

(89)

Leczenie entropionu z użyciem przeszczepów śluzówkowo-chrzęstnych z przegrody nosa

Treatment of entropion using mucous membrane and cartilage grafts from the nasal septum

Piotr Wójcicki, Kazimierz Kobus

Z Kliniki Chirurgii Plastycznej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Z Oddziału Chirurgii Plastycznej SCM w Polanicy-Zdroju
Kierownik Kliniki: prof. dr hab., dr h.c. Kazimierz Kobus

Summary:

The aim of the study was to assess the outcome of treatment of entropion by means of mucous and cartilage grafts, harvested from the nasal septum.

From 1989 to 2004 thirteen patients with entropion resulting from chemical and thermal burning or mechanical trauma were treated at the Hospital of Plastic Surgery in Polanica Zdrój.

Upper eyelid deformities were corrected in 14 cases, while the lower eyelid was repaired in 3 cases.

Blepharotomy was performed by means of subciliary incision. Compound mucous and cartilage grafts harvested from the nasal septum, were sutured into the defects. Very good results and complete resolution of contractures were obtained in 15 cases, while 2 patients underwent a repeated surgery in which compound grafts were used again.

According to the author's opinion, the above described method is an effective modality of treatment of cicatricial entropion.

Słowa kluczowe:

podwijanie powiek, leczenie chirurgiczne, przeszczepy śluzówkowo-chrzęstne.

Key words:

entropion, surgical treatment, chondro-mucosal grafts.

Wstęp

Entropion jest schorzeniem, którego istotą jest podwijanie brzegów powiek. W zależności od rodzaju, przyczyn, czasu trwania i nasilenia choroby utrzymujący się ucisk gałki ocznej daje uczucie dyskomfortu, natomiast stałe drażnienie rogówki przez rzęsy może być powodem przewlekłego zapalenia i owrzodzenia rogówki, osłabienia wzroku, a w skrajnych przypadkach może nawet prowadzić do ślepoty.

Podwijanie powiek dolnych najczęściej powstaje na skutek chorób nabytych, bardzo rzadko natomiast na skutek wad wrodzonych (1). W przypadku tych ostatnich już po urodzeniu stwierdzone jest nieprawidłowe przemieszczenie i rotacja tarczki. Inną formą wady wrodzonej jest epiblepharon, występujący głównie u Azjatów, a polegający na nieprawidłowym ukształtowaniu mięśnia okrężnego oka w odcinku przyśrodkowym przedtarczki (2, 3). Luźno pokrywający tarczkę miesień formuje fałd mięśniowo-skinny przemieszczający i podwijający brzeg powieki.

Występujący na powiekach dolnych entropion zanikowy powstaje na skutek zwiotczenia mięśni okrężnych oka, często z równoczesnym zanikiem tkanki tłuszczowej oczodołowej i następowym zapadnięciem gałki ocznej (4). Opisany stan chorobowy może być poprzedzony nadmiernym obkurczaniem mięśnia okrężnego, przybierającym formę entropionu spastycznego.

Bardzo częstą przyczyną podwijania powiek dolnych jest przykurcz bliznowaty powiek, rozwijający się po przebytych infekcjach, urazach mechanicznych i oparzeniach, a także na skutek przebytych przewlekłych odczynów alergicznych, ocnego pemfigoidu lub zespołu Stevensa-Johnsona, które najczęściej są przyczyną bliznowatych entropionów powiek górnych.

Podwijanie powiek górnych może być także następstwem dermatochalazji. W takich przypadkach zwiotczała skóra i mięsień okrężny oka oraz przepukliny tłuszczowe poprzez ucisk doprowadzają do podwinięcia brzegu rzęskowego. Nieprawidłowy wzrost rzęs po stronie spojówkowej powieki (*trichiasis*) może występować idiopatycznie, ale zazwyczaj jest następstwem urazów, oparzeń, stanów zapalnych lub alergicznych spojówek bądź pemfigoidu. W przypadku wrodzonego rozrostu dodatkowego rzędu rzęs, rozwijającego się z gruczołów Meiboma (*distichiasis*), podwijanie ma charakter wtórny.

