

## PTOZA APONEVROTICĂ

Monica POP<sup>1</sup>, Speranța SCHMITZER<sup>1</sup>, Florentina CHIȚAC<sup>1</sup>, Mihaela ȘTEFĂNESCU<sup>1</sup>, A. DOROBANȚU<sup>1</sup>, L. POPESCU<sup>1</sup>

1 - Spitalul Clinic de Urgențe Oftalmologice, București

### Rezumat

DEFINIȚIE: Reprezintă coborârea pleoapei superioare la privirea înainte, cauzată de dehiscența, dezinserția și/sau alungirea fasciculului musculo-aponevrotic al mușchiului ridicător palpebral, el însuși normal, dar a cărui putere de contracție nu poate fi transmisă la tars. Cauzele cele mai frecvente sunt schimbările degenerative legate de vârstă.

Poate fi:

- spontană sau secundară altor afecțiuni oftalmologice
- uni- sau bilaterală

TRATAMENT: tratamentul este eminent chirurgical și constă în:

- *reinscrierea* aponevrozei mușchiului ridicător palpebral la fața anterioară a tarsului – în cazurile de dezinserție a acestei aponevroze
- *rezeția* sau *plicatura* aponevrozei mușchiului ridicător palpebral – în caz de dehiscență sau de alungire a acesteia
- *rezeție musculară* de 10-12 mm sau *plicaturare musculară* moderată – în absența dehiscenței sau dezinserției.

COMPLICAȚII: Cele mai frecvente complicații postoperatorii sunt:

- *hipocorecția* – nu necesită rezolvare imediată. Reintervenția se face după reducerea fenomenelor inflamatorii locale
- *hipercorecția* – trebuie să se reintervină precoce la acei pacienți ce prezintă o hipercorecție marcată postoperator, cu expunerea corneei prin ocluzie palpebrală incompletă
- *ectropion*

CONCLUZII: Se asociază frecvent cu blefaroșalazisul, caz în care este necesar ca ambele afecțiuni să fie corectate simultan. Corectarea doar a uneia dintre acestea rezolvă problema doar parțial.

### Summary. Aponeurotic Ptosis

DEFINITION: Lowering of the upper eyelid on frontgaze caused by the dehiscence, desinsertion or the stretching of the levator aponeurosis which limitates the transmission of the levator action towards upper eyelid. It is most frequently caused by involutional age related degenerative changes.

CLASSIFICATION: the aponeurosis dehiscence may be spontaneous or secondary to other ophthalmic conditions. It may be uni- or bilateral. The most effective therapy is surgical exploration and repair of the defective levator aponeurosis. A variation of external levator resection technique is used.

SURGICAL PROCEDURE: after dissecting the eyelid, the free edge of the levator aponeurosis is attached to the upper edge of the tarsal plate using three 5-0 Vicryl sutures. Sutures should be placed centrally at the highest point of the lid curve, nasally and temporally. The sutures are then passed through the free edge of the levator aponeurosis in direct vertical alignment with the tarsal suture positions. These sutures should be tied temporarily with a bowknot.

COMPLICATION: Undercorrection: these patients should be observed until edema has resolved and the eyelid position has stabilized. Overcorrection: early surgical revision should be performed in patients who have marked postoperative overcorrection and ocular exposure.

CONCLUSIONS: often, levator aponeurosis dehiscence may be accompanied by blepharochalasis and in this case both deficiencies must be corrected simultaneously; correcting only one of these results in an insufficient solving of the problem, neither the reattachment of the levator aponeurosis, nor the cutaneous excess removal being enough.

Reprezintă coborârea pleoapei superioare la privirea înainte, cauzată de dehiscența, dezinserția și/sau alungirea fasciculului musculo-aponevrotic al mușchiului ridicător palpebral, el însuși normal, dar a cărui putere de contracție nu poate fi transmisă la tars.

### Clasificare

Se clasifică în:

- *spontană*
- *secundară* altor condiții oftalmice:
  - contuzie sau plagă orbito-palpebrală
  - intervenții chirurgicale pe glob care antrenează tracțiuni repetate și excesive pe mușchiul ridicător palpebral
  - mecanic în cadrul unui blefaroșalazis.

### Etiopatogenie

Este de natură **involutivă** și face parte din grupul heterogen al ptozelor dobândite, alături de ptozele miastenice, miogenice, neurogene și traumatice.

Ptoza aponevrotică apare progresiv cu vârsta, cu un raport pe sexe: femei/bărbați = 3/1

**Mecanismul de producere** al ptozei aponevrotice:

- **dehiscenta** fasciculului aponevrotic al mușchiului ridicător palpebral
- **dezinserția** fasciculului aponevrotic al mușchiului ridicător palpebral
- **alungirea** aponevrozei subțiate a mușchiului ridicător palpebral la subiectul vârstnic.

