

Maria Hanna Niżankowska

Chirurgiczna korekcja bliznowatego podwinięcia powiek skojarzonego z nieprawidłowym wzrostem rzęs

Surgical correction of cicatricial entropion associated
with abnormal growth of eyelashes

Summary. The author presents in detail her own modification of the surgical technique of Cuenod-Nataf applied in the simultaneous correction of the lid margin position and the withdrawal of the external part with anomalous growth of eyelashes.

Hasła: bliznowate podwinięcie powiek z nieprawidłowym wzrostem rzęs, kombinowana metoda chirurgicznej korekcji, cofnięcie brzegu powiekowego

Key words: cicatricial entropion-trichiasis, combined method of surgical correction, recession of the lid margin

Rozległe, bliznowate zmiany spojówki powiekowej powodujące jej zgrubienie i skręcenie w bruzdzie tarczki, a najczęściej również w obrębie brzegu wolnego, są przyczyną bliznowatego podwinięcia powieki-entropium cicatriceum. Czynniki patogenne wywołują także uszkodzenie mieszków włosowych rzęs, a proces bliznowacenia ich przemieszczenie. Obie te nieprawidłowości: entropion-trichiasis, są powodem następujących uszkodzeń rogówki, jej przewlekłego zapalenia i bliznowacenia.

Zmiany bliznowate spojówki powiekowej mogą być następstwem oparzeń chemicznych, jak również zapaleń pseudopęcherzycowych, takich jak zespół Stevensa-Johnsona (ectodermosis pluriorificialis) lub toksyczna nekroliza naskórka i błon śluzowych (necrotolisis epidermalis toxica Lyell), które należą do grupy rumieni wielopostaciowych wywołanych lekami¹.

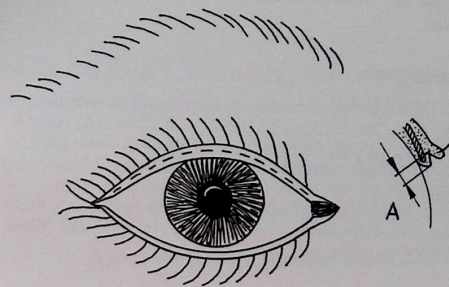
Bliznowate zniekształcenie powiek z podwinięciem brzegu wolnego i nieprawidłowym wzrostem rzęs jest typową dla jaglicy w jej stadium III (wg klasyfikacji MacCallana). W przypadku jaglicy w proces bliznowacenia wciągnięta jest również tarczka powieki górnej, która ulegając bódkowatemu wygięciu z wypukłością w kierunku listka mięśniowo-skórnego, stanowi podstawowy element trwałej deformacji i podwinięcia powieki^{1,2,4}. Wcześniej wymienione przyczyny entropion-trichiasis, nie powodują na ogół tego typu zmian w tarczce powiekowej, choć częściowo jej zniekształcenie może nastąpić również w wyniku głębokich oparzeń chemicznych.

Towarzyszący stanom bliznowatym nieprawidłowy wzrost rzęs stanowi dodatkowy problem chirurgiczny. W przebiegu w/w schorzeń rzęsy mają zmieniony kształt, są twarde, występują często w nieregularnych skupiskach i rosną w nieprawidłowych kierunkach na całą długość brzegu powiekowego. Tak masywnie wyrażona nieprawidłowość w układzie i ukierunkowaniu rzęs, stanowi przeciwwskazanie do ich epilacji metodą diatermo- lub kriokoagulacji³. Zabieg taki bowiem nie tylko w sposób rozległy uszkodziłby brzeg powieki prowadząc do jego dodatkowego bliznowacenia, ale także nie byłby efektywny, gdyż trudno dotrzeć igłą diatermii lub kriodą do wszystkich przemieszczonych i zagęszczonych mieszków włosowych tak, aby je skutecznie zniszczyć. A zatem obok chirurgicznej korekcji entropium cicatriceum, również trichiasis wymaga zabiegu chirurgicznego.

