

OPERACJE odwarstwienia siatkówki (o.s.) z użyciem wszczepów śród- i nadtwardówkowych są zabiegami mniej traumatyzującymi niż opasanie gałki ocznej, mogą jednak również powodować liczne powikłania^{1-4, 7, 9, 11}. Im większy wszczep wpuklający gałkę, tym większe ryzyko wzrostu ciśnienia śródgałkowego podczas operacji aż do możliwości zaciśnięcia ścian *a. centralis retinae* z następową ślepotą. Wypływa stąd konieczność stałego monitorowania napięcia gałki podczas wpuklania wszczepu. Jest to szczególnie ważne w przypadkach operowanych bez drenażu płynu podsiatkówkowego^{5, 8}. U naszych chorych z powodu stosowania drenażu przestrzeni podsiatkówkowej powikłanie to jest rzadkie ale możliwe, głównie w przypadkach z małą ilością płynu podsiatkówkowego. Przy dużych wszzczepach mogą również wystąpić w okresie pooperacyjnym objawy niedokrwienia przedniego odcinka gałki. Długotrwałe lokalne wpuklenie twarówki może powodować jej nekrozę i przesuwanie się wszczepu do wnętrza gałki^{3, 6}. Powikłanie to zdarza się częściej przy stosowaniu twardych implantów plastycznych, dużo rzadziej lub prawie wcale w przypadkach wszczepów tkankowych oraz miękkich gąbek silikonowych^{10, 12}, chociaż pewne czynniki dodatkowe mogą sprzyjać takiej komplikacji.

Z innych powikłań, które mogą wystąpić w okresie pooperacyjnym należy wymienić: odczyny zapalne tkanek ochronnych oka, uważane za normalne następstwo zabiegu, gdy trwają przez pierwsze kilka dni ale już za powikłanie pooperacyjne, gdy przedłużają się do tygodnia lub dłużej, krwotoki siatkówkowe i do ciała szklistego, wysięki w ciełe szklistym, infekcje zewnętrz- i wewnętrzzgałkowe, zmiany w plamce.

W omawianym przez nas materiale klinicznym wyróżniliśmy powikłania śród- i pooperacyjne a w grupie tych ostatnich — wczesne i późne zgodnie z ogólnie przyjętymi kryteriami.

MATERIAŁ WŁASNY

Przeanalizowano 68 przypadków odwarstwienia siatkówki operowanych w naszej klinice metodą lokalnych wszczepów. W 33 przypadkach wykonano wszczep śród- i nadtwardówkowy natomiast w 35 nadtwardówkowy.

W operacjach wszczepu śród- i nadtwardówkowego materiałem wypełniającym kieszonki były tkanki naturalne konserwowane i własne (opona twarda 24, powięź liofilizowana 6, powięź własna 3), natomiast do wszczepu nadtwardówkowego stosowano w 31 przypadkach gąbkę silikonową, w 4 — tkanki naturalne konserwowane (powięź liofilizowana).

Wiek operowanych pacjentów wahał się od 9 do 73 lat. Etiologia odwarstwienia: samoistne 30 przypadków, porażenie 17, w krótkowzroczności 18, w bezsoczewkowości 3 przypadki. Czas trwania odwarstwienia: do 2 miesięcy 51, powyżej 2 miesięcy 17 przyp. U większości chorych (43) odwarstwienie obejmowało 1-2 kwadranty, w 5 przypadkach było całkowite. Najczęściej otwory były

Doniesienie wygłoszone na XIII Sympozjone Retinologicznym, Poznań 1984

Z Kliniki Okulistycznej AM we Wrocławiu, kierownik: prof. dr med. Piotr Hańczy

Reprint requests to: Dr med. Mirosław Uher, ul. Chalubińskiego 2a; 50-368 Wrocław, Poland

MIROSLAW UHER, PIOTR HAŃCZYC, MAGDALENA KOZIOROWSKA i MARTA MISIUK-HOJŁO

Powikłania operacji z użyciem wszczepów w leczeniu odwarstwień siatkówki

COMPLICATIONS OF RETINAL DETACHMENT OPERATION WITH THE USE OF IMPLANTS

Complications of the retinal detachment surgery with the use of episcleral and intrascleral implants are presented. The authors are using biological materials (fascia lata, dura mater) as well as alloplastic materials (Lincoff's sponge). Among the postoperative complications following were seen: protracted reactions from the side of the ocular adnexa, intraocular haemorrhages, intravitreal exudates. The most severe from the observed complications was the atrophy of the sclera at the spot of implantation of the silicon sponge.

