

E. S. AWIETISOW, F. S. YULDAŠEVA,
E. L. BASOVA i I. SMOLIANINOWA

Wyniki nowej operacji w leczeniu oczopląsu

RESULTS OF A NEW OPERATION IN TREATMENT OF NYSTAGMUS

A new surgical procedure is presented (Avietisov 1978) which in contrast to the Anderson-Kestenbaum method may be used in nystagmus of every kind. The essential element of this procedure is the resection of the anterior belly of the eye muscles comprising the neuro-muscular spindles responsible for the local mechanisms regulating the action of the oculomotor muscles. Application of this method in 76 patients caused a decrease of the nystagmus amplitude in all types of this condition. The discussed operation did not however influence the frequency of the ocular movements. The performed surgical procedure lead to an improvement of the visual acuity and of the position of the head.

HASŁA: oczopląs, leczenie operacyjne, wyniki
KEY WORDS: nystagmus, surgical treatment, results

Szew ten ściąga się i zawiązuje w dwa węzły a mięsień sfaldowany odcina się.

Operowano 74 chorych (50 mężczyzn i 24 kobiety) w wieku 5-50 lat. U 31 stwierdzano oczopląs samoistny, u 21 wahadłowy, u 22 mieszany. U 41 chorych oczopląs był połączony z zezem. Największa amplituda i częstość występowała w oczopląsie wahadłowym (113 mkW, 3,19 gc), a nieco mniejsza przy samoistnym (101 mkW, 2,87 gc), najmniejsza przy oczopląsie mieszanym (82 mkW, 2,67 gc). Średnią wielkość amplitudy po operacji i czas od zabiegu przedstawiono w tab. I. Z tabeli wynika, że amplituda wychyleń oczu przy wszystkich rodzajach oczopląsu zmniejszyła się średnio do 18-48,35 mkW. Zasadniczo operacje nie wpłynęły na częstotliwość oczopląsu.

Jak wynika z tab. II po operacji ostrość wzroku z korekcją przy samoistnym oczopląsie poprawiła się średnio o 0,29, przy mieszanym o 0,19, a przy wahadłowym o 0,08. Poprawa ostrości wzroku jednego oka była w każdej grupie nieco mniejsza niż poprawa ostrości wzroku obu oczu. Niewielka poprawa ostrości wzroku w oczopląsie wahadłowym była związana z tym, że z reguły łączył się on ze zmianami organicznymi w układzie wzrokowym (częściowe obustronne zaniki n. II, bielactwo).

Operacja poprawiła przymusowe ustawienie głowy u chorych z oczopląsem samoistnym i mieszanym w 69,9% przypadków, w których skręt głowy był mniejszy niż

Tabela II

Rodzaj oczopląsu	Ostrość wzroku bez korekcji		Ostrość wzroku z korekcją	
	przed operacją	po operacji	przed operacją	po operacji
samoistny	0,28 ± 0,03	0,51 ± 0,05	0,43 ± 0,04	0,72 ± 0,04
mieszany	0,32 ± 0,03	0,45 ± 0,05	0,37 ± 0,04	0,56 ± 0,04
wahadłowy	0,20 ± 0,03	0,27 ± 0,03	0,22 ± 0,33	0,30 ± 0,02

40°. Przy skręcie większym nie udało się poprawić tego ustawienia. W wyniku operacji u 40 spośród 41 chorych z zezem udało się uzyskać równoległe lub prawie równoległe ustawienie oczu.

Technika operacji zależy od rodzaju oczopląsu. Przy przymusowym ustawieniu głowy i braku zezu, dla przesunięcia „strefy spokojnego patrzenia” przeprowadza się jednakowe wycięcie przedniego odcinka brzośca mięśnia obu oczu po stronie szybkiej fazy oczopląsu. Dla uzyskania poprawy ustawienia głowy o 20-30° wystarczy przeprowadzić resekcję 6 mm każdego operowanego mięśnia. Przy kącie 35° i większym — 7 do 8 mm. W tym wypadku nie da się usunąć całkowicie skrętu głowy. Przy istnieniu przymusowego ustawienia głowy i z zezem przeprowadzamy resekcję mięśni po stronie szybkiej fazy oczopląsu, na jednym oku większą, na drugim mniejszą, żeby zmniejszyć kąt zezu. Dla przykładu przy prawostronnym samoistnym oczopląsie i zezie zbieżnym przeprowadzamy większą resekcję na m. prostym bocznym o.p. i mniejszą na m. prostym przyśrodkowym o.l. Przy prawostronnym oczopląsie i zezie rozbieżnym przeprowadzamy większą resekcję na m. prostym przyśrodkowym o.l. i mniejszą na m. prostym bocznym o.p. Przy niedużym, pozostałym po operacji, kącie zezu w ciągu

6 mies. przeprowadzamy resekcję mięśnia prostego bocznego lub przyśrodkowego w zależności od rodzaju zezu po stronie wolnej fazy oczopląsu. Przy przymusowym ustawieniu głowy z zezem rozbieżnym i z zezem zbieżnym różnica w technice jest taka, że wykonujemy mniejszą resekcję m. prostego bocznego, a większą na m. prostym przyśrodkowym.

