

Comparing Two Methods of Fascia Lata Use for Frontalis Suspension

Bagheri A, MD; Aletaha M, MD; Abrishami M, MD; Salour SH, MD

Purpose: To compare the results of two different methods of frontalis suspension using fascia lata in congenital ptosis.

Methods: In a randomized clinical trial, double triangle sling was compared with single triangle sling using fascia lata. Eight patients with unilateral and 11 patients with bilateral congenital ptosis were randomly assigned for each procedure.

Results: There was no statistically significant difference between the two groups in terms of age and sex. Mean increase in interpalpebral fissure was 4.35 ± 2.32 mm in the double triangle group and 4.36 ± 1.89 mm in the single triangle group. Increase in palpebral fissure was statistically significant in both groups ($P=0.00$) but there was no difference between the two groups regarding functional (lid fissure height) and cosmetic (lid margin contour) results and early or late complications during follow up.

Conclusion: Single triangle sling method using fascia lata is safe, easy, and fast with acceptable results and can be used instead of conventional double triangle fascia lata sling for treatment of low function ptosis.

Key Words: congenital ptosis, fascia lata, frontalis suspension, sling

- Bina J Ophthalmol 2006; 11 (3): 318-325.

مقایسه دو روش اسلینگ پلک فوقانی با فاشیا لاتا در درمان افتادگی مادرزادی پلک

دکتر عباس باقری^۱، دکتر مریم آل‌طه^۲، دکتر محمد ابریشمی^۱ و دکتر سلطان حسین سالور^۱

چکیده

هدف: مقایسه نتایج دو روش مختلف اسلینگ پلک فوقانی با استفاده از فاشیا لاتا در اصلاح افتادگی مادرزادی پلک.
روش پژوهش: تحقیق به روش کارآزمایی بالینی تصادفی شده انجام پذیرفت و بیماران مبتلا به افتادگی مادرزادی یک‌طرفه (۸ بیمار) و دوطرفه (۱۱ بیمار) پلک، به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. فاشیا لاتا در یک گروه به صورت دومثلثی (double triangle) و در گروه دیگر به صورت تک‌مثلثی (single triangle) جهت اسلینگ به کار گرفته شد. داده‌ها با آزمون‌های t زوج (در هر گروه) و t نمونه‌های مستقل (بین دو گروه) مورد ارزیابی آماری قرار گرفتند.
یافته‌ها: دو گروه از نظر سن و جنس، تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند. شکاف پلکی در گروه دومثلثی به طور متوسط 4.35 ± 2.32 میلی‌متر و در گروه تک‌مثلثی 4.36 ± 1.89 میلی‌متر افزایش یافته بود. میزان تغییر در شکاف پلکی بعد از جراحی نسبت به قبل از جراحی در هر دو گروه از نظر آماری معنی‌دار بود ($P=0.00$) ولی در دو گروه نسبت به هم، تفاوت آماری معنی‌داری نداشت ($P=0.576$). عوارض کوتاه‌مدت شامل خراش قرنیه (نقص اپی‌تلیومی قرنیه، PEE)، انتروپسیون و عوارض بلندمدت شامل کم‌اصلاحی (undercorrection) و بیش‌اصلاحی (overcorrection) به یک نسبت در دو گروه مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: در افتادگی مادرزادی پلک می‌توان اسلینگ به روش تک‌مثلثی با فاشیا لاتا را جایگزین روش دومثلثی کرد.

• مجله چشم پزشکی بینا ۱۳۸۵؛ دوره ۱۱، شماره ۳: ۳۲۵-۳۱۸.

• پاسخ گو: دکتر عباس باقری (e-mail: abbasbagheri@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۱ مهر ۱۳۸۴
تاریخ تایید مقاله: ۲۴ اردیبهشت ۱۳۸۵

۱- دانشیار - چشم پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲- استادیار - چشم پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
تهران - پاسداران - بوستان نهم - بیمارستان لبافی نژاد - مرکز تحقیقات چشم

مقدمه

تصحیح جراحی افتادگی پلک، یکی از شایع ترین جراحی های اکولوپلاستیک است. هدف از جراحی، ایجاد ظاهری نسبتاً طبیعی همراه با حفظ وضعیت متقارن در شکل ظاهری (contour) و چین پلکی (crease) است. با توجه به علل زمینه ای متفاوت بروز افتادگی پلک، درمان های متعددی هم برای آن وجود دارد که انتخاب نوع درمان، عمدتاً بستگی به میزان عملکرد ماهیچه بالابرنده پلک دارد^{۱-۲}.

