

8. Kałużny J., Szweda E., Smyk A.: 250 operacji wszczepienia sztucznej soczewki tylnokomorowej. *Klin. Oczna*, 1988, 90, 337-338.
9. Kammann J., Nuckel A., Lucking W.: *Hinterkammerlinsen – Implantation bei Glaukom*. *Fort. Ophthalmol.*, 1985, 82, 183-185.
10. Kondo T.: *Cataract extraction after filtering operation*. *Glaucoma*, 1979, 1, 165.
11. Kraff M.C., Sanders D.R., Lieberman H.L.: *The results of posterior chamber lens implantation*. *J. Am. Intraocul. Implant. Soc.*, 1983, 9, 148-150.
12. Kusber M., Aust W.: *Kunststofflinsen – Implantation bei Katarakt – Patienten mit Glaucom*. *Klin. Monatsbl. Augenheikd.*, 1991, 198, 185-189.
13. Oyakawa R.T., Maumenee A.E.: *Clear-cornea cataract extraction in eyes with functioning filtering blebs*. *Am. J. Ophthalmol.*, 1982, 93, 294-298.
14. Payer H., Payer G.: *Intraoculare Drucksenkung nach hinten gewinkelten Ziliarkörpergestützten Sienskey – Hinterkammerlinsen in normotonen Augen*. *Klin. Monatsbl. Augenheikd.*, 1983, 183, 381-383.
15. Pecold K., Dałkowska A.: *Wszczepienie soczewki w oku z jaskrą*. *Klin. Oczna*, 1993, 95, 60-64.
16. Regan E.F., Day R.M.: *Cataract extractions and filtering procedures*. *Am. J. Ophthalmol.*, 1971, 71, 331.
17. Schaffer R.N., Rosenthal G.: *Comparison of cataract incidence in normal and glaucomatous population*. *Am. J. Ophthalmol.*, 1970, 69, 368-371.
18. Simmons S.T.: *Symposium on the laser ophthalmology and glaucoma update*. C.V. Mosby, 1985.
19. Simmons S.T., Litoff D., Nichols D.A., Sherwood M.B., Spaeth G.L.: *Extracapsular cataract extraction and posterior chamber intraocular lens implantation combined with trabeculectomy in patients with glaucoma*. *Am. J. Ophthalmol.*, 1987, 104, 465-470.
20. Spaeth G.L.: *Cataract extraction following previous filtering procedures*. *Current concepts in cataract surgery*. C.V. Mosby, 1978, 279-281.
21. Steinbach P.D., Gerhardt G.: *Postoperativer Astigmatismus und Visus nach Katarakt-extraction bei unterschiedlichem operativem Vorgehen*. *Klin. Monatsbl. Augenheikd.*, 1978, 172, 305-312.
22. Sugar S.H.: *Post-operative cataract in successfully filtering glaucomatous eyes*. *Am. J. Ophthalmol.*, 1970, 69, 740-746.
23. Szaflik J., Liberek I.: *Metody postępowania chirurgicznego w jaskrze powikłanej zaćmą*. *Nowa Medycyna*, 1996, 12, 19-24.
24. Yasuna E.: *Cataract section through site of filtering blebs: follow-up on seventy cases*. *Current concepts in cataract surgery*. C.V. Mosby, 1978, 278-279.

Praca wpłynęła do Redakcji 8 stycznia 1997 r. (513)

## Prace oryginalne

Klinika Oczna 1997, 99 (1): 29-32  
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

## Ocena trafności rozpoznania nowotworu wewnątrzgałkowego w materiale własnym z lat 1985-1994

Assessment of accuracy of intraocular tumor diagnosis in 1985-1994

Iwona Cieślińska, Józef Kałużny

**Aim:** Assessment of the correlation between the clinical diagnosis of intraocular tumor and anatomopathologic findings.  
**Material and methods:** Retrospective analysis of the results of the treatment in the groups of adults and children during the period of 1985-1994.  
**Results:** In all 35 cases of adults *melanoma malignum* was diagnosed and confirmed anatomopathologically. In 7 among 20 children the appearance of tumor was not confirmed by anatomopathologic findings.  
**Conclusions:** Special attention should be paid to the improvement of intraocular tumor diagnosis, particularly in children.

