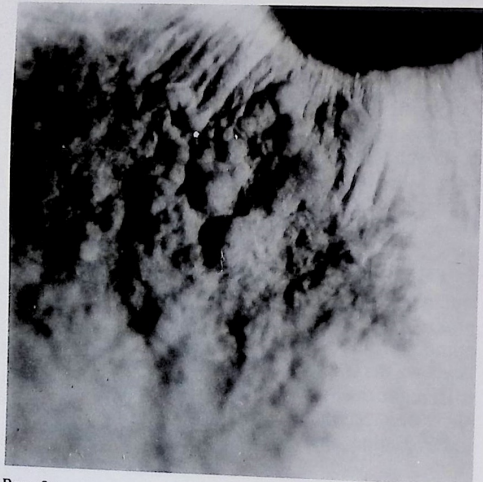


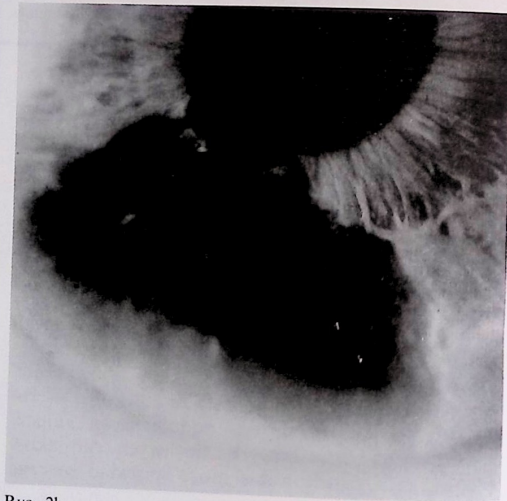
Ryc. 1a



Ryc. 1b



Ryc. 2a



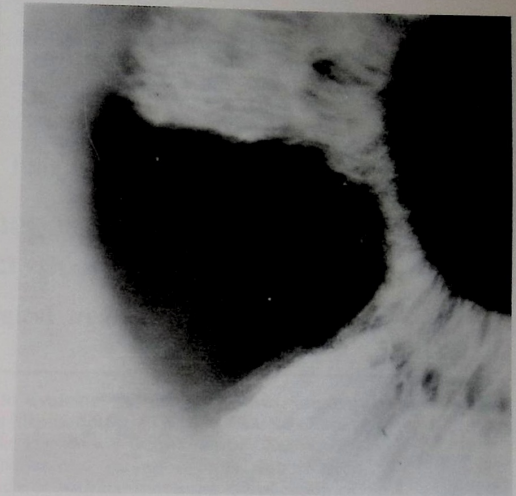
Ryc. 2b

kąta rogówkowo-tęczówkowego. Ostrość wzroku OL = 0,6. Soczewka wykazała wyraźną opalescencję. Na obwodzie dna oka widoczne były zmiany zwyrodnieniowe siatkówki. Poza tym w dotkniętym OL, a także w OP nie stwierdzono odchyłań od normy. Chora otrzymała w sumie 798 emisji argonowych, w czasie 14 sesji. Czas intensywnego leczenia trwał ponad 2 lata. Czas obserwacji 5 lat. (Ryc. 2a i 2b).

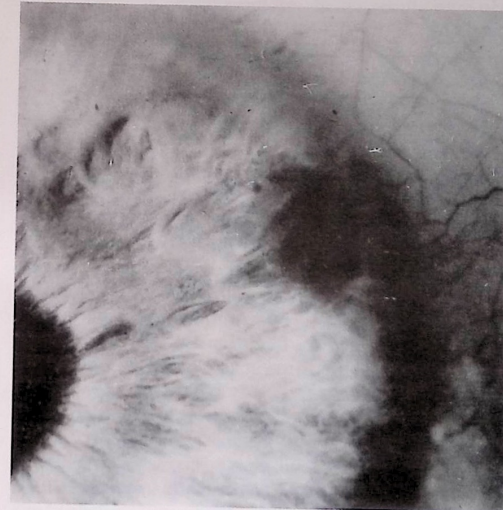
3. Kobieta W.M., l. 56, u której w trakcie obserwacji stwierdzono wzrost guza i zajęcie kąta rogówkowo-tęczówkowego. Plaski guz dobrze ubarwiony o nierównej, grudkowatej powierzchni, wielkości 3 × 3 mm, umiejscowiony był w dolno-nosowym kwadrancie tęczówki OL. Kąt rogówkowo-tęczówkowy zajęty na powierzchni ok. 6 mm (wąskim paskiem). Ostrość wzroku OL = 1,0. Poza tym w obu oczach nie stwierdzono odchyłań od normy. Chora otrzy-



Ryc. 3a



Ryc. 3b



Ryc. 4

mała łącznie 375 emisji argonowych w ciągu 10 sesji terapeutycznych. Czas trwania leczenia wynosił około 2 lat. Czas obserwacji 5 lat. (Ryc. 3a i 3b).