در مواردی که ماهیچه بالابرنده دارای عملکرد ضعیف و یا فاقد عملکرد است؛ بهترین روش توصیه شده، اسلینگ پلک فوقانی است که در آن با انتقال نیروی بالابرنده ماهیچه پیشانی به پلک یا پلک ها، از طریق قرار دادن یک نخ بخیه یا بافت پیوندی بین ماهیچه پیشانی و تارس، پلک به بالا کشیده می شود. تاکنون مطالعات متعددی در زمینه اسلینگ با مواد مختلف انجام شده اند ولی در هیچ کدام از آن ها، روش های مختلف قرار دادن پیوند در پلک با هم مقایسه نشده اند^{۱-۴}.

در این مطالعه، با دو روش تک مثلثی (single-triangle) و دو مثلثی (double-triangle) از فاشیا لاتای اتوژن، جهت اسلینگ پلک فوقانی استفاده شده است و نتایج زیبایی بعد از عمل، شامل تقارن چین پلکی و پوست، شکل ظاهری و ارتفاع پلک ها در دو گروه مقایسه شده اند.

روش پژوهش

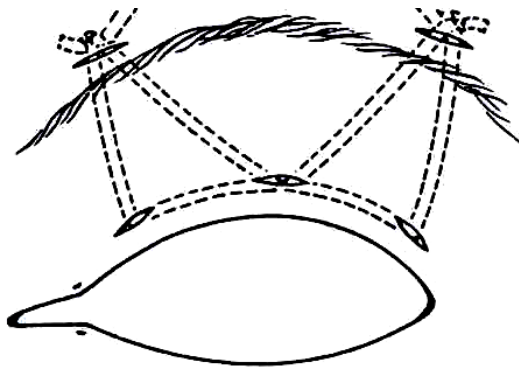
همه افراد مبتلا به افتادگی مادرزادی یک طرفه یا دوطرفه پلک که از مرداد ۱۳۸۲ تا دی ۱۳۸۳ به درمانگاه اکولوپلاستیک بیمارستان لبافی نژاد مراجعه نمودند؛ در این مطالعه شرکت داده شدند و به طور تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. شرایط دیگر ورود به مطالعه شامل عملکرد ضعیف ماهیچه بالابرنده پلک

(کم تر از ۴ میلی متر) و سن ۴ سال یا بیش تر بود تا طول ران برای برداشت فاشیا لاتا کافی باشد. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از پدیده بلز (Bell's phenomenon) کم تر از ۳⁺، وجود پلک زدن با حرکت فک (jaw winking)، وجود بیماری های عامل افتادگی ثانویه پلک یا بیماری هایی که با علائم چشمی دیگری علاوه بر افتادگی پلک همراهند؛ مانند بلفاروفیموزس (blepharophimosis)، اربیتوپاتی ایمنی وابسته به تیروئید (thyroid related immune orbitopathy)، میاستنی گراو، دیستروفی میوتیک و فلج خارجی مزمن و پیش رونده چشم (chronic progressive external ophthalmoplegia)، سابقه عمل جراحی داخل و خارج چشمی و پلکی، سابقه ضربه نافذ یا غیر نافذ به پلک، تومور و اسکار پلک و آزمون فنیل افرین مثبت. سپس بیماران واجد شرایط، به طور تصادفی به یکی از دو روش تک مثلثی و دو مثلثی جراحی شدند. همه بیماران تحت بی هوشی عمومی و توسط یک جراح، عمل شدند.

قبل از عمل جراحی، همه بیماران تحت معاینه کامل چشم شامل تعیین حدت بینایی و سیکلورفکشن، بیومیکروسکوپی با اسلیت لمپ با توجه خاص به وضعیت لایه اشکی، فوندوسکوپی، تونومتری، بررسی حرکات چشم ها، بررسی مردمک ها و حس قرنیه قرار گرفتند.

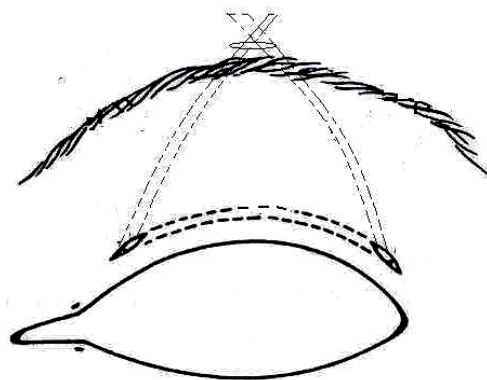
برای بررسی وضعیت افتادگی پلک یا پلک ها، اندازه گیری های زیر انجام شد: (۱) ارتفاع چین پلکی، (۲) لگوفتالموس، (۳) ارتفاع شکاف پلکی: در حالی که بیمار به روبه رو نگاه می کرد و عملکرد ماهیچه فرونتالیس را مهار نموده بودیم؛ مرکز لبه پلک بالایی را از مرکز لبه پلک پایینی به میلی متر اندازه می گرفتیم، (۴) عملکرد بالابرنده پلک، (۵) فاصله رفلکسی لبه های پلک (MRD: marginal reflex distance) یا (MRD_۱، (۶) نمایش صلبیه ای (show scleral)، (۷) فاصله

