

(28)

Analiza wyników leczenia 389 chorych z wrodzonym opadaniem powiek

Analysis of treatment results 389 patients with congenital blepharoptosis

Kazimierz Kobus, Piotr Wójcicki, Dariusz Rychlik

Z Kliniki Chirurgii Plastycznej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Z Oddziału Chirurgii Plastycznej Specjalistycznego Centrum Medycznego
w Polanicy Zdroju
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Kazimierz Kobus

Summary:

Purpose: Retrospective analysis of the results in the treatment of congenital blepharoptosis.

Material and methods: We retrospectively reviewed the records of 389 patients with blepharoptosis who underwent surgical treatment in the Hospital of Plastic Surgery in Polanica-Zdrój, from January 1976 to January 2005. The age of patients, degree of malformation and unilateral or bilateral occurrence of ptosis, was analyzed. Moreover, we studied treatment results of patients with blepharoptosis treated in our hospital and patients treated elsewhere, before admission to our hospital.

Results: 218 patients from 327 operated in our hospital had levator muscle resections. After 6 months of observation 39 patients were qualified for surgical re-correction. 12 months after surgery 4 patients had recurrence of ptosis. Frontalis suspension technique with using the temporal fascia, was performed in 109 patients. After 6 months observation, 8 patients were qualified for surgical re-correction.

Conclusions: For patients with maintained function of the levator muscle the most effective and physiological procedure, is the muscle shortening. Frontalis suspension technique with use of the temporal fascia should be limited to treat failure cases and patients with poor or absent function of the levator muscle.

Słowa kluczowe: Key words:

wrodzone opadanie powiek, skrócenie mięśnia dźwigacza, podwieszenie powieki na paskach powięzi.
congenital blepharoptosis, levator palpebrae muscle shortening, eyelid suspension on fascia stripes.

Wstęp

Blepharoptosis, w starożytności określane jako *phalaggosis*, *chalis*, *palpebrae laxatio* charakteryzuje się nieprawidłowo niskim ustawieniem powieki górnej spowodowanym upośledzeniem funkcji kompleksu jej dźwigacza. Schorzenie prowadzi do przysłonięcia rąbka rogówki przez wolny brzeg powieki w stopniu większym niż w warunkach fizjologicznych oraz ograniczenia pola widzenia z powodu przysłonięcia źrenicy.

U najmłodszych pacjentów brak bodźców wzrokowych spowodowany przysłonięciem źrenicy prowadzi do nieodwracalnych zaburzeń układu wzrokowego – niedowidzenia (1).

Patologia ta jest objawem wrodzonego zespołu o podłożu miogennym, rzadziej aponeurotycznym czy neurogennym (1,2).

Praca przedstawiona przez Berke i Wadswortha w 1955 roku tłumaczy jej istotę niewydolnością mięśnia dźwigacza spowodowaną zaburzeniem rozwojowym (3). Badania zaprezentowane przez Hornblassa w 1976 r. wykazały zależność pomiędzy stopniem opadania powieki a dystrofią mięśnia, polegającą na zastąpieniu włókien mięśniowych poprzecznie prążkowanych przez tkankę łączną (4).

Etiopatogeneza schorzenia nie została do końca wyjaśniona.

Przyczyn wady upatruje się w pierwotnym zaburzeniu rozwojowym powstałym w wyniku działania czynników genetycznych i środowiskowych. Zaburzenie odpowiedzialne za wystąpienie schorzenia może być przekazywane dziedzicznie lub może

powstać podczas rozwoju embrionalnego w wyniku anomalii komórek somatycznych. Predyspozycje genetyczne mogą być modyfikowane przez czynniki środowiskowe, na co wskazuje różny stopień nasilenia wady u identycznych genotypowo osobników – bliźniąt monozygotycznych (5).

Celem leczenia chirurgicznego wrodzonego opadania powiek jest fizjologiczne i symetryczne ustawienie ich brzegów wolnych przy patrzeniu na wprost.

Mnogość technik operacyjnych wskazuje na brak standardowego postępowania chirurgicznego w celu wzmocnienia kompleksu dźwigacza oraz podwieszenia powieki do czoła.

Wynik leczenia jest uzależniony od nasilenia opadania oraz doboru metody i właściwego wykonania korekcji. Przyjmuje się, że przy zachowanej – nawet słabej – funkcji mięśnia dźwigacza należy przeprowadzić zabieg dający najlepszy efekt estetyczny i czynnościowy – skrócenie mięśnia dźwigacza. W przypadku braku jego funkcji pozostaje podwieszenie powieki do mięśnia czołowego.

