

(41)

Operacje inwolucyjnego odwinięcia powieki dolnej – opis przypadku

Surgery of involutational ectropion – case report

Małgorzata Figurska, Radosław Różycki, Marek Rękas, Rafał Pawlik

Z Kliniki Okulistycznej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Andrzej Stankiewicz

Summary: In this paper authors described methods of surgery in involutational ectropion, surgical anatomy and changes in the lower eyelid due to aging. The surgical treatment of advanced involutational ectropion and its results is presented.

Słowa kluczowe: anatomia chirurgiczna dolnej powieki, inwolucyjne odwinięcie, elektrokauterizacja, wycięcie tarczowo-spojówkowe, metoda Otis Lee, metoda Smith Lazy-T, operacja Kuhnta-Szymanowskiego, tarczowo-spojówkowa resekcja retraktorów.

Key words: lower eyelid surgical anatomy, involutational ectropion, electrocautery, tarsoconjunctival excision, Otis Lee procedure, Smith Lazy -T procedure, Kuhnt-Szymanowski procedure, tarsoconjunctival retractor resection.

Wstęp

Inwolucyjne odwinięcie powieki dolnej jest klinicznym przypadkiem wynikającym ze związanych z wiekiem zmian w jej strukturze. Mechanizm tego rodzaju odwinięcia ściśle wiąże się z warunkami anatomicznymi powieki dolnej (2,6), która zbudowana jest z trzech funkcjonalnych blaszek: przedniej, środkowej i tylnej (ryc. 1) (6). Blaszkę przednią tworzą skóra i wiązki mięśnia okrężnego, dzielące się na część przedtarczową i przedprzegrodową. Blaszkę środkową składa się z tarczki o wysokości od 3 do 5 mm, przegrody oczodołowej rozciągającej się między dolnym brzegiem tarczki a brzegiem oczodołu oraz retraktorów łączących się z tarczką. Retraktory powieki dolnej: powięź torebkowo-powiekowa, analogiczna do przepony dźwigacza powieki górnej, i dolny mięsień tarczkowy unerwiony współcześnie tworzą **zespół dźwigacza powieki dolnej**. Spojówka powiekowa stanowi blaszkę tylną, do której ściśle przylegają współdziałające z nią retraktory. Nieprawidłowości zespołu dźwigacza powieki dolnej wpływają na funkcję i morfologię spojówki. Tłuszcz powieki dolnej leży między powięzią torebkowo-powiekową a przegrodą oczodołową. Wyróżnia się trzy poduszki tłuszczu oczodołowego: przyśrodkową, centralną i boczną, co ma znaczenie dla chirurga, zwłaszcza przy wykonywaniu blefaroplastyki. Mięsień skośny dolny zlokalizowany jest między poduszką przyśrodkową a centralną (6). Powieka dolna łączy się z brzegami oczodołu poprzez więzadło powiekowe przyśrodkowe i boczne (2).

Starcze odwinięcie powieki spowodowane jest poziomym rozluźnieniem i utratą napięcia wszystkich warstw strukturalnych, szczególnie wiązek mięśnia okrężnego z towarzyszącym często osłabieniem więzadeł powiekowych i zespołu dźwigacza powieki dolnej (1,3,4,5). Następtwem zwiotczenia tkanek jest wywinięcie i wydłużenie brzegu powiekowego.

Celem naszej pracy jest przedstawienie metody operacyjnej i efektów leczenia ciężkiego, wieloletniego, inwolucyjnego odwinięcia powieki dolnej z całkowitym odwróceniem tarczki.

Opis przypadku

78-letni mężczyzna zgłosił się do Kliniki Okulistycznej Wojskowego Instytutu Medycznego z dolegliwościami w postaci nasilonego łzawienia, nawracających zapaleń spojówek, światłowstrętu, bólu lewej gałki ocznej. Odwinięcie powieki dolnej stopniowo powiększało się w ciągu 6 lat. Pacjent stosował krople i żel nawilżający, nawracające zapalenia spojówki leczone były preparatami antybiotykowymi.