Przy oczopląsie wahadłowym operację wykonujemy tylko u tych chorych, u których stwierdza się dużą amplitudę ruchów oczu. Wykonujemy resekcję na mięśniach prostych przyśrodkowych i bocznych o 5-6 mm. Jeżeli uzyskujemy znaczne zmniejszenie się oczopląsu, rezygnujemy z późniejszego zabiegu na drugim oku. Przy istnieniu oczopląsu wahadłowego z zezem operujemy tylko jedno oko, większą resekcję wykonujemy na mięśniu znajdującym się po stronie przeciwnej odchylenia oka, a mniejszą na mięśniu zgodnym z odchyleniem oka. Przy efekcie niezadowolającym analogiczną operację wykonujemy w ciągu 6 miesięcy na drugim oku. Jeżeli kąt zezu jest większy niż 20°, to wykonujemy resekcję mięśni prostych z taką różnicą, że w miejscu resekcji usuwamy również przedni platek brzośca mięśnia.

Praca wpłynęła: 16.4.1987 (nr 5130).

JAK wiadomo, Anderson i Kestenbaum, dla zmniejszenia ruchów wahadłowych oczu przy oczopląsie, w r. 1953 niezależnie od siebie, zaproponowali operację, której pomysł polegał na tym, aby kosztem zmiany napięcia mięśni ustawić oczy w położeniu środkowym, przy którym wahania nie występują lub są minimalne. W tym celu osłabiali silniejsze mięśnie po stronie fazy wolnej i wzmacniali mięśnie słabsze po stronie fazy szybkiej oczopląsu. Jednakże operacja Andersona-Kestenbauma była skuteczna tylko przy oczopląsie samoistnym, który występuje stosunkowo rzadko. Zabiegu tego nie można zastosować przy połączeniu oczopląsu z zezem. Dla usunięcia zezu niezbędny jest zabieg, który jest przeciwwstawny do operacji Andersona-Kestenbauma. Awietisow (1978) opracował sposób operowania, który można zastosować przy dowolnym oczopląsie. Istotą zabiegu polega na tym, że przeprowadza się resekcję nie ścięgna, a przedniego odcinka brzośca mięśnia okoruchowego, usuwając wrzeczono mięśni (Kooreg, Daniel 1949, 1955-1956). Wrzeczono mięśniowe spotykamy tylko w końcowych odcinkach mięśni. Odpowiadają one za częstotliwość wyładowań impulsów, dających podwyższoną amplitudę oczopląsu. Usunięcie wrzeczono mięśniowych pozwala zmniejszyć oddziaływanie na mięśnie impulsów nerwowych oraz zmniejsza amplitudę oczopląsu. Ponadto resekcja mięśni okoruchowych powiększa stopień ich napięcia (efekt „naciągniętych lejców”), co także zmniejsza amplitudę oczopląsu.

Technika zabiegu: w odległości 4-5 mm od rąbka, równoległe do niego przecinamy spojówkę gałkową i pochewkę gałki na przestrzeni około 8-10 mm i odpreparowujemy je na tępo od twardówki. Pod mięsień podsuwamy dwa haczyki — jeden pozostawiamy w miejscu przyczepu mięśnia, drugi maksymalnie odsuwamy do tyłu. Szukamy miejsca przejścia ścięgna w brzusiec mięśnia. To miejsce zaznaczamy zielenią brylantową i od niego za pomocą cyrkla odmierzamy odcinek zaplanowany do wycięcia, również zaznaczamy go barwnikiem. Dwa milimetry od przedniego, zaznaczonego miejsca i dwa milimetry od zaznaczonego tylnego miejsca nakłada się z obu boków mięśnia po dwa syntetyczne szwy, które obejmują 1/3 lub 1/4 jego szerokości. Szwy zawiązuje się w mocne węzły i przy każdym z tych węzłów obcina się jeden koniec nitki. Wycina się kawałek poprzednio zaznaczonego barwnikiem mięśnia. Najpierw wykonuje się cięcie przy szwach położonych bliżej rąbka. Zawiązuje się szwy górne z dolnymi dwoma węzłkami i odcina się kawałek mięśnia od strony drugiego oznakowania. Na spojówkę nakłada się szew ciągły.

Można zakładać te szwy w inny sposób na odcinek zaplanowany do resekcji. Zaznaczamy odcinek do resekcji przy pomocy klamry lub specjalnego uchwytu faldując mięsień i zakładając na niego ciągły szew na całej szerokości, w punktach poprzednio oznakowanych.

Tabela I.

Rodzaj oczopląsu	Amplituda oczopląsu w mkW (±M)						
	przed operacją	zmniejszenie się po operacji					
		1 mies.	6 mies.	1 rok	1,5 roku	2 lata	średnio
samoistny	102 ± 4,39	58 ± 2,00	71 ± 3,19	69 ± 2,75	69 ± 2,07	69 ± 2,33	67 ± 2,98
mieszany	82 ± 5,33	65 ± 4,74	65 ± 6,51	61 ± 4,41	62 ± 4,80	63 ± 3,25	64 ± 4,61
wahadłowy	113 ± 7,05	65 ± 5,09	63 ± 4,10	64 ± 5,38	65 ± 3,40	65 ± 2,69	65 ± 3,88