

하안검 퇴축 교정술 치험례

조 인 창

반도아이성형외과

With the average life expectancy increasing and a larger percent of the population aging, more patients of an older demographics are undergoing periocular facial rejuvenation procedures. One of the most common procedures performed for periocular rejuvenation is the lower lid blepharoplasty. As interest in this type of surgery increases however, we are seeing more complications associated with this procedure. One of the most common and challenging postoperative complication after this procedure is lower lid retraction. The degree of lower lid retraction can present in a varying range from lateral canthal rounding and scleral show to cicatricial ectropion. Causes of lower eyelid retraction seem to be multifactorial and there are a variety of surgical approaches for correction of lower eyelid retraction. According to the cause and degree of lower lid retraction, the author must incorporate a customized approach for each deformity. In this study, 33 patients had corrective surgery to treat lower eyelid retraction between July 2004 and June 2006. Of these, only one patient presented for primary correction all others were secondary cases. Techniques used to correct lower lid retraction included a midface lift, a lateral canthopexy or canthoplasty, an oculi muscle suspension, or a spacer graft. There was noted improvement in all cases performed, however a mild degree of recurrence was noted in 6 cases. To effectively correct lower lid retraction, the surgeon must have a sound understanding of the anatomy of the lower eyelid. Technically, key essential fundamentals to correcting lower lid retraction include: knowledge of elevating the mid face, anchoring the lateral canthal tendon securely, and proper insertion of the spacer graft. This article presents multiple techniques to correct significant postsurgical lower lid malposition without the use of skin grafts.

Key Words: Lower eyelid retraction, Scleral show, Midface lift

Treatment of Lower Eyelid Retraction

In Chang Cho, M.D.

Bando-eye Aesthetic Clinic, Seoul, Korea

Address Correspondence : In Chang Cho, M.D.,
Bando-eye Aesthetic Clinic, 821-1 Is Tower,
Yogsam-dong, Gangnam-gu, Seoul 135-080,
Korea.

Tel: 02) 535-9000 / Fax: 02) 567-5874 /

E-mail: bando9000@hotmail.com

* 본 논문은 2007년 제 4차 눈성형연구회
학술대회에서 구연 발표되었음.

I. 서 론

하안검 성형술이 단순히 늘어진 피부의 일부를 잘라 내고, 불룩하게 밀고 나오는 지방을 제거하는 것이 전부인 것으로 인식되던 시기도 있었다. 그러나 시대가 지남에 따라 수술효과를 최대화하고 합병증을 최소화 하기 위하여 환자 개개인의 특성에 따른 맞춤형의 수술을 통한 다양한 전략적인 접근법이 필요하게 되었

다. 현대에 이르러 평균 수명이 증가하면서 수술을 받고자 하는 사람들의 연령 또한 증가하고 있으며 여러 가지 면에서 수술하기에 어려운 남자의 성형수술이 보편화되고 있는 추세와 더불어 전반적인 의학의 발전에 대한 기대치가 상승함에 따라 그 기대치에 부응하려는 의사들의 압박감이 크게 작용하는 등 여러 가지 요인에 의해 하안검 수술 후 합병증 발생빈도도 증가하는 경향이 여겨진다.

하안검 성형수술 후 흔하면서도 심각한 합병증으로 하안검 퇴축을 들 수 있다. 이는 하안검의 하향편위(lower eyelid malposition)를 일컫는 것으로 lateral canthal rounding, 공막징(scleral show) 및 반흔구축성 외반증(cicatricial ectropion)을 망라하여 말한다.

하안검 퇴축을 교정하기 위하여 많은 술기들이 행해지고 있다. 경미한 경우엔 외안각 성형술, 검판 현수법(tarsal strip procedure 등), 썩기형 절제법 등을 시행되며, 중증도 일 경우엔 반흔구축을 분리하고 외안각 성형술을, 심한 경우엔 중간층 격막과, 후방층의 반흔구축을 풀고 이 부위의 연장과 지지를 위한 공간이식(spacer graft)이 실시된다. 퇴축 교정술은 미적인 문제뿐만 아니라 기능적으로도 매우 중요하다. 교정수술은 환자의 다양한 상태에 따라서 다양한 방법으로 실시하였으며 방법과 결과에 대한 경험을 보고하고자 한다.

