

(85)

Plastyka powieki kąta wewnętrznego metodą Lazy-T – ocena skuteczności metody operacyjnej

The Evaluation of the Medial Canthus Blepharoplasty Efficacy Using Lazy-T Method

Radosław Różycki, Beata Żelichowska

Z Kliniki Okulistyki Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Andrzej Stankiewicz

Summary: Purpose: To evaluate the efficacy of surgical „Lazy-T” method used to correct ectropion of the lower punctum with the inferior lid laxity and the medial canthal tendon.
Method and material: Between January 2004 and February 2005, four patients of mean age 67 years (± 12) were operated with this method. In two patients, one eyelid was operated; the other two patients underwent bilateral lid surgery. Preoperative qualifications included: subjective assessment of epiphora (range 0-10 points), where 0 represents loss of epiphora and 10 points maximum intensification with ectropion of the lower punctum, laxity of the inferior eyelid more than 10 mm, and laxity of the medial canthal tendon of 2-nd degree or more. Two subjects, who expressed their consent, underwent lacrimal scintigraphy.
Surgical technique included excise of the middle part of the lid at its full thickness, laterally from lower punctum, and correction of the conjunctiva. The follow-up period was 6 months averagely.
Results: All patients reported reduction of epiphora of 5 points on the average. Eyelid laxity decreased by mean 4.5 mm (± 1.0 mm). In two patients epiphora regressed, in two others – decreased. All patients evaluated the cosmetic result as satisfactory.
Conclusions: The „Lazy-T” correction is an effective procedure, which restores the lower punctum into its normal anatomical position. It is a simple surgical technique that can free patients from epiphora.

Słowa kluczowe: odwinięcie powieki dolnej, łzawienie, metoda Smith Lazy-T.

Key words: ectropion of the lower eyelid, epiphora, Smith Lazy-T procedure.

Wstęp

Nadmierne łzawienie jest bardzo częstym objawem patologicznym zgłaszanym przez pacjenta. Wyjaśnienie przyczyn tego stanu jest różnorodne. Dokładne poznanie patologii, zastosowanie odpowiedniej diagnostyki, właściwa ich interpretacja czy też obranie prawidłowego kierunku postępowania, wbrew pozorom, nie jest łatwe.

Prawidłowa budowa anatomiczna brzegów powiek stanowi podstawę właściwego pasażu łez. Udowodniono, że dzięki siłom kapilarnym (zjawisko Krehbiela) łzy w sposób bierny napływają do kanalików łzowych w ilości od 0,6 do 1,0 $\mu\text{l}/\text{min}$ (1). Nawet niewielkiego stopnia złe ustawienie powiek względem gałki ocznej powoduje dokuczliwe łzawienie mimo sprawnej działającej pompy łzowej (2). Analogiczna sytuacja wystąpi w przypadku nieprawidłowego ustawienia punktu łzowego. Idealny punkt łzowy powinien mieć średnicę 0,2-0,3 mm i kształt lejka. Otworek łzowy jest otoczony pierścieniem tkanki łącznej i elastycznej oraz włóknami mięśnia Hornera. To stabilizuje punkt łzowy, a włókna mięśnia okrężnego oka powodują skręcenie punktu do wewnątrz i zabezpieczają przed wywinięciem (2,3). Jeżeli otworek punktu łzowego jest widoczny

bez odwinięcia powieki lub podczas patrzenia przez pacjenta w górę, dochodzi do nieprawidłowego usuwania łez.

Wraz z wiekiem dochodzi do obniżenia siły mięśni i spadku elastyczności tkanek. Ten proces dotyczy także powiek. Mówimy wtedy o tak zwanym poziomym rozluźnieniu powieki (PRP) (4). Skalę patologii możemy wykazać prostym badaniem. Polega ono na tym, że środek powieki ujmujemy w dwa palce i odciągamy od gałki ocznej. Jeżeli odległość nie przekracza 5 mm, to napięcie powieki jest prawidłowe. Powyżej 8 mm mówimy już o występowaniu PRP (ryc. 1).

Innym, równie istotnym parametrem jest ocena stopnia rozluźnienia więzadła przysrodkowego powieki (RWP) (4). Badanie jest podobne do przedstawionego wyżej z tą różnicą, że nie odciągamy powieki od gałki, lecz odciągamy ją ku bocznemu kątowi oka. Stopień RWP (od 0 do 6) oceniamy na podstawie rzutu punktu łzowego na ustawioną na wprost gałkę oczną (ryc. 2, 3).

