenaj preoriküler ve derin parotit lenf nodlarına buradan da sevikal lenf düğümlerine drene olur. Üst kapakların medial kısımları, medial kantus ve alt kapağın medial üçte ikisi submandibuler lenf nodlarına buradan internal juguler vene drene olur (1).

2.2. Kapak Fiziyojisi

Göz kapaklarının temel olarak göz küresinin ön kısmını yaralanmalardan korumak ve gözyaşı filminin düzenlenmesi olmak üzere birçok görevi vardır. Normal göz sağlığının korunmasında ve sürdürülmesinde önemlidirler (10). Göz kapakları göz içerisine giren ışık miktarını ayarlar, korneal abrazyonlara karşı mekanik bir bariyer görevi görür, uyanık halde sık kırpma hareketi ile gözyaşının oküler yüzeye eşit bir şekilde dağılmasını sağlar, uyku sırasında korneanın dehidrate olmasını engeller, konjonktival ve lakrimal kese pompa mekanizmasına destek olarak gözyaşı akışını artırır, konjonktival epitelyal lenfoid foliküller sayesinde hücrel immüniteye katkıda bulunur ve yüz ifadesinin oluşmasında rol alır (10, 19). Bu görevleri yerine getirmek için tipik davranışları göz kırpma (istemli, spontan veya refleks), istemli göz kapama, sürpriz veya korku gibi emosyonel durumlarda normal kapak retraksiyonu ve vertikal göz hareketleri ile koordine kapak hareketleridir (20, 21).

Göz kapaklarının temel görevleri şu şekilde incelenebilir (22);

1- Bariyer fonksiyonu: Gözün istemli kapatılması ve istemli ya da refleks göz kırpma gözün korunmasında bariyer olarak görev alır (23, 24).

2- Göz küresinin pozisyonun korunması: Göz kapakları arkaya doğru düşük bir basınç uygulayarak, göz küresinin arkasındaki yapılardan kaynaklanan öne doğru basınca karşı koyar.

3- Oküler yüzeyin korunması: Göz kırpma gözyaşının oküler yüzeye eşit bir şekilde dağılmasını sağlar ve lakrimal pompa fonksiyonuna katkıda bulunur (25, 26).

4- Kapak bezleri: Kapaklarda yer alan bezler gözyaşının oluşumuna katkıda bulunur.

Göz kapağının hareketleri temel olarak açılma, kapanma ve kırpmadır. Göz kapağı hareketleri bakış ile bağlantılıdır, göz kapakları yukarı bakışta yukarı ve aşağı bakışta aşağı hareket eder.

2.2.1. Göz kapağının açılması

- 1- LPS kası, okülomotor sinir tarafından uyarılır ve kasılması üst göz kapağını yaklaşık olarak 15mm yukarı kaldırır (27).
- 2- Müller kası, sempatik sinirler tarafından uyarılır, göz kapağının açık tutulmasına yardımcı olur ve üst kapağın ek olarak 1-2 mm yukarı hareketini sağlar (28).
- 3- Alt kapak retraktörleri, kapsülopalpebral fasya ile alt rektus ve alt oblik kaslarına bağlıdır ve kasılarak alt kapağın yaklaşık 5 mm aşağıya hareketini sağlarlar (29).

LPS kasını innerve eden motor nöronlar tek bir santral kaudal nükleustan çıkar ve LPS kası, Hering kanununa uygun olarak her iki kapakta sinerjistik olarak çalışır, eş büyüklükte ve eş zamanlı innerve olur (30).

LPS kasının üst rektus kası ile embriyolojik ve anatomik ilişkisi bulunmaktadır ve Hem LPS kası hem de üst rektus kası okülomotor sinirin üst dalı tarafından innerve edilir. Bunun sonucunda yukarı bakışta üst rektus kası ile beraber LPS kası da kasılır ve göz kapağı yukarıya doğru hareket eder. Aşağı bakışta ise üst rektusun gevşemesiyle birlikte LPS kası da gevşer ve üst kapak aşağıya doğru hareket eder. Doğumsal pitozislerde ve tiroid oftalmopatiye olduğu gibi LPS kasının kasılma ve gevşeme fonksiyonunun bozulduğu durumlarda aşağı bakışta üst kapak göz küresi ile birlikte aşağıya hareket edememektedir, bu duruma lid-lag fenomeni adı verilir (31, 32).

2.2.2. Göz kapağının kapanması

Göz kapakların kapatılması OO kası tarafından gerçekleştirilir (23), ek olarak kapanma sırasında LPS kası da gevşer. OO kası fonksiyonel olarak üç bölümden oluşur; pretarsal kısım göz kapaklarının zayıf kapanmasında, preseptal kısım istemsiz göz

kırpma ve kapamanın devam ettirilmesinde, orbital kısım ise istemli göz kırpma ve kapamanın devam ettirilmesinde görev alır (33).

Göz kapaklarının motor kontrolü:

1-Kapakların açılması frontal korteksin okülojirik merkezi tarafından kontrol edilir (34, 35).

2- Orta beyinde yer alan santral kaudat nukleus LPS kasının kontrolünden sorumludur (36).

3- Her iki göz kapağı Hering kanuna uygun olarak kontrol edilir (37).

2.2.3. Göz kırpma

Kapak protraktörlerinin kasılması ve retraktörlerinin gevşemesi ile oluşturulur(38). Spontan, refleks ve istemli göz kırpma şeklinde sınıflandırılabilir. Orbikülaris kasının pretarsal ve preseptal bölümü spontan ve refleks göz kırpmada rol oynarken orbital bölümü ise istemli göz kırpmada rol oynamaktadır.

Spontan göz kırpma; her 3-8 sn.de bir oluşur, 0.3-0.4 sn sürer, LPS kasında gevşemeden çok OO kasında kasılma sonucunda ortaya çıkar(39). Sıklığı kuruluk, nem, toz ve parlaklık gibi çevresel koşullarda, anksiyete ve konsantrasyon gibi emosyonel durumlarda ve Parkinson hastalığı gibi bazı hastalıklarda değişir. Süresinin imaj süresinden kısa olması spontan göz kırpmanın görme üzerinde rahatsız edici etki oluşturmasını engeller. Spontan göz kırpma ile gözyaşının oküler yüzeye dağılımı, levator kasının dinlenmesi sağlanır (22).

Refleks göz kırpma; kornea, kirpikler, kapak cildi, kaş kaynaklı taktıl uyarılara (40), parlak ışık, beklenmeyen veya tehdit oluşturan görsel (41), işitsel uyarıma (42) yanıt olarak oluşur. Taktıl uyarımla oluşan kırpma refleksi afferenti trigeminal sinir, efferenti fasyal sinir olan basit sinir devresiyle oluşturulur. Parlak ışık refleksi subkortikal seviyede supraoptik nükleus ve superior colliculus tarafından oluşturulurken, beklenmeyen veya tehdit oluşturan durumlara yanıt kortikal seviyede düzenlenir.

İstemli göz kırpma; süresi diğer kırpma tiplerinden daha uzun olup, OO kasının tüm bölümlerinin kullanılabilmesi nedeniyle amplitüdü daha fazladır (43).

2.3. Ptozis

Blefaropitozis en sık görülen ve cerrahi gerektiren göz kapağı sorunlarından biridir. “Ptozis” kelimesi antik Yunanca’da düşmek, düşmekte olan anlamına gelmektedir ve herhangi bir vücut bölümü için kullanılabilir. “Blefaron” kelimesi ise antik Yunanca’da göz kapağı anlamına gelmektedir (15). Blefaropitozis terimi kısa haliyle ptozis olarak üst göz kapağında sarkma veya kapağın aşağı yerleşimini anlatmak için kullanılır (44, 45).

Ptozis başlangıç zamanına veya etkenine göre olmak üzere iki farklı sınıflama ile incelenebilir (45).

Başlangıç zamanına göre ptozis sınıflaması (46-49):

1-Konjenital ptozis

- a) Nondistrofik
- b) Distrofik (gerçek konjenital ptozis)
 - Basit konjenital ptozis
 - Üst rektus anomalisi ile birlikte olan konjenital ptozis
 - Blefarofimozis sendromu

2-Edinsel Ptozis

- a) Aponevrotik ptozis
- b) Nörojenik ptozis
- c) Myojenik ptozis
- d) Travmatik ptozis
- e) Mekanik ptozis

3-Psödopitozis

Etkene göre ptozis sınıflaması (50, 51):

1-Aponevrotik

- a) Doğumsal
- b) Senil
- c) Katarakt ve diğer göz cerrahilerine bağlı
- d) Künt ya da penetran travma
- e) Allerji, tekrarlayan kapak ödemi
- f) Kontakt lens kullanımı
- g) Gebelik

h) Tiroid hastalığı

2-Miyojenik

a) Doğumsal

-Basit doğumsal distrofik ptozis

-Üst rektus zayıflığı ile birlikte izlenen doğumsal distrofik ptozis

-Blefarofimozis sendromu

-Doğumsal fibrozis sendromu

b) Kronik Progresif Oftalmopleji

c) Okülofaringeal distrofi

d) Müsküler distrofi

e) Myastenia gravis

f) Kortikosteroid ptozisi

3-Nörojenik

a) Okülomotor sinir felci

b) Sinkinetik (Marcus Gunn jaw-winking)

c) Horner sendromu

d) Okülomotor sinirin aberran rejenerasyonu

e) Oftalmoplejik migren

f) Multipl skleroz

4-Mekanik

a) Kapak tümörleri

b) Kapak skarları

c) Orbital lezyonlar

d) Konjonktival problemler

“5-Psödoblefaropitozis:

a) Enoftalmus, anoftalmus, mikroftalmi

b) Periorbital doku atrofisi

c) Hipotrophia

d) Dermatoşalazis, kaş ptozu

e) Oküler yüzey kronik irritatif hastalıklar

f) Kontralateral kapak retraksiyonu

g) Hemifasiyal spazm

- h) Duane retraksiyon sendromu
- ı) Double elevator palsi
- i) Post enükleasyon soket sendromu

2.4. Pitozisli Hastaya Yaklaşım ve Muayene Yöntemleri

Pitozisli olgularda uygun tedavi yaklaşımının seçilebilmesi için pitozisin etiyolojisinin ve derecesinin doğru bir şekilde belirlenmesi en önemli basamaklardan biridir.

1-Anamnez

Başarılı bir cerrahi sonuç için hastalardan ayrıntılı anamnez alınarak doğru değerlendirilmesi çok önemlidir. Pitozis cerrahisinin hem fonksiyonel hem de kozmetik sonuçları olması nedeniyle cerrahi tedaviye hastanın muayenesi ve blefaropitozisin etiyolojisinin yanı sıra hastanın beklentisine göre karar verilmeli, olası sonuçlar hakkında hasta bilgilendirilmelidir. Hastalar kozmetik sebeplerle veya görmede azalma, görme alanında daralma ya da frontal kasın kronik kullanımına bağlı baş ağrısı sebebiyle tedavi arayışı içerisinde olabilirler (3, 52).

Pitozis hastalarında anamnezde aşağıdaki durumlar sorgulanmalıdır (53).

-Pitozisin ne kadar zamandır var olduğu, oluşma hızı, ne kadar sürede meydana geldiği

- Eşlik eden baş ağrısı veya diplopi varlığı
- Yemek yerken ya da çene hareketleri ile pitoziste değişikliğin varlığı
- Pitozis derecesinde gün içerisinde veya yorgunluk ile değişim olup olmadığı
- Daha önce göz kapakları, göz, orbita, sinüsler ve çevre dokularla ilgili geçirilen cerrahi müdahalelerin varlığı, geçirilmiş travma veya kontakt lens kullanım öyküsü
- Uyurken göz kapağının pozisyonunun nasıl olduğu
- Ailede pitozis öyküsü

2-Muayene

Tüm hastalarda; en iyi düzeltilmiş görme keskinliği, göz içi basıncı (GİB) ölçümü, biomikroskopik ve fundus muayenesini içeren tam oftalmolojik muayene yapılmalı, çocuklarda siklopleji sonrası refraksiyon tashihi yapılarak görme keskinliği belirlenmeli ve ambliyopi değerlendirilmelidir. Göz hareketleri tüm yönlerde ayrıntılı olarak incelenmeli ve strabismus varlığı araştırılmalıdır. Pupilla şekli, çapı, anizokori varlığı, direkt-indirekt ışık refleksleri, RAPD mevcudiyeti değerlendirilmelidir.

Göz kapakların değerlendirilmesine inspeksiyon ile başlanır. İlk olarak baş pozisyonu ve kaş yerleşimi değerlendirilmelidir. Ptozisli hastalar daralmış kapak aralığından görebilmek için çene yukarı pozisyon geliştirebilirler, kapaklarını kaldırabilmek için kaşlarını yükseltebilirler. Daha sonra gözler primer bakışta ve kaşlar gevşek durumda iken kapak pozisyonu değerlendirilmelidir. Kapak seviyeleri arasındaki simetri, kapak kıvrımının varlığı, yokluğu veya yüksekliği etioloji açısından fikir verebilir. Muayenede kapak kıvrımı, kapak açıklığı ve marjin-refle mesafesi (Margin Reflex Distance -MRD) belirlenmelidir (45, 49).

Aşağı bakış pozisyonunda kapak kenarı ile kapak kıvrımı arasındaki mesafe ölçülür. Yetişkinlerde kapak kıvrımı kapak kenarından yaklaşık 6.5 mm yukarıdadır (54). Birçok Asyalı hastada ise kapak kıvrımı görülemeyebilir(55). Konjenital ptoziste kapak kıvrımı belirsizdir ya da yoktur (56). Kapak kıvrımı gözlenmeyen olgularda genellikle levator işlevinin kötü olduğu düşünülebilir (57). Üst kapak kıvrımı yüksek ve üst sulkus derin ise aponevrotik pitoz varlığı düşünülebilir (57).

Kapak açıklığı pupil hizasında alt ve üst kapaklar arasındaki mesafe milimetrik cetvel ile ölçülerek saptanır, normalde 9-12 mm arasındadır. MRD hasta primer bakıştayken pupilla ışık refleksi ile üst kapak kenarı arasındaki mesafedir. Normalde 4-5 mm arasındadır. Alt kapak yerleşimi kişiden kişiye değişebileceğinden MRD ölçümleri kapak aralığı ölçümlerinden daha yararlı olabilir.

Hering'in eşit innervasyon yasası gereği tek taraflı ptozislerde, düşük kapağın fazla uyarılması kontralateral tarafta kapakta retraksiyona veya bilateral ve asimetric ptozislerde daha az etkilenen tarafın normal olarak değerlendirilmesine neden olabilir. Daha pitotik görünen tarafın elle yükseltilmesi sonrasında kontralateral tarafta göz kapağında düşme görülmesi ptozisin bilateral olduğunu gösterir.

Levator fonksiyonu kapak kenarının aşağı bakış ve yukarı bakış arasında yer değişim mesafesi ölçülerek belirlenir, ölçümün doğru olarak belirlenebilmesi için kaş üzerine parmakla hafif basınç uygulanarak kaş hareketinin engellenmesi gereklidir. Normal levator fonksiyonu 12 mm'nin üzerindedir (17). Horner sendromu Müller kas aktivitesini azaltarak ptozise neden olur ve levator fonksiyonu normaldir, edinilmiş aponevrotik ptozislerde de levator fonksiyonu korunmuştur. Miyopatik, konjenital ve nöromüsküler ptozislerde ise levator fonksiyonu azalır.

Ptozis muayenesi pupilla genişliği ve aktivitesini de içermelidir. Üçüncü kranial sinir paralizisinde etkilenen pupilla kontralateral taraftan daha geniştir ayrıca ışık ve

akomadosyon yanıtı daha azdır, Horner sendromunda ise pupilla miyotiktir ve aktivitesi normaldir.

Nöromüsküler pitozis varlığı için levator yorgunluğu belirtileri aranmalıdır. Muayene sırasında pitozis miktarındaki değişkenlik levator kasında yorulmayı düşündürür. Levator yorgunluğu hasta yukarı bakış pozisyonunda 2 dk bekletilerek de oluşturulabilir (58).

Göz kapaklarının kapama hareketi sırasında göz küresi yukarı doğru hareket eder, bu duruma Bell fenomeni adı verilmektedir. Bell fenomeninin yokluğu cerrahi düzeltmeden sonra lagofthalmi ve keratopati olasılığını arttırır (49).

Lid-lag; aşağı bakışta bir göz kapağının diğerinden geride kalmasıdır. Konjenital pitozislerde levator kasının hem kontraksiyon hem de gevşeme yeteneğinin azalması nedeniyle aşağı bakış sırasında pitotik göz kapağı gevşeyemez ve normal göz kapağından daha yukarıda kalır (58).

2.5. Yaşlanmayla Ortaya Çıkan Değişiklikler

Yaşlanmanın yüz yapılarındaki birçok bulgusu, atrofi, yüz dolgunluğunun kaybı, ilerleyici kemik rezorbsiyonu, azalmış doku elastikiyeti ve yer çekimine bağlı olarak gelişir(59, 60).

Göz kapaklarının topografik anatomisi yaşlanmayla değişmektedir. Normal yaşlanma süreci kapak yapılarının laksitesinin artmasına, tonuslarının azalmasına ve orbital yağ dokusunda atrofiye neden olarak sarkmış kapak görünümüne sebep olur (61, 62). Dermatoşalazis örneklerinin histolojik incelemesinde kollajen lifleri arasındaki mesafenin artarak seyrekleştiği, lenfatik damarların arttığı ve genişlediği ve elastik lif sayısının azaldığı gösterilmiştir (63). Ülkemizde de Karnaz ve arkadaşları tarafından 35 hastanın dermatoşalazis doku örnekleri üzerinde yapılan çalışmada lenfatik damarlarda genişleme, dilate lenfatik damar sayısı, stromal ödem ve makrofaj sayısında artma olduğu bildirilmiştir (64). Bu bulgular ışığında dermatoşalazis patogenezi yaşlanma sonucunda oluşan subklinik inflamasyon ile başlayan elastozis ve sekonder lenfostaz ile ilişkili olabilir (65).

Gençlerde kaşlar kadınlarda üst orbital rimin yaklaşık 1 cm yukarısında, erkeklerde ise rim hizasında yer alır. Yaşlanmayla birlikte alın, kaş ve üst kapakta subkutanöz yağ dokusunda kayıp gelişmekte, kaşların temporal kısmındaki desteğin

azalmasıyla kaşlar üst orbital rim hizasının altına inerek kaş pitozu görünümüne sebep olmaktadır (60, 66).

Dermatoşalazis, pitozis, ektropiyon ve entropiyon orta yaş ve üzerindeki yetişkinlerde sıklıkla görülen bozukluklardır. Orbitomalar ligamentin alt orbita kenar bağlantılarının kaybolması ektropiona neden olurken, kapak retraktörlerinin ayrışması, invonüsyel enoftalmi ve preseptal orbikularis kasının pretarsal orbikularis üzerine binmesi gibi durumlar ise entropiyona neden olur (60, 67).

Göz kapağının yaşlanmasında rol oynadığına inanılan bir başka özellik de orbikularis oküli kas hipertrofisidir. Bununla birlikte yapılan bazı çalışmalarda yaşlanmayla orbikularis kasında değişim olmadığı, yaşlanma bulgularının cilt ve cilt altı dokulardaki değişime bağlı olduğu belirtilmiştir (68).

2.6. Dermatoşalazis

Dermatoşalazis, genellikle yaşlanmaya bağlı olarak, bazen "sarkık gözler" olarak da adlandırılan göz kapağı deri ve bağ dokusundaki fazlalık ve gevşeklidir (2, 69). Yerçekimi, ciltte elastik doku kaybı ve göz kapağı bağ dokularının zayıflaması daha sık olarak üst kapakları ilgilendiren dermatoşalazise katkıda bulunur ancak alt kapaklarda da görülebilir (65). Göz kapak cildinde sarkma genellikle cildin yaşlanma sürecinin bir özelliği olarak düşünülür. Perioküler yaşlanma bağ dokusunun zayıflamasına ve cilt elastisitesinin kaybına yol açar, ek olarak yer çekimi etkisiyle cilt aşağıya doğru yönelir. Yaşlanmayla birlikte orbital septumda görülen zayıflama sonucunda orbital yağ yastıkçıklarının fıtıklaşması da şişkin görünüme katkıda bulunur. Oluşan fazla dokular üst kapaktaki kirpiklerin üzerine sarkarak görme alanının üst kısmında defekte neden olabilir.

Dermatoşalazis sıklıkla 40 yaş üzerinde görülür. Bazı hastalar ailesel bir eğilime sahiptir ve 20'li yaşlarında dermatoşalazis gelişimi görülebilir.

Dermatoşalaziste görülen patolojik değişiklikler yaşlanmayla uyumlu olmakla beraber, yaş, erkek cinsiyet, açık cilt rengi, yüksek vücut kitle indeksi (VKİ) ve sigara kullanımı genetik olmayan risk faktörleridir.

Tiroid orbitopati, böbrek yetmezliği (70), travma, kutis laksa (71, 72), Ehlers-Danlos sendromu (73), amiloidoz (74), kalıtsal anjiyonörotik ödem ve ksantalezma gibi sistemik hastalıklar dermatoşalazise predispozan özellik gösterirler.

Dermatoşalazisin görülme sıklığı ile ilgili olarak literatürde çok fazla veri bulunmamakla birlikte Jacobs ve arkadaşları tarafından yapılan 2 bağımsız popülasyon örnekleminin incelendiği çalışmada 45 yaşın üstündeki kişiler arasında dermatoşalazis yaygınlığı toplamda % 16, erkeklerde % 19 ve kadınlarda % 14 olarak bulunmuştur (75). Aynı çalışmada yaş, erkek cinsiyet, açık cilt rengi, yüksek vücut kitle indeksi (VKİ) ve sigara kullanımı genetik olmayan risk faktörleri olarak bulunmuştur.

Dermatoşalazis hastalar için fonksiyonel veya kozmetik bir problem olabilir. Fonksiyonel olduğunda, sıklıkla üst görme alanı azaltır. Ek olarak hastalar oküler irritasyon, üst göz kapağı entropiyonu, alt göz kapağı ektropiyonu, blefarit ve dermatit tarifleyebilirler. Dermatoşalazis ayrıca yüze yorgun ve donuk bir görünüm verdiği için kozmetik bir ilgi konusudur. Hastalar üst göz kapaklarının dolgunluğundan veya ağırlığından şikayetçi olabilirler.

