

Małgorzata Kot, Małgorzata Lewandowska, Julia Kruk-Jeromin

Klinika Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Rzekome opadnięcie powiek górnych — ważny, ale rzadko poruszany problem osób w starszym wieku (opis dwóch przypadków)

Upperlid dermatochalasis — important but rarely raise a problem in elderly people (two case reports)

Wstęp

Proces starzenia obejmuje wszystkie tkanki i narządy, w tym narząd wzroku [1]. Tkanki z wiekiem tracą napięcie i objętość. Najczęstszymi zmianami inwolucyjnymi w aparacie ochronnym oka są: starcze opadnięcie powiek górnych (*ptosis*), starcze wywinięcie (*ectropion*) lub podwinięcie (*entropion*) powiek dolnych, rzekome opadnięcie powiek górnych (pseudoptoza starcza, *dermatochalasis*), nieprawidłowy wzrost rzęs (*trichiasis*) i nowotwory [1–4]. Spośród wyżej wymienionych problemów ważnym, ale najrzadziej poruszonym jest rzekome opadnięcie powiek górnych. Istnieje bardzo mało publikacji krajowych poruszających to zagadnienie [1–3, 5–7]. Pseudoptoza starcza polega na zwiotczeniu i nadmiarze skóry powiek, która może przysłaniać źrenicę [1, 5]. Zniekształcenie może być jedno- lub obustronne. W tych przypadkach nie stwierdza się zmian patologicznych w obrębie struktur anatomicznych odpowiedzialnych za unoszenie powiek [7]. W diagnostyce pseudoptozy starczej ważne jest różnicowanie z opadnięciem powiek górnych, którego bezpośrednią przyczyną jest zaburzenie czynności kompleksu dźwigacza powieki górnej [8, 9]. Metodą z wyboru w terapii rzekomego opadnięcia powiek górnych jest leczenie chirurgiczne. W związku ze starzeniem się populacji częstość występowania zmian inwolucyjnych w aparacie ochronnym narządu wzroku, w tym również rzekomego opadnięcia powiek, będzie się zwiększać, wywierając coraz większy wpływ na jakość życia społeczeń-

stwa. Dlatego wczesne zainteresowanie się tym problemem może zapobiec powikłaniom związanym z ograniczonym polem widzenia. Aby podkreślić problem, jaki stanowi dla osób w starszym wieku przysłonięcie źrenicy przez wiotką skórę powiek, w niniejszej pracy przedstawiono dwa przypadki chorych z rzekomym opadnięciem powiek górnych.

Opis przypadku nr 1

Mężczyzna z obustronnym rzekomym opadnięciem powiek górnych, u którego pierwsze objawy wiotkości skóry powiek wystąpiły w 61. roku życia. Początkowo nie ograniczało to życia prywatnego i zawodowego pacjenta, co było powodem bagatelizowania problemu. Przysłonięcie źrenic przez nadmiar wiotkiej skóry powiek skłoniło chorego do zgłoszenia się z tym problemem w wieku 66 lat do lekarza rodzinnego. Pacjent nie został jednak skierowany na zabieg operacyjny. O możliwości leczenia operacyjnego chory dowiedział się od osoby z podobnym problemem. Do Kliniki Chirurgii Plastycznej UM w Łodzi pacjent zgłosił się dopiero w wieku 75 lat. U chorego stwierdzono ciężkie rzekome opadnięcie powiek górnych ze znacznym ograniczeniem pola widzenia (ryc. 1) oraz wyrównawcze ustawienie głowy przez odchylenie jej ku tyłowi. Konsekwencją wyrównawczego ustawienia głowy było nasilenie bólu w odcinku szyjnym kręgosłupa, związanego ze zmianami zwyrodnieniowymi. W przeszłości pacjent próbował unosić wiotką skórę powiek przy użyciu plastrów. Chory skarżył się również na pogorszenie jakości życia spowodowane wiotkością powiek. Ograniczone pole widzenia uniemożliwiło mu prowadzenie samochodu, utrudniło czytanie książek i informacji na opakowaniach produktów oraz samodzielne poruszanie. Czynność mięśnia dźwigacza była

Adres do korespondencji:
lek. Małgorzata Lewandowska
Klinika Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej
i Estetycznej UM w Łodzi
ul. Kopcińskiego 22, 90–153 Łódź
tel.: 783 466 516, e-mail: gosiawloc@wp.pl



Rycina 1. Chory z rzekomym obustronnym opadnięciem powiek górnych. A. Powieki zamknięte; B. powieki otwarte
Figure 1. Patient with bilateral upperlid dermatochalasis. A. Eyelids closure; B. open eyelids