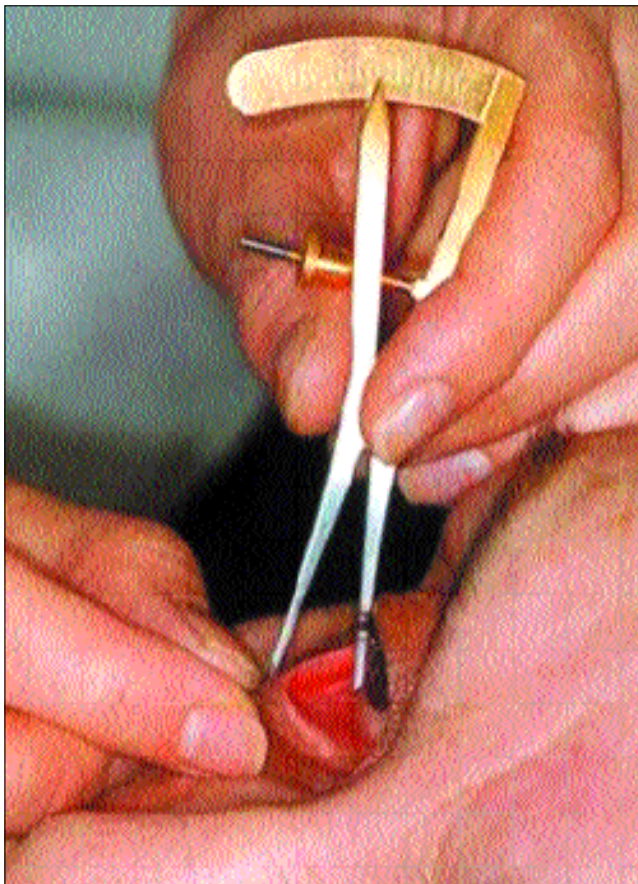
W przypadku nadmiernego łzawienia powstaje mechanizm błędnego koła. Przelewanie się łez na policzki zmusza do ciągłego ich wycierania i pocierania powiek. To powoduje zwiększenie stopnia PRP i RWP.

Pacjenci Patients	Wiek Age	Skala łzawienia Range of epiphora		Rozluźnienie powieki dolnej Inferior eyelid laxity	
		0 – brak łzawienia 0 – loss of epiphora			
		10 – maksymalne nasilenie łzawienia 10 – maximum intensification of epiphora			
		Przed zabiegiem Before surgery	6 miesięcy po zabiegu 6 months after surgery	Przed zabiegiem Before surgery	6 miesięcy po zabiegu 6 months after surgery
CH.M	82	9	5	12	7
CH.M	82	9	4	13	7
K.L	62	10	3	12	8
K.M	57	8	3	11	7
K.M	57	9	4	10	7
PA	64	8	5	12	7
średnia / mean	67	8,8	4,0	11,7	7,2
odchyl. standardowe standard deviation	11,7	0,8	0,9	1,0	0,4

Tab. I. Wyniki badań przed- i pooperacyjnych.

Tab. I. Results of the pre- and postoperative examinations.

Na skutek postępu zwiotczenia dochodzi do zaawansowanego odwrócenia powieki na zewnątrz, ekspozycji warstwy spojówkowo-tarczkowej, która staje się sucha, pogrubiała, a następnie ulega



Ryc. 1. Badanie stopnia poziomego rozluźnienia powieki.

Fig. 1. Evaluation of the degree of the lid horizontal laxity.

keratynizacji (ryc. 7). Powoduje to nawracające zapalenia spojówek i brzegu powieki, a w stadium zaawansowanym tzw. suchy punkt łzowy, podsychanie nabłonka rogówki, ból, światłowstręt, pogorszenie ostrości wzroku. Osłabienie wiązek mięśnia okrężnego skutkuje dysfunkcją pompy łzowej ze współistniejącym przewlekłym, dokuczliwym łzawieniem (4).

Uwzględniając wyniki badania i stopień odwinięcia powieki dolnej, wybieramy właściwą technikę operacyjną.