HASŁA: odwarstwienie siatkówki, wszczep, powikłania
KEY WORDS: retinal detachment, implant, complications

pojedyncze (54), zlokalizowane w kwadrantach skroniowych, w 14 oczach stwierdzono otwory mnogie. 60 chorych operowano po raz pierwszy, natomiast w 8 przypadkach wszczep lokalny był kolejnym zabiegiem (drugim lub trzecim). Operacje wszczepu śród- i nadtwardówkowego wg Paufigue'a wykonywano szczególnie w otworach zlokalizowanych poza równikiem gałki. Wszczepy nadtwardówkowe zakładano wg zasad Lincoffa najczęściej o ukierunkowaniu południkowym. Wszczepy lokalne w kilku przypadkach łączono z zabiegiem opasania gałki tkankami biologicznymi lub nitką nylonową. Przy wszzczepach śród- i nadtwardówkowych wykonywanych w latach wcześniejszych stosowano rutynowo diatermokoagulację twarówki, natomiast przy wszzczepach nadtwardówkowych, które wykonujemy od kilku lat stosujemy przede wszystkim krioaplikację twarówki.

Anatomiczne przyłożenie siatkówki uzyskano w 14 przypadkach całej omawianej grupy (64,7%). Przy analizie osobno wyników w grupie wszczepów śród- i nadtwardówkowych przyłożenie siatkówki stwierdzono w 54%, natomiast w grupie wszczepów nadtwardówkowych w 77,4%.

Tabela I

Rodzaj powikłania	Wszczep	
	śródtwardówkowy	nadtwardówkowy
Upływ szklistki	1	—
Przedwczesny upływ płynu podsiatkówkowego	1	1

Powikłania śródoperacyjne występowały rzadko (tab. I). W pojedynczym przypadku zdarzyło się uszkodzenie ściany gałki ocznej igłą przy zakładaniu szwów materacowych mocujących implant oraz przy preparowaniu

kieszonki śród- i nadtwardówkowej w 2 przypadkach. Spowodowało to przedwczesny upływ płynu podsiatkówkowego, a u 1 chorego upływ ciała szklistego. Pooperacyjnie w tym ostatnim przypadku stwierdzono krwotok do szklistki i brak przyłożenia siatkówki.

Powikłania pooperacyjne wczesne — możemy zaliczyć tu obserwowane w 14 przypadkach bardziej nasilone i utrzymujące się powyżej 10 dni odczyny ze strony tkanek ochronnych. Stwierdzano wytrzeszcz gałki ocznej i obrzęk powiek z wybitną chemozą w operowanym kwadrancie. Przedłużone odczyny ze strony narządów ochronnych oka obserwowano głównie w grupie chorych, u których stosowano tkanki konserwowane, natomiast praktycznie nie stwierdzano ich w grupie z gąbką silikonową. Nie zanotowano objawów niedokrwienia przedniego segmentu gałki.