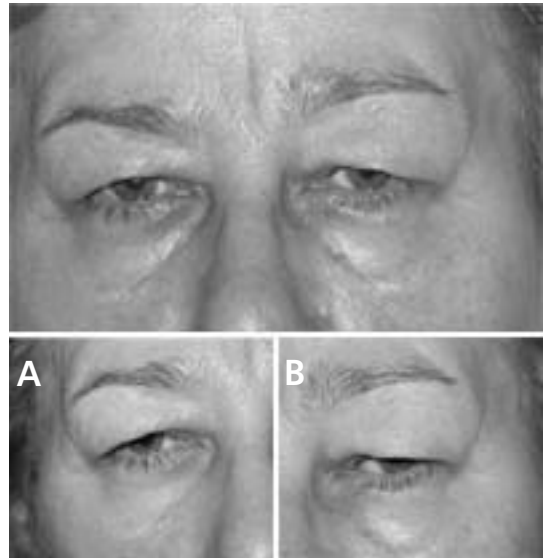
prawidłowa. Badanie okulistyczne wykazało obniżenie ostrości wzroku. Ustawienie i ruchomość gałek ocznych były prawidłowe.

Opis przypadku nr 2

Siedemdziesięcioletnia pacjentka zgłosiła się do Kliniki Chirurgii Plastycznej UM w Łodzi z ciężkim rzekomym obustronnym opadnięciem powiek górnych (ryc. 2) po 12 latach od wystąpienia pierwszych objawów. Do Kliniki została skierowana przez lekarza rodzinnego na wyraźną prośbę córki. U pacjentki stwierdzono znaczne ograniczenie pola widzenia i wyrównawcze ustawienie głowy. Największym problemem były dla pacjentki utrudnione poruszanie oraz konieczność korzystania w pracach domowych z pomocy innych osób. Znaczne ograniczenie pola widzenia chorego podaje jako przyczynę upadku, którego konsekwencją było złamanie szyjki kości udowej.

Czynność mięśnia dźwigacza po obu stronach była prawidłowa. Badanie okulistyczne wykazało obniżenie ostrości wzroku, prawidłowe ustawienie i ruchomość gałek ocznych.

W obu przypadkach leczenie chirurgiczne polegało na wycięciu nadmiaru skóry i części powiekowej mięśnia okrężnego oka. Zabieg wykonywano w znieczuleniu miejscowym 1-procentową lignokainą. Rok po operacji wynik zabiegu u obu chorych oceniono jako bardzo dobry. Wyrównawcze ustawienie głowy ustąpiło.



Rycina 2. Chora z rzekomym obustronnym opadnięciem powiek górnych. A. Powieka prawa; B. powieka lewa
Figure 2. Patient with bilateral upperlid dermatochalasis. A. Right eyelid; B. left eyelid

Dyskusja

Rzekome opadnięcie powiek jest problemem nie tylko estetycznym, ale także czynnościowym. Wiotka skóra powiek przysłania źrenicę, co ogranicza pole widzenia i znacznie obniża sprawność funkcjonalną chorego. Opisywane przypadki pokazują, że pacjenci z tym problemem są kierowani na zabieg operacyjny zbyt późno, gdy rozwiną się już mechanizmy kompensujące ograniczone pole widzenia, i często na własną prośbę. Wczesne przeprowadzenie operacji pozwoliłoby również na poprawę jakości życia chorych. U opisywanych pacjentów czas od wystąpienia rzekomego opadnięcia powieki do leczenia operacyjnego wyniósł odpowiednio 14 i 12 lat. Ograniczone pole widzenia chorego kompensowali odchylaniem głowy ku tyłowi, co u jednego z nich nasiliło bóle związane ze zmianami zwyrodnieniowymi w odcinku szyjnym kręgosłupa. Jeden z chorych próbował unosić wiotką skórę powiek przy użyciu plastrów. Zmiany uniemożliwiły prowadzenie pojazdów, utrudniły czytanie książek i informacji na opakowaniach produktów. Największymi problemami dla pacjentów były utrudnione poruszanie oraz konieczność korzystania z pomocy innych osób. Sprawność w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego jest jednym z czynników łagodzących wpływ wieku i umożliwiających tak zwane „pomyślne starzenie się”. Zatem właściwe postępowanie terapeutyczne u osób z rzekomym opadnię-

ciem powiek górnych równa się przywróceniu maksymalnie możliwej zdolności do samodzielnego życia w rodzinie i społeczności.