4. Mężczyzna Ch.L., l. 69, skierowany z podejrzeniem czerniaka tęczówki OP w jej górno-nosowym kwadrancie. W listopadzie 1989 usunięto OL z powodu czerniaka naczyniówki OL — potwierdzonego rozpoznaniem histopatologicznym. Stwierdzono na godz. 2-giej zmianę barwnikową, okrągłą, o wymiarze 2 × 2 mm, dobrze ubarwioną, o powierzchni nierównej. Kąt rogówkowo-tęczówkowy wolny od zmian. Ponadto w okolicy plamki oka prawego stwierdzono zmiany zwyrodnieniowe o charakterze zmian starczych. Poza tym OP — bez odchyłań od normy. Chory otrzymał łącznie 205 emisji argonowych w trakcie 6 sesji terapeutycznych. Czas obserwacji — 2 lata. (Ryc. 4).

U wszystkich chorych zastosowano wiązkę argonową zielono-niebieską, o mocy od 600-850 mW, czas ekspozycji wahał się w granicach 0,2-0,3 sek.

Wszyscy chorzy byli kontrolowani internistycznie, okresowo wykonywano badanie USG wątroby i narządów jamy brzusznej oraz typowe badania laboratoryjne, w tym poziom seromukoidu oraz białka C-reaktywnego (CRP)

W przypadkach 1,2,3, wszystkie wyniki badań mieściły się w granicach normy, a stan ogólny pacjentów był dobry. U chorego 4 stwierdzono podwyższone wartości zarówno seromukoidu, jak też CRP. Po zastosowanym leczeniu „tkanka guza” wraz z zrębem tęczówki ulega zanikowi, zaś w kącie przeszczepiania — zbliznowaceniu.

Mimo braku rozpoznania histopatologicznego, trzy pierwsze przypadki należy uznać wg kryteriów klinicznych za złośliwe guzy tęczówki. Mniej pewnym jest przypadek opisany jako 4.

W trakcie leczenia ww. przypadków laserem argonowym zaobserwowano, że strzał argonowy o odpowiedniej mocy trafiony w tkankę „guzową” wywołuje rozerwanie patologicznych tkanek, natomiast identyczna emisja laserowa na zmianę typowo barwnikową wywołuje zwykłą koagulację, bez objawów gwałtownej „eksplozji tkanek”. Można przypuszczać, że objaw ten związany jest z różnym „turgorem” komórek patologicznych i prawidłowych. Bardzo prawdopodobne, że opisana „wybuchowa reakcja” tkankowa jest typowa dla komórek nowotworowych.

Zdajemy sobie sprawę, że leczeniem z wyboru złośliwych barwnikowych guzów tęczówki jest leczenie chirurgiczne⁴. Podobnie jak Wilson i współpr.⁵ uważamy, że w pewnych specjalnych okolicznościach, zwłaszcza tam, gdzie zmiany są nieduże, lub też dotyczą kąta rogówkowo-tęczówkowego leczenie laserem argonowym jest korzystne i możliwe.

Najważniejszą obserwacją zdaje się być fakt, że przy pomocy lasera argonowego można zniszczyć „tkankę guzową”. Zanika ona wraz z tkanką zrębową tęczówki, a wynikiem tego procesu jest praktycznie „amputacja laserowa tęczówki”. (Ryc. 2b i 3b).

W czasie 5-letniej obserwacji nie stwierdzono dalszego rozrostu laserowo amputowanego guza tęczówki. Po 5-letniej obserwacji czterech przypadków trudno twierdzić, że wynik takiego leczenia jest na pewno trwały. Jeśli jednak jakiegokolwiek złośliwe guzy barwnikowe nadają się do leczenia laserem argonowym, to są to złośliwe guzy barwnikowe tęczówki, w których rokowanie jest uważane za korzystne⁴. Wg Arentsema i Greena¹ śmiertelność w tego typu guzach wynosi zaledwie 3%, a przerzuty występują bardzo rzadko.

W przypadkach guzów tęczówki, w których nie można z różnych powodów zastosować leczenia chirurgicznego, leczenie przy pomocy koagulacji laserowej ma szanse powodzenia, za czym przemawiają nasze 5-letnie obserwacje.

1. *Arenstein J.J., Green W.R.*: Melanoma of the iris report of 72 cases treated surgically. *Ophthalmic Surg.* 6: 23-37 (1975).
- 2. *Ashton N., Wybar K.*: Primary tumors of the iris. *Ophthalm.* 151: 97-113 (1966).
- 3. *Rones B., Zimmerman L.E.*: The prognosis of primary tumors of the iris treated by irydectomy. *Arch Ophthalm.* 60: 193-205 (1958).
- 4. *Shields J.A.*: Diagnosis

and Management of Intraocular Tumors. 83-120. The C.V. Mosby Company, St. Louis, Toronto, London, 1983. — 5. *Wilson R.S., Fraunfelder F.T., Hanna C.*: Recurrent tapioca melanoma of the iris and ciliary body treated with argon laser. *Am. J. Ophthalm.* 82: 213-217 (1976).