U chorych z podwijaniem powiek powstałym na skutek przykurczów bliznowatych istotą zniekształcenia jest skrócenie powiek i nieprawidłowy wzrost rzęs w warstwie spojówkowej. W efekcie dochodzi do nadmiernego ucisku gałki ocznej przez brzeg rzęskowy, drażnienia gałki ocznej przez rzęsy, a niekiedy do niedomykalności powiek.

Celem leczenia entropionów bliznowatych powinno być wywinięcie brzegu rzęskowego i wydłużenie brzegu powieki. W łżejszych przypadkach, w deformacjach mniej nasilonych, wystarczającym sposobem leczenia może okazać się operacja Wiesa (5), polegająca na poprzecznej blepharotomii oraz założeniu szwów wywijających. W przypadkach bardziej nasilonych ubytki powstałe po przecięciu blizn i odprowadzeniu podwijania muszą być pokrywane przeszczepami. W tym celu wykonywane są plastyki z użyciem płatów rotowanych zawierających brzeg tarczki (6), a ponadto stosowane są przeszczepy śluzówki z podniebienia twardego, chrząstki z małżowiny usznej (7, 8) oraz złożone przeszczepy śluzówkowo-chrzęstne z przegrody nosa (9-12).

Materiał i metoda

W okresie od 1989 do 2004 roku w Szpitalu Chirurgii Plastycznej w Polanicy-Zdroju leczono 13 chorych w wieku od 21 do 62 lat (średnio 38 lat), w tym 3 kobiety i 10 mężczyzn z bliznowatym podwijaniem powiek. Entropion wystąpił na skutek oparzeń chemicznych (8 osób) i termicznych (1 osoba) lub na skutek urazów mechanicznych (4 osoby). U jednego pacjenta po oparzeniu środkiem chemicznym doszło do zniekształceń bliznowatych i podwijania wszystkich czterech powiek, u innego natomiast po urazie mechanicznym entropion rozwinął się jednostronnie, obejmując obie powieki.

Bezpośrednio po wypadkach chorzy byli leczeni na oddziałach okulistycznych i chirurgicznych, gdzie pierwotnie opatrywano obrażenia na twarzy. W okresie poprzedzającym przyjęcie do naszego szpitala wszyscy byli wielokrotnie leczeni na oddziałach okulistycznych, gdzie usuwano wrastające rzęsy oraz podejmowano próby korekcji podwijania powiek.

U 3 chorych, ze względu na pierwotne uszkodzenie gałki ocznej, warunkiem przeprowadzenia operacji przeszczepu rogówki było skuteczne odprowadzenie entropionu.

Z uwagi na przewlekłe utrzymujące się podwijanie powiek i uciążliwe nasilające się w miarę wyrastania rzęs drażnienie gałki ocznej u kolejnych 4 pacjentów występowały przewlekłe stany zapalne rogówki.

W 14 przypadkach korygowano bliznowate zniekształcenia na powiekach górnych, a w 3 – na powiekach dolnych. U 2 chorych zaistniała konieczność ponownej operacji. Łącznie wykonano 19 przeszczepów śluzówkowo-chrzęstnych z przegrody nosa w celu korekcji entropionów.

Operacje korekcyjne podwijania powiek wykonywano w znieczuleniu ogólnym. Cięcie prowadzono równoległe wzdłuż brzegu rzęskowego na całej długości powieki. Precinano, a niekiedy wycinano, bliznę spojówek. Tarczkę precinano przez całą grubość tuż za jej brzegiem rzęskowym. Powiekę w warstwie spojówkowej wydłużano poprzez rozciąganie i poszerzanie rany powstałej po blepharotomii. W tak powstały ubytek wszywano złożony przeszczep śluzówkowo-chrzęstny, pobierany z przegrody nosa. Przeszczep złożony pobierano, wykonując wrzecionowate cięcie na przegrodzie nosa, a pozostawiając nienaruszoną śluzówkę po drugiej stronie przegrody (13) (ryc. 1).

Rozmiary i kształt przeszczepu dopasowywano ściśle do wielkości ubytku. Śluzówkę przeszczepu wszywano szwem ciągłym wchłanialnym do brzegów spojówki. Wymodelowany fragment chrząstki przegrody, stanowiący warstwę wewnętrzną przeszczepu, wprowadzano do szczeliny pomiędzy brzegi przeciętej tarczki (ryc. 2).