Badanie okulistyczne przy przyjęciu:

Vod 0,8 cc + 0,5 Dsph = 1,0,

Vos 0,8 cc + 0,5 Dsph = 1,0,

Tod 15 mmHg,

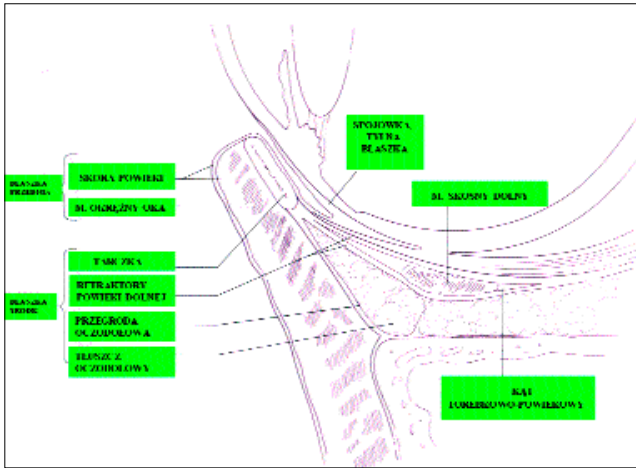
Tos 11 mmHg.

OP: osadzenie, ustawienie, ruchomość gałki prawidłowe. Aparat ochronny bez zmian. Gałka spokojna. Odcinek przedni bez zmian. Soczewka – obwodowe, początkowe zmętnienia w korze.

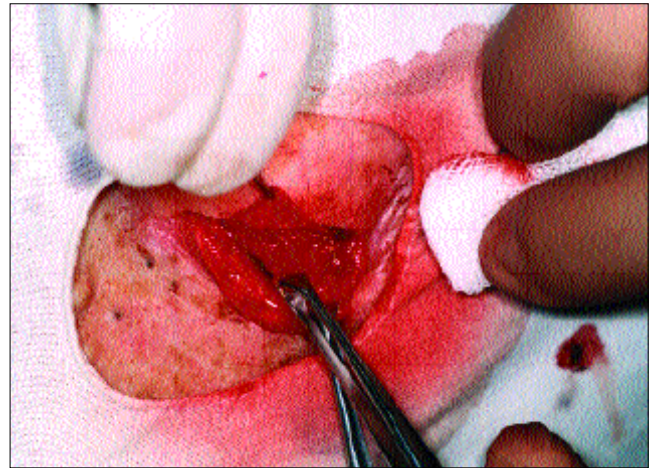
OL: osadzenie, ustawienie, ruchomość gałki prawidłowe. Powieka dolna całkowicie odwinięta, tarczka odwrócona, dolny punkt łzowy wywinięty. Spojówka powiekowa sucha, zadrażniona, pogrubiała, z objawami keratynizacji, brzeg powieki wydłużony (ryc. 2,3). Gałka oczna z nastrzykiem powierzchniowym. Rogówka z cechami podsychnania nabłonka, szczególnie w kwadrantach dolnych. Pozostałe struktury odcinka przedniego bez zmian. Soczewka – obwodowe, początkowe zmętnienia w korze.

Dno obojga oczu: tarcza n. II bladuróżowa, płaska, wyraźna. Naczynia tętnicze zwężone. Plamka z drobnymi przegrupowaniami barwnika.

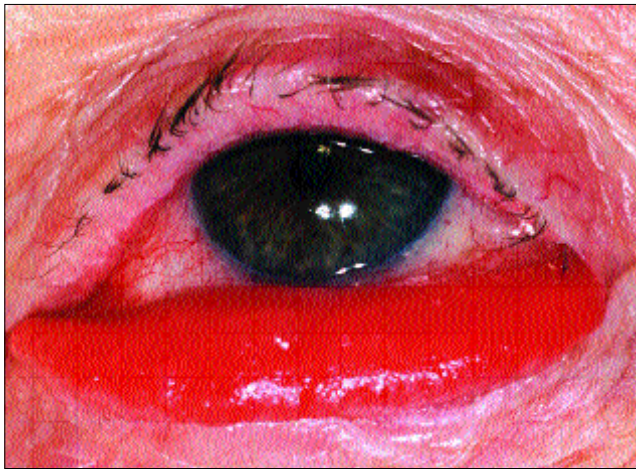
Po dokładnym zbadaniu czynności struktur anatomicznych powieki dolnej chorego niezwłocznie zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. Ze względu na zaawansowanie odwinięcia wybrano metodę częściowej resekcji retraktorów z pionowym skróceniem