Praca wpłynęła: 21.05.1992.

O. Palacz, Z. Sylwestrzak

Andrzej Zieliński i Julia Kruk-Jeromin

Ocena metod chirurgicznego leczenia wrodzonego opadnięcia powieki

Evaluation of the methods of surgical treatment for blepharoptosis

Summary: The aim of the study was to evaluate the results of two surgical procedures for the treatment of congenital blepharoptosis. The first type was based on more or less extensive excision of the levator muscle from anterior (*Everbusch*) or posterior (*Blasovicis*) approach. The second procedure was double-level resection with preservation of levator muscle or with its shortening, by plication of its peripheral part (*Mustarde*). The study comprises 38 cases with congenital blepharoptosis. Better results were obtained in the cases where the levator muscle has been preserved.

Hasła: wrodzone opadnięcie powieki, operacje Blasovicisa, Everbuscha, Mustarde
Key words: congenital blepharoptosis, surgical procedures according to Blasovicis, Everbusch, Mustarde

Najczęstszą przyczyną zaburzeń czynności powieki górnej są wady rozwojowe. Rzadziej spotyka się nabyte opadnięcie powieki, spowodowane zmianami porażennymi lub bliznowatymi. Częstość występowania wrodzonego opadnięcia powieki w stosunku do wszystkich przypadków tej choroby waha się od 62% (*Berke*)¹ do 90% (*Fox*)². Czynnością powieki górnej zawiadują dwa przeciwstawne mechanizmy. Powieka górna unoszona jest przez mięsień dźwignacz powieki górnej, unerwiony przez nerw okoloruchowy oraz mięsień tarczowy górny, unerwiony przez nerw współczulny. Antagonistyczną funkcję pełni część powiekowa mięśnia okrężnego oka, tarczka i skóra powieki górnej (ryc. 1). W warunkach fizjologicznych dolny brzeg powieki górnej przy patrzeniu w dal pokrywa 1-2 mm rąbka rogówki, który znajduje się w odległości około 5,5 mm od centralnego punktu źrenicznego. Te parametry stanowią punkty odniesienia do określenia stopnia zaburzeń funkcji powieki górnej. Tak więc, jeśli brzeg powieki znajduje się na wysokości równika źrenicy, opadnięcie powieki określamy na 3,5 do 4,5 mm. Oprócz oceny statycznej konieczne jest określenie zakresu czynności mięśni unoszących powiekę. W zdrowej powiece wynosi on około 15 mm.

W ciężkim uszkodzeniu czynność mięśni unoszących powiekę jest bardzo słaba, w granicach 2-4 mm.

Istnieje kilka sposobów chirurgicznego leczenia wrodzonego opadnięcia powieki. Obowiązujące do dnia dzisiejszego zasady operacji opisali i spopularyzowali przed ponad 100 laty *Everbusch* (1883)³ i nieco później *Blasovicis* (1923)². Oba te sposoby różnią się jedynie dostępem: przedni — skórny w operacji *Everbuscha* (ryc. 2a) i tylny — spojówkowy wg *Blasovicisa* (ryc. 2b). Dotyczą one korekty kompleksu dźwignacza powieki górnej i polegają na mniejszym lub większym wycięciu rozciągną mięśnia dźwignacza i mięśnia tarczowego górnego, a czasami także obwodowej części samego mięśnia dźwignacza powieki. W ostatnim dwudziestolecu *Mustarde* opisał odmienny sposób operacji opadniętej powieki, polegający na dwupoziomowym wycięciu części powieki górnej, antagonistycznej do kompleksu dźwignacza^{6,7} (ryc. 3). W metodzie tej resekcja dotyczy skóry i mięśnia okrężnego oka na jednym poziomie oraz tarczki i spojówki powiekowej na niższym poziomie, od wewnętrznej strony powieki. Przy dość dobrym zakresie czynności dźwignacza pozostaje on nietknięty, natomiast przy dużym upośledzeniu funkcji dźwignacza skraca się go przez zdwojenie jego obwodowej części. U chorych, u których brak jest jakiegokolwiek czynności mięśnia dźwignacza lub operacja wykonana jednym z powyższych sposobów nie dała efektu, można unieść powiekę poprzez podwieszenie jej do mięśnia czołowego na pasku powięzi^{5,7,8}. W pracy pominięto te zabiegi.

Z Kliniki Chirurgii Plastycznej ICh AM w Łodzi

Kierownik: prof. dr hab. Julia Kruk-Jeromin

Reprint request to:

Dr Andrzej Zieliński

ul. Baczyńskiego 36, 91-189 Łódź