II. 재료 및 방법

가. 대상

2005년 11월부터 2007년 6월까지 33명의 안검퇴축 환자를 대상으로 교정술을 실시하였으며, 이 중 남자 8명, 여자 25명이었고 이들의 나이는 20대 3명, 30대 3명을 제외하고는 모두 40대 이상이였다. 20대 환자 3명은 과거 선천성 안검 내반증 교정수술 후 발생한 공막징이었으며 31세 환자는 안구돌출 환자로서 지방제거 수술 후 발생된 공막징과 외반증, 안검분리증(separation)이 복합적으로 발생한 환자였다. 나머지 30대 2명은 교통사고 후 생긴 외반증과 공막징 환자였다. 이 중 수술받은 적이 없는 일차 퇴축 환자는 1명이었고 나머지는 모두 하안검 수술에 의한 이차 퇴축 환자였다. 수술받지 않은 50대 여자 환자는 고등학교 시절부터 공막징이 나타났다고 하였다. 퇴축정도는 대부분이 1-2 mm 정도의 교정이 필요한 경우였으며 2명의 남자와 1명의 여자 환자에서 3 mm 이상이였다. 모든 경우에서 외안각 교정술과 안륜근 거상술 및 중간면 거상술을 시행하였으며, 심한 경우엔 골막하 박리(subperiosteal dissection)를, 경한 경우엔 골막상 박리(supraperiosteal dissection)를 실시하였다. 1례를 제외하고는 모든 경우에서 외안각 성형술을 실시하였고, 전례에서 안륜근 외측 거상 고정술(oculi muscle suspension)과 전검판 보완술(pretarsal fullness)을 실시하였고 15례에서 후방층에 공간이식(spacer graft)으로 알로덤을 이식하였다.

나. 수술방법

수술방법은 피부절개 및 전 격막박리 단계와 중간면 거상(midface lifting) 단계, 외안각건 고정술(lateral canthoplasty), 안륜근 외측 거상고정술(oculi muscle suspension), 이식편(spacer graft), 피부절제 및 봉합, 수술 후 처치 과정으로 나누어 기술하고자 한다(Fig. 1).

1) 피부절개, 피하 및 근육하 박리

하안검의 속눈썹 2 mm 아래 피부절개선을 통해 처음엔 피하박리를 외측은 10 - 15 mm 정도로 하고 내측으로는 보다 좁게 한 다음 검판 전 안륜근(pretarsal oculi muscle)은 그대로 두고 전격막 안륜근(preseptal oculi muscle)에 피부절개선에서 약 5 mm 하방에서 안륜근에 절개를 가하고 근육하 박리(submuscular dissection)를 통해 안와하연(infra-orbital rim)까지 근피판을 거상하였다.

2) Cheek-midface lift(중안면 거상)

전방층(anterior lamella)를 거상하는 술기로 중안면(midface)를 위로 당겨 중앙이나 외측의 안와벽에 거는 방법으로 이것은 퇴축 환자에서 부족한 전방층을 보충할 뿐만 아니라 중안면의 처짐을 회복할 수 있었다. 안륜근과 SOOF가 함께 거상됨으로 하부의 꺼짐(inferior hollowness)을 교정하는 효과가 있다.

근육하 박리가 안와하연까지 도달하면 arcus marginalis를 분리한 다음 내측으로는 골막에 견고하게 붙어있는 안륜근을 확실히 박리하고 중앙이나 외측에서는 안륜근이 orbicularis retaining ligament에 의해 간접적으로 골

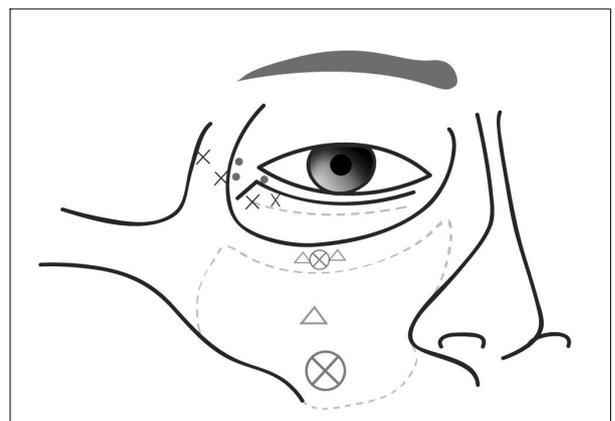


Fig. 1. Fixation points, upward vector. •-canthoplasty point. x-oculi muscle suspension point. Δ-oculi muscle and SOOF suspension. ⊗-Endotine fixation.

막에 연결되어 있으므로 이를 절개하면 하방으로 골막과 SOOF 사이가 쉽게 박리된다. 이 후 골막상 박리를 할 때는 골막위로 조직가위로 박리하고 골막하 박리할 때는 하안와연 아래 5 mm 하방에서 골막에 수평 절개선을 가하고 여기서부터 골막 아래로 박리를 시행하였다. 내측으로는 상순 거근(levator labii superioris) 아래로 박리하면서 비골부근에서 배모양 구멍(pyramidal aperture)까지, 외측으로는 관골안면신경(zygomatofacial nerve)을 보존하면서 대관골근(zygomaticus major muscle)까지 가면서 관골인대(malar retaining ligament)를 박리하나 대관골근(zygomatic major muscle)을 부착(insertion)부위에서 분리하지는 않았다. 아래로는 치조골(alveolar



Fig. 2. Subperiosteal dissection to the buccal sulcus.

bone)까지 박리하면서 때로는 입안 뺨고랑(buccal sulcus) 절개를 통해 골막하 박리를 하거나 입속에 손가락을 넣어 골막거상기와 입속의 손가락이 서로 닿을 때까지 골막을 박리한 다음 골막에 절개를 가하고 골막거상기(periosteal elevator)로 골막절개 부위가 아래위로 서로 잘 늘어지도록 위로 당겨주었다(Fig. 2).