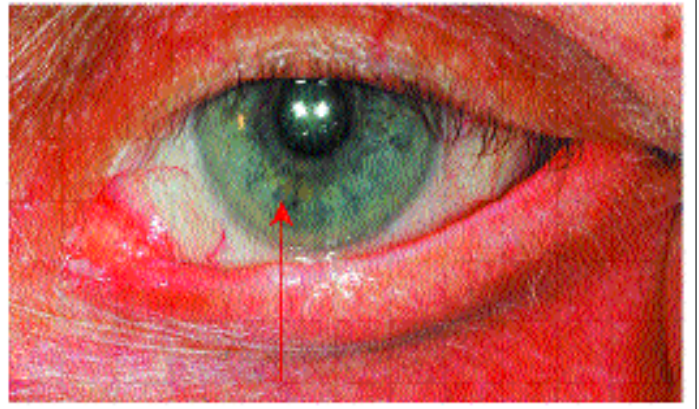
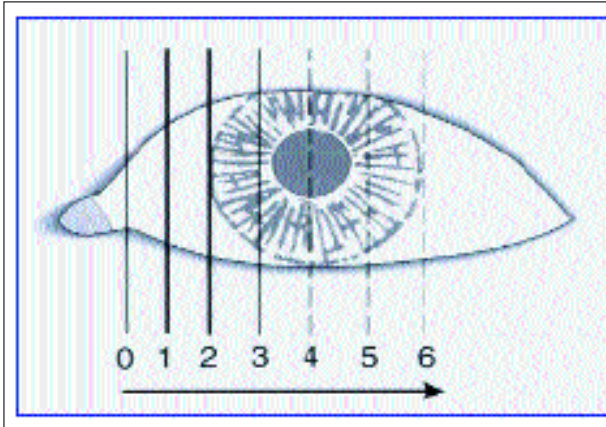
Cel

Celem niniejszej pracy jest ocena efektywności metody operacyjnej Lazy-T, stosowanej w przypadku odwinięcia dolnego punktu łzowego oraz nadmiernego rozluźnienia powieki dolnej i więzadła przyśrodkowego.

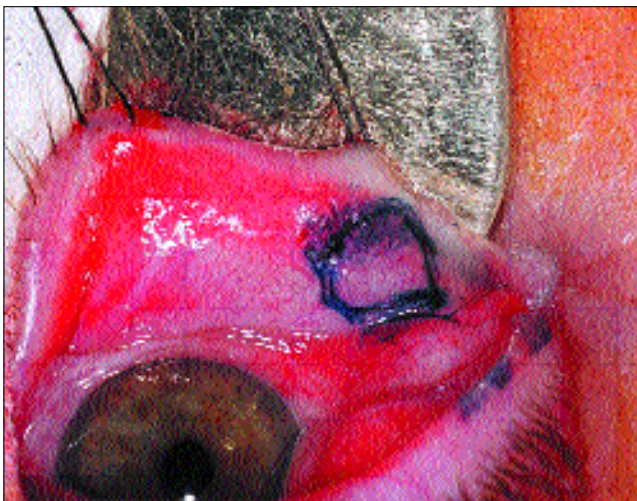
Metoda i materiał

Ocenie poddano 4 pacjentów, których operowano tą metodą od stycznia 2004 r. do lutego 2005 r. Najstarszy pacjent miał 82 lata, najmłodszy 57 (średnio 67 ± 12). U dwóch pacjentów zoperowano jedną powiekę, u dwóch obie powieki dolne. Kwalifikacja do zabiegu obejmowała: subiektywną ocenę nasilenia objawu łzawienia w skali 0-10 pkt, przy czym 0 oznaczało brak łzawienia, a 10 pkt – jego maksymalne nasilenie, stwierdzenie odwinięcia dolnego punktu łzowego, rozluźnienia powieki dolnej powyżej 10 mm (tab. I, ryc. 1) i rozluźnienia więzadła przyśrodkowego większego bądź równego 2. stopniowi (ryc. 2,3). U dwóch pacjentów, którzy wyrazili zgodę, wykonano scyntyografię dróg łzowych.