Tabela II

Rodzaj powikłania	Wszczep	
	śródtwardówkowy	nadtwardówkowy
Wczesne: przedłużony odczyn zapalny tkanek ochronnych oka	12	2
krwotoki do ciała szklistego	3	2
krwotoki do siatkówki	4	1
wysięk do ciała szklistego	4	1
zez rozbieżny	1	—
Późne: uwypuklenie się wszczepu	—	5
martwica twarówki	—	1

Krwotoki wewnątrzgałkowe obserwowano w 10 przypadkach. Stwierdzano je po 7-14 dniach po zabiegu. U 5 pacjentów były to krwotoki do ciała szklistego, a u 5 siatkówkowe. Częściej obserwowano je po wszzczepach śród- i nadtwardówkowych niż nadtwardówkowych; w grupie z wszzczepami śród- i nadtwardówkowymi na 33 przypadki w 7, co stanowi 21%, w grupie z plombami nadtwardówkowymi na 35 przypadków w 3 co stanowi 8,6%. Wysięki do ciała szklistego stwierdzano u 5 osob. Pojawiały się przeważnie w okresie 7-10 dni po operacji. Wycofywały się po leczeniu enkortonem i środkami resorbującymi. Zaburzeń ciśnienia śródgałkowego nie obserwowano. W 1 przypadku wszczepu śród- i nadtwardówkowego obserwowano niewielkiego stopnia zez rozbieżny w 14 dniu po zabiegu. Jego wystąpienie łączymy z możliwością wytworzenia się blizn wokół mięśnia prostego bocznego, który został odcięty w czasie zabiegu w celu odsłonięcia miejsca odwarstwienia (wynik operacji dobry).

Powikłania późne obserwowano rzadko (tab. II). W badaniach pooperacyjnych odległych stwierdzano po kilku miesiącach przy wszzczepie z gąbki mniej lub bardziej wyraźne uwypuklenie się jej przez spojówkę gałkową (5 przypadków), subiektywnie nie dawało to żadnych dolegliwości, nie miało też wpływu na efekt zabiegu. W tych przypadkach na dzień oka nie stwierdzano wyraźnego wpuklenia, siatkówka pozostała jednak przyłożona.

Najczęściej obserwowanym przez nas powikłaniem była martwica twarówki stwierdzona u jednego pacjen-

ta podczas reoperacji z powodu nieprzyłożenia się siatkówki. Pierwszym zabiegiem był wszczep nadtwardówkowy z gąbki, połączony z intensywnymi przypaleniami diatermicznymi twarówki pod wszzczepem. Podczas reoperacji po usunięciu wszczepu stwierdzono pod nim martwiczą twarówkę. Wypadła ona w formie krążka odsłaniając naczyniówkę. Na brzegi zdrowej twarówki założono szwy materacowe, uzyskując skrócenie gałki, którą następnie opasano nitką nylonową. Efekt zabiegu był negatywny.

OMÓWIENIE

Zestawienie naszych przypadków obejmuje dwa okresy operacyjne. W pierwszym, wcześniejszym stosowaliśmy, zgodnie z panującą wówczas tendencją, więcej wszczepów śród- i nadtwardówkowych wraz z diaternią. W późniejszym okresie dominują wszczepy nadtwardówkowe przede wszystkim z gąbki silikonowej i krioaplikacja. Rzutuje to na wyniki operacyjne ale ma także wpływ na charakter i rodzaj powikłań. Stwierdzane bowiem krwotoki pooperacyjne były częstsze w grupie wszczepów śród- i nadtwardówkowych. Można to tłumaczyć stosowaną wówczas dość intensywną diatermokoagulacją ale także trudniejszymi manipulacjami technicznymi w przypadkach kieszonek Paufigue'a. Spośród 10 krwotoków w 6 wpłynęły one niekorzystnie na ostateczny efekt pooperacyjny, powodując niską ostrość wzroku i nieprzyłączenie się siatkówki. Błędy techniczne w postaci uszkodzenia ściany gałki przy preparowaniu kieszonki czy przy zakładaniu szwów śród- i nadtwardówkowych obciążają operatora, choć mogą się zdarzyć najprawdopodobniej chirurgom. W naszych przypadkach były w części spowodowane cienką twarówką, gdyż dotyczyły pacjentów z krótkowzrocznością.

Na uwagę zasługują dość duże odczyny po wszzczepach tkanek konserwowanych (powięzi, opony twardej), których intensywność, jak się nam wydaje, jest proporcjonalna do wielkości wszczepionej tkanki. Stąd przy planowaniu zabiegu z użyciem większego wszczepu pierwszeństwo należy dać powięzi własnej lub gąbce silikonowej.