**Słowa kluczowe:** guzy wewnątrzgałkowe, diagnostyka, enukleacja, badanie histopatologiczne

**Key words:** intraocular tumors, diagnostics, enucleation, histopathological evaluation

Mimo wprowadzenia wielu nowoczesnych metod diagnostycznych (tomografia komputerowa, tomografia rezonansu magnetycznego, ultrasonografia, biopsja cienkoigłowa), rozpoznanie guza wewnątrzgałkowego nadal dość często nastęca sporo trudności. Według doniesień z ostatnich lat (2, 3, 7, 8, 10-12, 16, 17) rozpoznanie nowotworu wewnątrzgałkowego u dorosłych można postawić dość pewnie, nawet przy nieprzezroczystych ośrodkach optycznych. W przypadku podejrzenia guza wewnątrzgałkowego u dzieci dokonanie prawidłowej diagnozy klinicznej jest o wiele trudniejsze (1, 4-6, 9, 13, 14, 18-20). Zmiany zapalne siatkówki i błony naczyniowej, wrodzone nieprawidłowości siatkówki i ciała szklanego, retinopatia wcześniaków, choroba Lebera-Coatsa, zakażenie pasożytem *Toxocara canis* i inne choroby nienowotworowe mogą imitować proces nowotworowy we wnętrzu gałki. Pociąga to za sobą możliwość błędnego rozpoznania klinicznego i usunięcia gałki, w której

badanie histologiczne nie potwierdza obecności guza. W ostatnich trzydziestu latach odsetek takich przypadków zmniejszył się z około 50 do około 10 (18). Z drugiej strony możliwe jest także fałszywie ujemne rozpoznanie kliniczne. Wtedy dopiero dalsza obserwacja i wykonane w końcu badanie histologiczne pozwalają na ustalenie prawidłowej diagnozy. Istnieje jeszcze trzecia grupa dzieci z podejrzeniem nowotworu wewnątrzgałkowego, u których – jak pisze Żygulska-Machowa (20) – „mimo zastosowania wszystkich metod diagnostycznych, nie ma pewności co do charakteru guza i konieczne jest usunięcie oka, najczęściej już ślepego, dla wykonania badania histologicznego”.

Celem obecnej pracy jest ocena materiału własnego i porównanie diagnozy klinicznej z wynikiem badania histologicznego gałki ocznej z rozpoznaniem lub podejrzeniem guza wewnątrzgałkowego.

### Materiał i metoda

W latach 1985-1994 w Klinice Okulistycznej w Bydgoszczy wykonano zabieg usunięcia gałki ocznej z powodu nowotworu wewnątrzgałkowego u 55 pacjentów. Wśród leczonych było 19 mężczyzn, 16 kobiet oraz 20 dzieci (w tym 9 chłopców i 11 dziewcząt).

Z Kliniki Okulistycznej AM w Bydgoszczy  
Kierownik: prof. dr med. Józef Kałużny

Adres do korespondencji (Reprint requests to)  
Lek. med. Iwona Cieślińska  
ul. Siąska 39/1  
85-235 Bydgoszcz



Tabela 1: Opis przypadków, w których badanie histopatologiczne nie potwierdziło istnienia guza  
 Table 1: Cases in which histopathologic examination did not confirm presence of tumor