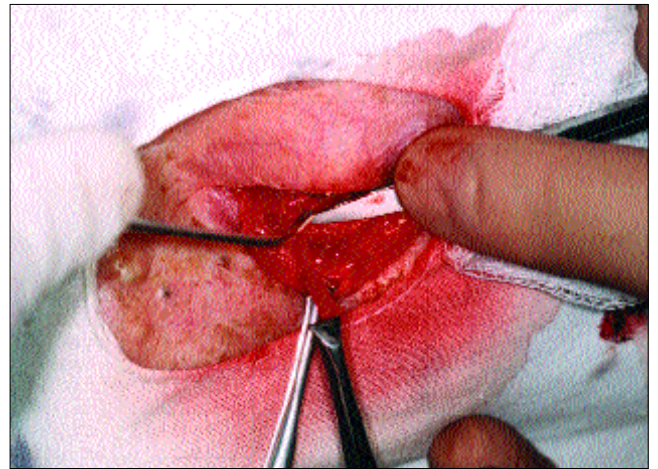
Ryc. 1. Anatomia chirurgiczna powieki dolnej.
Fig. 1. Lower eyelid surgical anatomy.



Ryc. 4. Retraktory powieki dolnej.
Fig. 4. Lower eyelid retractors.



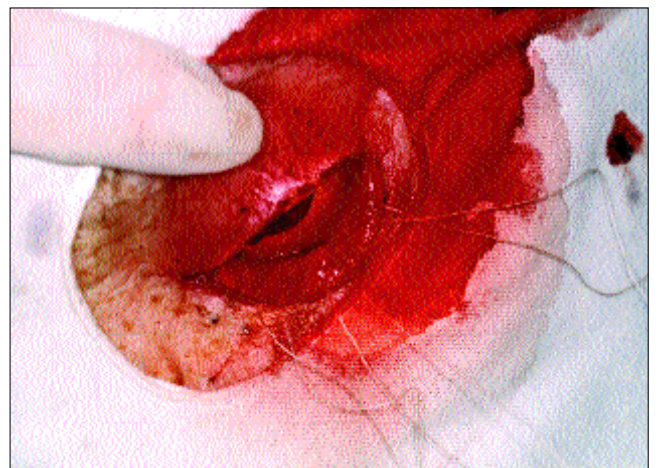
Ryc. 2. Inwolutyjne odwinięcie powieki dolnej przed operacją.
Fig. 2. Involutional ectropion before the operation.



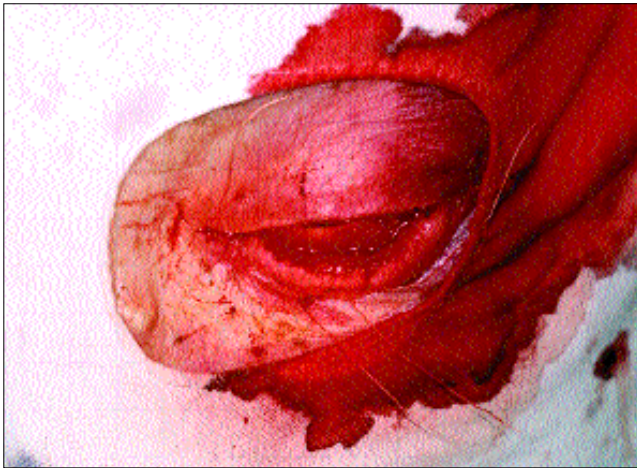
Ryc. 5. Pionowe skrócenie tylnej blaszki powieki przez częściową resekcję retractorów powieki dolnej od strony tarczowo-spojówkowej.
Fig. 5. The vertical shortening of the posterior lid lamella by a tarsoco-niunctival lower eyelid partial retractors resection.



Ryc. 3. Sucha, pogrubiała, z objawami keratynizacji, blaszka tarczowo-spojówkowa odwiniętej powieki dolnej.
Fig. 3. Dry, thickened, keratinized tarsoco-niunctival layer of everted lower eyelid.



Ryc. 6. Odwijające szwy materacowe.
Fig. 6. Unwinded mattress sutures.

