

1. *Arenstein J.J., Green W.R.*: Melanoma of the iris report of 72 cases treated surgically. *Ophthalmic Surg.* 6: 23-37 (1975).
- 2. *Ashton N., Wybar K.*: Primary tumors of the iris. *Ophthalm.* 151: 97-113 (1966).
- 3. *Rones B., Zimmerman L.E.*: The prognosis of primary tumors of the iris treated by irydectomy. *Arch Ophthalm.* 60: 193-205 (1958).
- 4. *Shields J.A.*: Diagnosis

and Management of Intraocular Tumors. 83-120. The C.V. Mosby Company, St. Louis, Toronto, London, 1983. — 5. *Wilson R.S., Fraunfelder F.T., Hanna C.*: Recurrent tapioca melanoma of the iris and ciliary body treated with argon laser. *Am. J. Ophthalm.* 82: 213-217 (1976).

Praca wpłynęła: 21.05.1992.

O. Palacz, Z. Sylwestrzak

Andrzej Zieliński i Julia Kruk-Jeromin

Ocena metod chirurgicznego leczenia wrodzonego opadnięcia powieki

Evaluation of the methods of surgical treatment for blepharoptosis

Summary: The aim of the study was to evaluate the results of two surgical procedures for the treatment of congenital blepharoptosis. The first type was based on more or less extensive excision of the levator muscle from anterior (*Everbusch*) or posterior (*Blasovicis*) approach. The second procedure was double-level resection with preservation of levator muscle or with its shortening, by plication of its peripheral part (*Mustarde*). The study comprises 38 cases with congenital blepharoptosis. Better results were obtained in the cases where the levator muscle has been preserved.

Hasła: wrodzone opadnięcie powieki, operacje Blasovicisa, Everbuscha, Mustarde
Key words: congenital blepharoptosis, surgical procedures according to Blasovicis, Everbusch, Mustarde

Najczęstszą przyczyną zaburzeń czynności powieki górnej są wady rozwojowe. Rzadziej spotyka się nabyte opadnięcie powieki, spowodowane zmianami porażennymi lub bliznowatymi. Częstość występowania wrodzonego opadnięcia powieki w stosunku do wszystkich przypadków tej choroby waha się od 62% (*Berke*)¹ do 90% (*Fox*)². Czynnością powieki górnej zawiadują dwa przeciwstawne mechanizmy. Powieka górna unoszona jest przez mięsień dźwignacz powieki górnej, unerwiony przez nerw okoloruchowy oraz mięsień tarczowy górny, unerwiony przez nerw współczulny. Antagonistyczną funkcję pełni część powiekowa mięśnia okrężnego oka, tarczka i skóra powieki górnej (ryc. 1). W warunkach fizjologicznych dolny brzeg powieki górnej przy patrzeniu w dal pokrywa 1-2 mm rąbka rogówki, który znajduje się w odległości około 5,5 mm od centralnego punktu źrenicznego. Te parametry stanowią punkty odniesienia do określenia stopnia zaburzeń funkcji powieki górnej. Tak więc, jeśli brzeg powieki znajduje się na wysokości równika źrenicy, opadnięcie powieki określamy na 3,5 do 4,5 mm. Oprócz oceny statycznej konieczne jest określenie zakresu czynności mięśni unoszących powiekę. W zdrowej powiece wynosi on około 15 mm.

W ciężkim uszkodzeniu czynność mięśni unoszących powiekę jest bardzo słaba, w granicach 2-4 mm.

Istnieje kilka sposobów chirurgicznego leczenia wrodzonego opadnięcia powieki. Obowiązujące do dnia dzisiejszego zasady operacji opisali i spopularyzowali przed ponad 100 laty *Everbusch* (1883)³ i nieco później *Blasovicis* (1923)². Oba te sposoby różnią się jedynie dostępem: przedni — skórnym w operacji *Everbuscha* (ryc. 2a) i tylny — spojówkowy w *Blasovicisa* (ryc. 2b). Dotyczą one korekty kompleksu dźwignacza powieki górnej i polegają na mniejszym lub większym wycięciu rozciągniętego mięśnia dźwignacza i mięśnia tarczowego górnego, a czasami także obwodowej części samego mięśnia dźwignacza powieki. W ostatnim dwudziestolecu *Mustarde* opisał odmienny sposób operacji opadniętej powieki, polegający na dwupoziomowym wycięciu części powieki górnej, antagonistycznej do kompleksu dźwignacza^{6,7} (ryc. 3). W metodzie tej resekcja dotyczy skóry i mięśnia okrężnego oka na jednym poziomie oraz tarczki i spojówki powiekowej na niższym poziomie, od wewnętrznej strony powieki. Przy dość dobrym zakresie czynności dźwignacza pozostaje on nietknięty, natomiast przy dużym upośledzeniu funkcji dźwignacza skraca się go przez zdwojenie jego obwodowej części. U chorych, u których brak jest jakiegokolwiek czynności mięśnia dźwignacza lub operacja wykonana jednym z powyższych sposobów nie dała efektu, można unieść powiekę poprzez podwieszenie jej do mięśnia czołowego na pasku powięzi^{5,7,8}. W pracy pominięto te zabiegi.