Steatoblefaron, üst veya alt göz kapaklarındaki orbital yağın herniasyonunu tanımlar ve sıklıkla dermatoşalazis ile ilişkilidir. Bununla birlikte, bazı hastalarda izole steatoblefaron mevcut olabilir. Göz kapaklarındaki orbital yağ yastıkçıklarının fıtıklaşmasının nedeni genellikle yaş nedeniyle orbital septumun zayıflamasıdır ve en sık olarak üst göz kapağının medialinde görülür.

2.7. Üst Kapak Blefaroplasti

Blefaropitozis en sık görülen ve cerrahi gerektiren göz kapağı sorunlarından biridir. “Pitozis” kelimesi antik Yunanca’da düşmek, düşmekte olan anlamına gelmektedir ve herhangi bir vücut bölümü için kullanılabilir. Kapak pitozisinin cerrahi tedavisi kronolojik olarak ya da dokuya göre incelenebilir (76).

Dermatoşalazisin cerrahi tedavisinin ilk örneği olarak, üst göz kapağındaki cilt fazlalığının görme fonksiyonlarını bozduğu İbn-i Sina ve İbn Rashid tarafından 10. ve 11. yüzyıllarda tanımlanmıştır ve görme fonksiyonlarını düzeltmek amacıyla cilt fazlalığı eksize edilmiştir(76). Antony Scarpa tarafından 1806 yılında yayınlanan ‘Practical Observations on the Principle and Disease of the Eye’ kitabında üst göz kapağındaki fazla cildin orbitanın süperior arkı yönünde eksize edilmesinden bahsedilmiştir. 1806 yılından sonra anatomi ve fizyoloji bilgisinin artması ve cerrahi materyallerin çoğalması ile pitozis cerrahisi gelişmeye başlamıştır. Pitozis cerrahisi temel olarak altı kategoride incelenebilir: cilt rezeksiyonu, frontal askılama, tarsus rezeksiyonu, levator rezeksiyonu, üst rektus süspansiyonu veya bunların kombinasyonu.

Blefaroplasti tanımı ise ilk olarak 1818 yılında Karl Ferdinand Von Greafe tarafından kapak rekonstrüksiyonunu rapor ettiği bir yazıda kullanılmıştır (77).

Günümüzde blefaroplasti en sık gerçekleştirilen yüz estetik cerrahisi haline gelmiş, estetik kaygı dışında dermatoşalazisin yol açtığı fonksiyonel bozuklukları da düzeltmekte kullanılmaya başlanılmıştır.

Üst kapak blefaroplasti, dermatoşalazis tedavisinde sıklıkla uygulanan cerrahi tedavi yöntemidir. Cerrahiye başlamadan önce, oturur pozisyonda üst kapak cildi işaretlenir. Alt kesiyi oluşturmak için dört referans nokta belirlenir. Birinci işaret, medial komissürün 5-7 mm yukarısına, ikinci işaret pupil hizasında kapak kenarının 9-11 mm yukarısına, üçüncü işaret lateral kantil açının 8-10 mm yukarısına, dördüncü işaret ise lateral komissürün 12-15 mm superolateraline konulur. Bu yöntem ile, üst kapak çizgilerinde asimetri olan hastalarda da simetri elde edilmiş olunur. Kapakların simetrik olduğu hastalarda, alt kesi üst kapak çizgisinden yapılabilir. Üst kesinin yerini belirlemek için “pinch” tekniği kullanılır; bu teknikte fiksasyon forsepsinin bir ağzı alt kesi sınırına yerleştirilerek üst kapak cildi sıkıştırılır ve forsepsin diğer ağzının denk geldiği nokta üst kesi için referans nokta olarak belirlenir. Daha sonra işaretlenen noktalar birleştirilerek kesi hattı belirlenir. Lokal anestezi için epinefrin içeren %1’lik lidokain tercih edilir. İşaretlenen sınırlardan yüzeysel kesi yapılarak cilt çıkarılır ve OO kası görülür hale gelir. OO kasının rezeke edilmesi ile ilgili literatürde bir uzlaşma olmamasına rağmen son dönemde yapılan çalışmalar; OO kas aktivitesini korumak, lagofaltni ve kuru göz riskini azaltmak, cerrahi sonrası göz kapağındaki dolgunluğu korumak amacıyla OO kasının korunmasını önermektedir(78). Damasceno ve arkadaşları tarafından yapılan randomize çift kör çalışmada, üst kapak blefaroplasti cerrahisinin preseptal orbikülaris oküli kası çıkarıldığında daha fazla postoperatif semptomlara neden olduğu ve daha kötü başlangıç estetiği sunduğu, bununla birlikte son estetik sonucun preseptal orbikülaris oküli kasının eksize edildiğinde veya korunduğunda aynı olduğunu belirtilmiştir(79). Cilt eksizyonu yapıldıktan sonra OO kasına horizontal insizyon yapılarak septuma ve yağ yastıkçıklarına ulaşılır. Sadece yağ yastıkçığı eksizyonu yapılacaksa orbikularise daha yukarıdan bir insizyon yapılmalı, ek olarak levatora fiksasyon sütürü konulması da planlanıyorsa orbikularis insizyonu kapak kenarına daha yakın tercih edilmelidir. Hastanın preoperatif kapak görünümüne göre istenen düzeltme miktarına karar verilerek nazal ve santral yağ yastıkçıkları çıkartılır.

Yaşlılıkla birlikte oluşacak yağ doku atrofisi de göz önünde bulundurularak eksizyon yapılmalıdır. Daha sonra 6-0 Prolene sütür veya 6-0 vicryl sütür ile cilt kapatılarak ameliyat sonlandırılır (80).

Üst kapak blefaroplasti cerrahisi sonrasında erken, orta ve uzun dönemde komplikasyonlar gelişebilir. Erken dönemde, ilk 1 hafta içerisinde gelişebilecek komplikasyonlar; korneal abrazyonlar, kuru göz, göz kapağı hematomu, enfeksiyonlar ve kemozisin yanı sıra nadiren de olsa retrobulber hemoraji, göz küresi perforasyonu, santral retinal arter oklüzyonudur. 1-6. haftalar arasında üst kapak malpozisyonları (pitozis, logoftalmi), lakrimal sistem disfonksiyonu ve strabismus görülebilir. 6. hafta sonrasında görülen uzun dönem komplikasyonlar ise pitozis, lagoftalmi, kapak cildinin az ya da fazla rezeksiyonu, orbital yağ dokusunun az ya da fazla rezeksiyonu, kapak katlantısı anormallikleri, hipertrofik skarlaşma, dermal pigmentasyon ve kuru göz sendromudur (81, 82).

2.8. Dermatoşalaziste Görme Alanı ve Yaşam Kalitesi

Dermatoşalazis, görme alanı defektlerine neden olarak hastalarda primer bakış, okuma ve vizüel fonksiyonları sürdürmede güçlüklerle yol açan en sık göz kapağı anomalisidir. Üst göz kapağının fazla derisinin sarkması ve laterale doğru cildin toparlanmasının neden olduğu üst görme alanını da etkileyen fonksiyonel problemler yaşla birlikte artmaktadır ve üst kapak blefaroplasti sonrası üst görme alanındaki iyileşme bir çok kez gösterilmiştir (83, 84). Hastaların blefaroplasti sonrasındaki kazançları sadece görme alanındaki değişimle sınırlı kalmamaktadır. Blefaroplasti cerrahisi görme alanı yanı sıra hastanın algıladığı subjektif görme kalitesi, görme fonksiyonu ve görmeye bağlı yaşam kalitesinde de iyileşme sağlamaktadır (85, 86). Battu ve arkadaşları tarafından 50 blefaropitozis hastasının dahil edildiği çalışmada hastalara cerrahi sonrasında maddeler halinde görmeye alakalı çeşitli işlevlerinde ve psikososyal durumlarındaki değişim sorulmuş; özellikle ince iş, göz seviyesi üzerindeki objelere uzanma ve kavrama, televizyon izleme ve okuma işlevlerinde belirgin farklılık olduğu saptanmıştır (86). Federici ve arkadaşları tarafından yapılan benzer bir çalışmada ise hastaların fonksiyonel durumunun blefaropitozis nedeniyle azaldığı ve cerrahi onarımın sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde ölçülebilir artışa neden olduğu gösterilmiştir (87). Aynı çalışmada semptomlar ve aktivelerdeki değişim de değerlendirilerek semptom kategorilerinden göz etrafında ağrı, sulanma, kızarıklık, yanma, kuruluk ve genel sağlık

alanlarında, aktivite kategorilerinden ise kişinin mesleğini icra etmek, yardımsız yürümek ve spor yapmakta istatistiksel anlamlı artış saptanmıştır (87).

Özellikle yüz, göz ve göz kapaklarının fiziksel görünümü, kişinin başka bir kişiye ait izlenimini büyük ölçüde etkileyebilir (88). Başkaları tarafından nasıl görüntülendiğimiz ve nasıl davranıldığımız, algılanan yaşam kalitemizin büyük bir belirleyicisidir. Bunlarla ilişkili olarak yaşam kalitesinde algılanan iyileşmenin, blefaropitozisin cerrahi olarak düzeltilmesi ile oluşan henüz incelenmemiş psikolojik faktörlere bağlı olabileceği fikri öne sürülmüştür. Bullock ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, toplum üyelerinin pitozis ve dermatoşalazisi olan bireyleri olumsuz olarak gördükleri saptanmış ve bu psikososyal tutumum etkilenen hastalara karşı adaletsizliğe yol açabileceği ve cerrahi düzeltmenin muhtemelen daha iyi görsel fonksiyonun ötesinde faydalar sağlamakta olduğu belirtilmiştir (7). Biter ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada blefaroplasti uygulanan kadınların preoperatif durumlarına göre anlamlı derecede daha genç ve daha çekici görünmekte olduklarını, daha sağlıklı ve daha az yorgun olarak algılandıklarını ve hastaların kendilerini daha enerjik hissettiklerini saptamışlardır (89).

2.9. Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçekleri

Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesini, “Kişilerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bütünü içinde, amaçları, beklentileri, standartları ve görüşleri ile bağlantılı olarak, yaşam içindeki durumlarını algılamaları” olarak tanımlar (90). Sağlık Yaşam Kalitesi’nin klinik uygulamalarda yaygın olarak kullanılmaya başlanması, sağlık alanındaki iki gelişmeye bağlıdır. Bunlardan biri hasta haklarının öneminin artması, diğeri ise son yıllarda ortaya çıkan agresif tedavi yöntemleri ve yaşlanmadır (91). Yaşam kalitesinin ölçümünde kullanılan ölçekler, Genel Amaçlı Ölçekler ve Özel Amaçlı Ölçekler olarak iki gruba ayrılır. Çalışmamızda tercih edilen NEI-VFQ-25, Özel Amaçlı Ölçekler içinde geçen göz hastalıkları ölçeklerindendir.

Tedavi başarısının değerlendirilmesinde, mortalite, morbidite, görme keskinliği, görme alanı gibi objektif kriterlerin yanı sıra yaşam kalitesi anketi sonuçları da kullanılmaktadır. Görme ile ilgili hastalıklarda Snellen eşeli gibi görme keskinliğini ölçmek için kullanılan geleneksel klinik yöntemler, hastaların günlük yaşantılarındaki görme yetersizliklerinin düzeyini saptamakta yetersiz kalmaktadır. Hastanın görme sorunu, bu eşellerde okunan sıraları asmakta, hastanın günlük yaşamında iş, araba

kullanma, okuma gibi pek çok etkinliğini olumsuz etkilemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır.

2.9.1. NEI-VFQ-25/TR

İlk olarak Mangione ve arkadaşları tarafından 51 soru içeren şekliyle görme temelli yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır ve bu şeklinin klinikte kullanım geçerliliği ve güvenilirliği bilinmektedir (92). Ölçeğin geliştirilmesinde görmedeki değişimin fiziksel sonuçların yanı sıra duygusal iyilik ve sosyal fonksiyon üzerine etkilerinin de değerlendirilmesi amaçlanmış ve psikometrik özellikleri kanıtlanmıştır (92). Daha sonra bu ölçeğin 25 soru içeren daha kısa bir sürümü geliştirilmiş ve benzer geçerlilik ve güvenilirliğe sahip olduğu gösterilmiştir (93). Ölçeğin bu şekli NEI-VFQ-25, ölçek ekinde yer alan 13 adet soru da eklenmiş şekli NEI-VFQ-39 olarak bilinmektedir. Ölçek Toprak ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir (94). Türkçe çevirisinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak yüksek bir geçerlilik ve güvenilirliğe aynı zamanda orijinal sürümü ile benzer psikometrik özelliklere sahip olduğu gösterilmiştir (94).

NEI VFQ-25 ölçeğinin 13 ek sorusu ile birlikte uygulandığında, ölçekte genel sağlık(GS) ile ilgili 2, genel görme(GG) ile ilgili 2, göz ağrısı(GA) ile ilgili 2, yakın aktiviteler(YA) ile ilgili 6, uzak aktiviteler(UA) ile ilgili 6 soru, görmeye bağlı sosyal fonksiyon(GB-SF) ile ilgili 3, görmeye bağlı ruhsal sağlık(GB-RS) ile ilgili 5, görmeye bağlı rol güçlükleri(GB-RG) ile ilgili 4, görmeye bağlı başkalarına bağımlılık (GB-BB) ile ilgili 4, araba kullanma(AK) ile ilgili 3, renkli görme (RG) ile ilgili 1 ve periferik görme(PG) ile ilgili 1 soru bulunmaktadır. Alt ölçeklere ait soru numaraları Tablo 1 de belirtilmiştir.

2.9.2. Beck Anksiyete Ölçeği

Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (95).

2.9.3. Glasgow Yarar Envanteri

“Glasgow Benefit Inventory” (GBI) olarak adlandırılan değişim anketi, cerrahi müdahaleler sonrasında sağlık durumundaki değişimi ölçmektedir. Bu ölçüt için, sağlık durumunun tanımı, genel psikolojik, sosyal ve fiziksel esenlik dahil olmak üzere genel sağlık algısıdır. Anket ilk olarak otolaringolojik cerrahiler için geliştirilmiş olup, herhangi bir cerrahiye spesifik olmadan cerrahi sonrası değişimi belirleme kapasitesine sahiptir(96). Pitozis, entropiyon, ektropiyon, dakriyosistorinostomi (DSR), esansiyel blefarospazm, punktoplasti ve katarakt gibi birçok göz cerrahisi sonrasında yaşam kalitesindeki artışın belirlenmesinde kullanılmıştır (96-99).

GBI anketinde hastaların cerrahi sonrasındaki sağlık durumundaki, yaşam kalitesindeki değişimi değerlendiren 18 soru bulunmaktadır ve cevaplar 5 seviyeli Likert skala şeklindedir. Anketin tamamlanması 5 dk sürmektedir (100). Alt ölçeklerin analizi, hastadan elde edilen yararın niteliği hakkında daha fazla bilgi edinmek için belirli sorulara verilen yanıtları içerir. Bu alt ölçekler genel etki (kendi kendine psikolojik yarar), fiziksel etki (genel fiziksel sağlık) ve sosyal etki (başkalarından destek) şeklindedir. Ölçek sonrası toplam skor, genel alt ölçek skoru, sosyal destek skoru ve fiziksel sağlık skoru elde edilmektedir (100).

3. MATERYAL METOD

Bu çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniğinde 15/01/2017 tarihli 1/12 numaralı etik kurul onayı ile prospektif olarak 01/02/2017 ve 30/08/2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Etik kurul onayı tez sonunda Ek-1 olarak verilmiştir.

Çalışmaya dermatoşalazis tanısı ile blefaroplasti cerrahisi uygulanacak olan, 18 yaşın üstünde, düzeltilmiş en iyi görme keskinliği her iki gözde 6/10 un üzerinde, daha önce kapak cerrahisi geçirmemiş, eşlik eden göz patolojisi bulunmayan, göz içi basıncı her iki gözde 21mmHg'nin altında, slit lamba biyomikroskopisi dahil olmak üzere kapsamlı oftalmolojik muayeneyi tamamlayabilen, klinik stereoskopik muayenede normal fundus görüntüsüne sahip olan, bilgisayarlı görme alanı testini tamamlayabilen, aydınlatılmış onam veren 57 hasta dahil edilmiştir.

Herhangi bir gözde görme keskinliğinin 6/10'un altında olan, görmeyi etkileyecek herhangi bir hastalığı bulunan (örn: glokom, diyabetik retinopati, senil makula dejeneransı, katarakt, kornea hastalıkları), görme alanı testini tamamlayamayan, görme alanını etkileyecek ek hastalık saptanan, bilinen psikiyatrik hastalığı olan, kullanılan ölçekleri anlayıp tamamlayamayan, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Çalışmaya dahil edilen tüm hastalara üst kapak blefaroplasti cerrahisi öncesinde ayrıntılı oftalmolojik muayene yapılarak hastaların en iyi düzeltilmiş görme keskinlikleri (EDGK), göz içi basınç (GİB) değerleri, santral kornea kalınlıkları (SKK) ve kaş pitozisi varlığı çalışmada değerlendirildi.

Üst kapak blefaroplasti öncesinde tüm hastalardan boş ve sessiz bir odada “National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire–25 (NEI VFQ-25)” ölçeğinin ek 13 sorusuyla Türkçeleştirilmiş şeklini(VFQ-25/TR) ve Beck Anksiyete Ölçeğini doldurmaları istendi, ihtiyaç duymaları halinde hastalara araştırma görevlisi tarafından yardım edildi.

Cerrahi öncesinde hayati fonksiyonlarının durumu için anestezi hazırlıkları yapıldı; antikoagülan veya antiagregan ilaç kullanımı mevcut ise cerrahi öncesinde kesilerek, gerekli durumda köprüleme tedavisi verildi. Tüm hastalara Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları ameliyathanesinde tek bir cerrah tarafından üst

kapak blefaroplasti cerrahisi ve kaş pitozu saptanmış olanlara kaş plastisi uygulandı. Cerrahi sonrasında hastalara 48 saat boyunca 20dk/saat buz uygulanması, yara yeri üzerine antibiyotik içerikli pomad uygulaması, gerekli görülen hastalara göz lubrikasyonu ve antibiyotik damla kullanımı önerildi. Hastaların 1. gün, 1. hafta, 1. ay ve 2. ayda poliklinik odasında kontrol muayeneleri yapıldı. Cerrahi sonrasında 2. Ayda hastaların EDGK ve GİB değerleri ölçülerek kaydedildi, hastalardan boş ve sessiz bir odada VFQ-25/TR, Beck Anksiyete Ölçeği ve Glaskow Yarar Ölçeğini (Glaskow Benefit Inventory-GBI) doldurulması istenerek ihtiyaç duyan hastalara araştırma görevlisi tarafından yardım edildi.

Görme Alanı Değerlendirmesi

Tüm hastaların görme alanı ölçümleri Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniğinin görme alanı test odasında, bilgisayarlı görme alanı cihazı (Octopus 900 Haag-Streit, İsviçre) ile gerçekleştirildi. Hastalara cerrahi öncesi ve sonrası 2. Ayda Octopus 900 cihazı ile standart 30 derecelik görme alanı testi ve üst görsel alanı, 200 ms süresinde, uyaran boyutu Goldmann III kullanılarak 50° nazal 82° temporal ve 60° üstte uzanan 87 noktada değerlendiren blefaropitozis test uygulandı. Fiksasyon güvenilirlik kriterlerinin uygun olduğu, yanlış negatiflik ve yanlış pozitiflik oranının 2/7 den küçük olduğu sonuçlarda ortalama sapma (MD), ortalama duyarlılık (MS), kayıp varyans (sLV) ve blefaropitozis test programı ile elde edilen görülen ve görülemeyen noktaların sayısı ve yüzdesi değerlendirildi.



Resim 6. Bilgisayarlı görme alanı cihazı (Octopus 900 Haag-Streit, İsviçre)

2.11. Göz İçi Basıncı Ölçümü ve Pakimetri

Tüm hastaların GİB ölçümleri Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniğinin test odasında, pnömotik tonometri cihazı (Canon Non-contact TX-20) ile yapılarak her göz için GİB değerleri ve pakimetrik SKK ölçümleri kaydedildi.

2.12. Cerrahi Teknik

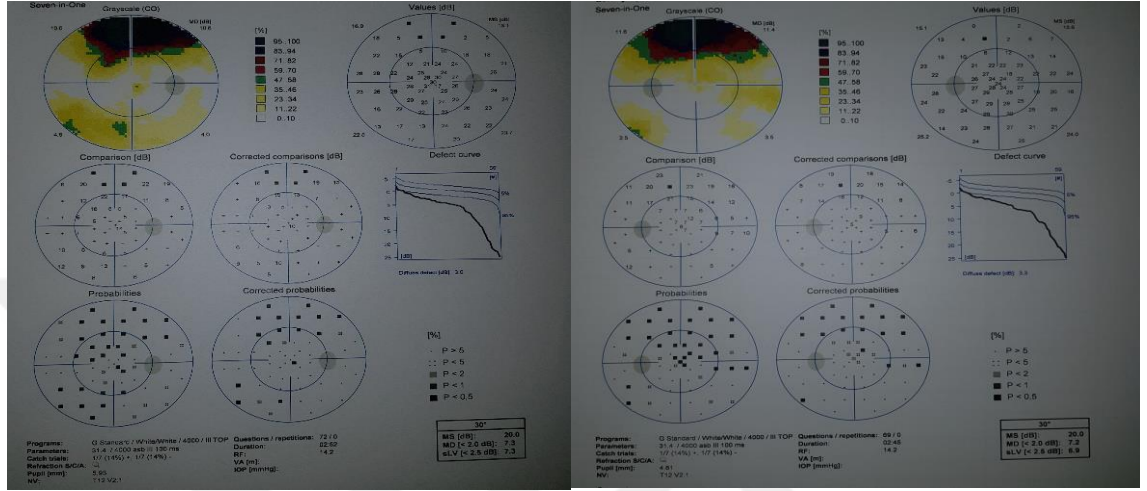
Üst kapak blefaroplasti cerrahi sonrasında oluşabilecek asimetriyi engellemek amacıyla cerrahi öncesinde tüm hastaların üst kapakları dermatoşalazis şiddetine bağlı olarak “pinch” tekniği kullanılarak işaretlendi. Alt kesi için kapak çizgisi, üst kesi için “pinch” tekniği ile belirlenen nokta referans alınarak medial komissürün 5-7 mm yukarısına, lateral kantal açının 8-10 mm yukarısına ve lateral komissürün 12-15 mm superolateraline işaret konularak, işaretlenen noktalar birleştirildi. Lateralde işaretleme yaklaşık 20 derecelik açı verecek şekilde orbital duvarın dış kenarı hizasında sonlandırıldı. Nazal kesi alanı steatoblefaron varlığına göre belirlendi. Daha sonra hasta ameliyat masasına alınarak yatar pozisyonda uygun cerrahi alan sterilizasyonu yapıldı. Lokal anestezi için epinefrin içeren %1’lik lidokain ile cilt infiltrasyon anestezisi yapıldı ve 7-10 dk beklendikten sonra daha önce işaretlenen kesi hattından bistüri yardımıyla cilt kesisi yapıldı. Cilt ve cilt altı dokusu OO kasını içerisine almayacak şekilde eksize edildi ve cerrahi sonlanana kadar bekletildi. Eksizyon sonrasında kanama kontrolü için koter kullanıldı. Steatoblefaron varlığında OO kası açılıp medial palpebral artere dikkat edilerek yağ paketleri çıkartıldı. Kaş pitozisi saptanmış olan vakalarda üst kesiden cilt altına künt eksizyon yapılarak kaş hizasına ulaşıldı ve üst orbita kenarı periostuna sütürlenerek “browpeksi” yapıldı. Koter yardımıyla OO kası vertikal olarak sıkılaştırıldıktan sonra cilt ve OO kasını içeren sütürler konarak kapak çizgisi oluşturuldu. Kapak kıvrım çizgisini oluştururken kapak kenarına olan mesafesinin erkek hastalarda 7-8 mm, kadın hastada 9-10 mm olmasına dikkat edildi. Kapak çizgi sütürleri için 6-0 vikril, devamlı sütürler 6-0 prolene kullanıldı. Ameliyat sonrası prolene sütürler 1.haftada, vikril sütürler spontan rezorbe olmaz ise 4-6. haftada alındı. Cerrahi sonrasında hastalarda erken dönemde ağrı, periorbital ödem ve hiperemi dışında ciddi komplikasyon gelişmedi.