Lp. No	Rozpoznanie histopatologiczne Histopathologic diagnosis	Wiek w latach Age (years)	Ostrość wzroku Acuity of vision	Ciśnienie wewnątrzgałkowe Intraocular pressure	Ocena kliniczna Clinical evaluation	Wykonane badania dodatkowe Additional examinations
1.	Hamartoma – wada rozwojowa (kanka chrząstka) Hamartoma – malformation (elastic cartilage)	8	brak poczucia światła no sense of light	podwyższone increased	zrośnięcie szpary powiek, powiększenie gałki fusion of lid sill, enlargement of the ball	TK – powiększenie gałki, zwapnienia w jej obrębie, zmiany osteosklerotyczne kości oczodołu TK – ball enlargement, calcifications within the ball, osteosclerotic lesions of the orbit bones
2.	Hamartoma – wada rozwojowa (kanka nerwowa i gładka) Hamartoma – malformation (nerve tissue and glia)	6	brak poczucia światła no sense of light	w normie normal	brak reakcji bezpośredniej źrenicy na światło, w ciele szklistym lite masy z nowotworzeniem naczyń no direct pupil reaction to light, solid masses in the vitreous with neoplasia of vessels	diafanoskopia (+); TK – zwiększona gęstość – 40-55 j.H, centralnie – 100 j.H, obraz niejednorodny diaphanoscopy; TK – increased density – 40-55 j.H, centrally – 100 j.H, non-homogenous picture
3.	Hamartoma – wada rozwojowa (zmiany torbielowe) Hamartoma – malformation (cystoid lesions)	4	brak poczucia światła no sense of light	w normie normal	brak reakcji bezpośredniej źrenicy na światło, zarośnięcie źrenicy, zaćma no direct pupil reaction to light, corectisis, cataract	TK – wzmożona gęstość – 53,5 j.H, po wzmocnieniu kontrastowym – 61 j.H, zwapnienia obecne wewnątrz gałki TK – increased density – 53,5 j.H, after contrastive strengthening – 61 j.H, calcifications within the ball
4.	Choroba Ealesa Eales disease	8	brak poczucia światła no sense of light	w normie normal	odwarstwienie siatkówki retinal detachment	TK – zatarcie granic gałki, wzmożona gęstość – 45 j.H, po wzmocnieniu kontrastowym – 84 j.H, w obrębie gałki zwapnienia TK – obliteration of ball borders, increased density – 45 j.H, after contrastive strengthening – 84 j.H, calcifications within the ball
5.	Choroba Coatsa Coats disease	4	brak poczucia światła no sense of light	w normie normal	brak reakcji bezpośredniej źrenicy na światło, odwarstwienie siatkówki, nowotworzenie naczyń no direct pupil reaction to light, retinal detachment, neoplasia of vessels	TK – wzmożona gęstość gałki – 60 j.H, po wzmocnieniu kontrastowym – 77,8 j.H; USG – cechy odwarstwienia wtórnego TK – increased ball density – 60 j.H, after contrastive strengthening – 77,8 j.H; USG – features of secondary detachment
6.	Zapalenie rozrostowe Proliferative inflammation	2	nie można zbadać – małe dziecko no testable – small child	podwyższone increased	brak reakcji bezpośredniej źrenicy na światło, zez, zaćma, odwarstwienie siatkówki no direct pupil reaction to light, squint, cataract, retinal detachment	USG – liczne, wysokie dodatkowe echa o cechach wtórnego odwarstwienia siatkówki USG – numerous high additional echoes with features of secondary retinal detachment
7.	Choroba spichrzniowa Storage disease	1,5	nie można zbadać – małe dziecko no testable – small child	w normie normal	brak reakcji źrenicy na światło, odwarstwienie siatkówki z nowotworzeniem naczyń no pupil reaction to light, retinal detachment with neoplasia of vessels	TK – odwarstwienie siatkówki, zmiana o gęstości do 61 j.H, nie ulega wzmocnieniu kontrastowemu; nie można wykluczyć obecności guza TK – retinal detachment, density of lesion – 61 j.H, no contrastive strengthening possible tumor

Najmłodszy chory miał 1 miesiąc, najstarszy – 81 lat. W 26 przypadkach nowotwór dotyczył oka prawego, w 25 – oka lewego, natomiast w 4 przypadkach – obojga oczu jednocześnie. Do rozpoznania klinicznego guza wewnątrzgałkowego wykorzystano nowoczesne metody diagnostyczne. W 29 przypadkach obecność nowotworu potwierdziło badanie tomografii komputerowej, w 18 – badanie ultrasonograficzne, w 2 – badanie rezonansu magnetycznego. Diafanoskopię wykonano w 30 przypadkach, w tym 21 wyników było pozytywnych. W żadnym przypadku podejrzenia czerniaka nie uzyskano pozytywnego wyniku badania na obecność melaniny w moczu pacjenta.

Ostrość wzroku wahała się od pełnej aż do braku poczucia światła. W 21 oczach stwierdzono jaskrę wtórną.

Zastosowane metody diagnostyczne pozwoliły na kliniczne rozpoznanie czerniaka złośliwego u wszystkich osób dorosłych. U dzieci rozpoznanie kliniczne nie było tak pewne – w 50% rozpoznano guz wewnątrzgałkowy, w pozostałych 50% wysunięto jego podejrzenie. U tych dzieci ze względu na ślepotę i brak możliwości wykluczenia nowotworu wewnątrzgałkowego również wykonano enukleację.