그리고 안와지방은 일부 제거하거나 재배치를 격막 reset 방식으로 하는데 격막 아래 부분을 절개하고 안와지방과 격막을 동시에 코뺨 주름(nasojugal fold)쪽으로 보내어 지방재배치를 하여 눈물고랑(tear trough)을 교정하도록 하였다(Fig. 3).

고정봉합은 SOOF 거상고정, 안륜근 거상고정으로 나누어 볼 수 있는데 SOOF 거상고정은 안와연 부근의 중앙 또는 외측의 골막에 고정하였다. 중앙부근의 고정은 안와 안쪽에서 바깥쪽으로 골막을 바늘로 굽는 듯이 봉합하고 앞쪽으로는 하방에 있는 SOOF과 안륜근을 5-0 vicryl로 동시에 충분히 떠서 봉합하였다. 이때 외견상으로 약간 피부에 함몰이 생길 정도로 표면에 가깝게 하는 것이 피부거상에 효과적이다. 이때 약하게 피부함몰이 생길 수 있으나 차차 사라진다. 한번의 고정 봉합이 부족하다고 느껴지면 2번 또는 3번 고정하였다(Fig. 6).

3) 외안각건 고정술(canthal anchoring)

외측 검판 끝부분의 아래 부분과 여기에 붙어있는 일

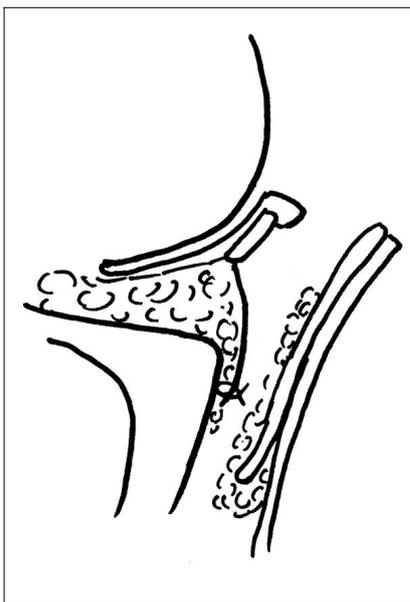


Fig. 3. Septal reset.

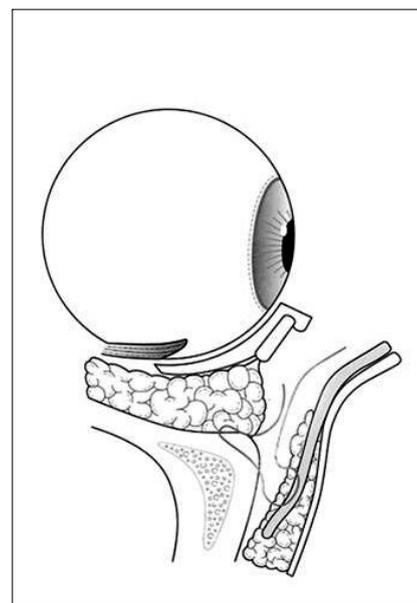


Fig. 4. Elevation of SOOF and oculi muscle.

부 건판전 안륜근(pretarsal oculi muscle)을 같이 안와연 3 - 4 mm 내측 골막에 고정하는 것을 표준으로 하고 고정할 검판과 안와연의 고정위치의 높이와 깊이, 고정하는 힘의 강도를 경우에 따라 적절히 조정했다. 안검 신전(distraction) 테스트 상 6 - 7 mm 이상으로 하안검이 심하게 늘어진 경우와 외반증(ectropion)이 심한 경우엔 수평 단축(horizontal shorting)을 위해 2 - 3 mm 정도의 하안검을 썬기형 절제(wedge excision)를 하였고 이때 하안검을 당겨주는 강도는 신연(distraction)되는 정도가 테스트 상 2 - 3 mm 정도 되게 하였다. 지나치게 긴장되게 당기면 안구함몰인 경우는 하안검연이 위로 올라가지만 보통의 경우는 하안검연이 아래로 내려가 공막징이 나타나는 수가 있기 때문이다.

또한 안구 돌출증(exophthalmos)이 있는 경우는 보다 상부에 연결하지만 지나치게 상부로 연결할 경우엔 눈꼬리가 올라가 보이는 것(slant eye)이 특히 동양인에게

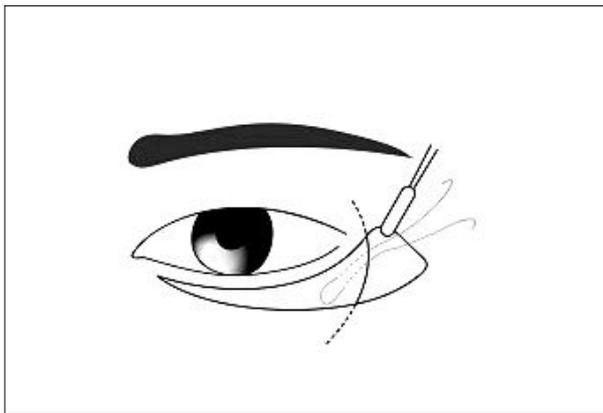


Fig. 5. Canthopexy ordinary: Lower tarsus with pretarsal oculi muscle suture to inner side of orbital periosteum.