Obserwowane przez nas w 5 przypadkach wysięki w szklistce w okresie 7-10 dni po zabiegu łączymy ze stosowaną diaternią, rzadziej z nadmierną krioaplikacją.

W grupie wszczepów nadtwardówkowych z gąbki silikonowej obserwowaliśmy po upływie kilku lub kilkunastu miesięcy uwypuklenie się gąbki na zewnątrz pod spojówkę w miejscu wszczepu. Niektórzy autorzy łączą to zjawisko z występowaniem infekcji³. Musimy stwierdzić, że nie obserwowaliśmy u naszych chorych żadnych objawów zapalnych w okolicy założonego wszczepu. Uważamy, że omawiane zjawisko spowodowane jest raczej rozluźnianiem się szwów przytrzymujących wszczep na skutek powolnego przerywania twarówki przez mocno napięte nitki.

PIŚMIENNICTWO

- Bernardczykowa A., Cogotkiewicz Z.: Nasze wskazania do operacji i wyniki zabiegów z zastosowaniem wszczepów lub opierścienających gałkę w odwarstwieńiach siatkówki. Klin. oczna 42: 195-200 (1972).
- Chignell A. H.: Retinal detachment surgery. (Springer, Berlin 1980).
- Flindal R. J., Norton E. W. D., Curtin V. T., Gass J. D. M.: Reduction of extrusion and infection following episcleral silicone implants and cryope-

xy. Amer. J. Ophthal. 71: 835-837 (1971). — 4. *Lean J. S., Chignell A. H.*: Infection following retinal detachment surgery. Brit. J. Ophthal. 61: 595-594 (1977). — 5. *Lim Siew Ming A.*: Surgical complications — avoidance and treatment. Retinal detachment surgery, 66-71 (Karger, Basel 1978). — 6. *Lim Siew Ming A.*: Surgical complication — recurrence of detachment. Retinal detachment surgery, 72-79 (Karger, Basel 1978). — 7. *Lincoff H., McLean J., Nano H.*: Scleral abscess. A complication of retinal detachment buckling procedures. AMA Arch. Ophthal. 74: 641-648 (1986). — 8. *Lincoff H., Kreissig I.*: The treatment of retinal detachment without drainage of subretinal fluid. Modification of the Custodis procedure. Trans. Amer. Acad. Ophthal. 76: 1221-1233 (1972). — 9.

Robertson D. M.: Anterior segment ischaemia after segmental episcleral buckling and cryoexy. Amer. J. Ophthal. 79: 871-874 (1975). — 10. *Soo Hahn Y., Lincoff A., Lincoff H., Kreissig I.*: Infection after sponge implantation for scleral buckling. Amer. J. Ophthal. 87: 180-185 (1979).

11. *Ulrich M. R., Burton T. C.*: Infections following scleral buckling procedures. AMA Arch. Ophthal. 92: 213-215 (1974). — 12. *Urrets-Zavalua A.*: Acute scleral necrosis: A hitherto unrecognized complication of scleral detachment surgery. Trans. Amer. Acad. Ophthal. 75: 1035 (1971).

Praca wpłynęła: 12.6.1987 (nr 5190).

(c.d. ze str. 103)

RIMMER T., FALLON T. J., KOHNER E. M.: Długofalowe badanie przepływu krwi siatkówki u cukrzyków przy zastosowaniu zjawiska śródocznego niebieskiego światła (*Long-term follow-up of retinal blood flow in diabetes using the blue light entoptic phenomenon*). Brit. J. Ophthal. 73: 1-5 (1989).