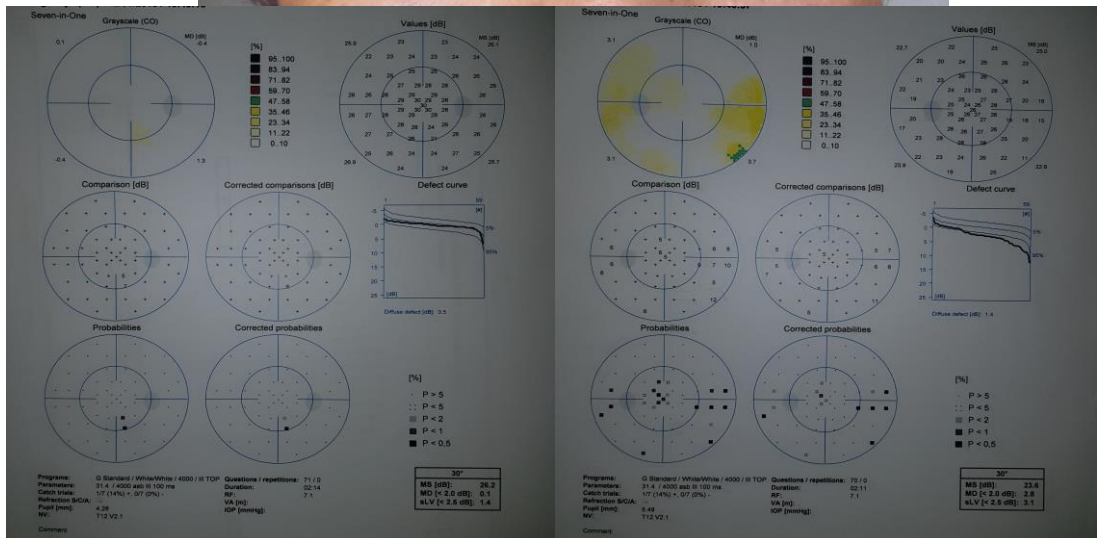
Resim 7. Üst kapak blefaroplasti cerrahisi uygulanan bir hastanın cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası 1. aydaki görünümü



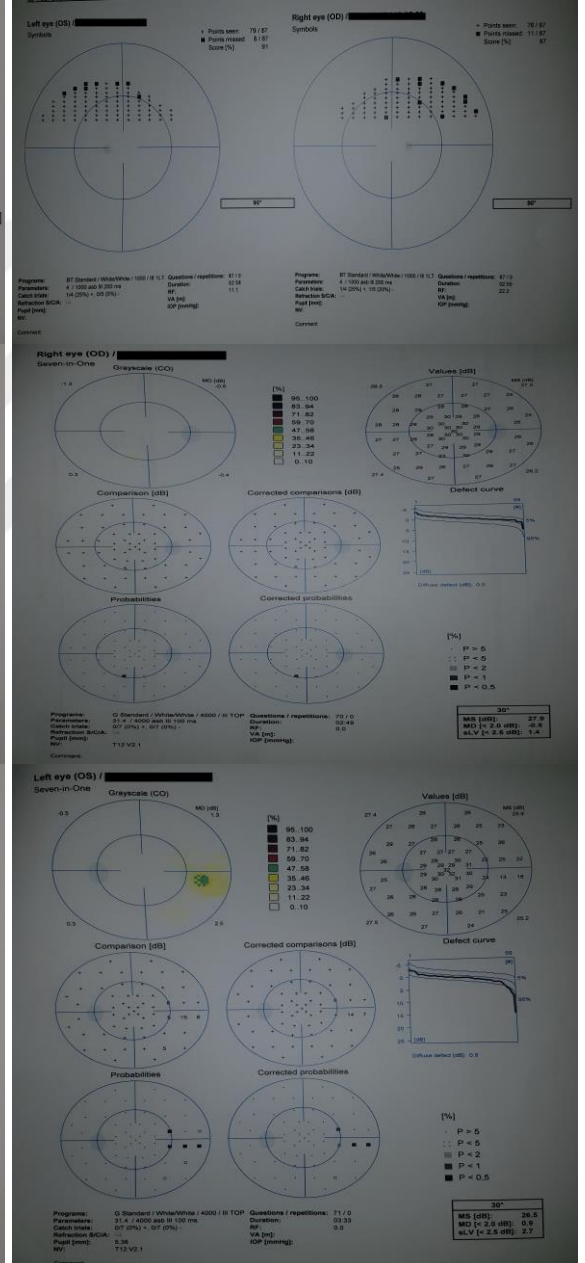
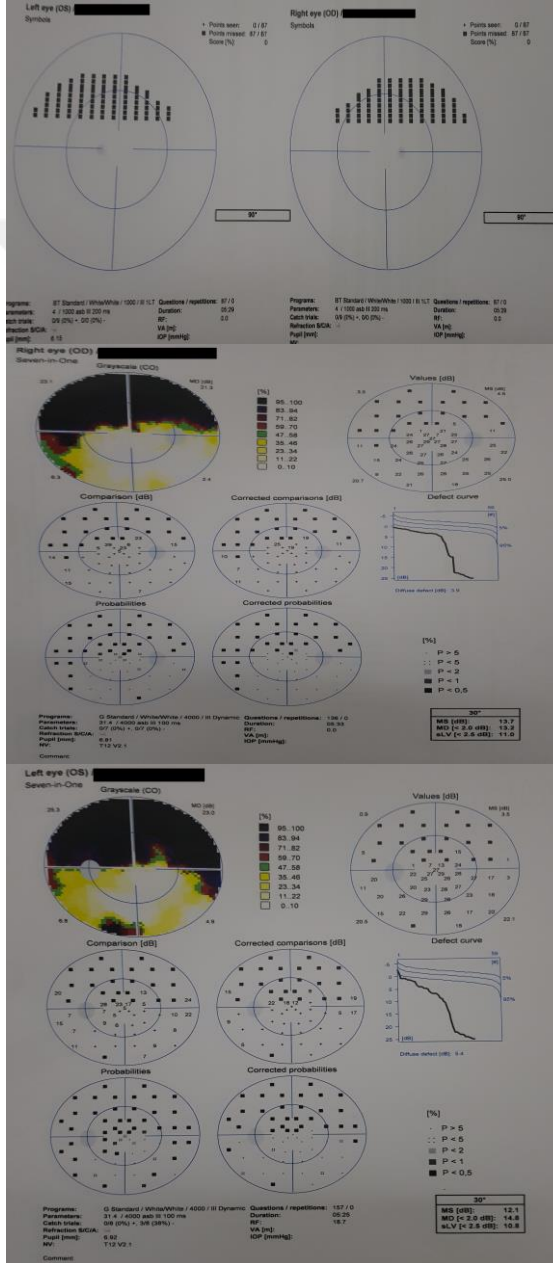
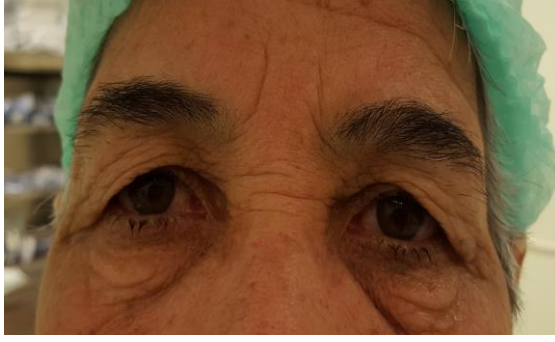
Resim 8. Üst kapak blefaroplasti ve browpeksi cerrahisi uygulanan bir hastanın cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası 1. aydaki görünümü



Resim 9-1. Dermatoşalazis tanısı ile üst kapak blefaroplasti önerilen bir hastanın cerrahi öncesi görünümü ve 30° standart görme alanı test sonuçları.



Resim 9-2. Resim 9-1'de yer alan hastanın üst kapak blefaroplasti sonrası 2. aydaki görünümü ve 30° standart görme alanı test sonuçları.



Resim 10. Dermatoşalazis tanısı ile üst kapak blefaroplasti önerilen bir hastanın cerrahi öncesi (solda) ve cerrahi sonrası 2. ayda (sağda) yukarıdan aşağıya sırasıyla kapakların görünümü, blefaropitozis test sonuçları, sağ ve sol göz 30° standart görme alanı test sonuçları.

2.13. Çalışmada Kullanılan Ölçekler

2.13.1. NEI-VFQ-25/TR

Bu çalışmada NEI VFQ-25/TR Yaşam Kalitesi Ölçeği 13 ek sorusu ile birlikte kullanılmış olup tez sonunda ek olarak verilmiştir (Ek-3).

Ölçeğin skorlaması NEI-VFQ-25 skorlama algoritmasına göre yapılarak değerlendirilmiştir (101). Bu skorlama uyarınca, ilk olarak ankette her soruya verilen cevaba karşılık gelen sayı değeri skorlama anahtarındaki değerle eşleştirilerek; her soruya 0-100 arasında puanlama yapılır ve değerler kaydedilir (Tablo 2). Eğer hasta herhangi bir soruya 6 numaralı yanıtı vermiş ise (görmem dışındaki nedenlerden dolayı yapamıyorum) bu soru etkisiz olarak kabul edilir. Daha sonra tüm alt ölçeklerdeki soruların, 12 adet alt ölçek skoru oluşturmak üzere aritmetik ortalaması alınır (Tablo 1). Etkisiz olarak kaydedilen yanıtlar ortalamaya alınmaz. Alt ölçek skorlarının belirlenebilmesi için bu alana ait en az bir soru yanıtlanmış olmalıdır (101).

Tablo 1. NEI VFQ-25 skorlama tablosu

Alt ölçek	Soru sayısı	Ortalamaya katılacak sorular
Genel sağlık	2	1,A1
Genel görme	2	2,A2
Göz ağrısı	2	4,19
Yakın aktiviteler	6	5,6,7,A3,A4,A5
Uzak aktiviteler	6	8,9,14,A6,A7,A8
Görmeye bağlı sosyal fonksiyon	3	11,13,A9
Görmeye bağlı ruhsal sağlık	5	3,21,22,25,A12
Görmeye bağlı rol güçlükleri	4	17,18,A11a,A11b
Görmeye bağlı başkalarına bağımlılık	4	20,23,24,A13
Araba kullanma	3	15c,16,16a
Renkli görme	1	12
Periferik görme	1	10

Tablo 2. NEI VFQ-25 skrlama tablosu -2

Soru numarası	Orijinal cevap numarası	Kaydedilen değer
1,3,4,15 c ^(b)	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
2	1	100
	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
	6	0
5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,16,16a A3,A4,A5,A6,A7,A8,A9 ^(C)	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
	6	*
17,18,19,20,21,22,23,24,25, A11a, A11b,A12,A13	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100
A1,A2	0	0
	İLA	İLA
	10	100

(b): 15 b sorusuna verilen yanıtı göre 15c sorusunun skrlaması

Eğer 15 b= 1 ise 15c=0

Eğer 15 b=2 ise 15c= etkisiz

Eğer 15 b=3 ise 15c= etkisiz

A: Bir sorudan önce "A" harfi varsa, mevcut soru ek sorudur.

•: Cevap seğeneği 6 ise; hasta aktiviteyi görme haricindeki sebeplerden dolayı yapamamaktadır. Bu seğenek etkisiz olarak kaydedilir.

2.13.2. Beck Anksiyete Ölçeği

Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (95).

Ölçekte sorulara verilen cevapların sayı değerleri toplanarak anksiyete puanı hesaplanır. 0-7 puan minimal, 8-15 puan hafif düzeyde, 16-25 puan orta düzeyde, 26-63 puan şiddetli anksiyete belirtileri olarak değerlendirilir. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) tez sonunda ek olarak verilmiştir (Ek-4).

2.13.3. Glasgow Yarar Envanteri- Blefaroplasti

Çalışmamızda cerrahi sonrasında hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde hastaların cerrahi yarar algısını değerlendiren Glasgow Yarar Envanteri (GBI) kullanılmıştır. GBI orijinal haliyle, kılavuzda belirtilen kelimeler, değerlendirilecek cerrahi ile uyumlu olacak şekilde değiştirilerek tüm cerrahiler için kullanılabilir. Türkçe çevirisi olmaması nedeniyle, tarafımızca Türkçe'ye çevrilerek kullanılmış olup, kullanılan anket tez sonunda ek olarak verilmiştir (Ek-5).

Toplam skor ve alt skorların hesaplanması Tablo 3 olarak verilmiştir.

Tablo 3. GBI ölçek skorlaması

Toplam skor	Tüm sorulara verilen cevapların sayısal karşılıklarının ortalaması alınır. Ortalamadan 3 çıkartılıp 50 ile çarpılarak elde edilir.
Genel alt ölçek skoru	1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 14, 16, 17 ve 18. Sorulara verilen cevapların sayısal karşılıklarının ortalaması alınır. Ortalamadan 3 çıkartılıp 50 ile çarpılarak elde edilir.
Sosyal destek skoru	7, 11, 15. sorulara verilen cevapların sayısal karşılıklarının ortalaması alınır. Ortalamadan 3 çıkartılıp 50 ile çarpılarak elde edilir.
Fiziksel sağlık skoru	8, 12, 13. sorulara verilen cevapların sayısal karşılıklarının ortalaması alınır. Ortalamadan 3 çıkartılıp 50 ile çarpılarak elde edilir.

2.14. İstatistiksel Yöntem

Tanımlayıcı istatistikler n(%), ortalama $\pm$ standart sapma (SS) ve medyan(min-maks) değerleri ile sunulmuştur. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde Fisher's Exact Test veya Pearson ki-kare testi kullanılmıştır. Normallik testinde gruptaki örneklem sayısı 50'den küçük olduğunda Shapiro Wilks, büyük olduğunda Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. İki grubun ölçüm değerleri arasındaki farkın analizinde normal dağılıma uymadığı durumda Mann-Whitney U testi, uyduğu durumda Student t testi kullanılmıştır. Bağımlı iki ölçüm arasındaki farkın analizinde normal dağılım varsayımının sağlandığı durumda Paired Samples t test, sağlanmadığı durumda Wilcoxon test uygulanmıştır. Ölçeklerin güvenilirlik analizinde Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Analizler SPSS 20.0 paket programı ile yapılmıştır. 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen toplam 57 hastanın 114 gözüne dermatoşalazis tanısıyla üst kapak blefaroplasti cerrahisi, 15 hastanın 30 gözüne ise ek olarak browpeksi cerrahisi yapıldı. Hastaların 45'i kadın (%78,9), 12'si erkek (%21,1) idi ve ortalama yaş tüm hastalarda $57,4 \pm 8,3$ olarak saptandı (Tablo 4). Cerrahi sonrasında 2 kadın hasta kendi istekleri ile çalışmayı terk etti.

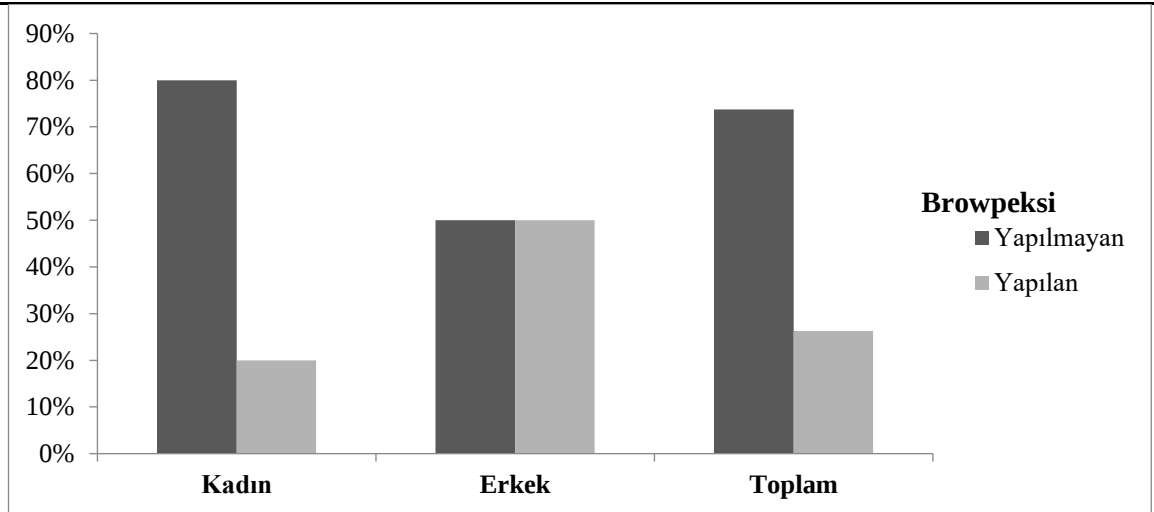
Tablo 4. Hastaların demografik özellikleri

n:57		
Yaş, ort $\pm$ SS		57,4 $\pm$ 8,3
Cinsiyet, n(%)	Kadın	45(78,9)
	Erkek	12(21,1)

Çalışmaya dahil edilen 45 kadın hastanın 9'una (%20), 12 erkek hastanın 6'sı (%50) olmak üzere toplam 15 hastaya (%26,3) browpeksi cerrahisi uygulandı (Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların cinsiyete göre browpeksi yapılma oranları

		Cinsiyet				p	Toplam	
		Kadın		Erkek			n	%
		n	%	n	%			
Browpeksi	Yapılmayan	36	80	6	50	0,062	42	73,7
	Yapılan	9	20	6	50		15	26,3



Cerrahi öncesinde hastaların görme keskinliği (EDGK) tüm gözlerde 1,0 (0,6-1,0)'dan cerrahi sonrasında 1,0 (0,6-1,0)'e yükselmişti ve bu yükselme istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$) (Tablo 6). EDGK sağ ve sol gözler ayrı ayrı incelendiğinde, sağ gözlerde 1,0 (0,6-1,0) ve sol gözlerde 1,0 (0,7-1,0) olarak saptandı, cerrahi sonrasında sağ gözlerde 1,0 (0,6-1,0) ve sol gözlerde 1,0 (0,8-1,0) idi ve cerrahi sonrasında görme keskinliğinde istatistiksel anlamlı olarak artış mevcuttu (sağ: $p:0,034$ / sol $p:0,007$) (Tablo 7).

Tablo 6. Hastalarda cerrahi öncesi ve sonrası göz keskinliği, göz tansiyonu ve kornea kalınlığındaki değişim

	n:114		p
	Önce	Sonra	
EDGK, medyan(min-max)	1(0,6-1)	1(0,6-1)	0,001
GİB, ort±SS	16±2,69	15,75±2,69	0,391
SKK, ort±SS	543±28,6	543,3±26,1	0,847

Veriler ort±SS ve medyan(min-max) değerler ile gösterilmiştir.

Tablo 7. Hastaların sağ ve sol gözünde cerrahi öncesi ve sonrası göz keskinliği, göz tansiyonu ve kornea kalınlığındaki değişim

	Sağ			Sol		
	Önce	Sonra	p	Önce	Sonra	p
EDGK, medyan(min-max)	1(0,6-1)	1(0,6-1)	0,034	1(0,7-1)	1(0,8-1)	0,007
GİB, ort±SS	15,7±2,6	15,4±2,6	0,332	16,3±2,8	16,1±2,8	0,292
SKK, ort±SS	544,5±26,5	543,3±24,5	0,480	541,5±30,7	543,2±27,9	0,394

Veriler ort±SS ve medyan(min-max) değerler ile gösterilmiştir.

Cerrahi öncesinde GİB tüm gözlerde 16±2,69 mmHg, cerrahi sonrasında 15,75±2,69 mmHg olarak saptandı. Cerrahi öncesi ve sonrasında GİB değerlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p:0,391$)(Tablo 6). GİB değerleri her iki göz için ayrı ayrı değerlendirildiğinde cerrahi öncesinde sağ gözlerde ortalama GİB 15,7±2,6 mmHg, sol gözlerde 16,3±2,8 mmHg idi. Cerrahi sonrasında GİB sağ gözlerde 15,4±2,6, sol gözlerde 16,1±2,8 olarak bulundu. Sağ ve sol gözlerde cerrahi sonrasında GİB değişimi istatistiksel olarak anlamlı değildi (sağ $p:0,332$ / sol $p:0,292$) (Tablo 7).

Cerrahi öncesinde SKK tüm hastalarda ortalama $543 \pm 28,6$ μm , cerrahi sonrasında $543,3 \pm 26,1$ μm idi. SKK değerlerinde cerrahi sonrasında istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik yoktu ($p:0,847$) (Tablo 6). Sağ ve sol gözler ayrı ayrı incelendiğinde cerrahi öncesinde sağ gözlerde $544,5 \pm 26,5$ μm ve sol gözlerde $543,3 \pm 24,5$ μm olan SKK, cerrahi sonrasında sağ gözlerde $541,5 \pm 30,7$ ve sol gözlerde $543,2 \pm 27,9$ μm olarak saptandı. Sağ ve sol gözlerdeki SKK değişimi istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo 7).