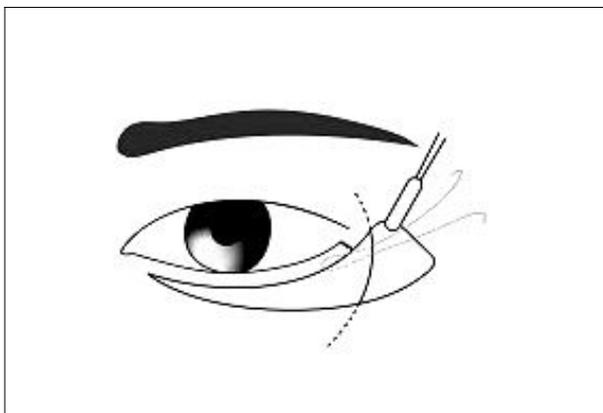


Fig. 6. Canthopexy in ectropion: Suture in higher tarsus and fixation in deeper side of orbital periosteum.

는 문제가 될 수 있으며, 안구가 함몰된 경우(deep set eye)에는 보다 내측 안와로 고정하지 않으면 하안검이 안구를 감싸지 못하고 서로 떨어지는(separation) 문제가 생길 수 있으므로 이를 신중히 조절하였다(Fig. 5). 안와 깊숙이 걸어주고자 하는 경우엔 double arm suture로 2번을 내측에서 바깥으로 통과하여 확실히 깊숙이 걸도록 하였다. 또한 고정할 검판의 위치도 보통은 검판의 중하부에 걸어 주었고 외반증이 있는 경우는 검판의 높은 위치에 걸어서 안와연에서 4 - 5 mm 깊은 곳에 걸어 상부가 내측으로 당겨 들어가도록 하여 검판의 외반된 각도를 내반쪽으로 돌릴 수 있었다.

수술 후 하안검이 약간 내려 올 것을 고려하여 안검하연이 각막을 1 - 2 mm 정도 가리게끔 하고 이를 얇은 상태에서 확인하였다.

4) 안륜근 견인 고정(orbicularis oculi suspension)

박리된 근피판에서 피하박리를 통해 안륜근을 아래 위로 분리한 후 적당한 긴장 상태에서 외측안륜근 피판을 안와골의 측면이나 심부측두근막(deep temporal fascia)에 거상 고정하고 또 다시 그 보다 바로 내측의 안륜근을 안와연에 견인 고정하여 안륜근이 두 번 고정되게 하였다. 이로서 중안면이 충분히 거상되는 효과가 나타나는 것을 확인하였다(Fig. 7).

5) Spacer 이식

먼저 반흔구축된 조직을 확실히 풀어 주어 하안검이 위로 잘 당겨지게 한 다음(Fig. 8), 결막까지 절개하여 아래눈꺼풀을 충분히 위로 올린 다음 그 빈 공간에 두꺼운 알로덤을 이식하였다. 알로덤은 자가조직이식의 경우보

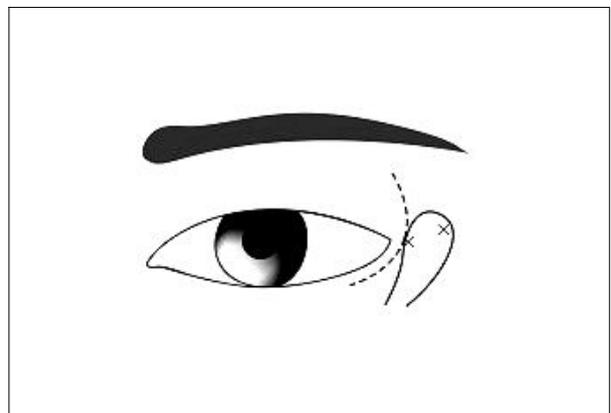


Fig. 7. Oculi muscle suspension fixation.

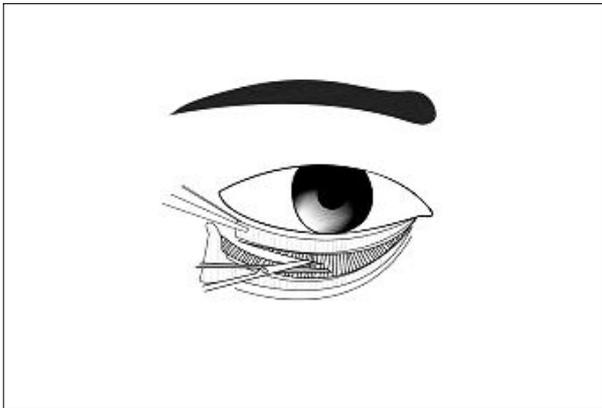


Fig. 8. Release of retractor contraction.



Fig. 10. Taping.