U większości leczonych występują dodatkowo zaburzenia wzroku w postaci zez, różnowzroczności czy astygmatyzmu, które wymagają leczenia okulistycznego (6,7).

Materiał i metody

W latach 1976-2005 w Szpitalu Chirurgii Plastycznej w Polanicy Zdroju z powodu opadania powiek operowano 495 pa-

cientów. U 449 pacjentów schorzenie miało charakter wrodzony (389 – *Ptoxis congenita simplex*, 60 – *Blepharophimosis*).

Pozostałą grupę stanowili pacjenci, u których schorzenie miało charakter nabyty (*Ptoxis aquisita*), jako następstwo urazów mechanicznych mięśnia dźwigacza bądź jego unerwienia, schorzeń zapalnych, zwyrodnieniowych, onkologicznych oraz procesu starzenia się.

Badaniem objęto 389 pacjentów z wrodzonym opadaniem powiek (166 K, 223 M) w wieku od 2 lat do 47 lat (średnia 12 lat). W tej grupie nie uwzględniono chorych z wrodzonym zwężeniem szpary powiekowej, którzy byli operowani według innego schematu.

Analizie poddano chorych leczonych pierwotnie w szpitalu chirurgii plastycznej oraz 62 pacjentów, u których wykonywano zabiegi pierwotne w innych ośrodkach chirurgicznych. W 27 przypadkach była to operacja Fridenwalda (u 2 chorych zabieg był wykonywany 9-krotnie), w 6 – skrócenie mięśnia dźwigacza z dostępu przedniego (u 3 pacjentów zabieg wykonywano 5-krotnie), w 16 – operacja Blascovicsa, a w 4 – zabieg podwieszenia powieki na paskach powięzi.

Pacjenci byli kwalifikowani do leczenia przez chirurga plastyka i okulistę, a w wybranych przypadkach przez neurologa. Wykonywano zdjęcia fotograficzne przedoperacyjne i poopera-

cyjne z ustawieniem gałek ocznych na wprost i z zamkniętymi powiekami.

Za normę fizjologiczną uznano ustawienie wolnego brzegu powieki górnej, podczas patrzenia "na wprost", 1-2 mm poniżej górnego brzegu rogówki. Położenie powieki poniżej tej granicy klasyfikowano w zależności od nasilenia na łagodne (2 mm), umiarkowane (3 mm) i znaczne (powyżej 4 mm) (tab. I, II). W przypadku wady jednostronnej wielkość opadania odpowiadała różnicy wysokości szpar powiek.

Czynność mięśnia dźwigacza powieki oceniano podczas maksymalnego wychylenia powieki górnej przy spojrzeniu w dół i w górę, z wyłączeniem mięśnia czołowego. Zakres ruchu mierzono i stopniowano jako prawidłowy – 12 mm lub więcej, dostateczny – 6 mm do 11 mm i słaby – poniżej 6 mm.

Wada jednostronna występowała u 65% pacjentów, którzy pierwszy raz zgłosili się do leczenia, i u 91% pacjentów wcześniej operowanych w innych ośrodkach.

Pacjenci z zaawansowanym i umiarkowanym stopniem nasilenia wady jednostronnej stanowili 93% leczonych pierwotnie oraz 95% operowanych wcześniej w innych ośrodkach. W przypadku wady obustronnej stanowiło to odpowiednio 98% i 100%.

Stosowano zabieg skrócenia mięśnia dźwigacza z dostępu przedniego lub podwieszenie powieki na paskach powięzi skro-

Wada Jednostronna/ One side defect	Powierzchnia przysłonięcia rogówki/ Area of covering of the cornea	1		$\frac{3}{4}$		$\frac{2}{3}$		$\frac{1}{2}$		$\frac{1}{3}$		$\frac{1}{4}$		
	Liczba pacjentów/ Number of patients	16		15		11		126		48		14		
	Liczba pacjentów operowanych powtórnie/ Number of reoperated patients	7		7		5		35		6		1		
Wada obustronna/ Bilateral defect	Powierzchnia przysłonięcia rogówki/ Area of covering of the cornea	1-1	1- $\frac{1}{2}$	$\frac{3}{4}$ - $\frac{3}{4}$	$\frac{3}{4}$ - $\frac{1}{2}$	$\frac{3}{4}$ - $\frac{1}{4}$	$\frac{2}{3}$ - $\frac{2}{3}$	$\frac{2}{3}$ - $\frac{1}{2}$	$\frac{2}{3}$ - $\frac{1}{3}$	$\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{4}$	$\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{3}$	$\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{3}$	$\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{4}$
	Liczba pacjentów/ Number of patients	1	3	2	1	1	1	8	1	43	2	15	14	5
	Liczba pacjentów operowanych powtórnie/ Number of reoperated patients	1	2	0	0	0	0	2	0	7	1	0	0	1

Tab. I. Stopień zaawansowania wady pacjentów pierwotnie leczonych w Szpitalu Chirurgii Plastycznej w Polanicy Zdroju.