Çalışmamızda tüm hastalarda operasyon öncesi ve sonrası görme alanı gösterge sonuçları karşılaştırıldığında; operasyon öncesi tüm hastalar için ölçülen ortalama duyarlılık (MS) değeri $16,2 \pm 3,8$ dB'den cerrahi sonrasında $23,2 \pm 2,3$ dB'ye yükselmişti ve bu yükseliş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,001$). Cerrahi sonrasında ortalama sapma (MD) değeri $10,7 \pm 3,9$ dB'den $3,7 \pm 2,1$ dB'ye ve sLV değeri $6,8$ ($1,7-11$)'den 3 ($1,2-7$) dB ye düşmüştü. Bu düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,001$) (Tablo 8). Sağ ve sol gözler ayrı ayrı incelendiğinde; sağ gözlerde MS değeri $16,4 \pm 4,2$ dB'den $23,3 \pm 2,5$ dB' ye yükselmiş, MD değeri $10,1$ ($0,7-21,8$) db'den $3,2$ ($-0,5-8,9$) dB'ye ve sLV değeri $6,9$ ($1,7-11$) dB'den $2,7$ ($1,2-7$) dB'ye düşmüştü. Sağ ve sol gözlerde MS, MD ve sLV değerlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,001$) (Tablo 9). Sol gözlerde MS değeri $16,01 \pm 3,5$ dB'den $23 \pm 2,2$ dB' ye yükselmiş, MD değeri $11,1$ ($2,5-18,1$) dB'den 4 ($0,9-9$) dB'ye ve sLV değeri $6,7$ ($2,1-10,8$) dB'den $3,2$ ($1,9-7$) dB'ye düşmüştü ve tüm bu değişiklikler istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,001$) (Tablo 9).

Tablo 8. Hastalarda cerrahi öncesi ve sonrası görme alanı ölçeklerindeki değişim

	n:114		Ortalama Yüzde Değişim	p
	Önce	Sonra		
MS, ort$\pm$SS	$16,2 \pm 3,8$	$23,2 \pm 2,3$	53,67	<0,001
MD, ort$\pm$SS	$10,7 \pm 3,9$	$3,7 \pm 2,1$	-59,81	<0,001
SLV, medyan(min-max)	$6,8(1,7-11)$	$3(1,2-7)$	-47,45	<0,001
Görülen nokta sayısı, medyan(min-max)	$11(0-65)$	$69,5(22-86)$		<0,001
Görülemeyen nokta sayısı, medyan(min-max)	$76(22-87)$	$17,5(1-65)$		<0,001
Skor, medyan(min-max)	$13(0-75)$	$79(25-99)$		<0,001

Veriler ort $\pm$ SS ve medyan(min-max) değerler ile gösterilmiştir.

Tablo 9. Hastaların sağ ve sol gözünde cerrahi öncesi ve sonrası görme alanı ölçeklerindeki değişim

	Sağ			Sol		
	Önce	Sonra	p	Önce	Sonra	p
MS	16,4±4,2	23,3±2,5	<0,001	16,01±3,5	23±2,2	<0,001
MD	10,1(0,7-21,8)	3,2(-0,5-8,9)	<0,001	11,1(2,5-18,1)	4(0,9-9)	<0,001
SLV	6,9(1,7-11)	2,7(1,2-7)	<0,001	6,7(2,1-10,8)	3,2(1,9-7)	<0,001
Görülen nokta sayısı	11(0-65)	70(22-86)	<0,001	12(0-44)	69(27-86)	<0,001
Görülemeyen nokta sayısı	76(22-87)	17(1-65)	<0,001	75(43-87)	18(1-60)	<0,001
Skor	13(0-75)	79(25-99)	<0,001	14(0-51)	79(31-99)	<0,001

Veriler ort±SS ve medyan(min-max) değerler ile gösterilmiştir.

Hastaların blefaropitozis test ile elde edilen 90 derecelik üst görme alanında belirlenen 87 nokta arasından görülen ve görülemeyen nokta sayıları değerlendirildiğinde tüm gözlerde cerrahi öncesinde görülen nokta sayısının 11 (0-65)'den 69,5 (22-86)'e yükseldiği, görülemeyen nokta sayısının 76 (22-87)'den 17,5 (1-65)'e azaldığı ve blefaropitozis test skorlarının %13 (0-75)'den %79 (25-99)'a yükseldiği tespit edildi. Bu değişiklikler tüm gözler için istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.001$) (Tablo 8). Sağ ve sol gözler ayrı ayrı incelendiğinde sağ gözlerde görülen nokta sayısının 11 (0-65)'den 70 (22-86)'e yükseldiği, görülemeyen nokta sayısının 76 (22-87)'den 17 (1-65)'e azaldığı ve blefaropitozis test skorunun 13 (0-75)'den 79 (25-99)'a yükseldiği saptandı. Blefaropitozis test sonuçlarında görülen bu değişiklikler sağ gözlerde istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$) (Tablo 9). Sol gözlerde görülen nokta sayısının 12 (0-44)'den 69 (27-86)'a yükseldiği, görülemeyen nokta sayısının 75 (43-87)'den 18 (1-60)'e azaldığı ve blefaropitozis test skorunun %14 (0-51)'den %79 (31-99)'a yükseldiği tespit edildi. Blefaropitozis test sonuçlarında görülen bu değişiklikler sol gözlerde istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$) (Tablo 9).

Tüm hastaların cerrahi öncesi NEI-VFQ 25 TR ölçek skorları değerlendirildiğinde toplam skor $71,93\pm15,53$, genel sağlık skoru $57,28\pm15,28$, genel görme skoru $65,61\pm14,24$, göz ağrısı skoru $59,43\pm19,94$, yakın aktivite skoru

64,72±18,37, uzak aktivite skoru 76,48±15,62, görmeye bağlı sosyal fonksiyon skoru 85,53±17,43, görmeye bağlı ruhsal sağlık skoru 70,82±22,13, görmeye bağlı rol güçlüğü skoru 68,97±22,66, görmede başkalarına bağımlılık skoru 83,11±20,79, araba kullanma skoru 76,74±14,94, renkli görme skoru 86,4±18,94, periferik görme skoru 71,93±20,08 olarak bulundu (Tablo 10).

Tablo 10. Hastaların cerrahi öncesi NEI-VFQ 25 TR ölçek ve alt ölçek skorlarına ait tanımlayıcı istatistikler

	Ortalama	SS	Medyan	Minimum	Maksimum
Genel Sağlık	57,28	15,28	55	32,5	95
Genel Görme	65,61	14,24	65	35	95
Göz Ağrısı	59,43	19,94	62,5	12,5	100
Yakın Aktiviteler	64,72	18,37	66,67	29,17	100
Uzak Aktiviteler	76,48	15,62	75,83	29,17	95,83
Görmeye Bağlı Sosyal Fonksiyon	85,53	17,43	91,67	33,33	100
Görmeye Bağlı Ruhsal Sağlık	70,82	22,13	75	25	100
Görmeye Bağlı Rol Güçlükleri	68,97	22,66	75	18,75	100
Görmeye Bağlı Başkalarına Bağımlılık	83,11	20,79	87,5	25	100
Araba Kullanma	76,74	14,94	75	41,67	100
Renkli Görme	86,4	18,94	100	25	100
Periferik Görme	71,93	20,08	75	25	100
Toplam Skor	71,93	15,53	74,74	36,94	95

Cronbach alfa=0,971

Hastaların cerrahi öncesi NEI-VFQ 25/TR ölçek ve alt ölçekleri cinsiyete göre değerlendirildiğinde, genel sağlık alt ölçek puanı erkeklerde (68,54±17,37) kadınlara (54,28±13,34) göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,003$), diğer ölçek puanlarında ise cinsiyete göre anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,005$) (Tablo 11).

Tablo 11. Hastaların cinsiyete göre cerrahi öncesi NEI-VFQ 25 TR ölçek ve alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

	Kadın		Erkek		p
	Ort±SS	Medyan (min-max)	Ort±SS	Medyan (min-max)	
Genel Sağlık	54,28±13,34	55 (32,5-82,5)	68,54±17,37	71,25 (37,5-95)	0,003
Genel Görme	64,22±13,86	65 (35-90)	70,83±15,05	67,5 (50-95)	0,155
Göz Ağrısı	58,06±19,25	62,5 (12,5-100)	64,58±22,51	68,75 (25-100)	0,187
Yakın Aktiviteler	63,09±17,01	66,67 (29,17-100)	70,83±22,54	79,17 (29,17-91,67)	0,089
Uzak Aktiviteler	74,74±15,75	75 (29,17-95,83)	82,99±13,81	85,42 (54,17-95,83)	0,087
Görmeye Bağlı Sosyal Fonksiyon	84,07±17,84	91,67 (33,33-100)	90,97±15,27	100 (58,33-100)	0,181
Görmeye Bağlı Ruhsal Sağlık	69,38±21,57	75 (25-100)	76,25±24,32	90 (30-100)	0,239
Görmeye Bağlı Rol Güçlükleri	66,94±23,03	68,75 (18,75-100)	76,56±20,32	81,25 (31,25-100)	0,162
Görmeye Bağlı Başkalarına Bağımlılık	81,94±21,04	87,5 (25-100)	87,5±20,12	100 (43,75-100)	0,325
Araba Kullanma	73,21±11,87	75 (41,67-83,33)	81,67±17,92	87,5 (41,67-100)	0,094
Renkli Görme	86,67±18,92	100 (25-100)	85,42±19,82	100 (50-100)	0,840
Periferik Görme	70±18,92	75 (25-100)	79,17±23,44	75 (25-100)	0,109
Toplam Skor	70,32±14,9	71,7 (36,9-93,75)	78±16,9	83,1 (43,6-95)	0,129

Veriler ort±SS ve medyan(min-max) değerler ile gösterilmiştir.

Tüm hastaların cerrahi sonrası NEI-VFQ 25/TR ölçek ve alt ölçek puanları değerlendirildiğinde toplam skor 84,7±10,76, genel sağlık skoru 65,55±15,09, genel görme skoru 78,68±11,9, göz ağrısı skoru 77,27±15,23, yakın aktivite skoru 76,67±16,79, uzak aktivite skoru 87,51±14,17, görmeye bağlı sosyal fonksiyon skoru 93,33±12,26, görmeye bağlı ruhsal sağlık skoru 87±14, görmeye bağlı rol güçlüğü skoru 87,39±14,36, görmede başkalarına bağımlılık skoru 94,55±10,69, araba kullanma skoru 86,59±11,72, renkli görme skoru 95,45±11,87, periferik görme skoru 83,18±18,67 olarak bulundu (Tablo 12).

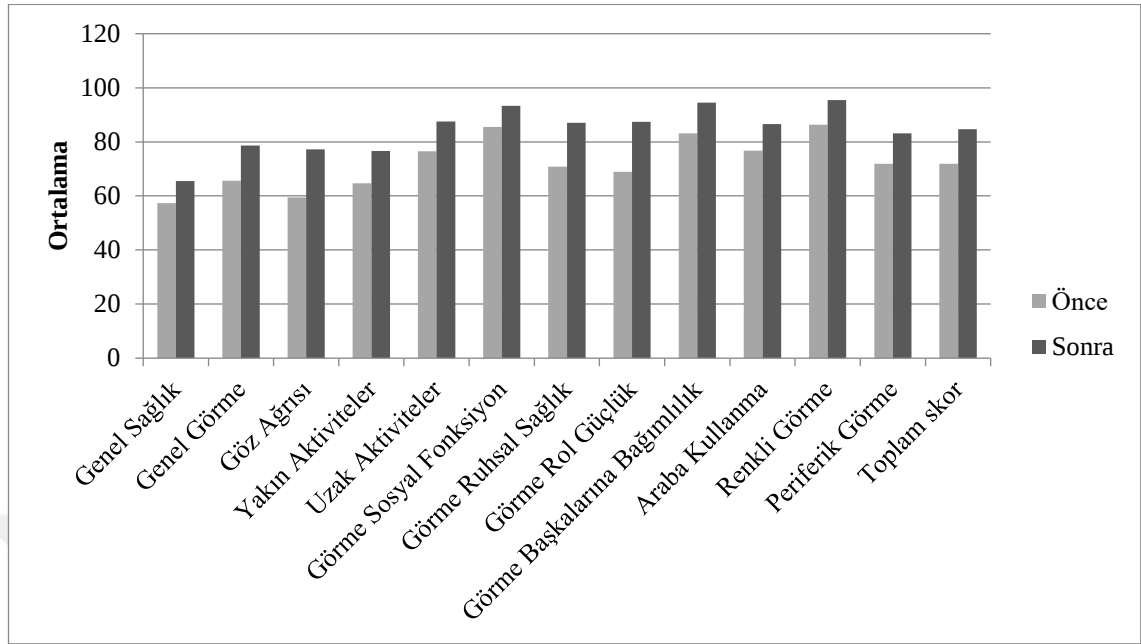
Tablo 12. Hastaların cerrahi sonrası NEI-VFQ 25 TR ölçek ve alt ölçek skorlarına ait tanımlayıcı istatistikler

	Ortalama	SS	Medyan	Minimum	Maksimum
Genel Sağlık	65,55	15,09	65	27,5	100
Genel Görme	78,68	11,9	80	45	100
Göz Ağrısı	77,27	15,23	75	37,5	100
Yakın Aktiviteler	76,67	16,79	79,17	33,33	100
Uzak Aktiviteler	87,51	14,17	91,67	25	100
Görmeye Bağlı Sosyal Fonksiyon	93,33	12,26	100	33,33	100
Görmeye Bağlı Ruhsal Sağlık	87	14	90	30	100
Görmeye Bağlı Rol Güçlükleri	87,39	14,36	93,75	50	100
Görmeye Bağlı Başkalarına Bağımlılık	94,55	10,69	100	56,25	100
Araba Kullanma	86,59	11,72	83,33	58,33	100
Renkli Görme	95,45	11,87	100	50	100
Periferik Görme	83,18	18,67	75	25	100
Toplam Skor	84,7	10,76	86,67	42,92	98,47

Cronbach alfa=0,943

Cerrahi sonrası yaşam kalitesinde toplam skor %20.51, genel sağlık skoru %16.84, genel görme skoru %23.45, göz ağrısı skoru %51.57, yakın aktivite skoru %23.73, uzak aktivite skoru %16.68, görmeye bağlı sosyal fonksiyon skoru %12.24, görmeye bağlı ruhsal sağlık skoru %32.57, görmeye bağlı rol güçlüğü skoru %38.74, görmede başkalarına bağımlılık skoru %21.5, araba kullanma skoru %15.75, renkli görme skoru %15.3, periferik görme skoru %20.76 artış mevcuttu. NEI-VFQ 25/TR ölçek ve alt ölçek skorlarındaki bu artış istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.005$) (Tablo 13) (Şekil 1-2).

Şekil 1. Cerrahi öncesi ve sonrası VFQ ölçek ve alt ölçek puanlarındaki değişim

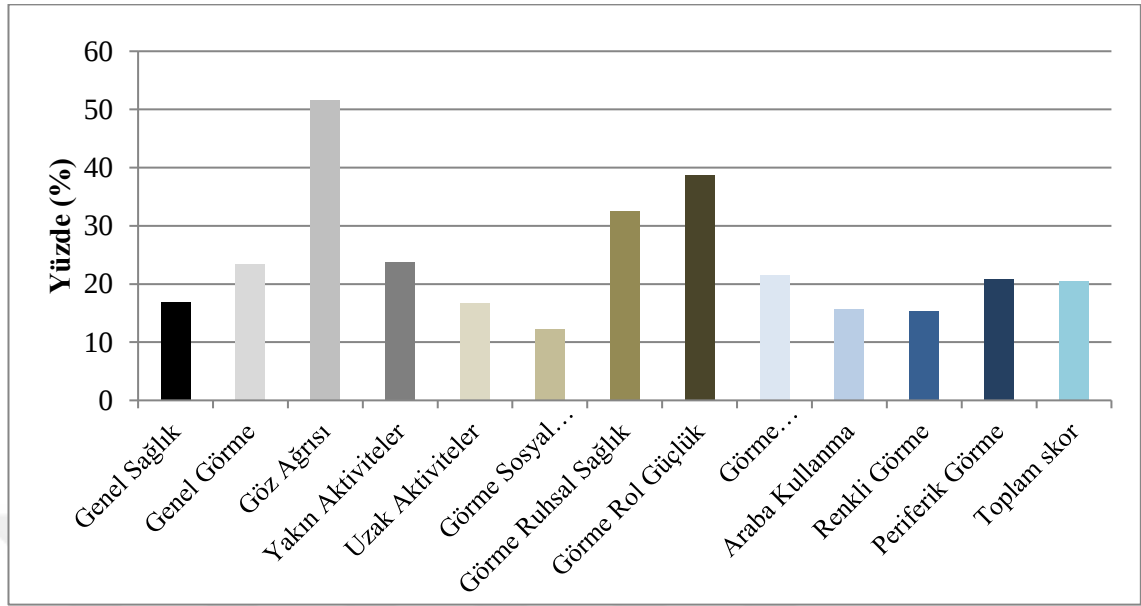


Tablo 13. Hastaların cerrahi öncesi ve sonrası NEI-VFQ 25 TR ölçek ve alt ölçek skorlarındaki değişim

	Önce	Sonra	Ortalama Yüzde Değişim	p
Genel Sağlık, ort±SS	57,28±15,28	65,55±15,09	16,84	<0,001
Genel Görme, ort±SS	65,61±14,24	78,68±11,9	23,45	<0,001
Göz Ağrısı, medyan(min-max)	62,5(12,5-100)	75(37,5-100)	51,57	<0,001
Yakın Aktiviteler, medyan(min-max)	66,67(29,17-100)	79,17(33,33-100)	23,73	<0,001
Uzak Aktiviteler, medyan(min-max)	75,83(29,17-95,83)	91,67(25-100)	16,68	<0,001
Görmeye Bağlı Sosyal Fonksiyon, medyan(min-max)	91,67(33,33-100)	100(33,33-100)	12,24	<0,001
Görmeye Bağlı Ruhsal Sağlık, medyan(min-max)	75(25-100)	90(30-100)	32,57	<0,001
Görmeye Bağlı Rol Güçlükleri, medyan(min-max)	75(18,75-100)	93,75(50-100)	38,74	<0,001
Görmeye Bağlı Başkalarına Bağımlılık, medyan(min-max)	87,5(25-100)	100(56,25-100)	21,5	<0,001
Araba Kullanma, medyan(min-max)	75(41,67-100)	83,33(58,33-100)	15,75	0,004
Renkli Görme, medyan(min-max)	100(25-100)	100(50-100)	15,3	<0,001
Periferik Görme, medyan(min-max)	75(25-100)	75(25-100)	20,76	0,001
Toplam skor, medyan(min-max)	74,74(36,94-95)	86,67(42,92-98,47)	20,51	<0,001

Veriler ort±SS ve medyan(min-max) değerler ile gösterilmiştir.

Şekil 2. Cerrahi öncesi ve sonrası VFQ ölçek ve alt ölçek puanlarındaki değişim yüzdesi



Hastaların cerrahi sonrasında NEI-VFQ 25/TR ölçek ve alt ölçek puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında, tüm ölçek ve alt ölçek skorları kadın ve erkeklerde benzerdi ($p < 0.05$) (Tablo 14).

Tüm hastaların cerrahi öncesinde Beck Anksiyete Ölçeği ile elde edilen anksiyete puanları ortalama $10,2 \pm 9,3$ 'dü. Hastaların 29 (%50,9)'u minimal anksiyete, 15 (%26,3)'i hafif anksiyete, 9 (15,8)'u orta şiddette anksiyete ve 4 (%7)'ü şiddetli anksiyete grubundaydı (Tablo 14). Cerrahi sonrasında tüm hastaların anksiyete puan ortalaması $6,8 \pm 6,9$ 'a gerilemişti. Anksiyete puanındaki bu azalma istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0.001$). Cerrahi sonrasında anksiyete grupları değerlendirildiğinde hastaların 38 (%69,1)'i minimal, 10 (%18,2)'u hafif, 6 (%10,9)'sı orta ve 1 (%1,8)'i şiddetli anksiyete grubundaydı. Anksiyete grubunda cerrahi sonrasında istatistiksel anlamlı bir değişim saptanmamakla beraber değişim düzeyi anlamlılık sınırına yakındı ($p = 0.051$) (Tablo 15).

Tablo 14. Hastaların cinsiyete göre cerrahi sonrası NEI-VFQ 25 TR ölçek ve alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

	Kadın		Erkek		p
	Ort±SS	Medyan (min-max)	Ort±SS	Medyan (min-max)	
Genel Sağlık	63,72±13,99	65(27,5-100)	72,08±17,64	78,75(42,5-100)	0,090
Genel Görme	78,84±11,16	80(45-95)	78,13±14,81	78,75(50-100)	0,934
Göz Ağrısı	78,49±13,73	75(50-100)	72,92±19,82	68,75(37,5-100)	0,378
Yakın Aktiviteler	76,26±16,23	75(33,33-100)	78,12±19,39	85,42(41,67-100)	0,587
Uzak Aktiviteler	86,64±15,13	91,67(25-100)	90,63±9,91	91,67(66,67-100)	0,452
Görmeye Bağlı Sosyal Fonksiyon	93,02±13,23	100(33,33-100)	94,44±8,21	100(75-100)	0,991
Görmeye Bağlı Ruhsal Sağlık	86,51±13,74	90(30-100)	88,75±15,39	95(50-100)	0,311
Görmeye Bağlı Rol Güçlükleri	87,94±14,26	93,75(50-100)	85,42±15,15	90,63(50-100)	0,474
Görmeye Bağlı Başkalarına Bağımlılık	93,75±11,73	100(56,25-100)	97,4±4,96	100(87,5-100)	0,509
Araba Kullanma	84,62±9,53	83,33(58,33-100)	89,17±14,19	95,83(58,33-100)	0,201
Renkli Görme	95,93±10,82	100(50-100)	93,75±15,54	100(50-100)	0,764
Periferik Görme	83,72±18,81	75(25-100)	81,25±18,84	75(50-100)	0,623
Toplam Skor	84,33±10,87	86,67(42,9-98,5)	85±10,7	86,8(63,6-98,5)	0,610

Veriler ort±SS ve medyan(min-max) değerler ile gösterilmiştir.