دو انتهای آزاد فاشیا را که از محل برش خارجی و داخلی بالای ابرو خارج شده بودند؛ گره می‌زدیم و بعد از تنظیم ارتفاع پلک به محاذات لیمبوس فوقانی، توسط نخ پرولین ۰-۵ محکم می‌کردیم و در فضایی که زیر ماهیچه فرونتالیس ایجاد کرده بودیم؛ مدفون و پوست را با نخ پرولین ۰-۵ بخیه می‌کردیم.



تصویر ۱- تصویر نمایشی اسلینگ به روش دومثلثی

گروه تک‌مثلثی: در شرایطی مشابه گروه اول، یک برش در قسمت مرکزی و حد فوقانی ابرو و دو برش روی پلک ایجاد می‌کردیم؛ برش داخلی پلک در سمت داخلی خط عمود فرضی که از لیمبوس نازال عبور می‌کند و برش خارجی در سمت خارجی خط عمود فرضی که از لیمبوس تمپورال عبور می‌کند. فاشیا لاتا را با کمک سوزن رایت طبق تصویر (۲) عبور می‌دادیم و روی پیشانی گره می‌زدیم و با نخ پرولین ۰-۵ محکم می‌کردیم و زیر ماهیچه پیشانی مدفون می‌نمودیم.



تصویر ۲- تصویر نمایشی اسلینگ به روش تک‌مثلثی

رفلکسی پلک تحتانی (LLRD: lower lid reflex distance) یا MRD_۲: فاصله مرکز پلک تحتانی تا رفلکس نوری مردمک که به میلی‌متر ثبت می‌شود، ۸ پدیده بلز که از محو شدن کامل (۴°) تا عدم محو شدن (۰) درجه‌بندی می‌شود و ۹) پلک زدن با حرکت فک.

نحوه تهیه فاشیا لاتا (Graft Harvesting)

در حالی که مفصل ران و زانو در وضعیت نیمه‌خمیده قرار می‌گرفت؛ زانو را به سمت داخل می‌چرخانیم تا پاشنه پا به سمت خارج بچرخد. در این وضعیت، پا را با کمک چسب ثابت می‌کردیم و یک بالش بین پاها و زیر لگن قرار می‌دادیم. در سمت خارجی ران، پس از شستشو با محلول بتادین، در فاصله کوندیل خارجی استخوان تیبیا و خار قدامی- فوقانی، از ۲/۵ اینچ بالاتر از مفصل زانو، با تیغ ۱۵ یک برش طولی به طول ۱۰-۱۵ سانتی‌متر روی پوست و بافت زیر جلدی ایجاد و بافت‌های زیر جلدی با کمک قیچی جراحی از هم جدا می‌شدند تا به فاشیا لاتا برسیم. یک نوار از فاشیا لاتا به طول ۱۵-۱۰ سانتی‌متر و عرض ۱-۰/۵ سانتی‌متر بر حسب یک‌طرفه یا دوطرفه بودن عمل، با کمک تیغ ۱۵ و قیچی جراحی جدا می‌کردیم. بافت‌های زیر جلدی را با بخیه‌های مجزا از هم و نخ ویکریل ۰-۲ و پوست را با نخ نایلون یا پرولین ۰-۴ بخیه می‌نمودیم. بافت‌های اضافه چسبیده به نوار فاشیا را با دقت، به کمک قیچی جدا می‌کردیم و دو باریکه به طول ۱۵-۱۰ سانتی‌متر و عرض ۳-۲ میلی‌متری از آن جدا می‌نمودیم.

روش جراحی

گروه دومثلثی: با تیغ ۱۵، دو برش در پوست و بافت‌های زیر جلدی تا روی پریوست استخوان پیشانی در محاذات حد فوقانی ابرو ایجاد نمودیم. برش خارجی در سمت خارجی خط فرضی عمود بر کانتوس خارجی و برش داخلی در سمت داخلی خط فرضی عمود بر کانتوس داخلی، ایجاد می‌شد. بعد از قرار دادن محافظ پلکی (lid plate) جهت محافظت از چشم، با تیغ جراحی، سه برش در ۳-۲ میلی‌متری لبه پلک بالا تا روی تارس ایجاد کردیم. برش میانی در مرکز پلک و برش داخلی و خارجی در ۵ میلی‌متری طرفین آن قرار می‌گرفتند. با کمک سوزن رایت (Wright)، فاشیا را طبق تصویر (۱) در پلک قرار می‌دادیم.