Tab. I. Degree of defect progression in patients originally treated in Plastic Surgery Hospital, Polanica Zdrój.

Wada Jednostronna/ One side defect	Powierzchnia przysłonięcia rogówki/ Area of covering of the cornea	1		$\frac{3}{4}$		$\frac{2}{3}$		$\frac{1}{2}$		$\frac{1}{3}$		$\frac{1}{4}$	
	Liczba pacjentów/ Number of patients	6		5		3		25		15		1	
	Liczba pacjentów operowanych powtórnie/ Number of reoperated patients	2		1		1		9		3		0	
Wada obustronna/ Bilateral defect	Powierzchnia przysłonięcia rogówki/ wykonywana Area of covering of the cornea	$\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$						$\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$					
	Liczba pacjentów/ Number of patients	4						3					
	Liczba pacjentów operowanych powtórnie/ Number of reoperated patients	1						1					

Tab. II. Stopień zaawansowania wady u chorych, którym wykonano wtórne zabiegi naprawcze (zabieg pierwotny wykonano w innym ośrodku).

Tab. II. Degree of defect progression in patients reoperated (first operation was carried out in another clinic).

niowej. Nie wykonywano zabiegów, których elementem była resekcja tarczki.

Około 80% korekcji wykonali specjaliści chirurgii plastycznej. Pozostałe przeprowadzali lekarze będący w trakcie szkolenia.

Materiał i metody operacyjne

Operację skrócenia mięśnia dźwigacza (SMD) wykonano u 259 chorych (u 218 osób leczonych pierwotnie w szpitalu chirurgii plastycznej i u 41 osób operowanych wcześniej w innych ośrodkach) – tabele III, IV.

Poprzez cięcie wzdłuż bruzdy tarczkowej odsłaniano mięsień dźwigacz, którego przyczep odcinano od tarczki, a następnie odpreparowywano od spojówki. Mięsień skracano średnio o 4 mm na każdy 1 mm opadania. Doszycie dźwigacza do tarczki 2-3 szwami nierozpuszczalnymi i zamknięcie rany kończyło zabieg (ryc. 1).

Podwieszenie powieki na paskach powięzi (PNPP) do mięśnia czołowego wykonano u 131 pacjentów (u 110 chorych operowanych pierwotnie w naszym szpitalu i u 21 chorych leczonych wcześniej w innym ośrodku) – tabela III, IV.

Pasek powięziowy pobierano z okolicy skroniowej. Poprzez cięcie w bruzdzie powiekowej odsłaniano górny brzeg tarczki,



Ryc. 1. Wypreparowany mięsień dźwigacz powieki górnej.
Fig. 1. Levator palpebrae after preparation.

a poprzez dwa osobne cięcia długości 0,5 cm wzdłuż brzoju brwi odsłaniano mięsień czołowy. Na powiece preparowano tunel, do którego wprowadzano przeszczep powięzi i doszycano go do tarczki oraz mięśnia czołowego, tworząc podwieszenie w kształcie litery „U” (ryc. 2).

I zabieg pierwotny/ I operation (original)	II zabieg po obserwacji 6-miesięcznej II operation after 6 months observation	III zabieg po obserwacji 12-miesięcznej III operation after 12 months observation
SMD 218(4)	SMD 15(3)	SMD 1
		PNPP 1
	PNPP 24(2)	PNPP 2
PNPP 109(3)	PNPP 8(1)	
327	47 14,3%	4 2,4%

Tab. III. Schemat postępowania i wyniki leczenia 327 chorych leczonych pierwotnie w Szpitalu Chirurgii Plastycznej w Polanicy Zdroju.

Tab. III. Schedule of proceeding and results of treatment 327 patients, treated originally in Plastic Surgery Hospital, Polanica Zdrój.