Fenomen niebieskiego śródocznego światła był używany do mierzenia przepływu krwi w siatkówce u 87 cukrzyków i 10 kontrolnych osób normalnych w długo-okresowym badaniu. Okres pomiędzy początkiem i końcem badań wynosił 21-39 mies. (średnio 31,4). Szybkość przepływu krwi w siatkówce nie zmieniła się u 10 osób w grupie kontrolnej ani u tych 9 pacjentów, którzy nie mieli retinopatii. Wszyscy oprócz jednego byli wolni od uszkodzeń siatkówkowych. U 24 pacjentów z retinopatią szybkość przepływu znacznie spadła z 0,71 (SD 0,35) mm/s do 0,48 (0,13) mm/s ($p < 0,01$). Szybkość również spadła w proliferacyjnej grupie pacjentów z 0,62 (0,39) mm/s do 0,41 (0,14) mm/s ($p < 0,05$). Stan retinopatii zmienił się w 11 przyp. z tej grupy. U pacjentów z retinopatią proliferacyjną będących w leczeniu obecnie i leczonych poprzednio, nie było zmiany w szybkości przepływu.

Anna Bernardczykowa

CHUANG E. I., BIRD A. C.: Obustronne przedarcia w warstwie barwnikowej siatkówki (*Bilaterality of tears of retinal pigment epithelium*). Brit. J. Ophthal. 72: 918-920 (1988).

Gałki oczne z przedarciami w odwarstwionej warstwie barwnikowej siatkówki zostały przeanalizowane wstecznie do 10 lat od momentu wystąpienia schorzenia. Stwierdzono, że wystąpienie w jednym oku pociąga wysokie ryzyko wystąpienia podobnej zmiany w oku towarzyszącym. Badania wykazały, że chorzy ci mieli specyficzne zmiany na poziomie blaszki podstawnej naczyńki, które predysponowały do wystąpienia zmian związanych z wiekiem w obrębie plamek.

Jadwiga Bernardczyk

17. Nowotwory, choroby ogólne a oko

CHAR D. H., LJUNG B.-M., DESCHÈNES J., MILLER T. R.: Wewnątrzgałkowy chłoniak: analiza immunologiczna i cytologiczna (*Intraocular lymphoma: immunological and cytological analysis*). Brit. J. Ophthal. 72: 905-911 (1988).

Autorzy przeanalizowali pod względem immunologicznym i cytologicznym ciała szkliste pobrane od 9 chorych z wewnątrzgałkowym chłoniakiem (*reticulum cell sarcoma*). Wyniki badań cytologicznych były dokładniejsze niż badań immunologicznych, w których określano znacznik powierzchniowy limfocytów i pozwalały

na odróżnienie chłoniaka od zapalenia błony naczyniowej. Chłoniak ten zwykle zajmuje błonę naczyniową, siatkówkę, ciało szkliste i układ nerwowy ośrodkowy. Postawienie właściwej diagnozy jest rzadkie i zwykle późne. Nawet w przypadkach występowania charakterystycznych żółtobiałych ognisk w obrębie siatkówki i błony naczyniowej oraz występowania odczynu zapalnego w obrębie ciała szklistego — obraz prawie patognomiczny dla jednostki — rozpoznanie jest zwykle opóźnione.

Jadwiga Bernardczyk

WHITE V., STEVENSON K., GARNER A., HUNGERFORD J.: Mięsak gładko-komórkowy mesektodermalny ciała rzęskowego: opis przypadku (*Mesectodermal leiomyoma of the ciliary body: case report*). Brit. J. Ophthal. 73: 12-18 (1989).

Przedstawiono klinicznie, w mikroskopii świetlnej i elektronowej cechy mięsaka gładkokomórkowego ciała rzęskowego. Ten wyjątkowo rzadki i widocznie łagodny guz uważany jest za pochodną grzeblenia nerwowego. W opisanym przypadku komórki guza zawierały jak się okazało delikatne włókienka z miejscowymi zagęszczeniami i widocznymi mitochondriami. Delikatne białko mięśniowe uwidoczniło metodami immunohistochemicznymi.

Anna Bernardczykowa

18. Chirurgia, znieczulenie

WATTS M. T., PEARCE J. L.: Jednodniowe leczenie operacyjne zaćmy (*Day-case cataract surgery*). Brit. J. Ophthal. 72: 897-899 (1988).