در گروه دومثلثی، متوسط شکاف پلکی قبل از جراحی 1.93 ± 6.20 میلی‌متر بود که بعد از جراحی (آخرین معاینه) به 0.64 ± 9.53 میلی‌متر رسید؛ یعنی به طور متوسط 2.32 ± 4.35 میلی‌متر افزایش یافت ($P=0.10$). در گروه تک‌مثلثی، متوسط شکاف پلکی قبل از جراحی 2.27 ± 7.20 میلی‌متر بود که بعد از جراحی به 1.71 ± 10.33 میلی‌متر رسید و به طور متوسط 1.89 ± 4.36 میلی‌متر افزایش یافت ($P=0.10$). تفاوت میزان افزایش شکاف پلکی در دو گروه از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P=0.576$).

میانگین MRD₁ بعد از جراحی (آخرین معاینه)، در گروه دومثلثی 1.35 ± 2.87 میلی‌متر و در گروه تک‌مثلثی 0.99 ± 3.13 میلی‌متر افزایش یافت. اختلاف MRD₁ در دو گروه برابر 0.75 ± 0.2 میلی‌متر بود که معنی‌دار نبود ($P=0.543$).

در گروه دومثلثی، عوارض کوتاه‌مدت (طی دو هفته اول بعد از جراحی) شامل خراش قرنیه (نقص اپی‌تلیومی قرنیه یا CED و اروژن منقووط اپی‌تلیوم یا PEE) در 7 پلک (46/6 درصد)، انتروپسیون در 2 پلک (13/3 درصد) و عوارض بلندمدت (بعد از دو هفته) شامل کم‌اصلاحی و بیش‌اصلاحی هر دو در حد یک میلی‌متر در یک پلک (6/7 درصد) مشاهده شدند (جدول 1).

در گروه تک‌مثلثی، عوارض کوتاه‌مدت شامل خراش قرنیه (CED و PEE) در 3 پلک (20 درصد)، انتروپسیون در 2 پلک (13/3 درصد)، اکسپوژر فاشیا در محل برش پوستی در یک پلک (6/7 درصد) و عوارض بلندمدت شامل کم‌اصلاحی در حد یک میلی‌متر در دو پلک (13/3 درصد) دیده شدند (جدول 2).

در هر دو گروه، در تمام موارد، لبه پلک بعد از جراحی متقارن بود و در تمام مدت پی‌گیری بدون تغییر مانده بود. عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت بعد از جراحی در دو گروه از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشت. در گروه دومثلثی در 10 پلک (66/7 درصد) و در گروه تک‌مثلثی در 12 پلک (80 درصد) بعد از 6 ماه جراحی ترمیمی به منظور تشکیل چین پلکی انجام شد. تصویر یک بیمار از هر گروه جهت مشاهده نتایج، ارائه شده است (تصاویر 3 و 4).

بعد از قرار دادن بخیه کششی (frost suture) با نخ سیلک 4-0 در پلک پایین و گذاشتن پماد جنتامایسین در چشم در هر دو گروه، چشم را به مدت 6 ساعت می‌بستیم. به مدت پنج روز شربت یا کپسول سفالکسین به میزان 100 mg/Kg به صورت خوراکی تجویز می‌کردیم. بعد از 24 ساعت، اگر در قرنیه نقص اپی‌تلیومی مشاهده نمی‌شد؛ بخیه محکم‌کننده را باز می‌کردیم و در غیر این صورت، تا زمان ترمیم کامل اپی‌تلیوم قرنیه، چشم را با استفاده از بخیه محکم‌کننده و پماد آنتی‌بیوتیک می‌بستیم. پماد ساده چشمی هر 8-6 ساعت و هنگام خواب تجویز می‌شد. بیماران به مدت حداقل 6 ماه بعد از عمل پی‌گیری شدند. هفته اول و ششم و ماه سوم و ششم بعد از عمل، MRD و ارتفاع شکاف پلکی اندازه‌گیری می‌شد و با نتایج به دست آمده از معاینات قبل از عمل، مقایسه می‌گردید. فوتوگرافی، قبل از عمل و در هفته ششم و ماه سوم و ششم بعد از عمل انجام می‌شد و وضعیت ظاهری پلک بالا و تقارن شکل ظاهری آن نسبت به قبل از عمل مقایسه می‌گردید.

عوارض احتمالی عمل شامل اختلالات سطحی قرنیه، بیش‌اصلاحی (overcorrection)، کم‌اصلاحی (undercorrection)، تشکیل گرانولوم و خروج دو انتهای فاشیا از محل زخم و تشکیل آبسه و ... ثبت می‌شدند. نتایج به دست آمده در هر گروه به وسیله آزمون t زوج و بین دو گروه با آزمون t نمونه‌های مستقل مقایسه شدند.