SMD – skrócenie mięśnia dźwigacza/ levator palpebrae muscle shortening

PNPP – podwieszenie na pasku powięzi/ eyelid suspension on fascia stripes

() – zabieg ponownej korekcji wykonany w ramach tej samej hospitalizacji/ recorrection carried out within the same hospitalization

I zabieg/ I operation	II zabieg po obserwacji 6-miesięcznej II operation after 6 months observation	III zabieg po obserwacji 12-miesięcznej III operation after 12 months observation
SMD 41(4)	SMD 3(1)	
	PNPP 4(1)	PNPP 1
PNPP 21(1)	PNPP 3(1)	
62	14 16,1%	1

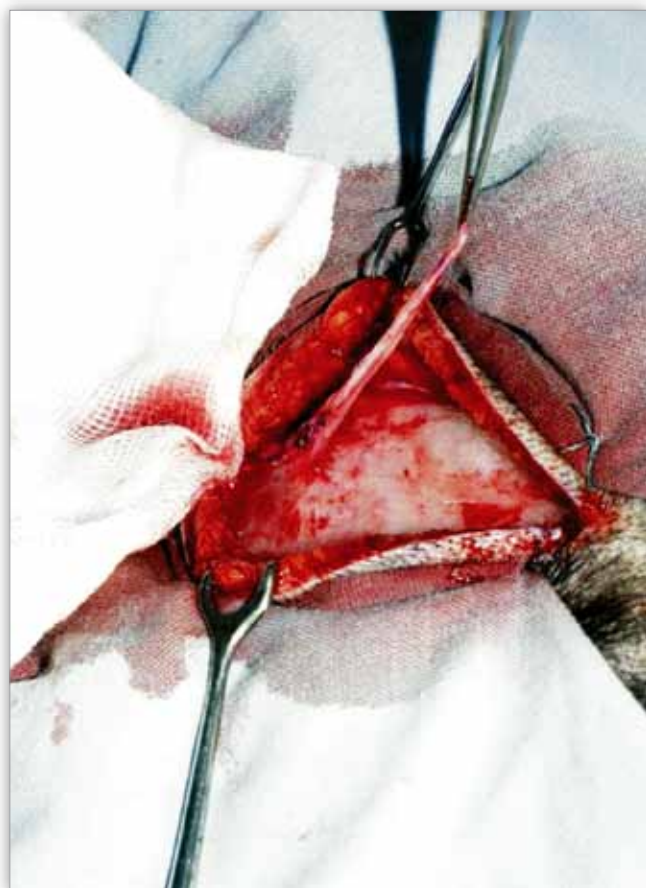
Tab. IV. Schemat postępowania z chorymi, którym wykonano wtórne zabiegi naprawcze, i wyniki ich leczenia w Szpitalu Chirurgii Plastycznej w Polanicy Zdroju (zabieg pierwotny w innym ośrodku).

Tab. IV. Schedule of proceeding and results of treatment patients, to whom the corrective treatment was carried out in Plastic Surgery Hospital, Polanica Zdrój (first operation was carried out in another clinic).

SMD – skrócenie mięśnia dźwigacza/ levator palpebrae muscle shortening

PNPP – podwieszenie na pasku powięzi/ eyelid suspension on fascia stripes

() – zabieg ponownej korekcji wykonany w ramach tej samej hospitalizacji/ recorrection carried out within the same hospitalization



Ryc. 2. Pobieranie powięzi skroniowej i podwieszenie powieki do mięśnia czołowego.
Fig. 2. Surgery of fascia temporalis and suspension palpebrae to m. frontalis.

W przypadku wady obustronnej, niezależnie od różnicy stopnia opadania powiek, wykonywano ten sam rodzaj zabiegu.

Wyniki

We wczesnym okresie pooperacyjnym u 23 chorych utrzymywał się przewlekły obrzęk operowanej powieki, który ustępował w okresie od 2 tygodni do 4 tygodni. U 3 pacjentów wystąpiła torbiel pozapalna w miejscu operowanym, a u 2 – krwiak powieki. U większości pacjentów z zaawansowaną postacią wady po zabiegu obserwowano światłowstręt i łzawienie ustępujące po kilku dniach. W tej samej grupie leczonych obserwowano niedomykalność nieprzekraczającą 2 mm. W obserwacji 2-6 miesięcznej niedomykalność ulegała zmniejszeniu lub ustępowała całkowicie.

Wynik korekcji wrodzonego opadania powieki górnej oceniano po 6 miesiącach i 12 miesiącach, biorąc pod uwagę symetrię ustawienia brzegów wolnych powiek górnych przy patrzeniu na wprost oraz różnicę położenia wolnych brzegów powiek górnych przed zabiegiem i po zabiegu.