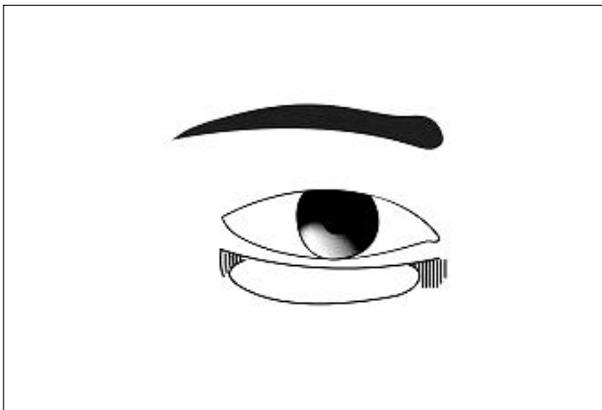


Fig. 9. Spacer graft.

다 외부조직이식은 수축이 많은 것을 고려하여 보다 6-8 mm 정도의 넓은 크기를 이식하고 6-0 vicryl로 매듭이 결막 쪽으로 가지 않게 봉합하였다(Fig. 9).

6) 피부절제 및 봉합과 검판전 함몰(pretarsal flatness or depression) 교정

피부절제는 보존적으로 하였다. 안륜근 절제는 보다 보존적으로 하여 여분이 있는 안륜근으로 검판전 함몰이나 편평함(pretarsal flatness)을 교정하였다. 검판전 함몰도 일종의 노화 현상으로 나이 들어 보이기도 하지만 인상이 다소 신경질적이고 배타적으로 보이기 때문이다. 봉합하기 전에 20배 희석된 트리암실노론을 상처에 뿌려준다. 이는 혈종으로 인한 수축을 감소시킬 뿐만 아니라 부종도 가라앉히고 반흔성 구축을 방지하는 효과가 있다. 피부봉합은 외측 부위에서 공간(dead space)이 없게 하고 피부봉합 시 피부가 외반 되도록 하여 함몰

흉이 안 생기도록 하였다.

7) Frost 봉합 혹은 검판 봉합술(tarsorrhaphy)

피부봉합 후 하안검을 눈썹위에 고정하기 위해 Frost 봉합이나 검판 봉합술을 시행하였다. 이는 수술 후 일어나기 쉬운 노출성 각막염을 예방하기 위한 효과도 있지만 수술 후 초기에 전방층(anterior lamellar)와 후방층(posterior lamellar)의 재배치(redraping) 과정에서 안검의 위치를 안정화시키는데 도와주는 역할을 한다. 때로는 Frost 봉합보다는 외측부분의 상하 부분검판 봉합술이 환자를 편하게 하여 주기 때문에 주로 실시하였다. 이때는 윗눈꺼풀이 아래눈꺼풀을 위에서 감싸도록 하였다. 이외에 microform이나 다른 접착제로 피부를 위로 당겨 주는 것으로 대신하기도 하였다(Fig. 10).

III. 결 과

환자의 만족도에 대해서는 직접 상담을 통하거나 수술 전후 사진의 비교를 후향적으로 연구를 진행하였다. 총 33례에서 수술 후 뚜렷한 호전되는 결과를 보였으며 7례에서 전보다는 호전되었으나 약간 미흡한 느낌이 있었고 그 중 4례에서 재수술을 실시하였으며 그 중 3례에서는 수술 후 이완된 외안각을 다시 견인 고정하였으며 이 중 1례를 제외하고 만족하였으며 나머지 1례는 처음에는 외안각의 검판을 절제하지 않았으나 재수술시에는 절제함으로써 미흡한 부분을 해결할 수 있었다. 1례의 공막징 환자에서 안검하수를 동반한 경우로 안검하수 수술도 겸하여 줌으로서 더욱 공막징을 교정하는데 효과적이었다.

IV. 고 찰

하안검 퇴축이 일어나기 쉬운 위험군으로는 돌출된 눈, 관골 저형성(malar hypoplasia), 즉, 부정적 요인(negative factor)과 이미 공막징이 있는 눈, 안검이완, 이차 하안검 성형일 경우이며, 이의 원인으로는 노인성 또는 일차성으로 하안검의 이완 또는 해리(laxity or disinsertion) 때문에 나타나는 수가 있고, 지나치게 피부나 안륜근을 많이 잘라냈거나 지방을 많이 제거하거나 격막과 capsulopalpebral fascia의 유착으로 인한 구축을 야기시켜 일어날 수도 있고, 피부를 많이 잘라낸 것과 피부를 많이 잘라내지 않아도 술후 염증성 반흔구축(cicatricial contraction)에 의해 발생할 수도 있다. 특히 심한 혈종 발생 이후에 나타나는 경우가 있고 심한 이완이 있는 경우엔 전혀 피부절제가 과다하지 않아도 퇴축이 일어날 수 있으므로 주위가 요망된다.

하안검퇴축 정도는 하안검연(lower lid margin)과 각막하연(corneal inferior limbus) 사이의 거리를 측정하는데 정상적인 하안검의 위치는 수평주시 시 각막하연에 있다. 공막징의 양은 각막의 내측, 중앙, 외측에서 측정한다. 하안검의 퇴축은 미관상의 문제이외도 유루(epiphora), 이물감, 시각장애, 눈부심을 나타내며 심한 경우에는 노출성 각막염을 일으키는 수도 있다.