#### Wyniki i omówienie

Materiał uzyskany w czasie zabiegu usunięcia gałki każdorazowo poddawano badaniu histopatologicznemu. We wszystkich 35 przypadkach dotyczących osób dorosłych badanie potwierdziło obecność nowotworu, a był nim czerniak złośliwy. U 7 spośród 20 dzieci badanie histopatologiczne nie wykazało istnienia guza w usuniętym oku. Przypadki te zestawiono w tabeli I.

W 3 z tych przypadków rozpoznano wadę rozwojową, w pozostałych – chorobę Ealesa, chorobę Coatsa, zapalenie rozrostowe oraz chorobę spichrzniową. U dzieci tych w 6 przypadkach wykonano przed zabiegiem tomografię komputerową, w 2 – badanie ultrasonograficzne. Ani razu (tab. I) nie stwierdzono reakcji źrenicy na światło. U 5 osób można było wykazać brak poczucia światła, 2 pozostałe to dzieci zbyt małe (2 lata i 1,5 roku), aby można było przeprowadzić takie badanie. W każdym przypadku z tej grupy stan kliniczny gałki ocznej nie dawał żadnych nadziei na widzenie i nasuwał poważne podejrzenie guza wewnątrzgałkowego, potwierdzone badaniami dodatkowymi. W takich sytuacjach, gdy brakowało szans na widzenie i gdy istniało realne zagrożenie życia dziecka, decydowano się na usunięcie gałki ocznej.

Z pozostałych 13 przypadków u 9 dzieci obecny był siatkówczak, a u 4 (3 dziewczynki i 1 chłopiec) rozpoznano gładki. Średni wiek dzieci z siatkówczakiem wynosił 1,9 miesięcy, w typie obustronnym – 3,5 roku, natomiast z gładkami – 8 lat. Średni wiek dzieci z wadą rozwojową to 3 lata.

Przeprowadzona wyżej ocena dowodzi, iż trafne rozpoznanie nowotworu wewnątrzgałkowego u ludzi dorosłych nie stwarza większych trudności. Natomiast duże problemy diagnostyczne pojawiają się u dzieci. Zgłaszają się one bowiem do okulisty w chwili, kiedy

objawy kliniczne świadczą o zaawansowanym procesie chorobowym i niosą za sobą powikłania w postaci ślepoty, zaćmy oraz jaskry. Poza tym zawsze istnieje podejrzenie najgroźniejszego nowotworu, jakim jest siatkówczak. Stąd też lekarz często zmuszony jest podejmować decyzję o okaleczającym zabiegu w trosce o życie małego pacjenta. Należy się tu zgodzić z cytowanym we wstępie stanowiskiem Żygułskiej-Machowej (18).

Podsumowując temat leczenia nowotworów wewnątrzgałkowych należy wspomnieć, że w Klinice Okulistycznej w Bydgoszczy stosuje się różne metody terapeutyczne. W omawianym okresie przebywało w szpitalu jeszcze 10 osób z podejrzeniem guza wewnątrzgałkowego. Dwie z nich poddano fotokoagulacji laserowej, u 1 prowadzono obserwację ze ścisłą dokumentacją fotograficzną z uwagi na niewielką zmianę i pełną ostrość wzroku. U 1 chorego włączono chemioterapię z powodu zaawansowanego, rozlanego procesu nowotworowego. W przypadkach, w których można było zastosować leczenie nie praktykowane u nas, pacjentów kierowano do ośrodków specjalistycznych, m.in. do Kliniki Okulistycznej w Krakowie (4 osoby) czy Centrum Zdrowia Dziecka (2 dzieci).

W materiale własnym w 35% przypadków podejrzenie nowotworu wewnątrzgałkowego u dzieci nie znalazło potwierdzenia histopatologicznego. W opracowaniu Koraszewskiej-Matuszewskiej i wsp. (4) wykazano 100% zgodność rozpoznania klinicznego i histopatologicznego, w pracy Żygułskiej-Machowej i wsp. (18) w 11,4% usuniętych gałek nie stwierdzono rozpoznanego klinicznie siatkówczaka, a u Ogilewskiej i wsp. (9) odsetek ten wyniósł 22,4. Według Stankiewicz i Bakunowicz-Łazarczyk we wszystkich nowotworach układu wzrokowego u dzieci w 20% rozpoznanie kliniczne było odmienne od wyników badania histopatologicznego.