Wyniki leczenia pacjentów leczonych od początku w naszym ośrodku (tab. III)

Zabieg skrócenia mięśnia dźwigacza wykonano u 218 chorych. Dobry wynik leczenia uzyskano u 85,7% pacjentów (ryc. 3).



Ryc. 3. Przykład dobrego wyniku leczenia po operacji skrócenia mięśnia dźwigacza.

Fig. 3. Example good results after shortening m. levator palpebrae.

W czasie tego samego pobytu w szpitalu 4 pacjentów zakwalifikowano do reoperacji (w 3 przypadkach skracano mięsień dźwigacz, w 1 – ewakuowano krwiak powieki). W badaniach kontrolnych wykonanych po 6 miesiącach u 39 chorych (17,8%) stwierdzono nawrót ptozy lub niesymetryczne ustawienie powiek wymagające wykonania korekcji chirurgicznej. Do zabiegu SMD zakwalifikowano 15 pacjentów, a do PNPP – 24 pacjentów. Badanie kontrolne wykonane po 12 miesiącach wykazało nawrót opadania powiek u 4 chorych. W jednym przypadku wykonano SMD, a w 3 – PNPP.

Podwieszenie powieki na paskach powięzi wykonano pierwotnie u 109 pacjentów. Dobry wynik leczenia uzyskano u 92,7% operowanych (ryc. 4).

Konieczność korekcji w okresie pooperacyjnym wystąpiła u 2 chorych – z powodu hypokorekcji oraz u jednego chorego – z powodu zniekształcenia konturu powieki. Po 6 miesiącach obserwacji 8 pacjentów (7%) zakwalifikowano do skrócenia pasków powięzi – z powodu nawrotu ptozy lub braku symetrii powiek.

Wyniki leczenia pacjentów wcześniej operowanych w innych ośrodkach (tab. IV)



Ryc. 4. Przykład dobrego wyniku leczenia po operacji podwieszenia powiek na paskach powięzi skroniowej.

Fig. 4. Example good results suspension surgery.

U 41 chorych (66%) wykonano zabieg SMD. Reoperacji wymagało 4 pacjentów – z powodu niedostatecznej korekcji ptozy. Po 6-miesięcznej obserwacji 7 chorych (19%) zakwalifikowano do zabiegu naprawczego. U 3 wykonano SMD, a u 4 – PPNP. Kolejnej korekcji z powodu asymetrii powiek wymagał jeden pacjent.

Podwieszenie powieki na paskach powięzi wykonano u 21 operowanych. Wykonania ponownej korekcji wymagało 3 pacjentów (14%) – z powodu niezadawalającej symetrii powiek.

Omówienie

Celem leczenia operacyjnego wrodzonego opadania powiek było ich fizjologiczne ustawienie i przywrócenie właściwej funkcji.

O powodzeniu korekcji decydował zakres wydolności kompleksu dźwigacza powieki oraz stopień jej opadania. Czynniki dodatkowymi były: etiologia schorzenia z uwzględnieniem jedno- lub obustronnego występowania wady, wiek chorego, współistniejące zaburzenia wzroku oraz przebieg pooperacyjnej rehabilitacji.

Leczenie chirurgiczne ograniczało się do dwóch zasadniczych elementów: wzmocnienia kompleksu dźwigacza powieki górnej oraz podwieszenia powieki do mięśnia czołowego.

Pierwsze sposoby korekcji wady, stosowane w starożytności, polegały na wycięciu fragmentu skóry powieki w celu jej podniesienia. Z powodu rozciągliwości skóry i nawrotu opadania pożądany efekt uzyskiwano rzadko. Zbyt rozległe wycięcie prowadziło nieuchronnie do niedomykalności powiek i wtórnych uszkodzeń rogówki.

Opierając się o piśmiennictwo nt. leczenia wady lekkiego stopnia nasilenia, zadowalające wyniki uzyskuje się, przeprowadzając tarsomullerectomię metodą Fasanella-Servanta (8), która polega na resekcji górnej części tarczki wraz z włóknami mięśnia Millera. Omawiany sposób korekcji powieki może być stosowany w opadaniu nie większym niż 2 milimetry, u chorych powyżej 10. roku życia z dobrą funkcją mięśnia dźwigacza. W lekkim i średnim stopniu nasilenia wady, przy zadowalającej funkcji mięśnia dźwigacza, korzystne wyniki uzyskuje się, resekując struktury antagonistyczne w stosunku do kompleksu mięśnia dźwigacza. Technika opisana w 1975 roku zakłada wycięcie skóry i mięśnia okrężnego oraz – na niższym poziomie – tarczki i spojówki powiekowej (metoda Mustarde'a) lub resekcję wszystkich struktur na jednym poziomie (metoda Mc Corda). Metoda także nie ma zastosowania w nasilonych postaciach wady (9,10).