Po operacji zakładano lekki opatrunek ochronny na jedną dobę.

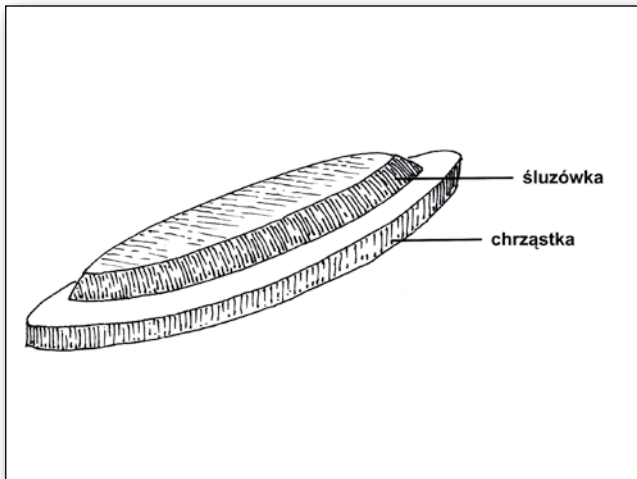
Wyniki

U wszystkich pacjentów uzyskano całkowite wgojenie przeszczepów, które w miarę upływu czasu zarówno pod względem barwy, jak i konsystencji upodobały się do otaczających spojówek. U dwóch pacjentów wydłużenie powieki okazało się niewystarczające. Dlatego też w drugim etapie – raz na powiekę dolną, a raz na górną – przenoszono przeszczepy śluzówkowo-chrzęstne, korygując definitywnie podwijanie powiek. W trakcie



Ryc. 1. A. Entropion powieki górnej. Wzdłuż brzegu rzęskowego zaznaczona linia cięcia. B. Zdjęcie śródoperacyjne. Powieka górna rozciągnięta, po stronie spojówkowej – poszerzona szczelina, powstała po blepharotomii. C. Stan po upływie 6 miesięcy od operacji. Po stronie spojówkowej – dobrze wgojony przeszczep złożony z przegrody nosa.

Fig. 1. A. Entropion of the upper eyelid. Incision line marked along the ciliary margin. B. Intraoperative picture. The upper eyelid extended, the widened fissure on the conjunctival side is the result of blepharotomy. C. The condition 6 months after surgery. On the conjunctival side a well healed compound graft from the nasal septum.



Ryc. 2. Schemat przeszczepu śluzówkowo-chrzęstnego z przegrody nosa.

Fig. 2. Scheme of the chondro-mucosal graft from the nasal septum.

badzeń kontrolnych i obserwacji prowadzonych po upływie 2-11 lat nie stwierdzano nawrotu zniekształceń. Ustawienie oraz ruchomość powiek u wszystkich chorych operowanych opisaną metodą nie budziły zastrzeżeń.

Omówienie

W przypadkach bliznowatego entropionu powiek istotą zniekształcenia jest obkurczanie warstwy spojówkowej, którego następstwem jest pociąganie i podwijanie brzegu rzęskowego. Przemieszczone dośrodkowo rzęsy są przyczyną drażnienia gałki ocznej, a skrócona i mało elastyczna, zbliznowaciała w warstwie spojówkowej powieka wywołuje nadmierny ucisk na gałkę oraz bywa przyczyną niedomykalności.

Metody operacyjne stosowane u chorych z entropionami spastycznymi zanikowymi czy też wrodzonymi nie znajdują w zasadzie zastosowania w tego typu przypadkach. Podobnie koagulowanie, a tym bardziej wycinanie, przemieszczonego dośrodkowo rzędu rzęs jedynie łagodzi okresowo dolegliwości bólowe, przyczyniając się jednak do nasilenia podwijania poprzez skracanie wymiaru wewnętrznego powieki.

W lżejszych przypadkach podwijania przydatną metodą jest plastyka Wiesa, polegająca na wykonaniu poprzecznej blepharotomii poniżej dolnego brzegu tarczki i wywinięciu powieki z użyciem szeregu szwów materacowych, zakotwiczonej na powiece poniżej nacięcia, a następnie przechodzących podskórnie przed tarczką i wykluwanych poniżej brzegu rzęskowego.