Autorzy opisują wyniki operacyjnego usunięcia zaćmy u 40 chorych przeprowadzone w znieczuleniu miejscowym wraz z implantacją soczewki sztucznej podczas jednego dnia pobytu w szpitalu. Metoda ta początkowo rozpowszechniona w USA, jest pozytywnie oceniana również w Wielkiej Brytanii. Chory w dobrym stanie fizycznym i psychicznym zgłasza się do szpitala o godz. 11 i jest operowany w godzinach popołudniowych. Jako znieczulenie stosuje się ostrzykiwanie okołogałkowe (zamiast pozagałkowego) 4-6 ml 0,75% roztworu bupivakainy. Po zewnątrzgałkowym usunięciu soczewki, wszczepiana jest soczewka sztuczna a na koniec operacji podspojówkowa iniekcja ampicyliny i depomedrolu oraz wkroplenie do worka spojówkowego 0,5% roztw. timoptiku. Chory opuszcza oddział, by zgłosić się do kontroli następnego dnia w godz. rannych i potem przez kolejne 3 dni. Jako korzyści podkreśla się krótki okres pobytu w szpitalu (komfort dla chorego) i znaczne obniżenie kosztów leczenia. Kluczowy jest właściwy dobór chorych.

Jadwiga Bernardczyk

(c.d. na str. 110)

POWSZECHNIE wiadomo, że w chirurgii plastycznej twarzy, a w tym również i powiek mają zastosowanie trzy zasadnicze rodzaje przeszczepów skóry: naskórkowy *Thierscha*, pośredniej grubości *Mellera* oraz pełnej grubości *Wolfa-Krausego*¹.

Wolne płaty skóry pełnej grubości kurczą się jednak mniej niż pośredniej grubości, są one poza tym bardziej odporne na działanie czynników mechanicznych, łatwiejsze w pobraniu, a zmiany przebarwienia występują rzadko⁴. Stąd też, przeszczepy te znajdują coraz częściej zastosowanie w chirurgii plastycznej powiek, zastępując stopniowo klasyczne przesunięcie skóry, bądź uszypułowane płaty skórne^{3,5}. Wolne przeszczepy skóry pełnej grubości, mają najczęściej zastosowanie w chirurgii rekonstrukcyjnej powiek przy ich schorzeniach nowotworowych, zmianach pourazowych, względnie wrodzonych zmianach barwnikowych.

Swoiste właściwości skóry powiek, a zwłaszcza jej cienkość i delikatność, a także brak podściółki tłuszczowej oraz skąpe uwłosienie i łatwość marszczenia się, określają ściśle rodzaj i cechy przeszczepu skórno, przewidzianego do zastosowania na tym obszarze. Dlatego też, miejscem najodpowiedniejszym do jego pobrania jest skóra zza ucha, bądź przyśrodkowej powierzchni ramienia.

MATERIAŁ I METODYKA

W okresie ostatnich 10 lat zabieg operacyjny polegający na wykorzystaniu wolnego przeszczepu skóry pełnej grubości, pobranej zza ucha, w rekonstrukcyjnej chirurgii powiek, wykonano u 45 chorych w wieku od 19 do 81 lat. W tym było 17 kobiet i 28 mężczyzn. U 42 z nich wskazaniem do zabiegu były stwierdzone na powiece zmiany nowotworowe, w dwóch bliźniw pourazowe, zaś u jednego wrodzone znamię barwnikowe.

Pośród 45 chorych tylko u 4 z nich proces chorobowy dotyczył powieki górnej, zaś u pozostałych 41 dolnej; z tym, że u 9 obejmował on również okolicę kąta przyśrodkowego, zaś u 2 kąta zewnętrznego powieki.