Zabiegi resekcyjne kompleksu mięśnia dźwigacza powieki górnej wykonywane drogą przednią, co opisał Everbusch, lub

przezspojówkową, metodę wprowadził Blascovics na początku ubiegłego stulecia, są najczęściej stosowane zarówno w lekkim stopniu nasilenia wady, jak i w stopniu zaawansowanym (11). Dostęp przedni zapewnia dobre warunki do oceny poziomu resekcji mięśnia dźwigacza z prawidłowego ustawienia opadniętej powieki. Blizna skóry jest prawie niewidoczna i nie stanowi problemu estetycznego. Warunkiem powodzenia metody jest wydolny mięsień dźwigacz. W łagodnych postaciach opadania uzyskuje się z reguły dobre wyniki leczenia, a w dłuższej obserwacji rzadko zachodzi potrzeba wykonywania ponownych korekcji. Wraz ze wzrostem niewydolności mięśnia ryzyko niepowodzenia zabiegu staje się większe.

Podczas nasilonego opadania powieki górnej, szczególnie przy szczątkowej funkcji mięśnia dźwigacza lub przy jego braku, do jej podnoszenia konieczne jest użycie mięśnia czołowego. Powieka może być podwieszana do mięśnia czołowego z użyciem syntetycznych materiałów niewchłanialnych, takich jak paski silikonu (12) i siatka mersilenowa, co niesie, niestety, ryzyko rozwoju infekcji, powstania odczynu immunologicznego i nawrotu opadania (13). Paski Gore-Tex opisywane jako materiał najbardziej biokompatybilny, tworzący po 12 miesiącach trwałe rusztowanie kolagenowe, stwarzają podobne zagrożenia (14).

Materiałem autogennym, najczęściej stosowanym do przeniesienia siły mięśnia czołowego na powiekę, jest powięź szeroka uda oraz powięź skroniowa. Pierwsze doniesienie o użyciu powięzi szerokiej jako naturalnego materiału podwieszającego powiekę do czoła przedstawił Payr w 1909 roku. Poważnymi ograniczeniami w stosowaniu pasków powięzi szerokiej są: ich nadmierna grubość, stwarzają widoczną bliznę w miejscu dawczym, oraz rzekoma trudność w uzyskaniu odpowiedniej długości paska u dzieci poniżej 4. roku życia. Zastosowanie powięzi skroniowej przedstawione w 1983 roku przez Neuhausa i Shorra jest natomiast możliwe w każdej grupie wiekowej, w ramach jednego pola operacyjnego, a blizna po pobraniu, ukryta we włosach, jest praktycznie niewidoczna (15).

Funkcja mięśnia dźwigacza miała zasadniczy wpływ na wybór metody operacyjnej, a stopień opadania powieki decydował o zakresie resekcji mięśnia.

Skrócenie mięśnia dźwigacza stosowano u pacjentów we wszystkich postaciach wady z zachowaną funkcją mięśnia dźwigacza. Wątpliwości dotyczące skuteczności zabiegu istniały w przypadku pacjentów z zaawansowaną postacią wady i słabą funkcją mięśnia. Liczba wykonywanych reoperacji była zresztą najwyższa w tej grupie chorych. Plastyka dźwigacza powieki była ostateczną próbą wykorzystania mięśnia przed ewentualnym PNPP. W części przypadków, przy nawet bardzo słabej jego funkcji, udało się osiągnąć dobry efekt czynnościowy i estetyczny. Dlatego warto było przeprowadzić operację mimo ryzyka niepowodzenia.

Podwieszenie powieki na paskach powięzi traktowano jako postępowanie z konieczności w przypadkach, w których nie funkcjonował mięsień dźwigacz, lub wówczas, gdy zabieg SMD nie dawał spodziewanego efektu z powodu znacznej niewydolności mięśnia. Paski powięzi skroniowej bardzo dobrze sprawdziły się u pacjentów w każdej grupie wiekowej.

Wstępną ocenę skuteczności leczenia operacyjnego przeprowadzano po ustąpieniu obrzęku, kilka dni po zabiegu. Po-

jawiające się w tym okresie niewielkie opadanie w granicach 1-2 mm przemawiało, z dużym prawdopodobieństwem, za niepowodzeniem operacji.