Tablo 15. Hastaların cerrahi öncesi ve sonrası BECK ölçek puanları, kategorilere göre dağılımları ve karşılaştırılması

		Ort±SS/ n(%)	Medyan (min-max)	p
Cerrahi öncesi Beck skoru		10,2±9,3	7(0-38)	<0,001
Cerrahi sonrası Beck skoru		6,8±6,9	5(0-27)	
Cerrahi öncesi Beck	Minimal	29(50,9)	-	0,051
	Hafif	15(26,3)	-	
	Orta	9(15,8)	-	
	Şiddetli	4(7)	-	
Cerrahi sonrası Beck	Minimal	38(69,1)	-	
	Hafif	10(18,2)	-	
	Orta	6(10,9)	-	
	Şiddetli	1(1,8)	-	

Cerrahi öncesi Beck anksiyete ölçeği ile elde edilen anksiyete puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınların anksiyete puanı (8; 0-38) erkeklerin anksiyete puanından (3,5; 0-21) istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti (p=0.022). Cerrahi öncesinde kadın hastaların 20 (%44,4)'si minimal, 13 (%28,9)'ü hafif, 8 (%17,8)'i orta, 4 (%8,9)'ü şiddetli anksiyete grubunda, erkek hastaların 9 (%75)'u minimal, 2 (%16,7)'si hafif, 1 (%8,3)'i orta anksiyete grubundaydı ve hiçbir erkek hastada şiddetli anksiyete saptanmadı (Tablo 16).

Cerrahi sonrasında Beck anksiyete ölçeği ile elde edilen anksiyete puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınlarda 5 (0-27), erkeklerde 2 (0-24)'ydi. Erkek hastalarda anksiyete puanı daha düşük olmakla birlikte, her iki cins arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu (p=0.256) (Tablo 15) Cerrahi sonrasında kadın hastaların 30 (%69,8)'u minimal, 7 (%16,3)'si hafif, 5 (%11,6)'i orta, 1 (%2,3)'i şiddetli anksiyete grubunda, erkek hastaların 8 (%66,7)'i minimal, 3 (%25)'si hafif, 1 (%8,3)'i orta anksiyete grubundaydı. Erkek hastaların hiçbirinde şiddetli anksiyete tespit edilmedi. (Tablo 16).

Tablo 16. Hastaların cinsiyete göre cerrahi öncesi BECK ölçek puanları ve kategorilere göre dağılımlarının karşılaştırılması

		Kadın	Erkek	P
Cerrahi öncesi Beck skoru, medyan(min-max)		8(0-38)	3,5(0-21)	0,022
Cerrahi sonrası Beck skoru, medyan(min-max)		5(0-27)	2(0-24)	0,256
Cerrahi öncesi Beck, n(%)	Minimal	20(44,4)	9(75)	-
	Hafif	13(28,9)	2(16,7)	
	Orta	8(17,8)	1(8,3)	
	Şiddetli	4(8,9)	0(0)	
Cerrahi sonrası Beck, n(%)	Minimal	30(69,8)	8(66,7)	-
	Hafif	7(16,3)	3(25)	
	Orta	5(11,6)	1(8,3)	
	Şiddetli	1(2,3)	0(0)	

Cerrahi sonrasında tüm hastalarda GBI cerrahi yarar ölçeği toplam skoru $45,51 \pm 18,05$, sosyal destek skoru $35,76 \pm 29,12$, fiziksel sağlık skoru $18,18 \pm 26,11$ ve toplam alt ölçek skoru $54,77 \pm 18,95$ idi (Tablo 17).

Tablo 17. Hastaların GBI ölçek ve alt ölçek skorlarına ait tanımlayıcı istatistikler

	Ortalama	SS	Medyan	Minimum	Maksimum
Genel Alt ölçek skoru	54,77	18,95	58,33	12,5	87,5
Sosyal destek skoru	35,76	29,12	33,33	0	100
Fiziksel sağlık skoru	18,18	26,11	16,67	-16,67	100
Toplam GBI skoru	45,51	18,05	44,44	8,33	86,11

Cronbach alfa=0,814

Cerrahi sonrasında GBI cerrahi yarar ölçeği ve alt ölçek puanları cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadınlarda toplam skor $45,16 \pm 18,21$, sosyal destek skoru $35,27 \pm 33,33$, fiziksel sağlık skoru $15,5 \pm 24,23$, toplam alt ölçek skoru $55,04 \pm 19,07$, erkeklerde toplam skor $46,76 \pm 18,23$, sosyal destek skoru $37,5 \pm 32,66$, fiziksel sağlık skoru $27,78 \pm 31,25$, toplam alt ölçek skoru $53,82 \pm 16,71$ olarak bulundu. GBI skorlarında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$) (Tablo 18).

Tablo 18. Hastaların cinsiyete göre GBI ölçek ve alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

	Kadın		Erkek		p
	Ort $\pm$ SS	Medyan (min-max)	Ort $\pm$ SS	Medyan (min-max)	
Alt ölçek skoru	$55,04 \pm 19,7$	58,33 (12,5-87,5)	$53,82 \pm 16,71$	56,25 (29,17-79,17)	0,721
Sosyal destek skoru	$35,27 \pm 28,45$	33,33 (0-100)	$37,5 \pm 32,66$	33,33 (0-100)	0,867
Fiziksel sağlık skoru	$15,5 \pm 24,23$	0 (-16,67-100)	$27,78 \pm 31,25$	16,67 (0-100)	0,179
Toplam GBI skoru	$45,16 \pm 18,21$	44,44 (8,33-86,11)	$46,76 \pm 18,23$	45,83 (19,44-77,78)	0,788

Veriler ort $\pm$ SS ve medyan(min-max) değerler ile gösterilmiştir.
Cronbach alfa=0,814

5. TARTIŞMA

Dermatoşalazis, yaşlanmayla görülen involüsyonel değişiklikler ve yerçekiminin etkisiyle görme alanının etkilendiği gevşek göz kapağı derisi ile karakterize bir yaşlanma sürecidir (85). Dermatoşalazisin fonksiyonel olarak üst görme alanında kayba neden olduğu, hastalarda kozmetik soruna yol açtığı, bunların dışında hayat kalitesinde azalma ve bu kişilerin devamlı uykulu ya da yorgun gözükmesi, kişinin özgüven kaybına hatta bazen toplumda negatif algılanmasına kadar varabilen psikososyal problemlere de neden olabildiği gösterilmiştir (7, 102). Fonksiyonel bir gösterge olarak görme alanı parametreleri bu hastalarda tedavi başarısında indikatör olarak kullanılmaktadır fakat üst kapak blefaroplasti cerrahisinin aynı zamanda bir yüz cerrahisi de olarak hastalarda fonksiyonel sonuçlarla birlikte hem estetik hem de psikososyal sonuçlara yol açacağı göz önünde bulundurulmalıdır (103). Üst kapak blefaroplasti cerrahisi sonrasında hastaların görme alanlarında iyileşme olduğu birçok çalışmada gösterilmiş ve iyi bilinmekle beraber cerrahi sonuçlarının değerlendirilmesinde fonksiyonel göstergelerin yanı sıra hastaların yaşam kalitesindeki değişimin ve bu değişimin özelliklerinin belirlenmesi de önem taşır (102, 104, 105). Çalışmamızda bu bilgiler ışığında fonksiyonel göstergeler olan görme keskinliği, görme alanı parametreleri, göz içi basıncı ve kornea kalınlığına ek olarak yaşam kalitesindeki değişim de değerlendirilmiştir.

Dermatoşalazisin görülme sıklıklığı ile ilgili olarak literatürde çok fazla veri bulunmamakla birlikte, Jacobs ve arkadaşları tarafından yapılan iki bağımsız popülasyon örnekleminin incelendiği çalışmada 45 yaşın üstündeki kişiler arasında dermatoşalazis yaygınlığı toplamda % 16, erkeklerde % 19 ve kadınlarda % 14 olarak bulunmuş, erkek cinsiyet bir risk faktörü olarak belirtilmiştir (75). Dermatoşalazis görülme oranının erkeklerde daha fazla olduğu ve erkek cinsiyetin bir risk faktörü olduğu literatürde belirtilmiş olmasına rağmen, çalışmamıza katılan hastaların %78,9'u kadın, %21,1'i erkekti. Benzer şekilde Rodrigo ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yayınlanan çalışmada üst kapak blefaroplasti cerrahisi uygulanan hastaların %82'si kadın %18'i erkek olarak belirtilmiştir (106). Ülkemizde yapılan, Şimşek ve arkadaşları tarafından üst kapak blefaroplasti ve ptozis onarımı yapılan hastaların dahil edildiği çalışmada ise 108 üst kapak blefaroplasti hastasının 66 (%61,1)'sının kadın, 42

(%38,9)'sinin erkek olduğu belirtilmiştir (107). Son dönemde yapılan üst kapak blefaroplasti çalışmalarında da kadın hasta sayısının erkek hasta sayısından daha fazla olduğu görülmektedir. Spiers ve arkadaşları da 2013 yılında yaptıkları kohort çalışmalarında erkeklerin hastalıklar için daha az tıbbi yardım arama eğiliminde oldukları, bu yüzden durum daha ilerledikçe tedavi arayışına girdiklerini belirtmişlerdir (108). Dermatoşalazis sıklığının erkeklerde daha fazla olduğu bildirilmiş olmasına rağmen bu çalışmada ve diğer blefaroplasti çalışmalarında erkek hasta sayısının daha az olması erkeklerde görülen bu eğilimin bir sonucu olabilir.

Dermatoşalazis varlığında fazla cildin eksizyonu için yapılan üst kapak blefaroplasti cerrahisinin en yaygın kapak cerrahisi olması, cerrahinin hem fonksiyonel hem de estetik nedenlerle yapılabilmesi sağlık ekonomisi açısından değerlendirilme gerekliliğini ortaya çıkar mış ve değişik ülkelerde yapılan çalışmalarda fonksiyonel kayıp esas alınarak tedavinin sağlık sigortaları tarafından karşılanması için kriterler belirlenmiştir (84, 109). American Academy of Ophthalmology (AAO) tarafından 2011 yılında yayınlanan raporda MRD'nin 2 mm ve altında olduğu, üst görme alanında 12 derece veya %24' n üzerinde kayıp saptanan, okumayı zorlaştıran aşağı bakış pitozisinin aşağı bakışta MRD'nin 2 mm ve altında olmasıyla gösterildiği hastalarda üst kapak blefaroplasti cerrahisinin fonksiyonel olarak yararlı olduğu belirtilmiştir (84). Danimarka'da yayınlanan kılavuzda ise primer bakış pozisyonunda MRD'nin veya cilt fazlalığı ile pupil merkezi arasındaki mesafenin 3 mm'nin altında olması ya da görme alanında kayıp, çene yukarı baş pozisyonu varlığı, üst kapağın kaldırılması için sürekli alın kırışıklığına bağlı baş ağrısı varlığı, cilt katlantısındaki değişikliklere bağlı olarak irritasyon, kaşıntı gibi şikayetlerin varlığı ve göz kapağındaki ağırlıktan sözel şikayet bulgularının birinin varlığı cerrahi için kriter olarak önerilmiştir (110). Türkiye'de üst kapak blefaroplasti yayınlanan bir endikasyon  nerisi bulunmamakla birlikte sağlık ekonomisi de göz önünde bulundurularak çalışmamızda cerrahi gerektiren dermatoşalazis varlığı 30 derecelik santral görme alanında kayıp ve semptomlardan birinin varlığı olarak belirlenmiştir.

Dermatoşalazis ps dopitozis olarak sınıflandırılmaktadır ve blefaropitoziste üst görme alanındaki kaybı araştıran birçok çalışma yapılarak görme alanındaki defekt gösterilmiştir (5, 102, 104, 105). Meyer ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada normal bireylerde özel olarak dizayn edilmiş kontakt lensler ile şiddeti giderek artan pitozis

simülasyonu oluşturularak ilerleyici üst görme alanı kaybı geliştiği belirlenmiştir (105). Kullanılan kontakt lensler kapak düşüklüğünü taklit etmekte ve görme alanının daralmasına neden olmaktadır, benzer şekilde dermatoşalazis varlığının da üst görme alanını daraltması beklenmektedir. Fuller ve arkadaşları pitozis ve dermotoşalazis hastalarını inceledikleri çalışmada üst görme alanındaki kaybı teğet ekran perimetri yöntemiyle göstermişlerdir (104). Patipa ve arkadaşları blefaropitozis hastalarında cerrahi öncesinde primer bakış ve okuma bakışında üst görme alanındaki kaybın varlığını ve cerrahisi sonrası kantitatif iyileşmeyi otomatik statik perimetri kullanarak kanıtlamışlardır (102). Bahsedilen bu çalışmalardan da anlaşıldığı üzere üst göz kapağının pozisyonu ile ilişkili özellikle üst görme alanı kaybı ve cerrahi sonrasında görme alanında elde edilen anlamlı iyileşmeler bugün iyi bilinmektedir.

Görme alanı analizleri, birçok değişik marka, teknoloji ve metodlar kullanan modern otomatik perimetriler ve modifiye teknikler ile ölçülebilmektedir. Riemann ve arkadaşları tarafından manuel kinetik perimetri ve otomatik statik perimetrinin karşılaştırıldığı 12 pitozis hastası dahil edilerek yapılan çalışmada her iki yöntemin pitoziste oluşan görme alanı kaybını göstermede etkili olduğu ve benzer sonuçlara sahip oldukları gösterilmiştir (111). Çalışmamızda otomatize perimetri cihazı olan Octopus 900 (Haag Streit AG, Koeniz, İsviçre) kullanılmıştır. Görme alanı hasarının tespitinde perimetri sonuçları ile elde edilen MD, MS ve sLV değerleri yaygın olarak kullanılan değerlerdir. MD ve sLV kombinasyonun görme alanındaki değişikliklerin takip ve tespitinde oldukça etkili olduğu literatürde belirtilmektedir (112). Kosmin ve arkadaşları tarafından yapılan, dermatoşalazise bağlı görme alanı kaybının santral 24° görme alanına etkisinin statik Humphrey otomatik perimetrisi ile araştırıldığı çalışmada tüm hastalarda MD ve sLV değerlerinde patolojinin düzeltilmesi sonrasında istatistiksel olarak anlamlı iyileşme tespit edilmiştir (113). Blefaropitozis test modu görme alanının üst yarısını 50° nazal 82° temporal ve 60° üstte uzanan 87 noktada değerlendirmekte ve görülen-görülemeyen nokta sayısı ile toplam skoru vermektedir (112). Çalışmamızda global görme indeksleri olarak otomatize perimetri cihazı ile 30 derecelik görme alanı test sonucuyla elde edilen MD, MS ve sLV değerleri ve üst görme alanındaki kaybın lokal olarak belirlenmesi için blefaropitozis test ile elde edilen görülen-görülemeyen noktaların sayısı ve yüzdeleri kullanılmıştır.

Çalışmamızın sonuçları incelendiğinde cerrahi sonrasında tüm hastalarda global görme alanı belirteçleri olan MS değerinin %53,7 yükseldiği ($p<0.001$), MD değerinin %59,8 ($p<0.001$), sLV değerinin %47,5 azaldığı ($p<0.001$) saptanmıştır. Görme alanının lokal belirteçleri olarak blefaroptozis test ile elde edilen üst görme alanındaki görülen nokta sayısı 11 (0-65)'den 69,5 (22-86)'e yükselmiş ($p<0.001$), görülemeyen nokta sayısı 76 (22-87)'dan 17,5 (1-65)'e düşmüş ($p<0.001$), test skoru ortalama %13'den %79'a yükselmiştir ($p>0.001$). Bu sonuçlara benzer olarak Jacobsen ve arkadaşlarının 2017 yılında yayınlanan dermatoşalazis nedeniyle üst kapak blefaroplasti uygulanan hastaların görme alanlarının blefaropitozis test ile değerlendirildiği çalışmasında da blefaropitozis test skorunun %42,1'den %76,5'e yükseldiği belirtilmiştir (114). Jacobsen ve arkadaşlarının çalışmasında MRD'nin veya cilt fazlalığı ile pupil merkezi arasındaki mesafenin 3 mm'nin altında olması ya da görme alanında kayıp, çene yukarı baş pozisyonu varlığı, üst kapağın kaldırılması için sürekli alın kırıksıklığına bağlı baş ağrısı varlığı, cilt katlantısındaki değişikliklere bağlı olarak irritasyon, kaşıntı gibi şikayetlerin varlığı ve göz kapağındaki ağırlıktan sözel şikayet bulgularının birinin varlığını cerrahi endikasyon olarak belirlemişken(114) çalışmamızda ise MRD kriter olarak değerlendirilmemiş, 30 derecelik görme alanında defekt ile birlikte semptomlardan birinin varlığı cerrahi endikasyon olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda cerrahi öncesinde hastaların ortalama blefaropitozis test skorlarının Jacobsen ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmadaki hastalardan daha düşük olmasının üst kapak blefaroplasti gerekliliği için belirlenen kriterlerdeki farklılığa bağlı olduğu düşüncesindeyiz. Çalışmamızda cerrahi öncesinde blefaropitozis test skorunun daha düşük olmasına rağmen cerrahi sonrasında benzer sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Literatürdeki veriler değerlendirildiğinde dermatoşalazisin neden olduğu üst görme alanındaki defektin üst kapak blefaroplasti ile düzeltilebileceği bilinmektedir ve bu durum çalışmamızda da gösterilmiştir.

Görme fonksiyonun objektif göstergeleri olan EDGK ve kontrast duyarlılık birçok çalışmada üst kapak blefaroplasti cerrahisi sonrasında değerlendirilmiştir. An ve arkadaşları tarafından yapılan 39 üst kapak blefaroplasti uygulanan hastanın dahil edildiği çalışmada da cerrahi sonrasında görme keskinliği ve kontrast duyarlılığın arttığı gösterilmiştir (85). Fowler ve arkadaşları da 41 pitozis ve dermatoşalazis hastasında kontrast sensitiviteyi değerlendiren çalışmalarında cerrahi sonrasında kontrast

sensitivitenin arttığını göstermişler ve görme alanı testini tamamlayamayan hastalarda kontrast sensitivitenin fonksiyonel bir belirteç olarak dermatoşalazis varlığının gösterilmesinde kullanılabileceği önerisinde bulunmuşlardır (115). Kim ve arkadaşları üst kapak blefaroplasti sonrasındaki bu değişimin nedenlerini araştırdıkları çalışmada korneal topografide bir değişiklik saptamamışlar, yüksek sıralı aberasyonlarda ise istatistiksel anlamlı azalma olduğunu göstermişler, aynı zamanda dermatoşalazisteki cilt fazlalığının ağırlık etkisine bağlı olarak gelişen kirpiklerde sarkmanın cerrahi sonrasında düzelmesinin de görme keskinliğinde artışa neden olabileceğini belirtmişlerdir (116). Cerrahi sonrasında korneal topografide değişiklik olmadığı Doğan ve arkadaşları tarafından ülkemizde yapılan çalışmada da gösterilmiştir (117). Benzer şekilde Rogers ve arkadaşları da üst kapak blefaroplasti sonrasında kontrast duyarlılıkta artış saptamış, çalışmaya dahil edilen hastaların sıklıkla cerrahi sonrasında daha parlak gördüklerini belirttiklerini gözlemlemişlerdir (118). Çalışmamızda da daha önceki sonuçlara benzer şekilde cerrahi sonrasında hastaların EDGK değerinin istatistiksel anlamlı olarak arttığı saptanmıştır ($p<0.001$). Bu durumun çalışmamızda objektif olarak gösterilmiş olmakla beraber daha önceki çalışmalarda belirtildiği gibi korneal aberasyonlardaki azalmaya bağlı geliştiği düşüncesindeyiz. Görme keskinliğindeki bu artış çalışmamızda genel görme ve renkli görme alt ölçek puanlarındaki yükselmenin bir nedeni olarak değerlendirilmiştir.

Üst kapak blefaroplasti sırasında cilt dışında hangi dokunun ne kadar eksize edilmesi ile ilgili literatürde bir fikir birliği bulunmamaktadır (78). Saalabian ve arkadaşlarının 2017 yılında yayınlanan çalışmasında cilt, cilt-kas, cilt-kas-yağ ve cilt-yağ eksizyonu yapılan üst kapak blefaroplasti cerrahilerinden sonra hasta tatmini ve komplikasyon oranları değerlendirilmiş, bu yöntemler arasında hasta tatmini ve komplikasyon oranları arasında fark olmadığı belirtilmiş ve orbikülaris dokusunun mümkün olduğunca korunması önerilmiştir (119). Üst kapak blefaroplasti cerrahisinin kaş pozisyonuna etkisini araştırdıkları çalışmada Patrocinio ve arkadaşları da yaşla azalan üst orbita hacminin korunması amacıyla orbikülaris kasının korunmasını önermişlerdir(120). Damasceno ve arkadaşları preseptal OO eksizyonu yapılan ve yapılmayan üst kapak blefaroplasti cerrahisinin estetik sonuçlarını ve komplikasyon oranlarını araştırdıkları randomize çift-kör çalışma sonucunda preseptal OO eksizyonu yapılan cerrahilerde komplikasyon oranının daha fazla olduğunu, erken dönemde estetik

sonuçların daha kötü olduğunu belirtmişler, geç dönemde ise estetik sonuçların benzer olduğunu saptamışlardır (79). Çalışmamızda üst kapak blefaroplasti tekniğinde cilt eksizyonu yapıldıktan sonra OO eksizyonu yapılmadan koter yardımıyla OO sıkılaştırılmıştır. Kullanılan cerrahi tekniğin literatürdeki bilgiler ışığında, cerrahi sonrası hiçbir hastada ciddi komplikasyon gelişmemiş oluşu da göz önüne alınarak yaşam kalitesindeki ve cerrahi yarar algısındaki artışa katkıda bulunduğu düşüncesindeyiz.