یافته‌ها

هشت بیمار مبتلا به افتادگی یک‌طرفه و 11 بیمار مبتلا به افتادگی دوطرفه مادرزادی پلک در این مطالعه شرکت داده شدند که 15 پلک از 10 نفر به روش دومثلثی و 15 پلک از 9 نفر به روش تک‌مثلثی جراحی شدند. متوسط سن در افراد گروه دومثلثی 14/1 سال (26-3 سال) و در گروه تک‌مثلثی 17/8 سال (48-4 سال) بود. نسبت زن به مرد در گروه دومثلثی 4 به 6 و در گروه تک‌مثلثی 3 به 6 بود. متوسط زمان پی‌گیری در گروه دومثلثی 14/2 ماه (29-9 ماه) و در گروه تک‌مثلثی 15/7 ماه (26-10 ماه) بود. افراد دو گروه از نظر پراکندگی سنی و جنسی و مدت پی‌گیری، تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند.

جدول ۱- مشخصات ۱۰ بیمار و ۱۵ پلک در گروه دومثلثی

| شماره | جنس | سن (سال) | نوع درگیری | پی گیری (ماه) | مشخصات به تفکیک چشم درگیر: | ارتفاع شکاف پلکی (mm) | | MRD (mm) | | عارضه | جراحی تکمیلی |
|-------|------|----------|------------|---------------|----------------------------|-----------------------|-----|----------|-----|-------------------------|--------------|
| | | | | | | قبل | بعد | قبل | بعد | | |
| ۱ | مذکر | ۱۵ | دو طرفه | ۲۹ | راست | ۵ | ۹ | ۱ | ۳ | - | بلفاروپلاستی |
| | | | | | چپ | ۵ | ۸ | ۱ | ۲ | PEE | بلفاروپلاستی |
| ۲ | مذکر | ۱۶ | یک طرفه | ۱۱ | چپ | ۷ | ۱۰ | ۲ | ۲ | PEE، انتروپیون، بازسازی | چین پلکی |
| ۳ | مذکر | ۲۲ | دو طرفه | ۲۶ | راست | ۴ | ۱۰ | -۳ | ۲ | تریکیازیس CED | بلفاروپلاستی |
| | | | | | چپ | ۵ | ۱۰ | -۱ | ۲ | - | بلفاروپلاستی |
| ۴ | مذکر | ۲۶ | یک طرفه | ۱۶ | راست | ۵ | ۹ | ۱ | ۳ | CED-انتروپیون | بلفاروپلاستی |
| ۵ | مونث | ۶ | یک طرفه | ۱۲ | چپ | ۵ | ۱۰ | -۱ | ۳ | PEE | - |
| ۶ | مذکر | ۲۵ | دو طرفه | ۱۳ | راست | ۶ | ۱۰ | -۱ | ۳ | - | بلفاروپلاستی |
| | | | | | چپ | ۸ | ۱۰ | ۱ | ۳ | - | بلفاروپلاستی |
| ۷ | مونث | ۱۶ | دو طرفه | ۱۲ | راست | ۸ | ۱۰ | ۰ | ۳ | PEE | بلفاروپلاستی |
| | | | | | چپ | ۸ | ۱۰ | ۰ | ۳ | - | بلفاروپلاستی |
| ۸ | مذکر | ۴ | دو طرفه | ۱۲ | راست | ۹ | ۹ | ۱ | ۲ | - | - |
| | | | | | چپ | ۹ | ۹ | ۱ | ۲ | - | - |
| ۹ | مونث | ۸ | یک طرفه | ۱۱ | راست | ۷ | ۱۰ | ۰ | ۳ | PEE | بیش اصلاحی |
| ۱۰ | مونث | ۳ | یک طرفه | ۹ | راست | ۵ | ۹ | -۲ | ۳ | - | - |

MRD: marginal reflex distance, PEE: punctate epithelial erosion, CED: corneal epithelial defect

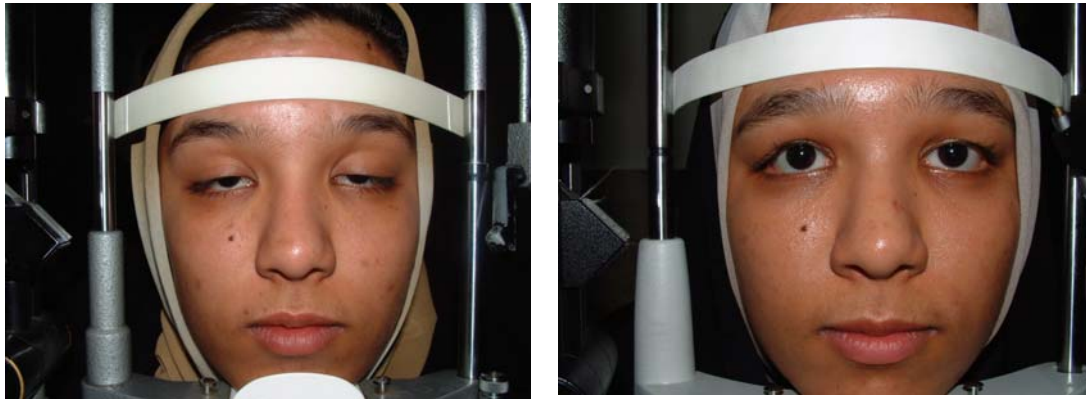
• منظور از قبل و بعد، قبل و بعد از جراحی است.