Na podstawie przedstawionego materiału możemy stwierdzić, że w łagodnym i umiarkowanym opadaniu powiek oraz przy prawidłowej lub dostatecznej funkcji mięśnia dźwigacza skrócenie mięśnia pozwalało uzyskać dobre i bardzo dobre odległe wyniki. W zaawansowanej postaci, ze słabą funkcją mięśnia, powodzenie zabiegu nie zawsze było przewidywalne i dlatego liczone się z koniecznością wykonywania reoperacji.

Zdarzało się, że nawet przy dobrej funkcji mięśnia dźwigacza efekty operacji nie były satysfakcjonujące. Powodem tego była między innymi niewłaściwa ocena rozmiarów resekcji związana ze znieczuleniem ogólnym, a także ostrzykiwaniem pola operacyjnego środkami znieczulenia miejscowego.

Przyczyną części niepowodzeń była także zbyt oszczędna resekcja mięśnia w obawie przed nadmiernym skróceniem dźwigacza mogącym prowadzić do niedomykalności i przewlekłego zapalenia rogówki.

Pewien wpływ na wynik operacji miała prawidłowo przeprowadzona rehabilitacja.

Chorzy względnie łatwo uczyli się posługiwać skróconym mięśniem dźwigaczem, ale wykorzystywanie mięśnia czołowego do podnoszenia powieki – szczególnie w jednostronnym opadnięciu – nastręczało już wiele trudności. Szybciej i lepiej radziły sobie z tym dzieci, które ćwiczenia wykonywały przed lustrem, aż do nabycia odpowiedniej wprawy.

U ponad 90% chorych, zgłaszających się do leczenia z powodu wrodzonego opadania powiek, stwierdza się zaburzenia wzroku, których leczenie powinno być rozpoczęte przed zabiegiem operacyjnym i kontynuowane po jego wykonaniu. Dobrze widzące oko stanowi zachętę dla podejmowania przez dziecko ćwiczeń operowanej powieki.

W dużych ptozach istnieje ryzyko rozwoju niedowidzenia z powodu braku bodźców dla rozwijającego się układu wzrokowego, co jest decydującym wskazaniem do możliwie jak najwcześniejszego leczenia operacyjnego.

Wnioski

1. U pacjentów z opadniętą powieką i zachowaną funkcją mięśnia dźwigacza należy w pierwszej kolejności przeprowadzić zabieg bardziej fizjologiczny, tj. skrócenie mięśnia dźwigacza.
2. W przypadku całkowitego braku funkcji mięśnia dźwigacza z konieczności stosuje się podwieszenie powieki do mięśnia czołowego.
3. Wczesne leczenie operacyjne (przed ukończeniem 4. roku życia) powinno być rozpoczęte u dzieci z przesłoniętą źrenicą, aby uniknąć ryzyka wystąpienia niedowidzenia z powodu braku bodźców.

Piśmiennictwo:

1. Saunders RA, Grice CM: *Early correction of severe congenital ptosis*. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1991, 28(5), 271-273.
2. Hornblass A, Adachi M, Wolintz A et al.: *Clinical and ultrastructural correlation in congenital and acquired ptosis*. Ophthalmic Surg 1976, 7, 69-76.
3. Berke RN, Wadsworth JA: *Histology of levator muscle in congenital and acquired ptosis*. Arch Ophthalmol 1955, 53, 413.