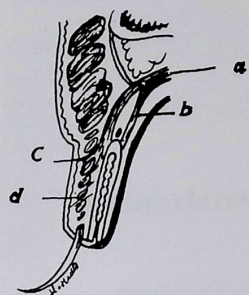
Z Kliniki Chirurgii Plastycznej ICh AM w Łodzi

Kierownik: prof. dr hab. Julia Kruk-Jeromin

Reprint request to:

Dr Andrzej Zieliński

ul. Baczyńskiego 36, 91-189 Łódź



Ryc. 1. Schemat układu powięziowo-mięśniowego powieki górnej: a — mięsień dźwigacz powieki górnej, b — mięsień tarczowy górny, c — rozciągnięto mięśnia dźwigacza powieki górnej, d — część powiekowa mięśnia okrężnego oka.



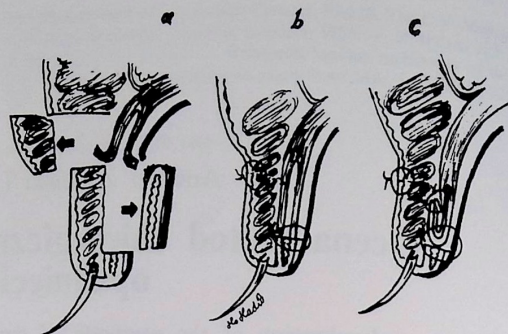
Ryc. 2a. Schemat operacji Everbuscha z zaznaczonym zakresem wycięcia rozciągnięta m. dźwigacza powieki i m. tarczowego górnego.



Ryc. 2b. Schemat operacji Blascovicisa z zakresem wycięcia mięśni unoszących powiekę górną.

Materiał własny

W okresie 15 lat (1975-1990) w Klinice Chirurgii Plastycznej ICh AM w Łodzi leczono 38 chorych (21 mężczyzn i 17 kobiet) z wrodzonym jednostronnym opadnięciem powieki górnej. Wiek pacjentów wahał się od 3 do 36 lat. Wskazaniem do wykonania zabiegu były względy estetyczne lub niedowidzenie, spowodowane



Ryc. 3. Operacja Mustarde: a — zakres wycięcia tkanek, b — końcowy etap operacji bez skracania kompleksu dźwigacza, c — ze skróceniem kompleksu dźwigacza przez wytworzenie pętli z rozciągnięta m. dźwigacza powieki i m. tarczowego górnego.

wane opadnięciem powieki. Wykonywano 2 typy operacji: 1) skrócenie mięśni unoszących powiekę metodą *Everbuscha* z dostępu przez skórę lub sposobem *Blascovicisa* z dojścia przez spojówkę; 2) dwupoziomą resekcję powieki z zachowaniem układu mięśniowego unoszącego powiekę sposobem *Mustarde* w 2 wariantach. 10 operacji wykonano sposobem *Everbuscha* i 12 sposobem *Blascovicisa*. 16 zabiegów wykonano sposobem *Mustarde*, zachowując kompleks dźwigacza, w tym w 5 przypadkach zdwojono go w postaci pętli. Operacje wykonywało 4 chirurgów. Wybór metody zależał od upodobań operującego. Wyniki leczenia oceniano co najmniej w rok po operacji. Ocenę wyniku oparto na porównaniu z funkcją zdrowej powieki pacjenta. Za bardzo dobry wynik uznano taki efekt zabiegu, po którym nie stwierdzono żadnych różnic pomiędzy górnymi powiekami obu oczu, za dobry wynik - jeśli różnica wynosiła 1-2 mm, a za niezadawalający — gdy różnica w położeniu brzegów rzęsowych górnych powiek wynosiła więcej niż 2 mm. Na badanie kontrolne zgłosili się wszyscy pacjenci (tab. 1). Nie stwierdzono istotnych różnic w wyniku operacji sposobami *Everbuscha* i *Blascovicisa*. Natomiast metoda *Mustarde*, w obu wariantach, okazała się bardziej skuteczna. Wybór wariantu metody *Mustarde* zależał od stopnia opadnięcia powieki. Dwupoziomą resekcję powieki wg *Mustarde* ze zdwojeniem mięśni unoszących powiekę wykonywano przy opadnięciu powieki ze znacznym ograniczeniem funkcji dźwigacza (zakres czynności był mniejszy niż 6 mm) (ryc. 4). U chorych, u których zakres czynności dźwigacza powieki był większy niż 6 mm wykonywano tylko dwupoziomą resekcję tkanek powieki, bez manipulacji na mięśniu dźwigaczu (ryc. 5).