Lateral kaş pitozisi yaşlanmayla beraber yüz yapısında görülen erken değişikliklerden biridir. Lateral kapak cildinde sarkmaya neden olarak dermatoşalazise neden olabilir. Aynı zamanda blefaroplasti sonrası göz kapağı lateralinde cilt sarkmasına neden olarak hasta tatminini azaltan ve ikincil blefaroplasti gerektiren en önemli sebeplerden biridir (121-123). Bu nedenle üst kapak blefaroplasti cerrahisi öncesinde kaş pitozu varlığı dikkatle değerlendirilmesi cerrahi tedavinin doğru seçilmesi tedavinin başarısı için önemlidir (122). Kaş pitozu varlığında üst kapak blefaroplasti ameliyatına browpeksinin eklenmesinin optimal sonuçlar sağladığı daha önce birçok çalışmada gösterilmiştir (121, 124, 125). Çalışmamızda da dahil edilen hastalardan kaş pitozisi saptanan 9 kadın, 6 erkek, toplam 15 (%26,3) hastaya üst kapak blefaroplastiye ek olarak browpeksi de uygulanmıştır.

Çalışmamızda hastaların tüm gözleri ile birlikte sağ ve sol gözlerinin ayrı ayrı değerlendirilmesi sonucunda GİB ve SKK değerlerinde, operasyon öncesi ve sonrasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Benzer şekilde Atalay ve arkadaşları üst kapak blefaroplasti cerrahisi sonrası korneal histerezis, korneal rezistans faktör, PM, GİB değerlendirmişler ve SKK ile GİB değerlerinde anlamlı fark gözlenmemiştir (126). Bleyen ve arkadaşları 3 hastalık vaka sunumunda blefaroplasti sonrası açılı kapanması glokomuna bağlı GİB artışı görülebileceğini (127), Wride ve arkadaşları 1 hastada blefaroplasti sonrasında akut açılı kapanmasına bağlı körlük gelişimini raporlamışlardır (128). Çalışmamızda cerrahi sonrasında GİB ve SKK kalınlığında değişim görülmemesini, dermatoşalazisdeki cilt fazlalığının bası etkisinin kornea şekli ve kalınlığını üzerinde etkisi olmamasına, cerrahi sonrasında hastaların hiçbirinde ciddi komplikasyon gelişmemesine ve ölçüm zamanına kadar ek hastalık yaşamamalarına bağlamaktayız.

Göz hastalıklarının görme ile ilişkili yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisi olduğu iyi bilinmektedir (86, 87, 129-131). NEI-VFQ 25, görmeye özel sağlık ile ilişkili yaşam kalitesi ölçümünde yaygın olarak kullanılan bir ankettir. Bu anket tüm göz hastalarına yönelik olarak hazırlanmıştır. Türkiye popülasyonu için de uyarlanmıştır (101). Türkçe çevirisinin ve güvenilirlik çalışmasının yapılmış olması, aynı zamanda yapılan çalışmalarla psikososyal özelliklerinin de kanıtlanmış olması nedeniyle çalışmamızda NEI-VFQ 25/TR anketi kullanılmıştır.

Sağlık ilişkili yaşam kalitesinin kullanılan ölçekten bağımsız olarak kadınlarda daha düşük olduğu birçok farklı popülasyonda yapılan çalışmalarla belirlenmiştir (108, 132). Bu durum Wijk ve arkadaşları tarafından toplumsal cinsiyet nedeniyle alınan farklı rollerin sonucu olarak, bireylerin semptomları ve hastalık sürecini algılamalarının farklı oluşu ve bu durumun da kadınlarda morbiditenin fazla hissedilmesine yol açtığı şeklinde yorumlanmıştır (133). Çalışmamızda da bu sonuçlarla uyumlu olarak cerrahi öncesinde kadın hastaların genel sağlık alt ölçek puanlarının erkek hastalardan daha düşük olduğu, cerrahi sonrasında bu farkın görülmediği belirlenmiştir.

Üst kapak blefaroplasti sonrası üst görme alanındaki iyileşme bir çok kez gösterilmiştir (83, 84). Hastaların blefaroplasti sonrasındaki edinimleri sadece görme alanındaki değişimle sınırlı kalmayıp, blefaroplasti cerrahisi görme alanında iyileşmenin yanı sıra hastanın algıladığı subjektif görme kalitesi, görme fonksiyonu ve görmeye bağlı yaşam kalitesinde de iyileşme sağlamaktadır (85, 86). Jakobsen ve arkadaşları tarafından 45 dermatoşalazis hastası dahil edilerek yapılan çalışmada cerrahi sonrasında hastaların görme alanı fonksiyonlarında iyileşme olduğu, semptomlarının azaldığı ve yaşam kalitelerinde artış olduğu gösterilmiştir (114). Yapılan literatür taramasında üst kapak blefaroplasti sonrasında yaşam kalitesindeki değişimi NEI-VFQ 25 ile değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamış olup, Briceno ve arkadaşları tarafından bu anketin kısa versiyonu olan NEI-VFQ 9 ile yapılan çalışmada toplam puanın 72.07'den 86.41'e yükseldiği bildirilmiştir (134). Bu çalışmayı destekler şekilde bizim çalışmamızda da yaşam kalitesi toplam puanında istatistiksel anlamlı bir artış elde edilmiş olup, cerrahi öncesi (74,74) ve sonrasındaki (86,67) toplam ölçek puanları benzerdir.

Çalışmamız sonuçlarında dikkat çeken bir nokta da cerrahi sonrasında en fazla artışın göz ağrısı alt ölçeğinde oluşudur (%51,6). Şimşek ve arkadaşları tarafından

Ülkemizde yapılan 108 üst kapak blefaroplasti ve 44 ptozis onarımı yapılan hastanın dahil edildiği çalışmada cerrahi sonrasında gerilim tipi baş ağrısında önemli ölçüde rahatlama sağlandığı ve baş ağrısında azalmaya bağlı yaşam kalitesinin arttığını göstermişlerdir (107). Mokhtarzadeh ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da görme alanında kayıp nedeniyle üst kapak cerrahisi yapılan hastalarda kronik başağrısının azaldığını göstermişlerdir (135). Dermatoşalazis varlığında kapakların kaldırılması için alın kaslarının uzun süreli kullanımına bağlı baş ağrısı gelişebilmekte olup cerrahi sonrasında kapaklardaki ağırlığın azalmasıyla frontal kas aktivitesindeki azalmanın ağrının gerilemesine neden olması beklenmektedir. Kim ve arkadaşlarının yaptığı 2015 yılında yayınlanan çalışmada ise üst kapak blefaroplasti sonrasında frontal kas tonusunda azalma olduğu iğne elektromiyelografi ile gösterilmiş olup kronik baş ağrısındaki azalmayı destekler niteliktedir (136). Çalışmamızda en fazla artışı göz ağrısı alt ölçeğinde olmasının sadece estetik nedenlerle başvuran hastaların çalışmaya dahil edilmemesine, görme alanında kayıp yaşayan hastaların uzun süreli frontal kas kullanımına bağlı baş ağrılarının cerrahi öncesinde daha fazla olmasına bağlamaktayız.

Yaşam kalitesinde elde edilen artışı sadece fonksiyonel kazançla açıklanamayacağı hipotezinden yola çıkan Bullock ve arkadaşları yaptıkları çalışmada toplum üyelerinin ptozis ve dermatoşalazisi olan bireyleri olumsuz olarak gördüklerini saptamış ve bu psikososyal tutumun etkilenen hastalara karşı adaletsizliğe yol açabileceği ve cerrahi düzeltmenin muhtemelen daha iyi görsel fonksiyonun ötesinde faydalar sağlamakta olduğunu belirtmiştir (7). Benzer şekilde Bater ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada blefaroplasti uygulanan kadınların preoperatif durumlarına göre anlamlı derecede daha genç ve daha çekici görünmekte olduklarını, daha sağlıklı ve daha az yorgun olarak algılandıklarını ve hastaların kendilerini daha enerjik hissettiklerini saptamışlardır (89). Gracitelli ve arkadaşları da üst kapak blefaroplasti planlanan hastalar ile kontrol grubunun yaşam kalitesi ve özsaygılarını araştırdıkları çalışmada cerrahi planlanan hastaların daha düşük özsaygıya ve yaşam kalitesine sahip olduklarını, yaşam kalitesindeki düşüklüğün özellikle psikolojik alt ölçeklerde olduğunu göstermişlerdir (137). Çalışmamız sonucunda cerrahi sonrasında hastaların görmeye bağlı yaşam kalitesi toplam puanında (%20,5) ve alt ölçek puanlarında istatistiksel anlamlı olarak artışı saptanmıştır. Bu artışı hastaların fonksiyonel olarak görme alanları, görme keskinlikleri ve kontrast duyarlılıklarındaki artışı, alın kaslarının

kullanımının azalışı dışında, özellikle ilişkili ruhsal sağlık ve görmeye bağlı rol güçlük puanlarındaki artış göz önünde bulundurularak, Bullock (7) ve Biter (89)'in de belirttikleri gibi hastalara karşı toplumda gelişen negatif algının cerrahi sonrasında düzelmesine, anksiyetelerinin azalmasına ve kendilerini daha iyi hissetmelerine bağlı olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızda hastaların özsaygı ve özbakımları araştırılmamış olup, objektif bir şekilde gösterilmemekle beraber, hastaların cerrahi sonrasında araştırmacılarla iletişimde daha pozitif oldukları, özbakımlarının arttığı gözlemlenmiştir.

Çalışmamızda Bullock (7) ve Gracitelli (137)'nin belirttiği psikososyal değişiklikler göz önünde bulundurularak hastalarda anksiyete gelişebileceği hipoteziyle cerrahi öncesi ve sonrasında Beck Anksiyete Ölçeği kullanılarak anksiyete seviyesi değerlendirilmiştir. Cerrahi sonrası sonuçlar incelendiğinde hastalarda anksiyete puanında istatistiksel anlamlı azalma olduğu, anksiyete puanına göre gruplar değerlendirildiğinde ise değişimin azalma yönünde olduğu fakat bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p=0.051$). Anksiyete puanında azalmanın hastaların fonksiyel belirtilerindeki ve yaşam kalitelerindeki iyileşme ve dermatoşalazis varlığının oluşturduğu psikososyal sorunların cerrahi sonrasında düzelmiş olmasının sonucu olabileceği görüşündeyiz. Anksiyete gruplarındaki değişimin ise hastalarının çoğunun tedavi öncesinde minimal anksiyete grubunda olması sonucunda taban etkisi nedeniyle anlamlı olmadığı, daha geniş örneklemli benzer çalışmalarda bu sonucun anlamlı olarak bulunabileceği düşüncesindeyiz.

Literatürde sıklıkla kullanılan genel amaçlı yaşam kalitesi ölçekleri “Sickness Impact Profile” (138), “Nottingham Health Profile” (139), “EuroQol” (140), “Medical Outcomes Short-Form 36” (SF-36) (141) ve GBI (100)'dir. Bu ölçekler arasından GBI, çeşitli koşullar ve farklı demografik ya da kültürel gruplar arasında bir dizi farklı tedaviyi karşılaştırma yeteneği, ayrıca ameliyat sonrası hızlı ve kolay bir şekilde uygulanabilmesi, preoperatif ve postoperatif ölçümler almak ve diğerini çıkarmak yerine değişikliklere odaklanmış oluşu ve kullanımının oküloplastik cerrahiler için doğrulanmış olması nedeniyle tercih edilmiştir (96-99). Yapılan literatür taramasında pitozis, entropiyon, ektropiyon, dakriyosistorinostomi (DSR), esansiyel blefarospazm, punktoplasti ve katarakt gibi birçok göz cerrahisi sonrasında yaşam kalitesindeki artışın belirlenmesinde kullanılmış olmakla beraber üst kapak blefaroplasti sonrasında yaşam

kalitesindeki değişimi GBI ile değerlendiren bir çalışmaya rastlanılmamış, GBI leği ilk kez bu çalışmada st kapak blefaroplasti cerrahisi için kullanılmıştır.

GBI leğinin alt leklerinin analizi, hastadan elde edilen yararın niteliği hakkında daha fazla bilgi edinilmesini sağlar. Bu alt ölçekler genel etki (kendi kendine psikolojik yarar), fiziksel etki (genel fiziksel sağlık) ve sosyal etki (başkalarından destek) şeklindedir.

Smith ve arkadaşlarının pitozis, entropiyon, ektropiyon ve DSR cerrahileri sonrası yaşam kalitesindeki değişimi GBI kullanarak karşılaştırdıkları çalışmada hastaların genel sağlık puanlarının bu cerrahiler sonrasında arttığını ve bu artışın benzer olduğunu saptamışlar, sosyal destek skorunda ise DSR cerrahisinin diğer cerrahilerden daha fazla artış sağladığını belirtmişlerdir (sırasıyla: +9.09, +2.47, +14.23 ve +26.42)(96). Pitozis onarımı sonrasında GBI toplam skoru Smith ve arkadaşları tarafından +24,89 (96), Maycock ve arkadaşları tarafından +26,36 olarak bildirilmiştir (97). Çalışmamızda ise toplam GBI skoru +45,51 olarak bulunmuş olup, pitozis çalışmalarından daha yüksek bir artış saptanması sadece estetik şikayetlerle başvuran hastaların çalışmaya dahil edilmemesine, dermatoşalazis varlığının neden olduğu psikososyal sonuçların ortadan kaldırılmasının sağladığı faydaya bağlı olabilir. Bu durum sosyal destek skorunun fiziksel sağlık skorundan daha fazla oluşu tarafından desteklenmektedir. Sosyal destek skorunun fiziksel sağlık skorundan daha fazla olmasının nedeni hastalar tarafından dermatoşalazis varlığının neden olduğu psikososyal sonuçların varlığının ortadan kalkmasının fonksiyonel artıştan daha yararlı olarak algılanmasının bir sonucu olarak değerlendirilmiştir. NEI VFQ-25/TR leği ile elde edilen görmeye bağlı ruhsal sağlık ve görmeye bağlı rol güçlük puanlarındaki artışın fonksiyonel sonuçları gösteren diğer alt ölçek puanlarındaki artışın ortalamasından daha fazla olması bu durumu desteklemektedir.

6. SONUÇLAR

Çalışmamız sonucunda dermatoşalazis hastalarının üst kapak blefaroplasti cerrahisi sonrasında cerrahi öncesine göre EDGK değerlerinin istatistiksel anlamlı olarak arttığı ($p<0.001$), global görme alanı belirteçleri olan MS değerinin %53,7 yükseldiği ($p<0.001$), MD değerinin %59,8 ($p<0.001$), sLV değerinin %47,5 azaldığı ($p<0.001$) saptandı. Göz içi basıncında cerrahi sonrasında cerrahi öncesine göre istatistiksel anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,391$). Cerrahi sonrasında NEI-VFQ 25 ile değerlendirilen yaşam kalitesinde toplam skor %20.51, genel sağlık skoru %16.84, genel görme skoru %23.45, göz ağrısı skoru %51.57, yakın aktivite skoru %23.73, uzak aktivite skoru %16.68, görmeye bağlı sosyal fonksiyon skoru %12.24, görmeye bağlı ruhsal sağlık skoru %32.57, görmeye bağlı rol güçlüğü skoru %38.74, görmede başkalarına bağımlılık skoru %21.5, araba kullanma skoru %15.75, renkli görme skoru %15.3, periferik görme skoru %20.76 artmıştı ($p<0.001$). Cerrahi öncesinde Beck Anksiyete Ölçeği ile $10,2\pm9,3$ olarak saptanan anksiyete puanının cerrahi sonrasında istatistiksel anlamlı olarak $6,8\pm6,9$ 'a azaldığı ($p<0.001$), anksiyete puanları minimal, hafif, orta ve şiddetli anksiyete grupları olarak değerlendirildiğinde anksiyete seviyelerinde istatistiksel anlamlı düşüş olmadığı saptandı ($p=0.051$). GBİ ile ölçülen cerrahi yarar algısının toplam skorunun +45,51, fiziksel sağlık skorunun +18,18, sosyal destek skorunun +35,76 olduğu saptandı.

Çalışmamız sonucunda, edinsel blefaropitozisin en yaygın nedenlerinden biri olan dermatoşalazisin ilerleyen yaş ile birlikte bozulan görme kalitesi ve fonksiyonlarına ek olarak üst göz kapağın oluşturduğu görme alanının üst yarısında oluşan kısıtlamanın üst kapak blefaroplasti tedavisi ile oldukça anlamlı oranlarda iyileştirildiği gösterilmiştir. Çalışmamızda fonksiyonel kazançlara ek olarak hastaların yaşam kalitesinde anlamlı bir artış olduğu, anksiyetenin azaldığı, cerrahiden hem fonksiyonel hem de psikososyal yarar sağladıkları saptanmıştır.

Özellikle yüz, göz ve göz kapaklarının fiziksel görünümü, kişinin başka bir kişiye ait izlenimini büyük ölçüde etkileyebileceği göz önünde bulundurulduğunda üst kapak blefaroplasti cerrahisi sonrasında hastaların yaşam kalitesindeki artışın sadece fonksiyonel kazançla belirlenemeyeceği, hastalar tarafından dermatoşalazis varlığının neden olduğu psikososyal sonuçlardaki değişimin fonksiyonel artıştan daha yararlı olarak algılandığı sonucuna ulaşılmıştır.

7. KAYNAKLAR

1. Recep DDÖF. Göz Anatomisi. Ankara: Dünya Tıp Kitabevi; 2016.
2. Aydın PO, Akova YA. Temel göz hastalıkları: Güneş Tıp Kitabevleri; 2015.
3. Finsterer J. Ptosis: causes, presentation, and management. *Aesthetic plastic surgery*. 2003;27(3):193-204.
4. van den Bosch WA, Leenders I, Mulder P. Topographic anatomy of the eyelids, and the effects of sex and age. *British Journal of Ophthalmology*. 1999;83(3):347-52.
5. DeAngelis DD, Carter SR, Seiff SR. Dermatochalasis. *International ophthalmology clinics*. 2002;42(2):89-101.
6. Klingenstein A, Hintschich C. Update Oberlidblepharoplastik. *Der Ophthalmologe*. 2018.
7. Warwar RE, Bullock JD, Markert RJ, Marciszyn SL, Bienenfeld DG. Social implications of blepharoptosis and dermatochalasis. *Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery*. 2001;17(4):234-40.
8. Hahn S, Holds JB, Couch SM. Upper Lid Blepharoplasty. *Facial plastic surgery clinics of North America*. 2016;24(2):119-27.
9. Ansari MW, Nadeem A. *Atlas of Ocular Anatomy*: Springer International Publishing; 2016.
10. Rucker JC. Normal and abnormal lid function. *Handbook of clinical neurology*. 102: Elsevier; 2011. p. 403-24.
11. Benyamini OG, Hartstein ME. Anatomy of the Eyelid. In: Shiffman MA, Di Giuseppe A, editors. *Cosmetic Surgery: Art and Techniques*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2013. p. 69-76.
12. Lipham WJ, Tawfik HA, Dutton JJ. A Histologic Analysis and Three-Dimensional Reconstruction of the Muscle of Riolo. *Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery*. 2002;18(2):93-8.
13. Knop E, Korb DR, Blackie CA, Knop N. The lid margin is an underestimated structure for preservation of ocular surface health and development of dry eye disease. *Research Projects in Dry Eye Syndrome*. 45: Karger Publishers; 2010. p. 108-22.
14. Bedrossian E. Embryology and anatomy of the eyelid. *Duane's Foundation of Clinical Ophthalmology, Ocular Anatomy, Embryology and Teratology*. 2004;1:1-24.
15. Cohen AJ, Weinberg DA. *Evaluation and Management of Blepharoptosis*: Springer New York; 2017.
16. Đorđević B, Novaković M, Milisavljević M, Milićević S, Maliković A. Surgical anatomy and histology of the levator palpebrae superioris muscle for blepharoptosis correction. *Vojnosanitetski pregled*. 2013;70(12):1124-31.
17. Ettl A, Priglinger S, Kramer J, Koornneef L. Functional anatomy of the levator palpebrae superioris muscle and its connective tissue system. *British Journal of Ophthalmology*. 1996;80(8):702-7.
18. Felt DP, Frueh BR. A pharmacologic study of the sympathetic eyelid tarsal muscles. *Ophthalmic plastic and reconstructive surgery*. 1988;4(1):15-24.
19. Skarf B. Normal and abnormal eyelid function. Miller NR, NR; Newman, NJ; Biousse, V. 2005:1177-229.
20. Evinger C, Shaw M, Peck C, Manning K, Baker R. Blinking and associated eye movements in humans, guinea pigs, and rabbits. *Journal of Neurophysiology*. 1984;52(2):323-39.
21. Becker W, Fuchs AF. Lid-eye coordination during vertical gaze changes in man and monkey. *Journal of neurophysiology*. 1988;60(4):1227-52.
22. Skalkicky SE. *Ocular and Visual Physiology*: Springer; 2016.
23. Bour L, Aramideh M, Ongerboer de Visser B. Neurophysiological aspects of eye and eyelid movements during blinking in humans. *Journal of Neurophysiology*. 2000;83(1):166-76.
24. McClellan K. Mucosal defense of the outer eye. *Survey of ophthalmology*. 1997;42(3):233-46.