하안검은 전방층, 중간층, 후방층의 세층으로 분류되는데 전방층(anterior lamella)은 피부와 눈둘레근, 중간층은 격막(septum), 후방층(posterior lamella)은 capsulopalpebral fascia와 inferior tarsal muscle으로 구성된 후인근(Retractor), 검판, 결막으로 구성된다. 하안검 퇴축을 교정하는 수술방법으로는 먼저 원인을 이루는 구성성분이 전방층인지 중간층 또는 후방층인지 또는 둘 다의 문제인지를 확인하고 그 부위를 위로 당기거나 연장하여 교정한다. 검사하는 방법으로는 강제 융기술(forced elevation test)로서 McCord 등¹, Patipa 등²이 제시한 바와 같이 손가락 한 개를 밀어보는 법, 두 세 개를 밀어보는 법 등의 방법을 이용할 수도 있고 수술 중에 알아보는 방법으로는 전방층의 구축을 완전히 풀어준 후 하안검이 어느 정도 올라가는지를 보면서 후방층의 구축 문제 유무를 판단한다. 특기할 것은 후방층의 반흔성 구축은 전방층의 문제보다 월등히 재발이 잘 되기 때문에 특별히 유의하여야 하며 사전에 과다 교정하여야 한다. 전방층의 부족을 보충하는 방법으로는 피부이식과 중안면 거상술을 실시하는데 피부이식은 심한 경우엔 효과적이

나 흉 문제, 이식된 피부색의 차이 등이 문제가 될 수 있어 중안면 거상술을 많이 하는 편이다. 중안면 수술은 수술절차가 까다로운 면이 있고 재발 가능성이 있으므로 정확한 술기를 요한다. 중앙 및 외측에서 이중으로 거상하기도 하고, 외측만 거상하기도 하는데 중앙 부위의 골막은 외측에 비해 약하기 때문에 한 번 보다는 두 번 또는 세 번 골막에 고정하기도 하고 endotine을 사용하면 시간상 단축되고 효과가 보다 강력하다.

외안각 성형술은 그 고정위치를 3차원적으로 생각한다. 먼저 고정의 높이는 안구의 돌출이 심할수록 높게 하고, 깊이는 돌출이 적을수록, 낮게 걸수록, 안구가 함몰될수록(deep set eye), 특히 안구 안검 분리(separation)가 있을 경우는 깊게 하고, 당기는 강도는 돌출이 심할수록 약하게 한다. 동양인에 있어서 높게 걸때는 눈꼬리가 심하게 올라가는 경향(madam butterfly)이 있으므로 유의하여야 한다. 안와 깊숙이 걸어주고자 하는 경우엔 double arm suture로 2번을 내측에서 바깥으로 통과하여 확실히 깊숙이 걸도록 하였다. 또한 고정할 검판의 위치 또한 중요한데 보통은 검판의 중하부에 걸어주는 것이 안와의 높은 위치에 걸려줘야 하는 부담이 작지만 너무 아래에 걸게 되면 검판의 위쪽이 허술해져 외반증(ectropion)이나 하안검이 안구에서 떨어질 수가 있다. 이미 외반증을 동반하고 있을 때는 검판의 보다 상부에 실을 걸고 상부가 내측으로 당겨 들어가도록 하여 검판이 외반된 각도를 내반 쪽으로 돌릴 수 있도록 하였다 (Fig. 6).

2차 수술로 지난번 수술로 인해 골막이 상해져 있는 경우는 안와연에 구멍을 뚫고 실을 안에서 바깥으로 통과시킨 후 얇은 상태에서 양쪽의 균형을 확인하는 과정을 거쳐야 한다. 하안각건 수술 후 안검하연이 각막을 1-2 mm 정도 가리게끔 하는 것이 좋은데 이는 시간이 지나면서 조금은 내려오는 경향이 있기 때문이다.

외측 안륜근 거상 고정술은 안와 외측 골막에 두 번 정도 하거나 심부 측두근막에 현수 고정한다. 안륜근을 위로 당겨 고정할 때는 외측으로 피하박리를 하여 안륜근을 피부와 SOOF로부터 분리 시켜 안륜근피판을 만들어 두는 것이 거상에 효과적이고 피부에 함몰을 예방하는데 도움을 준다. 이 술식은 피부거상 효과이외에 SOOF와 안륜근을 거상하여 안와 아래 부근의 함몰(infraorbital hollowness)을 교정하는 효과가 크며, 관골 지방(malar fat pad)의 거상에도 효과적일뿐더러 안륜근이 전방 층(anterior lamella)에 속해있으면서도 후방 층



Fig. 11. Photographs of a 59-year-old female who had ectropion and scleral show and lateral rounding on left side. (Above, left) Preoperative. (Above, right) Postoperative 12 days view. (Below, left) Postoperative 1 month view. (Below, right) Postoperative 6 months view.