Wycinanie przykurców i stosowanie przeszczepów śluzówki jest, naszym zdaniem, postępowaniem mało skutecznym, prowadzącym często do nawrotu choroby. Warunkiem powodzenia jest wycięcie blizny i zablokowanie powieki przed ewentualnym nawrotem podwijania poprzez wprowadzenie w szczelinę w naciętej tarczce paska chrząstki w kształcie klina, szerszego u podstawy – od strony spojówkowej, a węższego po stronie zewnętrznej. Wydaje się, że złożone przeszczepy śluzówkowo-chrzęstne są lepsze od przeszczepów pobieranych z małżowiny usznej. Zarówno chrząstka, jak i śluzówka przegrody są tkankami bardziej zbliżonymi do struktury tarczki i spojówki niż chrząstka i skóra

małżowiny usznej, a poza tym delikatniejsza śluzówka lepiej przylega do gałki ocznej (10).

Wnioski

1. Stosowanie przeszczepów śluzówkowo-chrzęstnych pobieranych z przegrody nosa jest skuteczną metodą leczenia bliznowatego podwijania powiek.

PIŚMIENNICTWO:

1. Amacher A.G., Mazzoli R.A., Gilbert B.N., Hansen E.A., Parmly V.C., Ainbinder D.J., Raymond W.R.: *Dominant familial congenital entropion with tarsal hypoplasia and trichiasis*. *Ophthalm. Plast. Reconstr. Surg.*, 2002, 18, 381-384.
2. Jordan R.: *The lower lid retractors in congenital entropion and epiblepharon*. *Ophthalmic Surg.*, 1993, 24, 494-496.
3. Mc Cord C.D., Tannenbaum M.: *Oculoplastic Surgery*. New York Raven Press, 1987.
4. Sisler H.A., Labay G.R., Finlay J.R.: *Senile ectropion and entropion. A comparative histopathological study*. *Am. J. Ophthalmol.*, 1976, 8, 319-322.
5. Wies F.A.: *Surgical treatment of entropion*. *J. Int. Coll. Surg.*, 1954, 21, 758-760.
6. Seiff S.R., Carter S.R., Tovilla y Canales J.L., Choo P.H.: *Tarsal margin rotation with posterior lamella superadvancement for the management of cicatricial entropion of the upper eyelid*. *Am. J. Ophthalmol.*, 1999, 127, 67-71.
7. Moon J.W., Choung H.K., Khwarg S.I.: *Correction of lower lid retraction combined with entropion using an ear cartilage graft in the anophthalmic socket*. *Korean J. Ophthalmol.*, 2005, 19, 61-67.
8. Yacub A., Leatherbarrow B.: *The use of autogenous auricular cartilage in the management of upper eyelid entropion*. *Eye*, 1997, 11, 801-805.
9. Crestinu J.M.: *Nasal chondromucosal graft in the treatment of entropiontrichiasis*. *Bull. Soc. Ophtalmol. Fr.*, 1883, 83, 483-485.
10. Rodallec A., Krastinova D.: *The chondromucosal graft. Its use in the correction of entropion caused by tarsoconjunctival cicatrix, trichiasis and distichiasis*. *Arch. Ophthalmol.*, 1999, 117, 1255-1259.
11. Morax S.: *The chondro-mucosal graft in treatment of trichiasis entropion (technic, indications and results)*. *Bull. Soc. Ophtalmol.*, 1978, 78, 353-355.
12. Callahan A.: *Correction of entropion from Stevens-Johnson syndrome: use of nasal septum and mucosa for severely cicatrized eyelid entropion*. *Arch Ophthalmol* 1976, 94, 1154-5.
13. Harashina T., Wakamatsu K., Kitazawa T.: *How to harvest a septal chondromucosal graft*. *Ann. Plast. Surg.*, 1996, 37, 676-677.

Praca wpłynęła do Redakcji 04.03.2006 r. (836).
Zakwalifikowano do druku 24.10.2006 r.

Adres do korespondencji (Reprint requests to):

dr med. Piotr Wójcicki
al. Wojska Polskiego 23B
57-320 Polanica-Zdrój