4. Hornblase A, Kass LG, Ziffer AJ: *Clinical and ultrastructural correlation in congenital and acquired ptosis*. Ophthalmic Surg 1976, 7, 69-76.
5. Vestal KP, Seiff SR, Lahey JM: *Congenital ptosis in monozygotnic twins*. Ophthal Plast Reconstr Surg 1990, 6(4), 265-268.
6. Hornblase A, Adachi M, Wolintz A et al.: *Clinical and ultrastructural correlation in congenital and acquired ptosis*. Ophthalmic Surg 1976, 7, 69-76.
7. Cadera W, Orton RB, Hakim O: *Changes in astigmatism after surgery for congenital ptosis*. J Pediatr Ophthalmol 1992, 29, 85-88.
8. Fasanella RM, Servant J: *Legator resection for minima ptosis: Another simplified operation*. Arch Ophthalmol 1961, 65, 483.
9. Mustarde JC: *Problems and possibilities in ptosis surgery*. Plast Reconstr Surg 1975, 56, 381-388.
10. Mc Cord CD Jr: *An external minima ptosis procedure-external tarsooponeurotomy*. Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol 1975, 79, 683-686.
11. Blascovics L: *New operation for ptosis with shortening of the levator and tarsus*. Arch Ophthalmol 1923, 52, 563-563.
12. Carter SR, Meecham WJ, Seiff SR: *Silicone frontalis Slings for the correction of blepharoptosis indications and Efficacy*. Ophthalmol 1996, 103(4), 623-630.
13. Mutlu FM, Tuncer K, Can C: *Extrusion and granuloma formation with mersilene mesh brow susoension*. Ophthalmic Surg Lasers 1999, 30, 47-51.
14. Steinkogler FJ, Kuchar A, Huber E, Arock-Mettinger E: *Gore-Tex soft tissue patch frontalis suspension technique in congenital ptosis and in blepharophimosis-ptosis syndrome*. Plast Reconstr Surg 1993, 92, 1057-1060.
15. Jincai F: *Frontalis suspension technique with a temporal-fasciae-complex suture for repairing blepharoptosis*. Aesth Plast Surg 2001, 25, 147-151.

Praca wylęła do redakcji 19.07.2007 r. (1001)
Zakwalifikowano do druku 26.03.2008 r.

Reprint requests to (adres do korespondencji):
dr n. med. Piotr Wójcicki
ul. Wojska Polskiego 23b
57-320 Polanica Zdrój



Samodzielny Publiczny Kliniczny Szpital Okulistyczny w Warszawie, Katedra i Klinika Okulistyki Akademii Medycznej w Warszawie, 03-709 Warszawa, ul. Sierakowskiego 13
tel. +48(22) 618 63 53, 618 84 85 w. 5232, fax. +48(22) 618 66 33, www.pto.com.pl, e-mail: pto@pto.com.pl

Szanowna Pani Doktor,
Szanowny Panie Doktorze,

Wychodząc na przeciw oczekiwaniom środowiska lekarzy okulistów oraz lekarzy specjalizujących się z zakresu okulistyki opracowaliśmy dla Państwa

PROGRAM EDUKACYJNY „KOMPENDIUM OKULISTYKI”

Program został przygotowany w celu pogłębienia wiedzy z zakresu zarówno podstawowych zagadnień okulistycznych, takich jak diagnostyka jaskry, leczenie przeciwbakteryjne, zwyrodnienie plamki związane z wiekiem i suche oko, jak i tematyki interdyscyplinarnej z zakresu objawów okulistycznych chorób ogólnych czy leczenia stanów zapalnych u dzieci, oraz realizacji programu samodoskonalenia zawodowego.

Rozwiązanie zadań testowych odnoszących się do tematyki danego numeru pozwoli na uzyskanie punktów edukacyjnych potwierdzonych odpowiednim zaświadczeniem.

Sądzę, że opracowania tematyczne, jakie będziemy cyklicznie wydawać, zainteresują Państwa i przyczynią się do wzbogacenia naszej codziennej praktyki okulistycznej.

prof. dr hab. n. med. Jerzy Szaflik
Przewodniczący Zarządu Głównego PTO

PLAN WYDAŃ NA LATA 2008-2009

ZESZYT 1., marzec 2008

DIAGNOSTYKA ZMIAN JASKROWYCH – PRAKTYCZNE ASPEKTY

ZESZYT 2., czerwiec 2008

LECZENIE PRZECIWBAKTERYJNE

ZESZYT 3., wrzesień 2008

CUKRZYCA

ZESZYT 4., grudzień 2008

SUCHE OKO

ZESZYT 5., marzec 2009

ALERGIA

ZESZYT 6., czerwiec 2009

OBJAWY CHOROÓB OGÓLNYCH W OKULISTYCE

ZESZYT 7., wrzesień 2009

STANY ZAPALNE NARZĄDU WZROKU U DZIECI I MŁODZIEŻY

ZESZYT 8., grudzień 2009

AMD

Partner programu:

Santen Oy S.A. Przedstawicielstwo w Polsce
ul. Bitwy Warszawskiej 1920 r. Nr 18/107
02-366 Warszawa

Dystrybucją zeszytów edukacyjnych zajmują się przedstawiciele firmy Santen Oy S.A.
W przypadku jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt telefoniczny:

+48(22) 668 60 04

+48(22) 668 59 88

lub mailowy na adres: biuro@santen.com.pl

**Informacje dotyczące programu
dostępne są na stronie www.pto.com.pl**