Niżej przedstawiona metoda operacyjna pozwala na równoczesne chirurgiczne skorygowanie ustawienia brzegu wolnego powieki, oraz odsunięcie nieprawidłowo rosnących rzęs od gałki ocznej. Jej idea została zaczerpnięta z metody Cuenoda i Natafa^{2,4}, opracowanej w celu korekcji bliznowatych zmian powiek w jaglicy. Ze względu na specyfikę zmian jaglicznych w oryginalnej metodzie Cuenoda-Natafa duży nacisk położono na modelowanie bliznowato zmienionej tarczki powieki górnej.

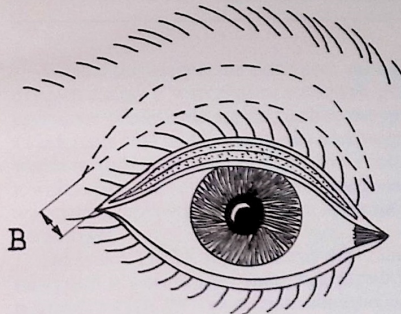
Modyfikacja stosowana w celu korekcji entropium-trichiasis o innej etiologii przedstawia się następująco.

1. etap: nacięcie brzegu wolnego (ryc. 1.) jest prowadzone w linii szarej na głębokość A = 0,5 do 1,5 mm, w zależności od planowanego stopnia cofnięcia brzegu rzęsowego powieki. Nacięcie winno rozpoczynać się od spoidła zewnętrznego i kończyć 1 mm przed punktem łzowym. Musi być ono wykonane bardzo starannie, tak aby pomimo bliznowatych przemieszczeń, wszystkie



Ryc. 1. Schemat przedstawiający nacięcie brzegu wolnego powieki - opis w tekście

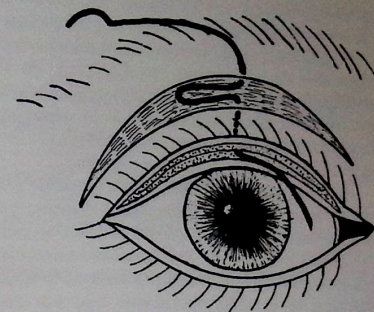
rzęsy znalazły się w listku zewnętrznym, przy równoczesnym zachowaniu ciągłości brzegu listka wewnętrznego. Ewentualnie pojedyncze mieszki włosowe pozostawione w obrębie listka wewnętrznego powinny zostać usunięte.



Ryc. 2. Schemat przedstawiający nacięcie skórno-mięśniowe i wycięcie płatka skórno-mięśniowego - opis w tekście

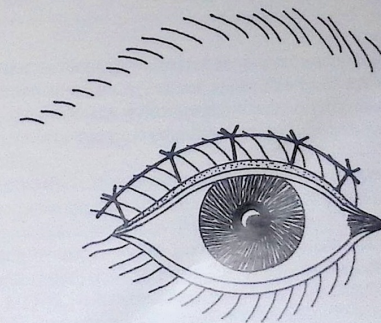
2. etap: nacięcie skórno i wycięcie płatka skórno-mięśniowego (ryc. 2.). Pierwsza linia cięcia przebiega równoległe do brzegu wolnego na wysokości B = 2-3 mm ponad prawidłową linią rzęs i jest prowadzona od spoidła zewnętrznego do kąta wewnętrznego powieki. Druga linia cięcia, bardziej łukowata, pozwala na usunięcie 1-1,5 mm płatka skóry z częścią leżących pod nią włókien mięśniowych. Szerokość płatka ustala się indywidualnie uwzględniając stopień zwiotczenia skóry. Usunięcie części włókien mięśnia okrężnego ma na celu osłabienie siły jego przykurczu, który występuje zwykle w przypadku pozapalnego entropium-trichiasis.

Na tym etapie zabiegu należy skontrolować stan tarczki rozsuwając włókna mięśnia okrężnego tak, aby dostrzec jej ewentualny zniekształcający przerost. W przypadku jego istnienia należy wykonać klinowe wycięcie tarczki na takiej głębokości i na takiej długości, aby przywrócić jej prawidłowy kształt i funkcję.