Podsumowując, zgodność rozpoznania histopatologicznego z rozpoznaniem klinicznym nowotworu wewnątrzgałkowego u osób dorosłych wynosił w naszym materiale 100%, natomiast u dzieci jedynie 65%. W części tych przypadków nie wykorzystano jednak wszystkich dostępnych obecnie metod diagnostycznych, np. w latach osiemdziesiątych nie wykonywano tomografii rezonansu magnetycznego. Z naszego materiału wynika wniosek o konieczności wykorzystywania w przypadkach wątpliwych wszystkich dostępnych metod diagnostycznych, a także o potrzebie poszukiwania nowych sposobów rozpoznawania nowotworu wewnątrzgałkowego.

#### Piśmiennictwo

- Abramson D.H., Servodio C.A.: *Retinoblastoma*. Optom. Clin., 1993, 3, 3, 49-61.
- Damato B.: *Current management of uveal melanoma*. Curr. Med. Lit.: Ophthal., 1996, 6, 3-9.
- Jensen P.K., Hansen M.K.: *Ultrasonographic, three dimensional scanning for determination of intraocular tumor volume*. Acta Ophthalmol. Copenh., 1991, 69, 2, 178-186.
- Koraszewska-Matuszewska B., Samochowiec-Donocikowa E., Formińska-Kapuscikowa M., Kozieleto T., Kamińska-Olechnowiczowa B.: *Ocena wartości metod*



- diagnostycznych w siatkówczaku. *Klin. Oczna*, 1988, 90, 239-240.
5. Koraszewska-Matuszewska B., Pieczara E., Zielińska-Pająk E., Steuer E., Nawrocka L.: *Guzy nowotworowe oka w wieku dziecięcym*. *Klin. Oczna*, 1993, 95, 5, 166-168.
  6. Koraszewska-Matuszewska B., Samochowiec-Donocikowa E., Bohosiewicz J., Kamińska-Olechnowiczowa B.: *Skojarzone leczenie nowotworów złośliwych układu wzrokowego u dzieci*. *Klin. Oczna*, 1988, 90, 250-251.
  7. Koszarowski T.: *Onkologia kliniczna*. PZWL, Warszawa, 1985.
  8. Niżankowska M.H.: *Podstawy okulistyki*. Volumed, Wrocław, 1992.
  9. Ogińska E., Łukasik-Czerkowa A., Misiuk-Hojłowa M.: *Rozpoznanie, różnicowanie oraz leczenie nowotworów układu wzrokowego u dzieci w materiale 10-letnim*. *Klin. Oczna*, 1988, 90, 244-245.
  10. Omulecki J., Świetliczko I.: *Obserwacja czy enukleacja – nadal nie rozwiązany problem u chorych z czerniakiem błony naczyniowej oka*. *Klin. Oczna*, 1991, 93, 73-75.
  11. Orłowski W.: *Okulistyka współczesna*. PZWL, Warszawa, 1986.
  12. Shields J.A., Shields C.L., Enya H., Eagle R.C., De Potter P.: *Fine-needle aspiration biopsy of suspected intraocular tumors*. *Ophthalmology*, 1993, 100, 11, 1677-1684.

- Klinika Oczna* 1997, 99 (1)
13. Shields J.A., Shields C.L., Parson H.M.: *Differential diagnosis of retinoblastoma*. *Retina*, 1991, 11, 2, 232-243.
  14. Shields J.A., Shields C.L.: *Current management of retinoblastoma*. *Ocular Oncology Service*. *Mayo. Clin. Proc.*, 1944, 69, 1, 50-56.
  15. Stankiewicz A., Bakunowicz-Łazarczykowska A.: *Guzy układu wzrokowego u dzieci w latach 1980-1986*. *Klin. Oczna*, 1988, 90, 246-247.
  16. Sutherland C.M., Chmiel J.S., Haik B.G., Henson D.E., Winchester D.P.: *Patient characteristics, methods of evaluation and treatment of ocular melanoma in the United States for the years 1981 and 1987*. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 1993, 177, 5, 497-507.
  17. Żygulska-Mach H.: *Nowoczesne leczenie złośliwych czerniaków wewnątrzgałkowych*. *Klin. Oczna*, 1996, 98, 61-66.
  18. Żygulska-Machowa H., Maciejewski Z., Sadowska M.: *Trudności i błędy w rozpoznawaniu siatkówczaka*. *Klin. Oczna*, 1991, 93, 114-115.
  19. Żygulska-Machowa H.: *Guzy układu wzrokowego u dzieci*. *Cz. I*. *Klin. Oczna*, 1988, 90, 233-234.
  20. Żygulska-Machowa H.: *Guzy układu wzrokowego u dzieci*. *Cz. II*. *Klin. Oczna*, 1988, 90, 235-238.