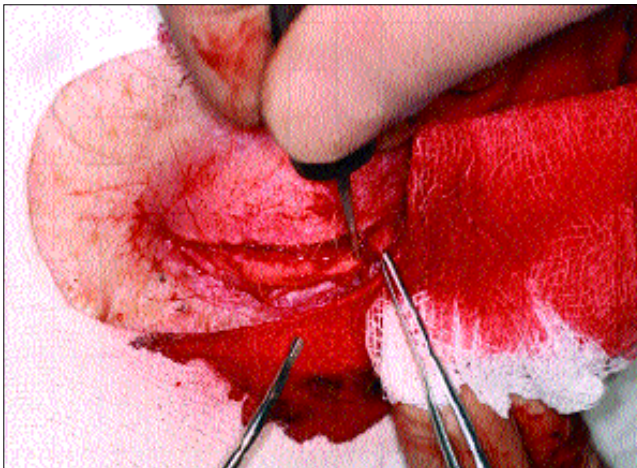


Ryc. 7. Szwy materacowe zawiązane na skórze.
Fig. 7. The mattress sutures tied on the skin.

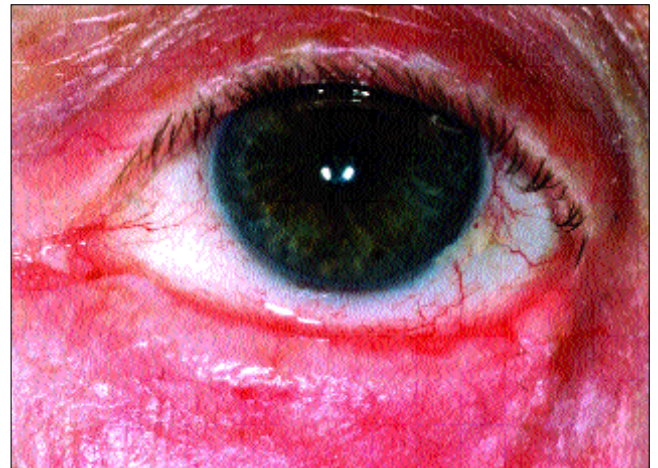
tylnej warstwy powieki od strony tarczowo-spojówkowej w połączeniu ze skróceniem poziomym powieki.

Zabieg operacyjny przeprowadzono w znieczuleniu miejscowym 2% Xylocainą. Wykonano cięcie spojówki wzdłuż dolnego brzegu tarczki i odpreparowano ją, odsłaniając zespół dźwigacza powieki dolnej (ryc. 4). Jego struktury odcięto następnie od dolnego brzegu tarczki. Wycięto pasmo dźwigacza o szerokości 4 mm (ryc. 5). Następnie przeprowadzono trzy szwy materacowe Vicryl 5,0 odwijające powiekę, które połączyły brzegi odpreparowanych w bloku i skróconych retraktorów dźwigacza powieki dolnej z tarczką (ryc. 6). Nici wyprowadzono w tarczce od strony wewnętrznej tuż poniżej kresy szarej. Retraktory przyszyto do dolnego brzegu tarczki pojedynczymi szwami Vicryl 8,0.

Założone szwy materacowe wyprowadzono następnie przez powiekę na wysokości brzegu oczodołu i zawiązano na skórze ze wzmacniającymi rurkami silikonowymi (ryc. 7). Spojówkę zaopatrzono pojedynczymi szwami Vicryl 8,0.



Ryc. 8. Wycięcie pięciokątnego fragmentu przez całą grubość powieki w jej części bocznej.
Fig. 8. Full-thickness pentagonal lid resection in the lateral part.



Ryc. 10. Ustawienie powieki dolnej 4 miesiące po zabiegu.
Fig. 10. Position of lower eyelid 4 months after the operation.



Ryc. 9. Powieka dolna w pierwszym dniu po zabiegu.
Fig. 9. Lower eyelid in the 1th day after operation.



Ryc. 11. Porównawcze ustawienie powiek obojga oczu po zabiegu operacyjnym lewej powieki dolnej.
Fig. 11. Comparative position of eyelids in both eyes after the left lower eyelid operation.

Powiekę dolną skrócono poziomo, wycinając fragment kształtu pięciokątnego przez całą grubość o długości 4 mm, 5 mm od kąta zewnętrznego szpary powiekowej (ryc. 8). Zabieg zakończono warstwowym zszyciem brzegów rany (ryc. 9).