În unele cazuri aponevroza mușchiului ridicător nu este atât de evident dezinsertată, iar corpul muscular poate fi transformat într-un țesut fibro-adipos (este cazul ptozei senile de origine musculară și nu aponevrotică).

### Diagnostic clinic

Diagnosticul pozitiv se bazează pe **patru** elemente clinice esențiale:

1. **înălțimea anormală a pliului palpebral superior**
2. **extrema subțiere a pleoapei superioare**, care lasă să se ghicească prin transparență culoarea irisului
3. **cursă a mușchiului ridicător palpebral relativ bună**, ceea ce contrastează cu gravitatea ptozei
4. **la privirea în jos, pleoapa ptozată este mult mai jos decât pleoapa sănătoasă**, spre deosebire de ptoza congenitală („ca un drapel în bernă”).



### Diagnostic diferențial

- ❑ se face în primul rând cu celelalte **ptoze dobândite**: ptozele de natură miogenă, ptozele miastenice, cele neurogene și cele traumatice.
- ❑ frecvent se face cu **blefaroșalazisul** cu care se și asociază deseori în cazurile de blefaroșalazis avansat.

### Tratament

În concordanță cu etiopatogenia ptozei aponevrotice, tratamentul este **eminamente chirurgical** și constă în:

- **reinsertia** aponevrozei mușchiului ridicător palpebral la fața anterioară a tarsului – în cazurile de dezinserție a acestei aponevroze
- **rezeția** sau **plicatura** aponevrozei mușchiului ridicător palpebral – în caz de dehiscentă sau de alungire a acesteia
- **rezeție musculară** de 10-12 mm sau **plicaturare musculară** moderată – în absența dehiscentei sau dezinserției.

### Tratamentul chirurgical

**Anestezia locală** este suficientă și chiar recomandată, permițând identificarea mai ușoară a fasciculului aponevrotic a ridicătorului, grație cooperării pacientului.

### Calea de abord:

- **cutanată**, care permite în plus și rezeția excesului cutanat la subiectul vârstnic
- **conjunctivală**.

### Tehnica operatorie

Fasciculul aponevrotic a mușchiului ridicător se reinseră la treimea superioară a feței anterioare a tarsului în trei puncte:

- în dreptul pupilei
- în dreptul marginilor laterale ale limbului.

### Complicații

Cele mai frecvente complicații postoperatorii sînt:

- **hipocorecția** – nu necesită rezolvare imediată. Reintervenția se face după reducerea fenomenelor inflamatorii locale
- **hipercorecția** – trebuie să se reintervină precoce la acei pacienți ce prezintă o hipercorecție marcată postoperator, cu expunerea corneei prin ocluzie palpebrală incompletă
- **hematomul palpebral** – o hemostază insuficient controlată în condițiile unei

sîngerări mai abundente decît în celelalte tipuri de ptoze

- ***deformarea bordului liber palpebral*** – legată de o poziționare deficentă a punctelor de ancorare la tars
- ***anomalii de pliu***
- ***ectropion***
- ***prolaps de mucoasă conjunctivală***

### Concluzii

- Ptoza aponevrotică este o patologie caracteristică vârstei înaintate.
- Tratamentul este eminentemente chirurgical.
- Se asociază frecvent cu blefarogalazisul caz în care este necesar ca ambele afecțiuni să fie corectate simultan.

### Bibliografie

1. Clauser L, Tieghi R, Galiè M. Palpebral ptosis: clinical classification, differential diagnosis, and surgical guidelines: an overview. *J Craniofac Surg.* 2006 Mar; 17(2):246-54.
2. Baroody M, Holds JB, Vick VL. Advances in the diagnosis and treatment of ptosis. *Curr Opin Ophthalmol.* 2005 Dec; 16(6):351-5. Review.
3. Frueh BR, Musch DC, McDonald HM. Efficacy and efficiency of a small-incision, minimal dissection procedure versus a traditional approach for correcting aponeurotic ptosis. *Ophthalmology.* 2004 Dec;111(12):2158-63. Review.
4. Finsterer J. Ptosis: causes, presentation, and management. *Aesthetic Plast Surg.* 2003 May-Jun;27(3):193-204. Epub 2003 Aug 21. Review.
5. Holmström H, Filip C. Aponeurotic repair of involutional blepharoptosis. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 2002;36(3):160-5.
6. Fujiwara T, Matsuo K, Kondoh S, Yuzuriha S. Etiology and pathogenesis of aponeurotic blepharoptosis. *Ann Plast Surg.* 2001 Jan;46(1):29-35.
7. Small RG. Stabilization of eyelid height after aponeurotic ptosis repair. *Ophthalmology.* 1999 Nov;106(11):2043-4.