

Директно затворање

Директно затворање користиме кај дефекти на капациите по пентагонални ексцизии со полна дебелина. Границите на капациите мора прецизно да се израмнат. Ова се постигнува со поставување на една сутура на сивата линија и втора сутура на линијата на трепките. Се шие во два слоја. Сутурата на тарзалната плоча обезбедува тензиона сила. Треба да се внимава да не се остават конци на конјунктивалната површина, затоа што може да ја оштетат корнеата. Кожата и орбикуларниот мускул се шијат заедно во вториот слој.

Кантолиза

Се сече латералната или медијалната кантална тетива со цел да се обезбеди послободно преместување на фрагментот на капакот кој е на конјунктивалната или кожната петелка, кон латерално или медијално. Се користи кај дефекти поголеми од една третина на очниот капак, каде што не е можна самостојна директна сутура. Може да се искористи и кај ротационата резенка според Мустард, за да се премести преостанатиот фрагмент на тарзусот и конјунктивата кон прекорнеалната позиција.

Слободни кожни трансплантати

Трансплантати со делумна дебелина ретко се употребуваат за реконструирање на капациите заради тенденцијата на собирање што не дава добра форма во покривањето во овој регион. Ги користиме за покривање на екстензивни дефекти на веѓата, слепоочницата или образот.

Трансплантати со полна дебелина се корисни за репарирање на екстрамаргиналените рани како и за обезбедување реконструкција на долниот капак со полна дебелина, каде се употребува заедно со слободен мукозен графт (Mehta, 1977) или со тарзоконјунктивални флепови (Holstrom, 1975). Трансплантација на кожа со полна дебелина може да се употреби кај голем број тумори на капациите и периорбиталната регија. За фиксирање на трансплантатот со полна

дебелина ја користиме техниката на Мехта. Кај оваа техника се користи централна и парацентрална сутура, што дозволува пациентите да имаат полна активност веднаш после операцијата, а ваквите овие операции може да се извршат како дневни случаи. Најдобро донорно место за земање на трасплантат е кожата од другиот капак. Алтернативни донорни места се постаурикуларната кожа, кожата од супраклавикуларната јама или кожата од внатрешната страна на надлактицата.

Глабеларна резенка

Оваа процедура ја користиме кај пациенти со дефект на медијалниот кантус и нагласени брчки на челото. Резенката во основа е ротациона, но е модифицирана со цел да се постават лузните во правец на природните брчки на челото. Резенката ја прицврстуваме за медијалната кантална тетива или периостеумот за да обезбедиме контури на регијата. Затвораме во 2 слоја, супкутано, со апсорптивен конец за да може рано да ги извадиме кожните конци.

Ротациона резенка според Мустард

Се подига семициркуларната кожна резенка од латералниот кантус кон предниот дел на увото. Резенката се ротира за да се надомести латералниот дел на капакот. Задната ламела се надоместува со слободен мукозен графт или 'рскавичен графт од септумот на носот. Овој метод е корисен за реконструирање на големите дефекти на долниот капак.

Модифицирана резенка според Тензел

Оваа процедура ја користиме за зголемување на латералната кантолиза на долниот капак со цел да се обезбеди повеќе кожа за предната ламеларна реконструкција. Се прави инцизија нагоре низ кожата и орбикуларниот мускул од надворешниот кантус кон латерално. Ова овозможува хоризонтална мобилност на резенката која се состои од кожа, мускул и тарзална плоча.

РЕЗУЛТАТИ

Од сите 54 лезии кои беа дадени на патохистолошки преглед, 36 беа малигни. Кај 3 случаи