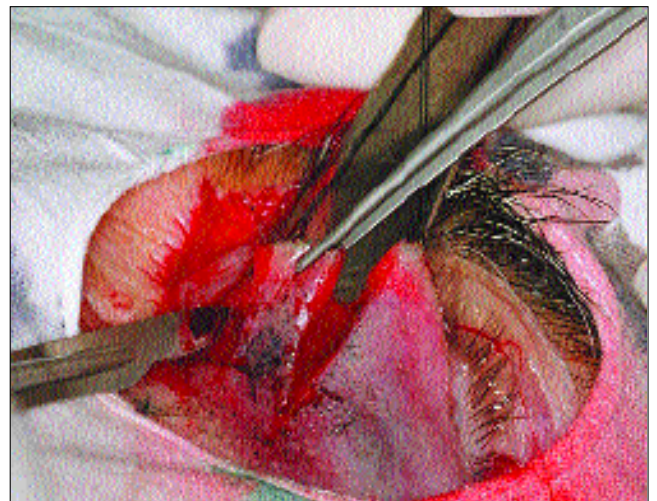
Zabieg operacyjny przeprowadzono w znieczuleniu miejscowym 2% Xylocainą z hialuronidazą. Po odwinięciu powieki dolnej na szwach cugowych odsłonięto spojówkę kąta wewnętrznego. Nacięto spojówkę 2 mm poniżej punktu łzowego w kształcie rombu o wymiarach 5 x 8 mm, usuwając ją wraz z dźwigaczem powieki dolnej (ryc. 4). Powstały ubytek zeszyto trzema pojedynczymi szwami Vicryl 8/0. Następnie 5 mm od punktu łzowego skrócono powie-



Ryc. 2, 3. Skala i badanie stopnia rozluźnienia więzadła przyśrodkowego.
Fig. 2, 3. Range and evaluation of the degree of the medial canthal tendon laxity.



Ryc. 4. Plastyka spojówki.
Fig. 4. Correction of the conjunctiva.



Ryc. 6. Wycięcie powieki.
Fig. 6. Excision of the lid.



Ryc. 5. Obszar wycięcia powieki.
Fig. 5. Area of the lid excision.

kę dolną, wycinając przez całą jej grubość fragment kształtu pięciokątnego o długości 5 mm (ryc. 5,6). Zabieg zakończono warstwowym zeszcieniem brzegów rany, oceniając stopień wwinięcia punktu łzowego i napięcia powieki (ryc. 8).

Badania kontrolne przeprowadzono w pierwszym tygodniu, 3. i 6. miesiącu po zabiegu (ryc. 9).

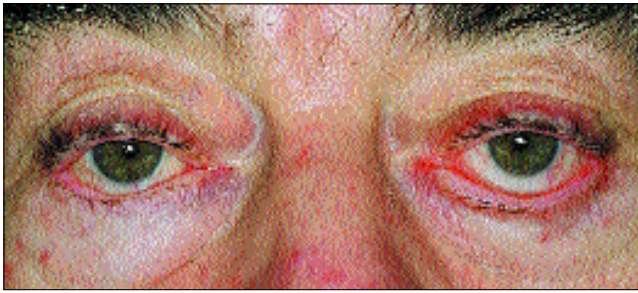
Wyniki

By dokonać oceny skuteczności zabiegu pod względem zmniejszenia objawu nadmiernego łzawienia, zaproponowaliśmy pacjentom ocenę tego objawu w skali 0-10. Wszyscy pacjenci podali znacznie obniżenie jego nasilenia, średnio o 5 punktów (tab. I). U dwóch pacjentów łzawienie ustąpiło całkowicie, u dwóch zmniejszyło się w takim stopniu, że przestało być problemem. Wszyscy pacjenci ocenili wynik kosmetyczny operacji jako zadowalający (ryc. 9).

Stopień rozluźnienia powieki dolnej zmniejszył się średnio o 4,5 mm ($\pm 1,0$ mm). Oceniając pacjentów w lampie szczelinowej, stwierdzono prawidłowe położenie punktów łzowych.

Omówienie

Starcze odwinięcie powieki dolnej spowodowane jest poziomym rozluźnieniem i utratą napięcia wszystkich warstw strukturalnych, a szczególnie więzadła mięśnia okrężnego, z towarzyszącym często osłabieniem więzadeł powiekowych i zespołu dźwigacza powieki dolnej (5). Następstwem zwiótczenia tkanek są wywinięcie



Ryc. 7. Odwinięcie powieki dolnej i punktu łzowego po stronie lewej. Pacjent przed zabiegiem.

Fig. 7. Ectropion of the left inferior lid and lower punctum. Patient before surgery.