W okresie pooperacyjnym pacjent przyjmował krople antybiotykowo-steroidowe do worka spojówkowego, a na powiekę stosowano maść neomycynową. Szwy skórne zdjęto po 10 dniach. Stan operowanej powieki dolnej 4 miesiące po zabiegu i jej położenie w stosunku do gałki ocznej przedstawia ryc. 10. Ryc. 11 obrazuje szpary powiekowe obojga oczu.

Omówienie

Progresja zmian w inwolucyjnym odwinięciu powieki dolnej powoduje niewystarczający kontakt między zawartością oczodołu a powieką (6).

Dolegliwości zależą od stopnia odwinięcia powieki dolnej. Gdy odwinięty dolny punkt łzowy nie kontaktuje się z jeziorkiem łzowym, pacjent odczuwa dyskomfort w postaci łzawienia. Na skutek postępu zwiotczenia dochodzi do zaawansowanego odwrócenia powieki na zewnątrz, ekspozycji warstwy spojówkowo-tarczowej, która staje się sucha, pogrubiała, a następnie ulega keratynizacji. Powoduje to nawracające zapalenia spojówek i brzegu powieki, a w stadium zaawansowanym – podsychanie nabłonka rogówki, ból, światłowstręt, pogorszenie ostrości wzroku. Początkowa terapia sprowadza się do stosowania leków łagodzących zapalenie i łzawienie. Jeżeli planujemy leczenie operacyjne, wskazane jest stosowanie na 2-3 tygodnie przed operacją maści antybiotykowo-steroidowych, które zmniejszają odczyn zapalny i ułatwiają przeprowadzenie zabiegu (6).

Wybór techniki operacyjnej należy poprzedzić dokładnym badaniem funkcji struktur anatomicznych powieki dolnej. Stopień rozluźnienia więzadła powiekowego bocznego oceniamy, chwytając delikatnie centralną część powieki i pociągając ją w kierunku nosowym. Więzadło powiekowe przysrodkowe badamy przez pociąganie powieki w bok. Należy zwrócić uwagę na zmianę położenia dolnego punktu łzowego. Jeżeli punkt łzowy przemieszcza się poza rąbek rogówki, stwierdzamy osłabienie więzadła znacznego stopnia. Aby ocenić poziome napięcie powieki, pociągamy jej środkową część i mierzymy odległość między rogówką a szczytem powieki. Jeżeli pomiar wyniesie powyżej 8 mm, mówimy o poziomym rozluźnieniu powieki. Powoduje ono odstawanie brzegu powiekowego od gałki z często towarzyszącym znacznym wywinięciem dolnego punktu łzowego. Osłabienie wiązek mięśnia okrężnego skutkuje dysfunkcją pompy łzowej ze współistniejącym przewlekłym, dokuczliwym łzawieniem.

Na zakończenie badania w lampie szczelinowej oceniamy spojówkę i rogówkę pod kątem wtórnych zmian zapalnych (6).

Uwzględniając wyniki badania, wybieramy technikę operacyjną.

W przypadku niewielkiego i średnio zaawansowanego odwinięcia starczego powieki dolnej stosujemy:

❖ **elektrokauteryzację**, która polega na wykonaniu kilku głębokich przypaleń w odległości 2 mm od siebie, wzdłuż całej długości powieki na granicy dolnego brzegu tarczki ze spojówką. Metodę tę stosujemy także do leczenia niewielkiego odwinięcia dolnego punktu łzowego. Zabieg przeprowadzany jest w znieczuleniu miejscowym, wskazane jest włożenie sondy do dolnego kanaliką w celu zabezpieczenia jego delikatnych struktur. Wyko-

nuje się 3 lub 4 głębokie przypalenia prostopadle do granicy tarczko-spojówkowej poniżej punktu łzowego (4,5,6),

- ❖ **szwy materacowe**, przeprowadzane przez dolną granicę tarczki na zewnątrz przez skórę blisko brzegu oczodołowego (6),
- ❖ **wycięcie tarczko-spojówkowe**, które polega na usunięciu bloku tarczko-spojówkowego kształtu elipsoidalnego o wymiarach 6 x 3 mm na wysokości dolnego brzegu tarczki poniżej punktu łzowego równoległe do dolnego kanaliką (z sondą kanalikową) (4,5,6).