Omówienie

Ocena odległych wyników operacyjnego leczenia wrodzonego opadnięcia powieki wskazuje na niepełną skuteczność zabiegów, w czasie których resekuje



Ryc. 4. Dziecko C. J. z wrodzonym, średniego stopnia, opadnięciem powieki górnej oka prawego: a — przed operacją, b — po plastyce sposobem *Mustarde* bez skracania kompleksu dźwigacza.



Ryc. 5. Dziecko M. P. z wrodzonym, całkowitym opadnięciem powieki górnej oka lewego: a — przed operacją, b — po plastyce sposobem *Mustarde* ze skróceniem kompleksu dźwigacza.

Tabela 1.

Metoda operacyjna	Ilość operacji	Wynik b. dobry	Wynik dobry	Wynik niezadawalający
Met. <i>Everbuscha</i>	10	1	7	2
Met. <i>Blascovicisa</i>	12	1	8	3
Met. <i>Mustarde</i>	11	8	3	-
Met. <i>Mustarde</i> ze zdwojeniem mięśni unoszących powiekę	5	3	2	-
Razem	38	13	20	5

ny, zaś metoda *Everbuscha*, choć pozostawia bliźnię, stwarza dogodniejsze warunki dostępu do pola operacyjnego. U wszystkich 16 chorych operowanych sposobem *Mustarde* uzyskaliśmy wyniki bardzo dobre i dobre. Operacja jest prosta technicznie, a czynność powiek powraca po 7-10 dniach po zabiegu. Blizna skórna przebiega w fałdzie powieki i jest prawie niewidoczna.

Wnioski

1. Chirurgiczne leczenie wrodzonego opadnięcia powieki górnej wymaga możliwie oszczędnego postępowania z aparatem rozciągnowo-mięśniowym unoszącym powiekę.

2. Metody skracania mięśni unoszących powiekę górną (*Everbuscha*, *Blascovicisa*) nie dają gwarancji prawidłowej czynności powieki.

3. Metoda *Mustarde* polegająca na wycięciu części powieki będących antagonistami kompleksu dźwigacza stwarza lepsze warunki dla czynności powieki.

się mięśnie unoszące powiekę. Wśród 22 chorych operowanych tymi sposobami, aż u 5 wynik był niezadawalający (22,6%). Nie stwierdziliśmy istotnych różnic w wynikach po zastosowaniu metod resekcujących część kompleksu dźwigacza, przy czym metoda *Blascovicisa* nie pozostawia zewnętrznej bliź-

Piśmiennictwo

1. Berke R. N., Wadsworth J. A.: The surgical treatment of the blepharoptosis. *AMA Arch. Ophthal.* 52: 413-415 (1955). — 2. Blascovics L.: A new operation for ptosis with shortening of the levator and tarsus. *Arch. Ophthal.* 52: 653-570 (1923). — 3. Everbusch Q.: Zur operation der congenital blepharoptosis. *Klin. Mbl. Augenhk.* 21: 100-105 (1883). — 4. Fox S. A.: Correction of ptosis. *Symposium on surgery of the ocular adnexa.* (Mosby, St. Louis 1966). — 5. Krauss M., Jethon J.: Leczenie chirurgiczne

zespołu zwężenia szpar powiek, opadnięcia powiek i fałdów nakątnych. *Klin. Oczna* 84: 385-387 (1982). — 6. Mustarde J. C.: Problems and possibilities in ptosis surgery. *Plast. Reconstr. Surg.* 56: 381-388 (1975). — 7. Mustarde J. C.: Repair and reconstruction in the orbital region. (Churchill Livingstone, Edinburgh, 1980). — 8. Szreterowa M.: Wyniki operacyjnego leczenia wrodzonego opadnięcia powiek. *Klin. Oczna* 88: 65-66 (1986).

Praca wpłynęła: 30.12.1992.