Praca wpłynęła do Redakcji 3 listopada 1995 r. (383)

## Prace oryginalne

*Klinika Oczna* 1997, 99 (1): 33-37  
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

## Plastyka powiek u dzieci z zespołem Downa

### Eyelid surgery in children with Down's syndrome

Edward Lewandowicz, Przemysław Przewrańił

**Purpose:** To establish the best method of surgical correction of epicanthus in children with Down's syndrome.

**Material and methods:** 18 patients underwent eyelid surgery. In 2 cases Spaeth's technique was used, in 5 cases – Blair-Brown's technique, and in 11 cases – Mustarde's technique. In 10 patients the correction of oblique position of palpebral fissure was additionally carried out.

**Results:** Comparative analysis showed that postoperative effects were good or excellent, and that Mustarde's technique seemed the best method for correction of epicanthus. The optimal time for this procedure was also assigned (3-6 years of age). Eyelid surgery connected with other plastic operations performed in children with Down's syndrome ensures blurring of mongoloid features. It has an advantageous effect on child's acceptance by others and on the results of psychosomatic rehabilitation as well.

**Słowa kluczowe:** zespół Downa, fałd nakątny, operacje powiek

**Key words:** Down's syndrome, epicanthus, eyelid surgery

Wrodzony fałd skóry pokrywający przysrodkowy kąt oka występuje u 1/3 wszystkich noworodków. W zdecydowanej większości ulega on zanikowi wraz ze wzrostem nosa w ciągu kilku lat i tylko w niewielkim odsetku przypadków stanowi problem czynnościowy. Po raz pierwszy został opisany w połowie XIX wieku, zaś w 1952 roku Duke-Elder (wg 3, 4) wyróżnił 4 typy fałdów nakątnych w zależności od ich anatomicznego umiejscowienia: 1) fałd nakątny nadrzęśowy (*epicanthus supraciliaris*) – biegnący od łuku brwiowego w kierunku woreczka łzowego i nozdrzy (ryc. 1 a), 2) fałd nakątny powiekowy (*epicanthus palpebralis*) – wychodzący z powieki górnej, biegnący ponad tarczką, rozciągający się na dolny brzeg oczodołu (ryc. 1 b), 3) fałd nakątny tarczkowy (*epicanthus tarsalis*) – wychodzący z okolicy tarczkowej i kończący się w pobliżu przysrodkowego kąta oka (ryc. 1 c), 4) fałd nakątny odwrócony (*epicanthus in-*

*versus*) – przebiegający od tarczki powieki dolnej do górnej przysrodkowej części oczodołu (ryc. 1 d).

Najczęstsze postacie to typ 2. i 3., przy czym typ 3. występuje u ras orientalnych. Największy problem kliniczny stanowi typ 4., który bardzo rzadko ulega samoistnej regresji. Fałd nakątny może być skojarzony z opadnięciem powieki górnej (*ptosis*) i zwężeniem szpary powiekowej w wymiarze pionowym i poziomym (*blepharophimosis*). Ta ostatnia wada wiąże się najczęściej z bocznym przemieszczeniem przysrodkowych kątów oczu, podczas gdy odległość między źrenicami pozostaje nie zmieniona. Stan taki Mustarde określił mianem *telecanthus* (8). Bardziej praktycznym podziałem, z chirurgicznego punktu widzenia, jest podział Mustarde'a na 3 typy: 1) fałd nakątny prosty, 2) fałd nakątny skojarzony z opadnięciem powieki górnej, 3) fałd nakątny z opadnięciem powieki lub bez tego objawu, skojarzony z szerokim ustawieniem przysrodkowych kątów oczu (8).

Temat opracowania stanowi fałd nakątny występujący u dzieci z zespołem Downa. Jest to najczęściej fałd typu tarczowego. Z reguły towarzyszy mu skośne ustawienie osi szpar powiekowych, co jest związane z wyższym niż u rasy europejskiej przyczepem więzadła bocznego oka do bocznego brzegu

Z Kliniki Chirurgii Plastycznej ICh AM w Łodzi  
Kierownik: prof. dr hab. Julia Kruk-Jeromin

Adres do korespondencji (Reprint requests to):  
Dr med. Edward Lewandowicz  
ul. Kopcińskiego 22  
90-153 Łódź