25. Lee MJ, Kyung HS, Han MH, Choung H-K, Kim NJ, Khwarg S. Evaluation of lacrimal tear drainage mechanism using dynamic fluoroscopic dacryocystography. *Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery*. 2011;27(3):164-7.
26. Doane MG. Blinking and the mechanics of the lacrimal drainage system. *Ophthalmology*. 1981;88(8):844-51.
27. Ng SK, Chan W, Marcet MM, Kakizaki H, Selva D. Levator palpebrae superioris: an anatomical update. *Orbit*. 2013;32(1):76-84.
28. Kakizaki H, Takahashi Y, Nakano T, Asamoto K, Ikeda H, Selva D, et al. Müller's muscle: a component of the peribulbar smooth muscle network. *Ophthalmology*. 2010;117(11):2229-32.
29. Kakizaki H, Malhotra R, Madge SN, Selva D. Lower eyelid anatomy: an update. *Annals of plastic surgery*. 2009;63(3):344-51.
30. Gay AJ, Salmon ML, Windsor CE. Hering's law, the levators, and their relationship in disease states. *Archives of ophthalmology*. 1967;77(2):157-60.
31. Harvey JT, Anderson RL. Lid lag and lagophthalmos: a clarification of terminology. *Ophthalmic Surgery, Lasers and Imaging Retina*. 1981;12(5):338-40.
32. Yoon JS, Lew H, Lee SY. Bell's phenomenon protects the tear film and ocular surface after frontalis suspension surgery for congenital ptosis. *Journal of pediatric ophthalmology and strabismus*. 2008;45(6):350-5.
33. Patrinely JR, Anderson RL. Anatomy of the orbicularis oculi and other facial muscles. *Advances in neurology*. 1988;49:15.
34. van Koningsbruggen MG, Peelen MV, Davies E, Rafal RD. Neural control of voluntary eye closure: a case study and an fMRI investigation of blinking and winking. *Behavioural neurology*. 2012;25(2):103-9.
35. Gong S, DeCuyper M, Zhao Y, LeDoux MS. Cerebral cortical control of orbicularis oculi motoneurons. *Brain research*. 2005;1047(2):177-93.
36. Fuchs AF, Becker W, Ling L, Langer TP, Kaneko C. Discharge patterns of levator palpebrae superioris motoneurons during vertical lid and eye movements in the monkey. *Journal of neurophysiology*. 1992;68(1):233-43.
37. King W. Binocular coordination of eye movements—Hering's Law of equal innervation or uniocular control? *European Journal of Neuroscience*. 2011;33(11):2139-46.
38. Evinger C, Manning KA, Sibony PA. Eyelid movements. Mechanisms and normal data. *Investigative ophthalmology & visual science*. 1991;32(2):387-400.
39. Hammond G, Thompson T, Proffitt T, Driscoll P. Functional significance of the early component of the human blink reflex. *Behavioral neuroscience*. 1996;110(1):7.
40. Ellrich J, Bromm B, Hopf HC. Pain-evoked blink reflex. *Muscle & nerve*. 1997;20(3):265-70.
41. Plainis S, Murray I, Carden D. The dazzle reflex: electrophysiological signals from ocular muscles reveal strong binocular summation effects. *Ophthalmic and physiological optics*. 2006;26(3):318-25.
42. Yeomans JS, Li L, Scott BW, Frankland PW. Tactile, acoustic and vestibular systems sum to elicit the startle reflex. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2002;26(1):1-11.
43. Pearce JMS. Observations on the Blink Reflex. *European Neurology*. 2008;59(3-4):221-3.
44. Pimentel de Figueiredo AR, editor *Blepharoptosis. Seminars in ophthalmology*; 2010: Taylor & Francis.
45. *Ophthalmology AAO. Orbit, Eyelids, and Lacrimal System: American Academy of Ophthalmology*; 2015.
46. Beard C. *Ptosis*: Mosby; 1981.
47. Fox SA. *Lid surgery--current concepts*: Grune & Stratton; 1972.
48. BERKE RN. Congenital ptosis: a classification of two hundred cases. *Archives of ophthalmology*. 1949;41(2):188-97.
49. Bowling B. *Kanski's Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach: Elsevier Health Sciences*; 2015.
50. Frueh BR. The mechanistic classification of ptosis. *Ophthalmology*. 1980;87(10):1019-21.

51. Frueh BR. Evaluation of blefaroptosis. Waltman SR, et al, *Surgery of the Eye* New York: Churchill Livingstone. 1988;421-7.
52. Schaefer A, Schaefer D. Classification and correction of ptosis. *Surgery of the eyelid, orbit, and lacrimal system* American Academy of Ophthalmology. 1994;84-133.
53. Edmonson BC, Wulc AE. Ptosis evaluation and management. *Otolaryngologic clinics of North America*. 2005;38(5):921-46.
54. Cartwright MJ, Kurumety UR, Nelson CC, Frueh BR, Musch DC. Measurements of upper eyelid and eyebrow dimensions in healthy white individuals. *American journal of ophthalmology*. 1994;117(2):231-4.
55. Jeong S, Lemke BN, Dortzbach RK, Park YG, Kang HK. The Asian upper eyelid: an anatomical study with comparison to the Caucasian eyelid. *Archives of Ophthalmology*. 1999;117(7):907-12.
56. Sutula FC. Histological changes in congenital and acquired blepharoptosis. *Eye*. 1988;2(2):179.
57. Boboridis K, Assi A, Indar A, Bunce C, Tyers A. Repeatability and reproducibility of upper eyelid measurements. *British journal of ophthalmology*. 2001;85(1):99-101.
58. Toyka KV. Ptosis in myasthenia gravis: extended fatigue and recovery bedside test. *Neurology*. 2006;67(8):1524-.
59. Zimble MS, Kokoska MS, Thomas JR. Anatomy and pathophysiology of facial aging. *Facial plastic surgery clinics of North America*. 2001;9(2):179-87, vii.
60. Coleman SR, Grover R. The anatomy of the aging face: volume loss and changes in 3-dimensional topography. *Aesthetic surgery journal*. 2006;26(1_Supplement):S4-S9.
61. Tyers AG. Aging lids: A review. *Orbit*. 1984;3(2):75-80.
62. Guinot C, Malvy DJ-M, Ambroisine L, Latreille J, Mauger E, Tenenhaus M, et al. Relative contribution of intrinsic vs extrinsic factors to skin aging as determined by a validated skin age score. *Archives of dermatology*. 2002;138(11):1454-60.
63. Nagi KS, Carlson JA, Wladis EJ. Histologic assessment of dermatochalasis: elastolysis and lymphostasis are fundamental and interrelated findings. *Ophthalmology*. 2011;118(6):1205-10.
64. Karnaz A, Katircioglu YA, Ozdemir ES, Celebli P, Hucumenoglu S, Ornek F, editors. *The Histopathological Findings of Patients Who Underwent Blepharoplasty Due to Dermatochalasis*. *Seminars in ophthalmology*; 2017: Taylor & Francis.
65. Damasceno RW, Avgitidou G, Belfort Jr R, Dantas PEC, Holbach LM, Heindl LM. Eyelid aging: pathophysiology and clinical management. *Arquivos brasileiros de oftalmologia*. 2015;78(5):328-31.
66. Clauser LC, Consorti G, Elia G, Galié M, Tieghi R. Three-Dimensional Volumetric Restoration by Structural Fat Grafting. *Craniomaxillofacial Trauma & Reconstruction*. 2014;7(1):63-70.
67. Camirand A, Doucet J, Harris J. The aging eye: Pathophysiology and management. *Surg Technol*. 1997;5:347.
68. Lee H, Park M, Lee J, Lee E, Baek S. Histopathologic findings of the orbicularis oculi in upper eyelid aging: Total or minimal excision of orbicularis oculi in upper blepharoplasty. *Archives of facial plastic surgery*. 2012;14(4):253-7.
69. Tenzel RR, Stewart WB. Blepharo-confusion—blepharochalasis or dermatochalasis? *Archives of Ophthalmology*. 1978;96(5):911-2.
70. Jacob JM, Shamjibhai SH, Goudinho SJ. Ocular Findings in Diabetics and Hypertensives Undergoing Hemodialysis. *The International Journal of Science and Technoledge*. 2014;2(7):266.
71. SCHREIBER MM, TILLEY JC. Cutis laxa. *Archives of dermatology*. 1961;84(2):266-72.
72. Söylev MF, Öner FH, Durak I. Ocular findings in cutis laxa acquisita. *Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery*. 2002;18(2):156-8.
73. Ronchese F. DERMATORRHEXIS: WITH DERMATOCHALASIS AND ARTHROCHALASIS (THE SO-CALLED EHLERS-DANLOS SYNDROME). *American Journal of Diseases of Children*. 1936;51(6):1403-14.

74. Gonnering RS, Sonneland PR. Ptosis and dermatochalasis as presenting signs in a case of occult primary systemic amyloidosis (AL). *Ophthalmic Surgery, Lasers and Imaging Retina*. 1987;18(7):495-7.
75. Jacobs LC, Liu F, Bleyen I, Gunn DA, Hofman A, Klaver CC, et al. Intrinsic and extrinsic risk factors for sagging eyelids. *JAMA dermatology*. 2014;150(8):836-43.
76. Bhattacharjee K, Misra DK, Deori N. Updates on upper eyelid blepharoplasty. *Indian journal of ophthalmology*. 2017;65(7):551-8.
77. Von Graefe C. *De rhinoplastice*. Berlin: Dietrich Reimer. 1818;13.
78. Hoorntje LE, van der Lei B, Stollenwerck GA, Kon M. Resecting orbicularis oculi muscle in upper eyelid blepharoplasty—a review of the literature. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2010;63(5):787-92.
79. Damasceno RW, Cariello AJ, Cardoso EB, Viana GA, Osaki MH. Upper blepharoplasty with or without resection of the orbicularis oculi muscle: a randomized double-blind left-right study. *Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery*. 2011;27(3):195-7.
80. Massry MDGGe, Murphy MDMRe, Azizzadeh MDBe. *Master Techniques in Blepharoplasty and Periorbital Rejuvenation* 2011.
81. Mack WP. Blepharoplasty Complications. *Facial plastic surgery : FPS*. 2012;28(03):273-87.
82. Lelli Jr GJ, Lisman RD. Blepharoplasty complications. *Plastic and reconstructive surgery*. 2010;125(3):1007-17.
83. Hacker HD, Hollsten DA. Investigation of automated perimetry in the evaluation of patients for upper lid blepharoplasty. *Ophthalmic plastic and reconstructive surgery*. 1992;8(4):250-5.
84. Cahill KV, Bradley EA, Meyer DR, Custer PL, Holck DE, Marcet MM, et al. Functional indications for upper eyelid ptosis and blepharoplasty surgery: a report by the American Academy of Ophthalmology. *Ophthalmology*. 2011;118(12):2510-7.
85. An SH, Jin SW, Kwon YH, Ryu WY, Jeong WJ, Ahn HB. Effects of upper lid blepharoplasty on visual quality in patients with lash ptosis and dermatochalasis. *International journal of ophthalmology*. 2016;9(9):1320.
86. Battu VK, Meyer DR, Wobig JL. Improvement in subjective visual function and quality of life outcome measures after blepharoptosis surgery. *American journal of ophthalmology*. 1996;121(6):677-86.
87. Federici TJ, Meyer DR, Lininger LL. Correlation of the vision-related functional impairment associated with blepharoptosis and the impact of blepharoptosis surgery. *Ophthalmology*. 1999;106(9):1705-12.
88. Zebrowitz L. *Reading Faces*. Boulder. Westview Press: Colorado; 1998.
89. Bater KL, Ishii M, Nellis JC, et al. A dual approach to understanding facial perception before and after blepharoplasty. *JAMA facial plastic surgery*. 2018;20(1):43-9.
90. Organization WH. *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*: World Health Organization; 2001.
91. Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fıdaner C. Yaşlılar için dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2010;21(1).
92. Mangione CM, Lee PP, Pitts J, Gutierrez P, Berry S, Hays RD. Psychometric properties of the National Eye Institute visual function questionnaire (NEI-VFQ). *Archives of Ophthalmology*. 1998;116(11):1496-504.
93. Mangione CM, Lee PP, Gutierrez PR, Spritzer K, Berry S, Hays RD. Development of the 25-item national eye institute visual function questionnaire. *Archives of ophthalmology*. 2001;119(7):1050-8.
94. Toprak AB, Eser E, Guler C, Baser FE, Mayali H. Cross-validation of the Turkish version of the 25-item national eye institute visual functioning questionnaire (NEI-VFQ 25). *Ophthalmic Epidemiology*. 2005;12(4):259-69.
95. Ulusoy M. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *J Cognit Psychother Internat Quart*. 1998;12:2.

96. Smith H, Jyothi S, Mahroo O, Shams P, Sira M, Dey S, et al. Patient-reported benefit from oculoplastic surgery. *Eye*. 2012;26(11):1418.
97. Maycock N, MacGregor C, Saunders DA, Parkin B. Long term patient-reported benefit from ptosis surgery. *Eye*. 2015;29:872.
98. Sipkova Z, Vonica O, Olurin O, Obi EE, Pearson AR. Assessment of patient-reported outcome and quality of life improvement following surgery for epiphora. *Eye*. 2017;31:1664.
99. Lee CN, Hammond CJ, Mahroo OA. Changes in quality of life shortly after routine cataract surgery assessed using a non-procedure specific patient-reported outcome measure.
100. Gatehouse S, Browning G, Robinson K. The Glasgow health status questionnaires manual. Glasgow, Scotland: MRC Institute of Hearing Research, Glasgow Royal Infirmary. 1998.
101. Mangione C. NEI VFQ-25 scoring algorithm. Rockville, MD: National Eye Institute. 2000.
102. Patipa M. Improvement Following Ptosis Surgery. *Arch Ophthalmol*. 1992;110:63-7.
103. Lieberman DM, Quatela VC. Upper Lid Blepharoplasty. *Clinics in plastic surgery*. 40(1):157-65.
104. Fuller ML, Briceño CA, Nelson CC, Bradley EA. Tangent screen perimetry in the evaluation of visual field defects associated with ptosis and dermatochalasis. *PloS one*. 2017;12(3):e0174607.
105. Meyer DR, Linberg JV, Powell SR, Odom JV. Quantitating the superior visual field loss associated with ptosis. *Arch Ophthalmol*. 1989;107(6):840-3.
106. Prado RB, Silva-Junior DE, Padovani CR, Schellini SA. Assessment of Eyebrow Position Before and After Upper Eyelid Blepharoplasty. *Orbit*. 2012;31(4):222-6.
107. Simsek IB. Association of Upper Eyelid Ptosis Repair and Blepharoplasty With Headache-Related Quality of Life. *JAMA facial plastic surgery*. 2017;19(4):293-7.
108. Spiers N, Jagger C, Clarke M, Arthur A. Are gender differences in the relationship between self-rated health and mortality enduring? Results from three birth cohorts in Melton Mowbray, United Kingdom. *The Gerontologist*. 2003;43(3):406-11.
109. Innocenti A, Mori F, Melita D, Dreassi E, Innocenti M. Effects of orbicularis oculi flap anchorage to the periosteum of the upper orbital rim on the lower eyelid position after transcutaneous blepharoplasty: Statistical analysis of clinical outcomes. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery : JPRAS*. 2017;70(3):385-91.
110. Jacobsen AG, Brost B, Vorum H, Hargitai J. Functional benefits and patient satisfaction with upper blepharoplasty – evaluated by objective and subjective outcome measures. *Acta ophthalmologica*. 2017;95(8):820-5.
111. Riemann CD, Hanson S, Foster JA. A comparison of manual kinetic and automated static perimetry in obtaining ptosis fields. *Archives of Ophthalmology*. 2000;118(1):65-9.
112. Weijland A, Fankhauser F, Bebie H, Flammer J. Automated perimetry. *Visual field digest*. 2004;5(06).
113. Kosmin AS, Wishart PK, Birch MK. Apparent glaucomatous visual field defects caused by dermatochalasis. *Eye*. 1997;11(5):682.
114. Jacobsen AG, Brost B, Vorum H, Hargitai J. Functional benefits and patient satisfaction with upper blepharoplasty - evaluated by objective and subjective outcome measures. *Acta ophthalmologica*. 2017;95(8):820-5.
115. Fowler BT, Pegram TA, Cutler-Peck C, Kosko M, Tran QT, Fleming JC, et al. Contrast sensitivity testing in functional ptosis and dermatochalasis surgery. *Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery*. 2015;31(4):272-4.
116. Kim JW, Lee H, Chang M, Park M, Lee TS, Baek S. What causes increased contrast sensitivity and improved functional visual acuity after upper eyelid blepharoplasty? *Journal of Craniofacial Surgery*. 2013;24(5):1582-5.
117. Dogan E, Akbas Kocaoglu F, Yalniz-Akkaya Z, Elbeyli A, Burcu A, Ornek F, editors. Scheimpflug imaging in dermatochalasis patients before and after upper eyelid blepharoplasty. *Seminars in ophthalmology*; 2015: Taylor & Francis.

118. Rogers SA, Khan-Lim D, Manners RM. Does upper lid blepharoplasty improve contrast sensitivity? *Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery*. 2012;28(3):163-5.
119. Saalabian AA, Liebmann P, Deutinger M. Which Tissue Should Be Removed in Upper Blepharoplasty? Analysis and Evaluation of Satisfaction. *World journal of plastic surgery*. 2017;6(3):324.
120. Patrocinio TG, Patrocinio LG, Patrocinio JA. Effect of Orbicularis Muscle Resection during Blepharoplasty on the Position of the Eyebrow. *Facial Plastic Surgery*. 2018;34(02):178-82.
121. Zarem HA, Resnick JJ, Carr RM, Wootton DG. Browpexy: lateral orbicularis muscle fixation as an adjunct to upper blepharoplasty. *Plastic and reconstructive surgery*. 1997;100(5):1258-61.
122. Custer PL. Preoperative Examination Checklist for Upper Blepharoplasty. In: Hartstein MDFME, Massry MDFGG, Holds MDFJB, editors. *Pearls and Pitfalls in Cosmetic Oculoplastic Surgery*. New York, NY: Springer New York; 2015. p. 55-6.
123. Hassanpour SE, Kermani HK. Brow ptosis after upper blepharoplasty: findings in 70 patients. *World journal of plastic surgery*. 2016;5(1):58.
124. Bellinvia G, Klinger F, Maione L, Bellinvia P. Upper lid blepharoplasty, eyebrow ptosis, and lateral hooding. *Aesthetic surgery journal*. 2013;33(1):24-30.
125. Mokhtarzadeh A, Massry GG, Bitrian E, Harrison AR. Quantitative efficacy of external and internal browpexy performed in conjunction with blepharoplasty. *Orbit*. 2017;36(2):102-9.
126. Atalay K, Gurez C, Kirgiz A, Cabuk KS. Does severity of dermatochalasis in aging affect corneal biomechanical properties? *Clinical interventions in aging*. 2016;11:659.
127. Bleyen I, Rademaker R, Wolfs RC, van Rij G. Acute angle closure glaucoma after oculoplastic surgery. *Orbit*. 2008;27(1):49-50.
128. Wride NK, Sanders R. Blindness from acute angle-closure glaucoma after blepharoplasty. *Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery*. 2004;20(6):476-8.
129. Scott IU, Schein OD, West S, Bandeen-Roche K, Enger C, Folstein MF. Functional status and quality of life measurement among ophthalmic patients. *Archives of Ophthalmology*. 1994;112(3):329-35.
130. Lee PP, Spritzer K, Hays RD. The impact of blurred vision on functioning and well-being. *Ophthalmology*. 1997;104(3):390-6.
131. Mangione CM, Phillips RS, Lawrence MG, Seddon JM, Orav EJ, Goldman L. Improved visual function and attenuation of declines in health-related quality of life after cataract extraction. *Archives of Ophthalmology*. 1994;112(11):1419-25.
132. Idler EL. Discussion: gender differences in self-rated health, in mortality, and in the relationship between the two. *The Gerontologist*. 2003;43(3):372-5.
133. Van Wijk CMG, Kolk AM. Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory. *Social science & medicine*. 1997;45(2):231-46.
134. Briceño CA, Fuller ML, Bradley EA, Nelson CC. Assessment of the Abbreviated National Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI VFQ 9) in blepharoptosis and dermatochalasis. *Arquivos brasileiros de oftalmologia*. 2016;79:226-8.
135. Mokhtarzadeh A, McClelland C, Lee MS, Smith S, Harrison AR. The Bleph and the Brain: The Effect of Upper Eyelid Surgery on Chronic Headaches. *Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery*. 2017;33(3):178-81.
136. Kim D, Son D, Kim M, Harijan A, Yang S, Lee S. Does upper blepharoplasty affect frontalis tonicity? *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2015;68(5):638-44.
137. Gracitelli CP, Osaki TH, Hirai FE, Yabumoto C, Viana GA, Osaki MH. Assessment of self-esteem and psychological aspects in patients undergoing upper blepharoplasty. *Revista Brasileira de Oftalmologia*. 2017;76(6):280-4.
138. Gilson BS, Gilson JS, Bergner M, Bobbit R, Kressel S, Pollard WE, et al. The sickness impact profile. Development of an outcome measure of health care. *American Journal of Public Health*. 1975;65(12):1304-10.

139. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Social Science & Medicine Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*. 1981;15(3):221-9.
140. EuroQol G. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 1990;16(3):199.
141. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*. 1992;473-83.



8. EKLER

2.15. Ek-1 Etik Kurul Kararı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Dermatoşalazis tanısı ile yapılan üst kapak blefaroplasti cerrahisinin hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisi" 2017-013
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

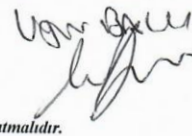
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B.Ü. ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	Varlık Mah. Kazım Karabekir Cad. Muratpaşa /ANTALYA
	TELEFON	0242 2494400 - 4217
	FAKS	
	E-POSTA	etik.kurul.07@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr. Deniz TURGUT ÇOBAN			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Göz Hastalıkları			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
DESTEKLEYİCİ				
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
	FAZ 2	☐		
	FAZ 3	☐		
	FAZ 4	☐		
	Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
	İlaç dışı klinik araştırma	☐		
	Diğer ise belirtiniz: Yöntem karşılaştırma çalışması			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
RİLENDİGİ	Belge Adı		Açıklama			

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Uzm.Dr.Özlem GİRAY
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		"Dermatoşalazis tanısı ile yapılan üst kapak blefaroplasti cerrahisinin hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisi" 2017-013	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU			
KARAR BİLGİLERİ	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	☐	
Karar No:1/12		Tarih: 05/01/2017	
Çalışmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Uzm.Dr.Özlem GİRAY

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki	Katılım *	İmza
Uzm.Dr. Özlem GİRAY	Tıbbi Farmakoloji	S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Özkan KÖSE	Ortopedi	S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Esin YILMAZ	Tıbbi Biyokimya	S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Osman Zekai ÖNER	Genel Cerrahi	S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Aysel DERBENT UYSAL	Kadın Doğum	S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Uz.Dr.Belkis KOÇTEKİN	Fizyoloji	S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.A.Metin SARIKAYA	Nefroloji	S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	KATILMADI
Sos.Hiz.Uz.Ayten KAYA KILIÇ	Sosyal Hizmetler	S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Uzm.Dr. İshak Abdurrahman IŞIK	Çocuk Gastroenteroloji	S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Uz.Dr.Hülya KARAKILINÇ	Halk Sağlığı	Antalya İl Sağlık Müdürlüğü	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr.Ecz. Özlem BATU	Eczacı	Serbest Eczacı	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Av. Mehmet ORAKÇI	Hukuk	Antalya İl Sağlık Müdürlüğü	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

* Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Uzm.Dr.Özlem GİRAY
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

2.16. Ek-2 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF)

Sahip olduğunuz “dermatoşalazis” hastalığı ile ilgili olarak, yapılan cerrahinin hastaların yaşam kalitesine etkisini belirlemek üzere “Dermatoşalazis tanısı ile yapılan üst kapak blefaroplasti cerrahisinin anksiyete seviyesi ve yaşam kalitesi üzerine etkisi” isimli bir çalışma yapılmaktadır. Bu amaçla üst kapak blefaroplasti cerrahisi önerilen hastalarımıza cerrahi öncesinde ve cerrahi sonrası 2.ayda anketler uygulanması planlanmaktadır. Sizlerden cerrahi öncesinde anksiyete seviyenizi ve görme ile ilişkili yaşam kalitenizi belirleyen anketler doldurmanız talep edilecek ayrıca cerrahi sonrası ikinci ayda yapılan kontrol muayenesi sırasında bu anketleri yeniden doldurmanız istenecek ve ek olarak geçirmiş olduğunuz cerrahi ile ilgili memnuniyetinizi belirleyen bir anket daha verilecektir.