Ryc. 3. Schemat przedstawiający zakładanie szwów, które cofają nasadę nieprawidłowo rosnących rzęs i rotują brzeg wolny powieki - opis w tekście.

3. etap: założenie szwów (ryc. 3.) jest bardzo istotnym elementem zabiegu, gdyż ich odpowiednie przeprowadzenie ma na celu ułatwienie prawidłowego ustawienia podwiniętego brzegu wolnego. Używając jedwabiu 4-0 zakłada się pierwszy szew na poziomie środka brzegu wolnego powieki. Wklucie rozpoczyna się w szczycie nacięcia rozwarstwiającego brzeg i prowadząc igłę pod skórą wykluwa się ją nad dolną wargą cięcia skórno-mięśniowego. Drugie wklucie następuje poniżej górnej wargi tego cięcia i jest prowadzone tak głęboko, aby igła doszła do rozpostartych na tarczce włókien mięśnia dźwignacza powieki, a następnie została wyprowadzona ponad górną wargę cięcia skórno-mięśniowego. Wyprowadzając nitkę związuje się z jej końcem wprowadzonym do cięcia rozwarstwiającego, powodując w ten sposób cofnięcie brzegu rzęsowego. W odległości około 8 mm od szwu środkowego zakłada się w sposób analogiczny dwa następne szwy przyśrodkowe, a na obu końcach cięcia szwy boczne.



Ryc. 4. Schemat przedstawiający układ pięciu szwów po zakończeniu zabiegu - opis w tekście.

4. etap: zawiązywanie szwów (ryc. 4.) należy przeprowadzić bardzo starannie, obejmując połączenie rzęs w sposób idealny do brzegu listka wewnętrznego. Szwów na środku brzegu wolnego powieki, szwy przyśrodkowe i boczne

zbyt mocno zaciągnięte, gdyż nadmierne zaciśnięcie przebiegających w tym rejonie naczyń krwionośnych powieki mogłoby doprowadzić do jej martwicy.

Odsłonięty listek wewnętrzny powieki zostaje pozostawiony do samoistnej epitelializacji. Po starannym splukaniu resztek krwi z pola operacyjnego pokrywa się go warstwą maści antybiotykowej i jałowym opatrunkiem, który zostaje zdjęty po 24 godzinach. Szwy zostają usunięte w piątej dobie po zabiegu.

Wyżej przedstawiona metoda znajduje głównie zastosowanie przy zbliżnawaceni powieki górnej, ale można zastosować ją także na powiece dolnej.

Zaletą metody jest jednoczesowa korekcja ustawienia powieki i cofnięcia nieprawidłowo rosnących rzęs. Stosując tę technikę operacyjną, operator ma 3 możliwości dozowania efektywności zabiegu: 1. poprzez po-

głębienie nacięcia brzegu wolnego, 2. poprzez podwieśnięcie trzech środkowych szwów na włóknach mięśnia dźwigacza i 3. przez dodatkowe formowanie krzywizny tarczki.

Piśmiennictwo

1. *Coscas G.*: Cure chirurgicale du trichiasis ou entropion-trichiasis. Clin. Ophthal. 1: 43-56 (1978). — 2. *Cuenod A., Nataf R.*: Le trachome 135-150 (Masson, Paris 1930). — 3. *Leone Ch.R. jr.*: Plastic surgery (w) Speath G.L.: Ophthalmic surgery. Principles and practice: 548-553 (W.B.Saunders Co., Philadelphia 1990). — 4. *Nataf R.*: Le trachome 316-323 (Masson, Paris 1952). — 5. *Wasik F., Baran E., Szepietowski J.*: Atlas chorób skóry 181-183 (Wolumed, Wrocław 1993).