جدول ۲- مشخصات ۹ بیمار و ۱۵ پلک در گروه تک مثلثی

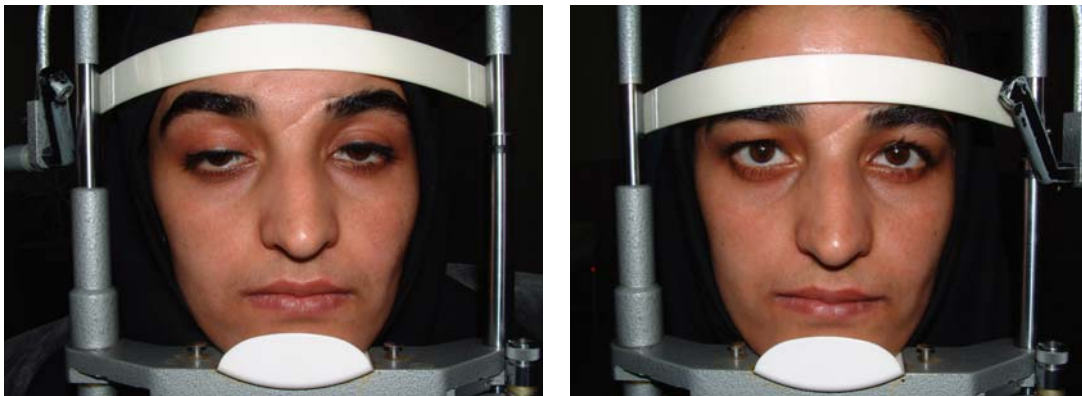
| شماره | جنس | سن (سال) | نوع درگیری | پی گیری (ماه) | مشخصات به تفکیک چشم درگیر: | ارتفاع شکاف پلکی (mm) | | MRD (mm) | | عارضه | جراحی تکمیلی |
|-------|------|----------|------------|---------------|----------------------------|-----------------------|-----|----------|-----|-----------------|--------------------------------|
| | | | | | | قبل | بعد | قبل | بعد | | |
| ۱ | مذکر | ۴۸ | دو طرفه | ۲۶ | راست | ۹ | ۱۲ | ۲ | ۶ | - | بازسازی شکاف پلکی |
| | | | | | چپ | ۹ | ۱۲ | ۲ | ۶ | - | بازسازی شکاف پلکی |
| ۲ | مونث | ۲۳ | دو طرفه | ۲۴ | راست | ۶ | ۹ | ۰ | ۴ | - | بلفاروپلاستی |
| | | | | | چپ | ۷ | ۹ | ۱ | ۴ | - | بلفاروپلاستی |
| ۳ | مونث | ۱۵ | دو طرفه | ۱۶ | راست | ۱۰ | ۱۱ | ۰ | ۴ | تریکیازیس | حذف مکانیکی مژه |
| | | | | | چپ | ۱۰ | ۱۱ | ۰ | ۴ | - | بلفاروپلاستی هر دو چشم |
| ۴ | مذکر | ۱۲ | یک طرفه | ۱۴ | راست | ۸ | ۱۲ | ۰ | ۲ | انتروپیون PEE | بلفاروپلاستی |
| ۵ | مذکر | ۱۸ | دو طرفه | ۱۴ | راست | ۷ | ۹ | ۱ | ۳ | باز شدن برش | ترمیم زخم |
| | | | | | چپ | ۷ | ۹ | ۱ | ۳ | ابرو | بلفاروپلاستی دو چشم |
| ۶ | مونث | ۲۵ | دو طرفه | ۱۳ | راست | ۷ | ۱۰ | ۰ | ۳ | انتروپیون | بازسازی چشمی پلکی در هر دو چشم |
| | | | | | چپ | ۷ | ۱۱ | ۰ | ۴ | - | بلفاروپلاستی |
| ۷ | مذکر | ۶ | یک طرفه | ۱۳ | چپ | ۳ | ۶ | -۲ | ۲ | CED | بلفاروپلاستی |
| | | | | | راست | ۲ | ۱۲ | ۰ | ۲ | PEE و کم اصلاحی | بلفاروپلاستی |
| ۸ | مذکر | ۴ | یک طرفه | ۱۲ | راست | ۲ | ۱۲ | ۰ | ۲ | PEE | بلفاروپلاستی |
| | | | | | راست | ۷ | ۱۲ | ۱ | ۳ | - | بلفاروپلاستی |
| ۹ | مذکر | ۱۰ | دو طرفه | ۱۰ | چپ | ۹ | ۱۰ | ۰ | ۲ | - | بلفاروپلاستی |

MRD: marginal reflex distance, PEE: punctate epithelial erosion, CED: corneal epithelial defect, UL: upper lid

• منظور از قبل و بعد، قبل و بعد از جراحی است.