Technika zabiegu operacyjnego przedstawiała się następująco: po usunięciu zmiany nowotworowej, bliźniawatej lub barwnikowej z powieki w obrębie tkanek zdrowych, z powstałego ubytku pobierano odcisk na sterylne płótno i wycinano odpowiadający mu szablon. Następnie szablon ten umieszczano w załamku uszno-czaszkowym i obrysowując go barwnikiem na skórze, określano w ten sposób wielkość potrzebnego do przeszczepu płata. Okolicę przyszłego pola operacyjnego znieczulano 0,5% roztworem ksylokainy z dodatkiem adrenaliny. Wzdłuż granic zaznaczonego uprzednio miejsca nacinano skórę przez całą jej grubość, po czym przytrzymując ją delikatnie haczykiem dwuzębny wypreparowano wolny płat bez tkanki tłuszczowej. Powstałą po pobraniu przeszczepu ranę skóry zszywano szwami samoadaptującymi. Natomiast uzyskany w ten sposób przeszczep oczyszczano jeszcze dokładnie z resztek tkanki tłuszczowej, po czym umieszczano go w ubytku powieki i w sposób

Z Oddziału Okulistycznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Olsztynie, ordynator: prof. dr med. Edward Lenkiewicz

Reprint requests to: Dr med. Kazimierz Antonowicz, ul. Barcza 31 m. 3; 10-858 Olsztyn, Poland

KAZIMIERZ ANTONOWICZ i EDWARD LENKIEWICZ

Wolny przeszczep skóry w rekonstrukcyjnej chirurgii powiek

FREE CUTANEOUS GRAFT IN RECONSTRUCTION SURGERY OF THE LIDS

Surgical procedure consisting on the excision of a neoplastic, cicatricial or pigmentary change and on covering of the created defect by a free full thickness graft was carried out in 45 patients. A favourable functional and cosmetic effect was achieved in all of them.

HASŁA: rekonstrukcyjna chirurgia powiek, wolny przeszczep skóry

KEY WORDS: reconstructive eyelid surgery, free cutaneous graft

atraumatyczny przyszywano do otaczających tkanek za pomocą pojedynczych szwów grubości 6.0. Na wszczepiony płat skóry nakładano następnie opatrunek uszkoczonej w waty przepojonej penicyliną i parafiną. Opatrunek zdejmowano zazwyczaj po upływie 24 lub 48 h, po czym natłuszczano przeszczepioną skórę delikatnie maścią z antybiotykami. Szwy z przeszczepu usuwano pomiędzy 5 a 6 dniem, zaś z rany skórnej załamek uszno-czaszkowego po upływie 3 tygodni. W celu uformowania się jak najbardziej blizny zalecano po około 2 tygodniach od zabiegu, masaż brzegów przeszczepu opuszką palca z zastosowaniem maści hydrokortyzonowej. U chorych, u których usunięto z powieki zmianę nowotworową lub barwnikową badano ją histopatologicznie.

WYNIKI I OMÓWIENIE

W przebiegu pooperacyjnym w miarę wgajania się przeszczepu obserwowano stopniowo zmianę jego zabarwienia z fioletowo-niebieskiego, poprzez różowe aż do koloru otaczającego skóry. Nigdy nie stwierdzono odrzucenia przeszczepu i w związku z tym nie zachodziła konieczność reoperacji.

Z powikłań wczesnych tylko u jednego chorego w 48 h po zabiegu wystąpiło krwawienie z rany pooperacyjnej, które udało się opanować i przeszczep uległ prawidłowemu wgojeniu. Ponadto u kilku chorych w początkowym okresie, wytworzyła się zbyt duża blizna, która zmniejszyła się wyraźnie po zastosowaniu masażu z użyciem maści hydrokortyzonowej. U wszystkich chorych w wyniku przeprowadzonego zabiegu operacyjnego uzyskano dobry efekt funkcjonalny i kosmetyczny (ryc. 1-3).

W wyniku przeprowadzonych badań histopatologicznych usuniętych z powieki zmian chorobowych u 43 chorych stwierdzono: *carcinoma basocellulare* (35), *carcinoma planocellulare* (4), *papilloma* (3) oraz *naevus pigmentosus* (1).

Jak mogliśmy się przekonać wolny przeszczep skóry pełnej grubości, pobrany zza ucha, okazał się bardzo