U pacjentki ograniczone pole widzenia doprowadziło do upadku, którego konsekwencją było złamanie szyjki kości udowej. Warto podkreślić fakt, że wraz ze złamaniem szyjki kości udowej prawie 7-krotnie wzrasta ryzyko zgonu [10]. Opisany przypadek pokazuje zatem, jak pozornie prozaiczna przyczyna, czyli pseudoptoza starcza, może doprowadzić do zagrażających życiu następstw. W obu przypadkach redukcja nadmiaru wiotkiej skóry powiek i części powiekowej mięśnia okrężnego oka dała bardzo dobry wynik odległy. Wyrównawcze ustawienie głowy ustąpiło, co dowodzi skuteczności odstąpienia żrenicy. Dodatkową zaletą zabiegu jest możliwość wykonania go w znieczuleniu miejscowym. Jest to szczególnie ważne w przypadku osób starszych niejednokrotnie obciążonych chorobami ogólnymi.

W kontekście omawianych przypadków warto podkreślić, że opóźnienie w leczeniu rzekomego opadnięcia powiek wynika nie tylko z małej wiedzy społecznej, lecz także z niewiedzy lekarzy o możliwości skierowania chorych z tym problemem do leczenia chirurgicznego. Pseudoptoza starcza jest problemem interdyscyplinarnym, stanowiącym przedmiot zainteresowania nie tylko chirurgów plastyków, ale także okulistów, geriatrów i lekarzy rodzinnych. Wczesne kierowanie tych pacjentów na zabieg operacyjny przez lekarzy mających pierwszy kontakt z chorym pozwoliłoby w dużym stopniu zapobiec powikłaniom związanym z kompensacją ograniczonego pola widzenia. Zatem, poza rozwojem niezwykle ważnej gerontologii klinicznej, należy zwiększyć zakres wiedzy dotyczący procesu starzenia w programach nauczania poszczególnych specjalności.

Wnioski

1. Rzekome opadnięcie powiek górnych stanowi wskazanie do redukcji nadmiaru skóry powiek i części powiekowej mięśnia okrężnego oka.
2. Chirurgiczne leczenie rzekomego opadnięcia powiek górnych powinno być przeprowadzone wcześniej, co zapobiegłoby osłabieniu ostrości wzroku i powikłaniom związanym z kompensacją ograniczonego pola widzenia.
3. Edukacja lekarzy ma kluczowe znaczenie w redukcji opóźnień w chirurgicznym leczeniu pseudoptozy starczej.

PIŚMIENNICTWO

1. Zapala J., Szuta M., Wyszyńska-Pawelec G.: *Współczesne możliwości leczenia chirurgicznego zmian inwolucyjnych w aparacie ochronnym narządu wzroku w wieku podeszłym i senioralnym*. Gerontol. Pol. 2003; 3: 115–120.
2. Zapala J., Wyszyńska-Pawelec G., Szuta M.: *Zmiany w aparacie ochronnym narządu wzroku zachodzące z wiekiem*. Okulistyka 2003; 2: 80–86.
3. Strzałka A.: *Choroby okulistyczne wymagające hospitalizacji u pacjentów w podeszłym wieku*. Gerontol. Pol. 2006; 3: 125–129.
4. Hintschich C.: *Correction of entropion and ectropion*. Dev. Ophthalmol. 2008; 41: 85–102.
5. Lewandowska-Furmanik M., Wróblewska E., Matysik A. i wsp.: *Chirurgia plastyczna powiek, cz. II. Operacyjne leczenie nieprawidłowego ustawienia powiek*. Okulistyka 2003; 3: 8–12.
6. Liu Z.F., Wang X.J., Zhu L. i wsp.: *Classification and surgical management of upperlid dermatochalasis in middle-aged and elderly patients*. Zhonghua Zheng Xing Wai Ke Za Zhi. 2007; 23: 394–395.
7. Kęćik M., Kęćik D.: *Nabyte opadanie powiek*. Terapia 2002; 10: 78–82.
8. Bartkowski S.B., Krzystkowska K.M., Kuczma M.: *Własne doświadczenia i wyniki operacyjnego leczenia opadnięcia górnej powieki*. Klinika Oczna 1991; 93: 164–166.
9. Zieliński A., Kruk-Jeromin J.: *Ocena metod chirurgicznego leczenia wrodzonego opadnięcia powieki*. Klinika Oczna 1993; 95: 139–142.
10. Bara T., Synder M.: *Znaczenie osteoporozy w praktyce ortopedycznej*. Przegl. Menopauzalny 2003; 2: 62–66.