Praca wpłynęła: 7. 11. 1993

M. H. Nizankowska

Olgierd Palacz, Zofia Krzystolik, Wojciech Lubiński, Danuta Karczewicz, Urszula Oszczyk, Ewa Iwanicka i Andrzej Palacz

Wszczepy sztucznych soczewek przednio- i tylnokomorowych w materiale własnym

Anterior and posterior chamber IOLs implantation in our clinical material

Summary. The authors presented results of 346 cataract extraction with IOL implantation - in 184 eyes anterior and in 162 posterior chamber. The follow-up ranged from 3 months to 6 years (mean 1.6 year). In 80.6% of cases, visual acuity after surgery was 0.6-1.0. Corneal astigmatismus 2.5-5.0 D was found in 31.2% of the eyes. The authors analysed early and late complications, taking into account the differences between anterior and posterior chamber IOLs implantation.

Hasła: chirurgia zaćmy, wszczepy sztucznych soczewek przednio- i tylnokomorowych, wyniki, powikłania
Key words: cataract surgery, intraocular implants, anterior and posterior chamber lenses, results, complications

Własne doświadczenia dotyczące zabiegów operacyjnych zaćmy z wszczepami soczewek pozwalają na krytyczne odniesienie się do ogólnie przyjętego przesądzenia większości operatorów o bezwzględnej przewadze metody zewnątrztorbkowego wydobycia zaćmy z wszczepem soczewki tylnokomorowej nad techniką wewnątrztorbkową z wszczepem soczewki przedniokomorowej.

Do końca 1992 r. wykonaliśmy 450 zabiegów operacyjnych z wszczepami soczewek przednio- lub tylnokomorowych. W niniejszym doniesieniu przedstawiamy wyniki leczenia chorych, którzy pozostali w stałej kontroli pooperacyjnej naszej Kliniki.

Material i metodyka

Analizie poddano 346 oczu u 324 osób, w tym 170 mężczyzn i 154 kobiet. U 22 osób operowano oba oczy. Wiek chorych wahał się od 9 do 85 lat (średni 59,9). Technika zewnątrztorbkowa usunięcia zaćmy z jednoczesnym wszczepem soczewki tylnokomorowej operowano 162 oczu, w 184 wykonano zabieg usunięcia soczewki techniką wewnątrztorbkową z wszczepem soczewki przedniokomorowej.

Rodzaj operowanych zaćm zestawiono w tab.I.

Wszczepiano różne typy soczewek, dobierając odpo-

Tabela I

Rodzaj zaćmy	n	%
Przedstarca i starca	310	89,5
Wikłająca	15	4,3
W przebiegu cukrzycy	9	2,6
Urazowa	11	3,1
Wrodzona	1	0,23
Razem	346	

wiednią moc według pierwotnej refrakcji operowanego oka. Moc wszczepianych soczewek wahała się od +16 do +22D.

Większość operacji wykonywano w znieczuleniu miejscowym, przy ciśnieniu śródgałkowym w granicach 4,8-10,2 mmHg.

W pierwszych 35 operowanych oczach masy korowe usuwano stosując strzykawkę dwudrożną. W pozostałych przypadkach używano "Aspimatu E" f-my Erbe. W 22 oczach usunięto zaćmę metodą fakoemulsyfikacji. Stosując technikę zewnątrztorbkową używano hialuronatu sodu (JAL) lub materiałów podobnych (Adatocel). Sztuczna soczewkę tylnokomorową umieszczano w rówku rzęskowym lub w "łożu torbkowej".

Soczewki przedniokomorowe wprowadzano, utrzymując komorę przy pomocy "poduszki powietrznej". Ranę pooperacyjną zeszywano szwem węzełkowym (8.0) lub szwem ciągłym koperowym (9.0 lub 10.0).

Chirurgiczne uraznianie wewnątrztorbkowej zaćmy z wy-

Z II Kliniki Okulistycznej Pomorskiej AM w Szczecinie
Kierownik: prof. dr hab. Olgierd Palacz

Reprint requests to:
Prof. dr hab. Olgierd Palacz
Al.Powstańców Wlkp. 72, 70-111 Szczecin