A. Zieliński, J. Kruk-Jeromin

Barbara Mirkiewicz-Sieradzka, Renata Urban i Bożena Romanowska
Sprawozdanie z XX Sympozjonu Retinologicznego
 Kraków, 26-27.09.1991

XX Sympozjon Retinologiczny odbył się w Krakowie, w 140-lecie istnienia Katedry Okulistyki. Uczestniczyło w nim 370 okulistów z kraju i z zagranicy (z Czechosłowacji, Holandii, Niemiec, Szwajcarii, Szwecji, Węgier, Wielkiej Brytanii i byłego ZSRR).

Obrady odbywały się w sali konferencyjnej hotelu „Forum”. Tam również zorganizowano wystawę leków i sprzętu medycznego, w której udział wzięło 28 firm krajowych i zagranicznych.

Program towarzyski obejmował zwiedzanie zabytków Krakowa i Kopalni Soli w Wieliczce oraz wycieczkę w Pieniny połączoną ze spływem Dunajcem.

I Dzień Obrad

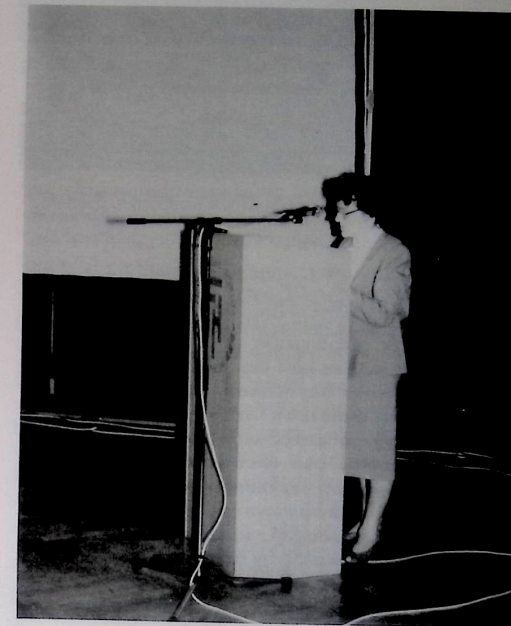
Na wstępie Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Okulistycznego i Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego XX Sympozjonu Retinologicznego *prof. Helena Żygulska-Mach* powitała przybyłych JM Rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego *prof. Andrzeja Pelczara*, JM Rektora Akademii Medycznej w Krakowie *prof. Andrzeja Szczeklika*, przedstawicieli Rad Wydziałowych Akademii Medycznej, gości zagranicznych oraz wszystkich uczestników.

Następnie zabrała głos Przewodnicząca Sekcji Retinologicznej PTO *prof. Krystyna Pecold*, która wygłosiła słowo wprowadzające do XX Sympozjonu Retinologicznego i dokonała jego otwarcia.

Rektor Akademii Medycznej *prof. Andrzej Szczekliki* witając zebranych podkreślił, że XX Jubileuszowy Sympozjon Retinologiczny odbywa się w Krakowie, w 140-tą rocznicę powstania Katedry Okulistyki, która przez blisko 100 lat należała do Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Historię Katedry Okulistyki w Krakowie przedstawiła *prof. Żygulska-Mach*. Następnie zaprosiła zebranych do zwiedzenia wystawy starych narzędzi okulistycznych, aparatów, fotografii i innych dokumentów, pochodzących ze zbiorów Muzeum Okulistyki w Krakowie. *Prof. Żygulska-Mach* poinformowała także o powołaniu dwóch nowych sekcji PTO — Sekcji Wszczepów Wewnątrzgalkowych i Chirurgii Refrakcyjnej oraz Sekcji Informatyki.

Obrady rozpoczęto o godz. 9.45



Prof. H. Żygulska-Mach wita uczestników XX Sympozjonu Retinologicznego.

I Posiedzenie Naukowe

Temat: Wtórne odwarstwienie siatkówki
 Prezydium: *prof. J. Kaluźny, prof. K. Pecold, prof. P. Kroll.*

1. *M. Starzycka* (Kraków): Wtórne odwarstwienie siatkówki.

2. *P. Kroll, K. Janssen* (Marburg): Klasyfikacja i leczenie proliferacyjnej witreoretinopatii cukrzycowej.

Dyskusja: *doc. Starzycka*, pyta kiedy, tzn. przy jakich zmianach w dnie oka należy zdaniem autorów referatu rozpocząć leczenie laserem retinopatii cukrzycowej. *Prof. Kroll* odpowiada, że przy ustaleniu wskazań do laserokoagulacji kieruje się lokalizacją zmian. Inne jest postępowanie przy zmianach