تصویر ۳- بیمار مبتلا به افتادگی دوطرفه پلک، قبل (چپ) و بعد (راست) از عمل جراحی اسلینگ دومثلثی با فاشیا لاتا: بیمار شماره ۷ از جدول (۱)



تصویر ۴- بیمار مبتلا به افتادگی دوطرفه پلک، قبل (چپ) و بعد (راست) از عمل اسلینگ تکمثلثی با فاشیا لاتا: بیمار شماره ۲ از جدول (۲)

از افتادگی پلک که عملکرد ماهیچه بالابرنده ضعیف است؛ از جمله افتادگی میوژنیک و افتادگی نوروژنیک مادرزادی یا اکتسابی پلک، استفاده می‌شود. در این روش، نیروی محرکه ماهیچه فرونتالیز از طریق قرار دادن یک ماده مصنوعی یا طبیعی بین این ماهیچه و تارس، به پلک بالا منتقل می‌شود.^۱ روش‌های متعدد و مواد متفاوتی در روش جراحی اسلینگ مورد استفاده قرار می‌گیرند ولی اتفاق نظر عمومی در درجه اول بر استفاده از فاشیا لاتای خودی و در درجه بعدی فاشیا لاتای نگهداری شده در بانک اعضاست. کارگذاری فاشیا در پلک، به صورت تک‌مثلثی، دومثلثی، تک‌لوزوی (single-rhomboid) و دولوزوی (double rhomboid) صورت می‌گیرد.^۲

بحث

درمان افتادگی پلک، یکی از زمینه‌های مورد بحث در جراحی پلاستیک چشم است. هدف اصلی در اصلاح جراحی افتادگی پلک، به دست آوردن شرایط ظاهری طبیعی و متقارن در پلک‌هاست. اگرچه بهبود میدان دید فوقانی و نیز بهبود آستیگمات ناشی از فشار پلک نیز از اهداف آن می‌باشند. البته در موارد افتادگی مادرزادی پلک یا موارد اکتسابی با شروع در دهه اول که مسیر بینایی توسط پلک مسدود شده است؛ نیاز به اقدام فوری جهت پیش‌گیری از بروز تنبلی چشم نیز وجود دارد. روش‌های متعدد جراحی برای اصلاح افتادگی پلک وجود دارند. از روش اسلینگ (frontalis muscle suspension) برای مواردی

بررسی در دو گروه وجود نداشت. عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت ایجاد شده در دو گروه، در محدوده طبیعی بودند. تفاوت این دو روش در این است که حجم کم‌تری از فاشیا در گروه تک‌مثلثی نسبت به گروه دومثلثی به پلک اضافه می‌کنیم و طول مدت جراحی در گروه تک‌مثلثی کم‌تر از گروه دومثلثی است و نیز در هنگام جراحی در گروه تک‌مثلثی، با توجه به این که نیاز به ایجاد برش‌های پوستی کم‌تری نسبت به گروه دومثلثی داریم؛ احتمال هماتوم و خون‌ریزی حین جراحی و صدمات به نسوج پلک و چشم کم‌تر است.

هر چند تعداد موارد بررسی در مطالعه ما و مدت پی‌گیری محدود می‌باشد و نیاز به مطالعه وسیع‌تری در این زمینه وجود دارد؛ با این حال، با توجه به این که نتایج به دست آمده از نظر وضعیت شکل ظاهری لبه پلک و نیز نتایج عملکردی شامل افزایش ارتفاع شکاف پلکی در دو گروه مشابهند؛ توصیه می‌گردد که در عمل اسلینگ، فاشیا لاتا به صورت تک‌مثلثی در پلک بالا قرار داده شود.

نتیجه‌گیری

می‌توان به جای روش دومثلثی که روش متداول اسلینگ با فاشیا لاتاست؛ از روش تک‌مثلثی استفاده نمود که در آن، تعداد برش‌های ایجاد شده در پوست پلک و پیشانی کم‌تر و طول مدت عمل جراحی کوتاه‌تر است و روش نسبتاً ساده‌تری نیز می‌باشد.