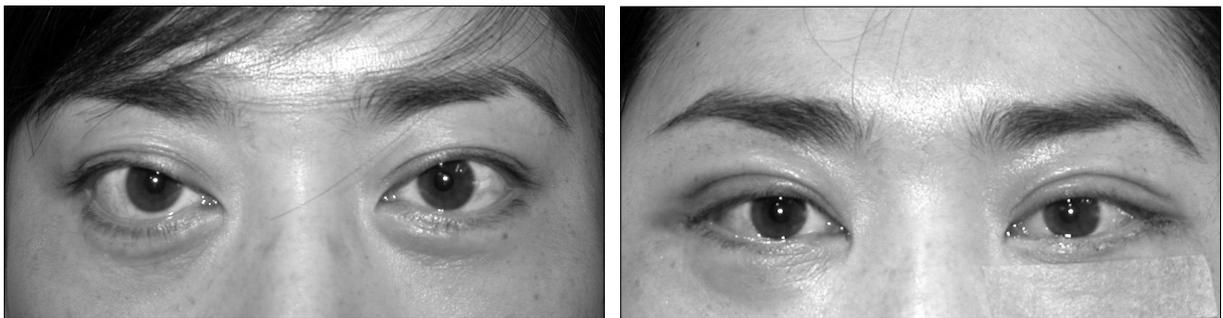


Fig. 12. Photographs of a 31-year-old female who had exophthalmos and ectropion. (Left) Preoperative, Medial ptosis was also noted. (Right) Postoperative 3 weeks view. Medial ptosis was also corrected.

에 속해 있는 외안각근을 지지하고 보충하는 다양한 기능을 가지고 있으므로 매우 견고(secure)하게 하여야 한다. 이때 지나치게 당기면 안륜근의 섬유화가 일어나 효과가 오히려 떨어지고 피부에 함몰점(dimple)이 나타날 수 있고 환자의 회복기간이 길어지는 문제가 있으므로 적당한 긴장도를 가지고 거상하는 것이 매우 중요하고

당기는 방향은 지나치게 외측으로 하면 피부함몰이 생기는 경향이 높으므로 저자는 수직상방견인을 선호한다.

퇴축이 전방층에 국한된 경우엔 앞에서 기술한 중안면 거상과 외안각근 고정술, 안륜근 현수 고정 등으로 해결이 가능하지만 중간층-후방층(middle-posterior

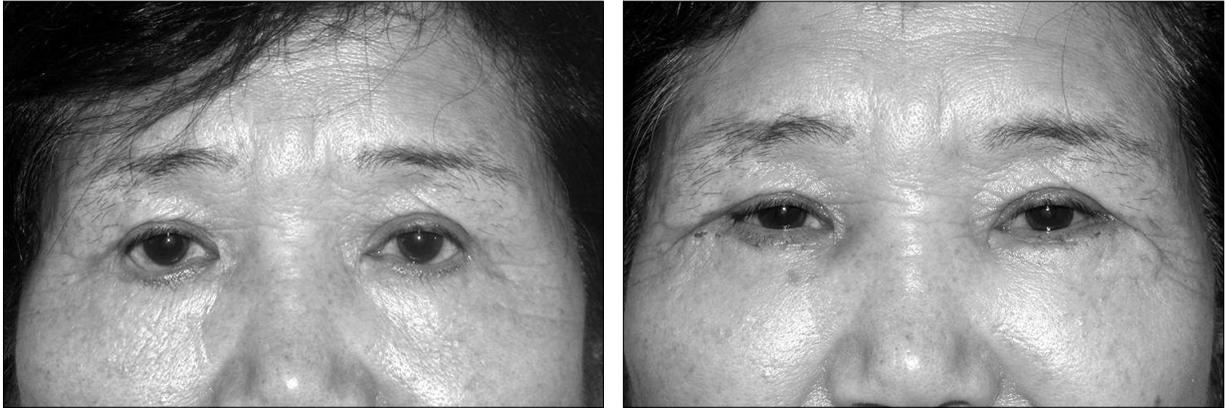


Fig. 13. Photographs of a 65-year-old female who had ectropion and scleral show. (Left) Preoperative. (Right) Postoperative 2 months view.



Fig. 14. Photographs of a 62-year-old female who had ectropion and scleral show. (Left) Preoperative. (Right) Postoperative 5 months view.