Ryc. 8. Pacjent bezpośrednio po zabiegu.

Fig. 8. Patient direct after surgery.

i wydłużenie brzegu powiekowego. W zależności od stopnia patologii stosujemy różne metody operacyjne, takie jak: elektrokoagulacja, szwy materacowe, wycięcie spojówkowo-tarczkowe, operację metodą Kuhnta-Szymanowskiego, skrócenie zespołu dźwigacza powieki dolnej czy metodę Lazy-T (6,7,8).

Metodę operacyjną Lazy-T opisał pierwszy raz Byron Smith w 1976 r. (7). Znajduje ona zastosowanie w przypadku niedużego odwinięcia powieki dolnej w kącie przyśrodkowym (7,8).

Głównym objawem, z którym pacjenci zgłosili się po poradę okulistyczną, nie był wygląd estetyczny czy przewlekłe zapalenie spojówek, ale nadmierne patologiczne łzawienie. Objaw ten był na tyle dokuczliwy, że podjęcie decyzji o zabiegu operacyjnym było natychmiastowe. Odwinięty punkt łzowy traci swoje właściwości kapilarne, a ciągłe wycieranie oczu pogłębia odwinięcie i osłabia mięśnie odpowiedzialne za sprawne funkcjonowanie pompy łzowej (1,2,9).

Zabieg operacyjny nie usprawnia pompy łzowej, ale samo przywrócenie właściwych stosunków anatomicznych w kącie przyśrodkowym przez wwiniecie punktu łzowego oraz zwiększenie napięcia powieki dolnej wspomaga prawidłowy drenaż łez do jamy nosowej. Udowadnia ten pogląd skandygrafia dróg łzowych. Przed zabiegiem przepływ znakowanych łez do jamy nosowej był śladowy i trwał



Ryc. 9. Pacjent 6 miesięcy po zabiegu.

Fig. 9. Patient 6 months after surgery.

znacznie dłużej na każdym piętrze dróg łzowych. Większość łez przelewała się przez powiekę na policzek. Po zabiegu napływ łez do kanalików, woreczka łzowego i przewodu nosowo-łzowego jest znacznie sprawniejszy, a objętość łez – zbliżona do prawidłowej.

Wnioski

Operacja metodą Lazy-T jest skuteczną procedurą, która przywraca prawidłowe położenie punktu łzowego w przypadku odwinięcia powieki dolnej. Jest prostą techniką chirurgiczną, która uwalnia pacjenta od dokuczliwego patologicznego łzawienia.

PIŚMIENNICTWO:

1. Maurice D. M.: *The dynamics and drainage of tears*. Int. Ophthalmol. Clin., 1973, 13, 103.
2. Jones L. T.: *Epiphora II. Its relations to the anatomic structures and surgery the medial canthal region*. Amer. J. Ophthalmol., 1957, 43, 203-212.
3. Filipowicz-Banachowa A.: *Niewydolność dróg łzowych*. Nowa Med., 1995, 2 (2), 33-34.
4. Neuhaus R. W.: *Anatomical basis of „senile” ectropion*. Ophthalm. Plast. Reconstr. Surg., 1985, 1 (2), 87-89.
5. McCord C. D. Jr.: *Canalicular resection and reconstruction by canaliculostomy*. Ophthalmic. Surg., 1980, 11 (7), 440-445.
6. Kański J. J.: *Okulistyka kliniczna*. Wyd. I, Wrocław, 1997, 17-20.
7. Smith B.: *The „lazy-T” correction of ectropion of the lower punctum*. Arch. Ophthalmol., 1976, 94 (7), 1149-1150.
8. Meltzer M. A.: *Medical ectropion repair. A new procedure*. Ophthalm. Plast. Reconstr. Surg., 1989, 5 (3), 182-185.
9. Tse D. T.: *Surgical correction of punctal malposition*. Am. J. Ophthalmol., 1985, 100, 339-341.

Praca wpłynęła do Redakcji 24.03.2005 r. (733).

Zakwalifikowano do druku 6.04.2005 r.

II Sympozjum Sekcji Okulistyki Wojskowej PTO, Kraków 19–21.05.2005 r.

Adres do korespondencji (Reprint requests to):

Klinika Okulistyki WIM
dr n. med. Radosław Różycki
ul. Szaserów 128/217
00-909 Warszawa