Araştırmaya katılım isteğe bağlıdır ve istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz.

İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin orijinal tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişimleri bulunabilir, ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır, yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız. İlgili mevzuat gereğince kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Araştırma sırasında Dr. Uğur BALCI’ ya 24 saat ulaşabileceğiniz iletişim numarası: 05556985984

Gönüllünün Adı Soyadı:

Adresi:

Tarih:

İmza:

Veli veya vasiinin adı soyadı:

Adresi:

Telefon ve faks:

Tarih:

İmza:

Araştırmacının Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Rıza Alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin:

Adı Soyadı:

Görevi:

Tarih:

İmza:

2.17. Ek-3. NEI-VFQ 25/TR

National Eye Institute
Visual Functioning Questionnaire – 25
Türkçeleştirilmiş Şekli
(VFQ-25/TR)

sürüm 2000

(KİŞİNİN KENDİSİNİN DOLDURDUĞU
BİÇİMİ)

Ahmet Barış Toprak¹, Erhan Eser², Cenap Guler¹, Fatma Esin Başer¹, Hüseyin Mayalı¹
Haziran 2004

¹ Celal Bayar Üniversitesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

² Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

RAND hereby grants permission to use the "National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire 25 (VFQ-25) July 1996, in accordance with the following conditions which shall be assumed by all to have been agreed to as a consequence of accepting and using this document:

1. Changes to the NEI VFQ-25 - July 1996 may be made without the written permission of RAND. However, all such changes shall be clearly identified as having been made by the recipient.
2. The user of this NEI VFQ-25 - July 1996 accepts full responsibility, and agrees to hold RAND harmless, for the accuracy of any translations of the NEI VFQ-25 Test Version - July 1996 into another language and for any errors, omissions, misinterpretations, or consequences thereof.
3. The user of this NEI VFQ-25 - July 1996 accepts full responsibility, and agrees to hold RAND harmless, for any consequences resulting from the use of the NEI VFQ-25.
4. The user of the NEI VFQ-25 - July 1996 will provide a credit line when printing and distributing this document or in publications of results or analyses based on this instrument acknowledging that it was developed at RAND under the sponsorship of the National Eye Institute.
5. No further written permission is needed for use of this NEI VFQ-25 - July 1996. 7/29/96

© R 1996

Aşağıdaki anket, görme sorunlarınız veya görme durumunuz ile ilgili duygularınız hakkında bazı sorular içermektedir. Her bir soru için, lütfen durumunuzu en iyi tarif eden cevabı seçiniz.

Lütfen, bütün soruları, eğer varsa gözlüğünüzü veya kontak lenslerinizi takıyormuş gibi cevaplayınız...

Her bir soruyu cevaplamak için istediğiniz kadar zaman kullanabilirsiniz. Vereceğiniz bütün cevaplar gizli kalacaktır. Bu anketin, görme sorunları ve bu sorunların yaşam kalitenizi nasıl etkilediği hakkındaki bilgilerimizi arttırması için cevaplarınız mümkün olduğunca kesin olmalıdır. Eğer gözlük ya da kontak lens kullanıyorsanız, sorulara sanki onları takıyormuşsunuz gibi cevap vermeyi lütfen unutmayınız.

YÖNERGE

1. Genellikle, bu anketi kişilerin kendi kendilerine doldurmaya çalışmasını isteriz. Eğer yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünürseniz, size bu anketi veren araştırma görevlilerine soru sormaktan lütfen çekinmeyiniz, onlar size yardımcı olacaktır.
2. Size uygun olmadığı için cevaplamadan geçmeniz istenen sorular dışındaki tüm sorulara cevap veriniz.
3. Soruları, uygun sayıyı daire içine alarak cevaplayınız
4. Eğer bir soruya nasıl cevap vereceğinizden emin değilseniz, lütfen, verebileceğiniz en iyi cevabı veriniz ve cevapların solundaki boşluğa düşüncenizi yazınız.
5. Lütfen soruları burayı terk etmeden tamamlayınız ve araştırma görevlisine teslim ediniz. Eve götürmeyiniz.
6. Eğer herhangi bir sorunuz varsa, lütfen araştırma görevlilerine sormaktan çekinmeyiniz, size seve seve yardım edeceklerdir.

GİZLİLİK SÖZÜ

Bu anketi tamamlayan herhangi bir kişinin tanınmasına imkan sağlayabilecek bilgiler kesinlikle gizli olarak kabul edilecektir. Bu tip kişisel bilgiler yalnızca bu araştırma için kullanılacak ve yasaların gerektirdiği durumlar dışında, öncesinde izin alınmadan, başka herhangi bir amaç için açıklanmayacak ya da açığa vurulmayacaktır.

25 Sorulu Görme İşlevi Anketi

1. BÖLÜM - GENEL SAĞLIK VE GÖRME

1. Genel olarak, tüm sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

(Birini daire içine alın)

- Mükemmel..... 1
Çok iyi..... 2
İyi..... 3
Orta..... 4
Kötü..... 5

2. Şu anda her iki gözünüzle baktığınızda, eğer kullanıyorsanız gözlük ya da kontakt lenslerinizle de olsa, görmenizin, mükemmel, iyi, orta, kötü, veya çok kötü olduğunu mu söylersiniz yoksa tamamen kör müsünüz?

(Birini daire içine alın)

- Mükemmel..... 1
İyi 2
Orta3
Kötü.....4
Çok kötü 5
Tamamen Kör.....6

3. Ne sıklıkla görmeniz ile ilgili endişe duyuyorsunuz?

(Birini daire içine alın)

- Hiç bir zaman..... 1
Nadiren..... 2
Bazen..... 3
Çoğu zaman..... 4
Her zaman?..... 5

4. Gözünüzde ve çevresinde ne kadar ağrı ya da rahatsızlık hissi,
örneğin yanma, kaşıntı, veya sızlama oluyor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç..... 1
Hafif. 2
Orta. 3
Şiddetli. 4
Çok şiddetli..... 5

2. BÖLÜM - FAALİYETLERLE İLGİLİ ZORLUKLAR

Bundan sonraki sorular, belirli faaliyetleri yaparken, eğer varsa gözlük ya da kontakt lenslerinizi takıyor olsanız da, ne kadar zorluk çektiğinizle ilgilidir.

5. Başlıklar dışındaki gazete yazılarını okumak sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor. 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme
dışındaki başka
nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

6. Yemek pişirme, dikiş dikme, evdeki tamirat işleri ya da el aletlerini kullanma gibi yakından iyi görmenizi gerektirecek işleri veya boş zaman uğraşlarınızı yapmak sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme
dışındaki başka
nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

7. Görmeniz nedeniyle, kalabalık bir raftan aradığınız bir şeyi bulmak sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme
dışındaki başka
nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

8. Sokak isimlerini ya da mağaza tabelalarını okumak sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme
dışındaki başka
nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

9. Görmeniz nedeniyle los ısıhta ya da geceleri , basamak, merdiven veya kaldırımlardan aşağı inmek sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım5
Bunu yapmayı görme
dışındaki başka
nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum6

10. Görmeniz nedeniyle, yürürken çevrenizdeki şeyleri fark etmek sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım5
Bunu yapmayı görme
dışındaki başka
nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum6

11. Görmeniz nedeniyle, söylediğiniz sözlere insanların nasıl tepki verdiklerini görebilmek sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım5
Bunu yapmayı görme
dışındaki başka
nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum6

12. Görmeniz nedeniyle, kendi giysilerinizi seçmek ve birbirine uydurmak, sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor.3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım5
Bunu yapmayı görme
dışındaki başka
nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum6

13. Görmeniz nedeniyle, insanlarla evlerinde, arkadaş toplantılarında ya da lokantada görüşmek, sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor.3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım5
Bunu yapmayı görme
dışındaki başka
nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum6

14. Görmeniz nedeniyle, sinema, tiyatro ya da spor karşılaşmalarını seyreteyme gitmek, sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor.3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım5
Bunu yapmayı görme
dışındaki başka
nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum6

15. **Şu anda**, arada bir de olsa hiç araba kullanıyor musunuz?

(Birini daire içine alın)

Evet 1

Soru 15c'ye gidiniz

Hayır2

15a. **EĞER HAYIR İSE: Hiç mi araba kullanmadınız yoksa araba kullanmayı mi bıraktınız?**

(Birini daire içine alın)

Hiç kullanmadım 1

3. Bölüm, 17. Soruya
gidiniz

Bıraktım 2

15b. **EĞER ARABA KULLANMAYI BIRAKTIYSANIZ: Bıraktığınız, temelde görmenize mi, başka nedenlere mi yoksa hem görmenize hem başka nedenlere mi bağlıydı?**

(Birini daire içine alın)

Temelde görmeme bağlı 1

3. Bölüm, 17. Soruya
gidiniz

Temelde başka
nedenlere bağlı 2

3. Bölüm, 17. Soruya
gidiniz

Hem görme hem
başka nedenlere bağlı 3

3. Bölüm, 17. Soruya
gidiniz

15c. **EĞER ŞU ANDA ARABA KULLANIYORSANIZ: Alıştığınız yerlerde gündüz araba kullanmak sizin için ne kadar zor?**

(Birini daire içine alın)

Hiç zor değil 1

Biraz zor 2

Orta derecede zor3

Çok zor 4

16. Geceleri araba kullanmak sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
- Biraz zor 2
- Orta derecede zor.3
- Çok zor 4
- Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım5
- Bunu yapmayı görme
dışındaki başka
nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum6

16a. Zor durumlarda, örneğin, kötü hava koşullarında, yoğun saatlerde, otoyolda ya da şehir içi trafiğinde araba kullanmak sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
- Biraz zor 2
- Orta derecede zor.3
- Çok zor 4
- Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım5
- Bunu yapmayı görme
dışındaki başka
nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum6

3. BÖLÜM - GÖRME SORUNLARININ SONUÇLARI

Aşağıdaki sorular, yaptığınız şeylerin görmenizden nasıl etkilenmiş olabileceği hakkındadır. Her bir durumun, sizin için, her zaman, çoğu zaman, bazen, nadiren, veya hiçbir zaman doğru olup olmadığını gösteren sayıyı daire içine alınız.

(Her bir soru için yalnızca bir sayıyı daire içine alın)

	Her zaman	Çoğu zaman	Hiçbir	Bazen	Nadiren zaman
17. Görmeniz nedeniyle, <u>hedeflediğinizden daha azını mı başarıyorsunuz?</u>	1	2	3	4	5
18. Görmeniz nedeniyle iş ya da başka etkinlik için harcayabileceğiniz süre <u>daha mı az?</u>	1	2	3	4	5
19. <u>Gözlerinizde</u> veya <u>cevresindeki</u> ağrı ya da rahatsızlık hissi, örneğin, yanma, kaşınma, veya ağrı, sizi yapmak istediğinizden, ne kadar alıkoyuyor?.....	1	2	3	4	5

Aşağıdaki her bir ifadenin sizin için, kesinlikle doğru, çoğunlukla doğru, çoğunlukla yanlış veya kesinlikle yanlış mı olduğunu ya da kararsız kaldığınızı gösteren sayıyı daire içine alınız.

(Her bir soru için yalnızca bir sayıyı daire içine alın)

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Kararsızım	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
20. Görmem nedeniyle, <u>çoğu</u> <u>zaman evden dışarı</u> <u>çıkamıyorum</u>	1	2	3	4	5
21. Görmem nedeniyle, çoğu zaman kendimi <u>sinirli</u> hissediyorum...	1	2	3	4	5
22. Görmem nedeniyle, yaptığım işlere <u>daha</u> <u>az hakim olabiliyorum</u> ...	1	2	3	4	5
23. Görmem nedeniyle, <u>baska</u> <u>insanların</u> <u>söylediklerine</u> <u>daha fazla</u> <u>bel</u> <u>bağlamak</u> <u>zorundayım</u>	1	2	3	4	5
24. Görmem nedeniyle, başkalarının <u>yardımına çok</u> <u>fazla</u> <u>ihtiyaç duyuyorum</u>	1	2	3	4	5
25. Görmem nedeniyle, <u>kendimi</u> <u>ya da</u> <u>baskalarını</u> <u>utandıracak şeyler</u> <u>yapmaktan</u> endişe duyuyorum....	1	2	3	4	5

Seçmeli İlave Sorular Eki

ALT-ÖLÇEK: GENEL SAĞLIK

- A1. Sıfırın ölüm kadar kötü ve 10'nun mümkün olan en iyi sağlık durumu olduğu bir ölçekte genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

(Birini daire içine alın)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
En Kötü En İyi

ALT-ÖLÇEK: GENEL GÖRME

- A2. Sıfırın, körlük ya da körlük kadar, olabilecek en kötü görme, ve 10'nun mümkün olan en iyi görme anlamına geldiği bir ölçekte, görmenizi nasıl değerlendirirsiniz (eğer kullanıyorsanız, gözlük ya da kontak lenslerinizle)?

(Birini daire içine alın)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
En Kötü En İyi

ALT-ÖLÇEK: YAKIN GÖRME

- A3. Gözlüklerinizle telefon rehberini, ilaç şisesi üzerindeki ya da resmi evraklardaki küçük yazıları okumak sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

Hiç zor değil 1

Biraz zor 2

Orta derecede zor 3

Çok zor 4

Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5

Bunu yapmayı görme
dışındaki başka
nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

A4. Görmeniz nedeniyle, aldığınız fiş veya faturaların doğruluğunu anlamak sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
- Biraz zor 2
- Orta derecede zor.....3
- Çok zor 4
- Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım5
- Bunu yapmayı görme
dışındaki başka
nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum6

A5. Görmeniz nedeniyle, tras olma, saçınıza şekil verme, veya makya yapma gibi işleri yapmak sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil1
- Biraz zor 2
- Orta derecede zor.....3
- Çok zor 4
- Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım5
- Bunu yapmayı görme
dışındaki başka
nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum6

ALT ÖLÇEK: UZAK GÖRME

A6. Görmeniz nedeniyle tanıdığınız kişileri bir odanın karşı tarafındayken seçmek sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
- Biraz zor 2
- Orta derecede zor.....3
- Çok zor 4
- Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım5
- Bunu yapmayı görme
dışındaki başka
nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum6

- A7. Görmeniz nedeniyle, yapmaktan hoşlandığınız aktif sporları, veya diğer açık hava etkinliklerini yapmak (hafif koşu, yürüyüş, futbol oynamak, bisiklete binmek gibi) sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme
dışındaki başka
nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

- A8. Görmeniz nedeniyle, televizyon programlarını keyif alarak seyretmek sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme
dışındaki başka
nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

ALT-ÖLÇEK: SOSYAL FONKSİYON

- A9. Görmeniz nedeniyle, evinizde ailenizi ve arkadaşlarınızı ağırlamak sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme
dışındaki başka
nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

ALT-ÖLÇEK: ARABA KULLANMA

A10. [Bu madde, “zor durumlarda araba kullanma”, madde 16a olarak, 25 soruluk temel serinin bir parçası olarak dahil edilmiştir.]

ALT-ÖLÇEK: ROL KISITLANMASI

A11. Aşağıdaki sorular, görmenize bağlı olarak yapabileceğiniz şeylerle ilgilidir. Her bir durumun sizin için, çoğunlukla, bazen, nadiren ya da hiçbir zaman, doğru olup olmadığını gösteren sayıyı işaretleyiniz.

(Her bir soru için yalnızca bir sayıyı daire içine alın)

	Her zaman	Çoğunlukla	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
a. Görmeniz nedeniyle, başkalarından <u>daha fazla mı yardım alıyorsunuz?</u>	1	2	3	4	5
.....	1	2	3	4	5
b. Görmeniz nedeniyle, yapabileceğiniz işlerin çeşitleri <u>azalıyor mu?</u> ...					

ALT ÖLÇEKLER: ESENLIK/SIKINTI (#A12) ve BAGIMLILIK (#A13)

Bundan sonraki sorular görme durumunuzla nasıl başa çıktığınızla ilgilidir. Aşağıdaki her bir ifadenin sizin için, kesinlikle doğru, çoğunlukla doğru, çoğunlukla yanlış ya da kesinlikle yanlış mı olduğunu ya da kararsız kaldığınızı gösteren sayıyı daire içine alınız.

(Her bir soru için yalnızca bir sayıyı daire içine alın)

			Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Kararsızım	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
A12.	Görmem nedeniyle , sıklıkla aşırı <u>huzursuzum</u>	1	2	3	4	5	
A13.	Görmem nedeniyle , <u>evimden dışarı yalnız basıma çıkamıyorum.....</u>	1	2	3	4	5	

2.18. Ek-4. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

2.19. Ek-5. Glasgow Yarar Envanteri - Blefaroplasti

GBI – Glasgow Yarar Envanteri

Göz kapağı ameliyatı yaşamınızı ne şekilde etkiledi?

1. Göz kapağı ameliyatının sonuçları yapmakta olduğunuz faaliyetleri etkiledi mi?

Daha kötü yönde	Biraz veya bir dereceye kadar daha kötü yönde	Daha kötüye gidiş yok	Biraz veya bir derece daha iyi yönde	Çok daha iyi yönde

2. Göz kapağı ameliyatının sonuçları genel yaşamınızı daha iyi mi yoksa daha kötü hale mi getirdi?

Daha iyi	Biraz veya bir dereceye kadar daha iyi	Herhangi bir değişiklik yok	Biraz veya bir dereceye kadar daha kötü	Daha kötü

3. Göz kapağı ameliyatından sonra gelecekteki yaşantınız için daha fazla mı yoksa daha az mı iyimser beklentiler içindesiniz?

Çok daha iyimserim	Daha iyimserim	Herhangi bir değişiklik yok	Daha az iyimserim	Çok daha az iyimserim

4. Göz kapağı ameliyatından sonra topluluk içinde daha az mı yoksa daha fazla mı sıkılganlık hissediyorsunuz?

Çok daha fazla sıkılganım	Daha fazla sıkılganım	Herhangi bir değişiklik yok	Daha az sıkılganım	Çok daha az sıkılganım

5. Göz kapağı ameliyatından sonra kendinize güveniniz daha fazla mı yoksa daha az mı?

Kendime olan güvenim çok daha fazla	Kendime olan güvenim daha fazla	Herhangi bir değişiklik yok	Kendime olan güvenim daha az	Kendime olan güvenim çok daha az

6. Göz kapağı ameliyatından sonra çevrenizdeki insanlarla zaman geçirmek daha kolay mı yoksa daha zor mu?

Çok daha kolay	Daha kolay	Herhangi bir değişiklik yok	Daha zor	Çok daha zor

7. Göz kapağı ameliyatından sonra arkadaşlarınızın size olan desteği daha fazla mı yoksa daha az mı?

Çok daha fazla	Daha fazla	Herhangi bir değişiklik yok	Daha az	Çok daha az

8. Göz kapağı ameliyatından sonra herhangi bir nedenden dolayı doktora daha sık mı yoksa daha seyrek mi gidiyorsunuz?

Çok daha sık	Daha sık	Herhangi bir değişiklik yok	Daha seyrek	Çok daha seyrek

9. Göz kapağı ameliyatından sonra karşılaştığınız iş imkanları için kendinize olan güveniniz daha fazla mı yoksa daha az mı?

Çok daha fazla güvenim var	Daha fazla güvenim var	Herhangi bir değişiklik yok	Daha az güvenim var	Çok daha az güvenim var

10. Göz kapağı ameliyatından sonra kendinize olan şüphemiz daha fazla mı yoksa daha az mı?

Çok daha fazla şüpheliyim	Daha fazla şüpheliyim	Herhangi bir değişiklik yok	Daha az şüpheliyim	Çok daha az şüpheliyim

11. Göz kapağı ameliyatından sonra sizi gerçekten önemseyen kişi sayısı daha az mı yoksa daha fazla mı?

Çok daha fazla kişi	Daha fazla kişi	Herhangi bir değişiklik yok	Daha az kişi	Çok daha az kişi

12. Göz kapağı ameliyatından sonra soğuk algınlığı ve grip gibi hastalıklara yakalanma oranınız daha fazla mı yoksa daha az mı?

Çok daha sık	Daha sık	Herhangi bir değişiklik yok	Daha az	Çok daha az

13. Göz kapağı ameliyatından sonra herhangi bir nedenden dolayı daha fazla mı yoksa daha az mı ilaç kullanıyorsunuz?

Çok daha fazla ilaç kullanıyorum	Daha fazla ilaç kullanıyorum	Herhangi bir değişiklik yok	Da az ilaç kullanıyorum	Çok daha az ilaç kullanıyorum

14. Kapak cerrahisi geçirdiğinizden beri kendinizi daha iyi mi yoksa daha kötü mü hissediyorsunuz?

Çok daha iyi	Daha iyi	Herhangi bir değişiklik yok	Daha kötü	Çok daha kötü

15. Göz kapağı ameliyatından sonra ailenizin size olan desteğinin daha mı az yoksa daha mı fazla olduğunu düşünüyorsunuz?

Çok daha fazla	Daha fazla	Herhangi bir değişiklik yok	Daha az destek	Çok daha az

16. Göz kapağı ameliyatından sonra göz probleminiz hakkında daha fazla mı yoksa daha az mı tatminkarsınız?

Çok daha az tatminkarım	Daha az tatminkarım	Herhangi bir değişiklik yok	Daha az tatminkarım	Çok daha az tatminkarım

17. Göz kapağı ameliyatından sonra sosyal aktivitelere katılımınız daha fazla mı yoksa daha az mı?

Çok daha fazla	Daha fazla	Herhangi bir değişiklik yok	Daha az	Çok daha az

18. Göz kapağı ameliyatından sonra kendinizi sosyal ortamlardan daha az mı yoksa daha fazla mı çekiniyorsunuz?

Çok daha fazla çekiniyorum	Daha fazla çekiniyorum	Herhangi bir değişiklik yok	Daha az çekiniyorum	Çok daha az çekiniyorum

V2.0