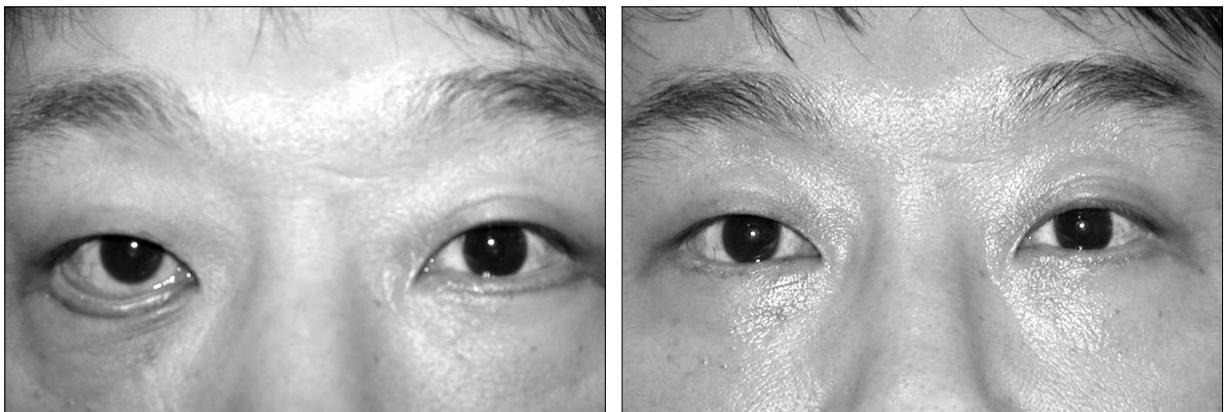


Fig. 15. Photographs of 47-year-old male who had severe scleral show and ectropion on right side. (Left) Preoperative. (Right) Postoperative 2 months view.

lamella)에 문제가 있는 경우엔 그 부위의 유착을 풀고 수축된 조직을 용해(lysis)하고 후인근(retractor)을 검판

으로부터 분리하는 것만으로도 하안검이 1 mm 정도는 거상되는 효과가 있지만 그것으로 부족할 수도 있고 다

시 재유착 될 가능성이 있어 변화가 없을 수도 있다. 이런 경우엔 spacer를 이식하는데 이식재료로는 공막(sclera), 알로덤, 귀 혹은 비격막 연골, 경구개 점막(hard palate), Enduragen 등을 사용하는데 경구개 점막이 수축이 적은 장점이 있으나 술식이 어렵고 알로덤은 얇은 것보다 두꺼운 것이 수축이 적다.

나이가 많아질수록 전검판 풍부함(pretarsal fullness)이 사라지고 전검판이 편평해지든가 심지어 함몰되는 경향이 있는데 이로 인해 포근하고 젊어 보이는 인상이 사라진다. 그러므로 대부분경우에 있어서 전검판의 풍부함을 만들기 위해 저자는 전검판의 안륜근과 전격막의 안륜근(pretarsal and preseptal oculi muscle)을 동시에 이용한다. 이전에 많은 술자들이 전격막의 안륜근만을 이용하였으나 전검판의 안륜근이 보다 상방의 풍부함을 만드는데 효과적이기 때문에 전검판의 접음(plication)이나 뒤집기(turn over) 방법을 통하여 전검판의 상부 풍부함을 도와준다.

수술 후에 1주일 이상 지나면서 3달 이상까지 반흔구축으로 인해 퇴축현상이 일어나는 수가 많으므로(Fig. 11) 이를 예방하기 위해서 외안각 성형술 등을 확실히 해주어야 하며 검판 봉합술이나 Frost 봉합술을 실시하고 수술 중에 트리암시노론 세척을 하는 것도 하나의 방법이 되고 수술 후 상방으로 마사지를 해주는 것도 도움이 된다. 수술 후 “20 - 20 방법”을 환자에게 알려주는데 이는 하루 20초 동안 20번씩 손으로 하안검을 거상하는 방법인데 30 - 30을 적용하기도 한다.

IV. 결 론

하안검 퇴축 교정술은 여러 가지 경우에 따라서 다양한 술식을 적용해야 수술이며 수술 후에 2-3개월이 지나서까지도 재발하기 쉬운 매우 까다로운 수술이다. 그러므로 미흡한 점이 없기 위해서는 하안검 및 중안면의 해부학의 철저한 이해와 여러 가지 술기의 섬세한 파악과 정확성이 매우 요구되는 수술이다.

REFERENCES

1. McCord CD, Ford DT, Hanna K, Hester TR, Codner MA, Nahai F: Lateral canthal anchoring: special situations. *Plast Reconstr Surg* 116: 1149, 2005
2. Patipa M: The evaluation and management of lower eyelid retraction following cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 106: 438, 2000
3. Park J, Putterman AM: Revisional eyelid surgery: treatment of severe postblepharoplasty lower eyelid retraction. *Facial Plastic Surg Clin North Am* 56:1, 2005
4. Lee EJ: Midface lifting through subciliary incision. *J Korean Soc Plast Reconstr* 105: 204, 1999
5. Sullivan SA, Daily RA: Graft contraction: a comparison of acellular dermis versus lid hard palate mucosa in lower eyelid surgery. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 19: 14, 2003
6. Taban M, Douglas R, Lit, et al.: Efficacy of thick acellular human dermis(Alloderm) for lower eyelid reconstruction: comparison with hard palate and thin Alloderm graft. *Arch Facial Plast Surg* 7: 38, 2005
7. Honig JF: Subperiosteal Endotine assisted vertical upper midface lift. *Aesthetic Surg J* 27: 276, 2007
8. Hamra ST: Septal reset in midface rejuvenation. *Aesthetic Surg J* 25: 628, 2005