W przypadkach bardziej zaawansowanych odwinięć opisywane są następujące metody operacyjne:

- ❖ **metoda Otis Lee**, używana w atonicznym ekotropionie środkowej części powieki, współistniejącym z odwinięciem górnego i dolnego punktu łzowego oraz w przypadku porażenia n. VII. Zabieg rozpoczyna się od poziomych cięć wzdłuż zaintubowanych kanalików łzowych na granicy skóry i spojówki przysrodkowo od obydwu punktów łzowych. Następnie wykonuje się pionowe nacięcie od miejsca połączeń poziomych, odpreparowuje wolny, trójkątny płat skóry i przeprowadza szwy materacowe przez tkanki podskórne i wiązki powierzchowne mięśnia przedtarczowego. Powoduje to śródmarginalną adhezję między brzegami przysrodkowych części i przybliża punkt łzowy dolny do jeziorka łzowego. Zabieg kończy się klinowym wycięciem nadmiaru odpreparowanej skóry (6),
- ❖ **metoda Smith Lazy-T**: wykorzystywana jest w przypadkach średniego odwinięcia środkowej części powieki dolnej, zwykle występującego ze zwiotczeniem i przemieszczeniem więzadła powiekowego przysrodkowego. Polega ona na wycięciu pięciokątnego klina przez wszystkie warstwy powieki w odległości 4 mm od punktu łzowego. Następnie usuwa się poziomy, nosowy klin spojówkowy poniżej tarczki (6).

Masywne odwinięcia powiek z nasilonymi dolegliwościami operuje się, stosując:

- ❖ **modyfikację operacji Kuhnta-Szymanowskiego według Smitha**, polegającą na wypreparowaniu płata skórno-mięśniowego przez nacięcie skóry 3 mm poniżej brzegu rzęsowego w połączeniu z wycięciem przez całą grubość powieki jej pięciokątnego fragmentu w bocznej jednej trzeciej długości. Po naciągnięciu płata skórno-mięśniowego wycinamy jego trójkątną część (1,3,4,5,6),
- ❖ **skrócenie zespołu dźwigacza powieki dolnej**, jak w przypadku przez nas przedstawionym.

Wybrana w naszej klinice metoda operacyjna pozwoliła uzyskać trwałe i w pełni satysfakcjonujące chorego efekty. Obecnie nie przyjmuje on do operowanego oka żadnych leków okulistycznych, a dolegliwości zgłaszane przed zabiegiem całkowicie ustąpiły. Właściwy dobór metody, wynikający z dokładnego badania klinicznego, daje szansę na wyleczenie inwolucyjnego odwinięcia powieki dolnej nawet w przypadkach bardzo zaawansowanych i długotrwałych – jak przez nas opisany.

PIŚMIENNICTWO: 1. Abramowicz I.: *Chirurgia oka w zarysie*. PZWL, Warszawa, 1952, 34-36. 2. Bochenek A., Reicher M.: *Anatomia człowieka*. PZWL, Warszawa, 1989, t. V, 558-561. 3. Gerkowicz K.: *Operacje powiekowe i spojówkowe*. Okulistyka współczesna, pod red. W. J. Orłowskiego, PZWL, Warszawa, 1992, t. III, 620-623. 4. Kański J. J.: *Okulistyka kliniczna*. Wydawnictwo Medyczne Urban

& Partner, Wrocław, 1997, 17-19. 5. Lewandowska-Formaniuk M., Wróblewska E., Matysik A., Toczolowski J., Gerkowicz M.: *Chirurgia plastyczna powiek cz. II. Operacyjne leczenie nieprawidłowego ustawienia powiek*. Okulistyka, 2002, t. III, 11-12. 6. Stewart W. B.:

Surgery of the Eyelid, Orbit, and Lacrimal System. American Academy of Ophthalmology, USA, 1994, 22-23, 53-54, 57-67.

Praca wpłynęła do Redakcji 02.04.2003 r. (252).

Adres do korespondencji (Reprint requests to):

lek. med. Małgorzata Figurska
Klinika Okulistyczna Wojskowego Instytutu Medycznego
ul. Szaserów 128
00-909 Warszawa

REKLAMA 1/2
OPIS Visudyne
z nr SUPLEMENTU 2003
str. 137