در مطالعه اسماعیلی و همکاران^۹ نتایج جراحی اسلینگ با فاشیای نگه‌داری شده در بانک پیوند اعضا به صورت دومثلثی بر روی ۱۳۲ پلک از ۷۲ بیمار گزارش شد که در مدت ۶ تا ۱۵ سال پی‌گیری بعد از جراحی، به جز در سه مورد، ارتفاع شکاف پلکی به وضعیت قابل قبولی رسیده بود. در نهایت، در ۲۰ مورد (۲۸ درصد) نیاز به جراحی مجدد برای ترمیم عود افتادگی پلک پیدا نموده بودند. نتایج کوتاه‌مدت جراحی قابل مقایسه با نتایج گروه دومثلثی در مطالعه ما بود؛ هرچند از نظر طول مدت پی‌گیری و تعداد موارد انجام شده، قابل مقایسه نمی‌باشند. در مطالعه Broughton و همکاران^۶ فاشیا لاتا به صورت دومربعی در ۵۰ پلک مبتلا به افتادگی به کار گرفته شد و در مدت ۲۴ ماه پی‌گیری، به جز در ۵ مورد که دچار جداسدگی پیوند (slippage) شده بودند؛ در بقیه موارد، نتایج عملکردی و ظاهری قابل قبولی به دست آمده بود. در بقیه مطالعات انجام شده، فاشیا و سایر مواد صناعی، به روش‌های مختلف در پلک قرار داده شده بودند و نتایج به دست آمده در حد قابل قبولی بود^{۱۴-۴،۵،۷،۸} ولی تا کنون مطالعه‌ای برای مقایسه دو روش قرارگیری فاشیا در پلک با هم‌دیگر انجام نشده است.

در مطالعه ما در دو گروه که به لحاظ آماری تفاوتی نداشتند؛ فاشیا لاتای خودی به دو صورت دومثلثی و تک‌مثلثی در پلک بالا قرار داده شد و با بررسی عکس‌های مکرر در طول مدت پی‌گیری و نتایج آماری به دست آمده، تفاوتی در نتایج مورد

منابع

- 1- Landa M, Bedrossian Jr EH. Blepharoptosis. In: Della Rocca RC, Bedrossian Jr EH, Arthor BP. Ophthalmic plastic Surgery, decision making and techniques. 1st ed. New York: McGraw-Hill; 2002: 77-89.
- 2- Iliff WJ. Ptosis Surgery. In: Tasman W, Jaeger EA. Duane's Clinical Ophthalmology. Philadelphia: JB Lippincott Raven; 1991: Vol. 5, Chap. 10.
- 3- Bosniak SL, Smith BC. Advances in ophthalmic and reconstructive surgery. 1st ed. Philadelphia: Pergamon Press; 1982.
- 4- EL-Toukhy E, Salaem MEL, Shewy T, Abou-Steit M, Lrine M. Mersilene mesh sling as an alternative to autogenous fascia lata in the management of ptosis. *Eye* 2001;15(pt2):178-182.
- 5- Kemp EG, MacAndie K. Mersilene mesh sling as an alternative to autogenous fascia lata in brow suspension. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2001;117:419-422.
- 6- Broughton WL, Matthews JG, Harris Jr DJ. Congenital ptosis, results of treatment using lyophilized fascia lata for frontalis suspensions. *Ophthalmology* 1982;89:1261-1266.
- 7- Sternberg I, Seelenfreund MH, Sternberg N. A new sling material for ptosis patients. *Ophthalm Surg* 1988;19:64-66.
- 8- Carter SR, Meecham WJ, Seiff SR. Silicone frontalis slings for the correction of blepharoptosis. *Ophthalmology* 1996;103:623-630.

- 9- Esmail B, Chung H, Pashby RC. Long-term results of frontalis suspension using irradiated, banked fascia lata. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 1998;14:159-163.
- 10- Kokot W, Polijanoski P. Suspending of blepharoptosis on temporalis fascia slings: our own experience. *Klin Oczna* 1998;100:393-395.[Abstract]
- 11- Lam DS, Gandhi SR, Ng JS, Chen IN, Kwok PS, Chan GH. Early correction of severe unilateral infant ptosis with the mersilene mesh sling. *Eye* 1997;11(pt6):806-809.
- 12- Betharia SM. Frontalis sling: a modified simple technique. *Br J Ophthalmol* 1985;69:443-445.
- 13- Katowitz JA. Frontalis suspension in congenital ptosis using a polyfilament, cable-type suture. *Arch Ophthalmol* 1979;97:1659-1663.
- 14- Lam DS, Lam TP, Chen IN, Tsang GH, Gandhi SR. Palmaris longus tendon as a new autogenous material for frontalis suspension surgery in adult. *Eye* 1996;10(pt 1):38-42.