

A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Orvostudományi Kar Szemklinikájának  
(igazgató: Berta András egyetemi tanár)<sup>1</sup>  
és Patológiai Intézetének (igazgató: Nemes Zoltán egyetemi tanár)<sup>2</sup> közleménye

## A „floppy” szemhéjszindróma és műtéti megoldása

ZAJÁ CZ MAGDOLNA,<sup>1</sup> NEMES ZOLTÁN,<sup>2</sup> VÁMOSI PÉTER<sup>1</sup>

**Összefoglalás:** A „floppy” szemhéjszindróma a felső szemhéj ritka elváltozása. Megjelenésre ptosis, de az ok nem a szokásos ptosist kiváltó okok közé sorolható, hanem a tarsus nagymértékű megnövekedése mind magasságában, mind szélességében. Esetünk típusos. Középkorú, túlsúlyos beteg, akinek jobb felső szemhéja megnövekedett, éjjel spontán vagy a párna nyomásának hatására kifordult. Az irritáció papillaris conjunctivitis kialakulását és súlyos panaszokat okozott. A konzervatív terápia eredménytelen volt. Beszámolunk a műtéti megoldásról, továbbá a szövettani jellegzetességekről.

**Kulcsszavak:** „floppy” szemhéjszindróma, krónikus papillaris conjunctivitis, műtéti megoldás

### FLOPPY EYELID SYNDROME AND ITS SURGICAL MANAGEMENT

**Summary:** Floppy eyelid syndrome is a rare disease of the eyelid. It appears as a ptosis, but the cause is not among the common causes inducing ptosis. The indicator of the syndrome is a remarkable transversal and vertical increase of the tarsus. The present case is typical. A middle-aged overweight patient had hypertrophy of the right upper lid which had turned outward, either spontaneously or owing to pressure of the pillow at night. The irritation resulted in the development of papillary conjunctivitis and serious problems. Conservative therapy was ineffective. A report is given on the surgery and the histologic characteristics of the case.

**Keywords:** Floppy Eyelid Syndrome, chronic papillary conjunctivitis, surgical treatment

A felső szemhéj ptosisának van egy különleges formája, amelyről *Culbertson és Ostler*<sup>2</sup> írtak legelőször 1981-ben, amikor 11 esetről számoltak be. Hasonló korú és alkutú férfiak szemhéja, illetve tarsusa extrém mértékben megnőtt. A szemhéj a legkisebb húzással kifordítható. Krónikus, papillaris conjunctivitis, esetleg keratitis a kórkép kísérője. A szerzők az elváltozást „floppy eyelid” szindrómának nevezték el. Az elnevezés jónak tekinthető, hiszen a floppy szó lehet akár az immár angol szóvá átalakult ptosis szó szinonimája is. E kórkép jelölésére talán még jobb is, mert a floppy a lecsüngő mellett azt is jelenti hogy laza, lógó, ernyedő, petyhüdt. A megkülönböztetést az is indokolja, hogy a műtéti megoldás nem az ismert, ptosisellenes műtétek egyike.



**1. ábra.** 65 éves, túlsúlyos férfibeteg jobb oldali „floppy” szemhéja. A bal felső szemhéj is kissé ptotikus

A floppy eyelid szindróma szinte kivétel nélkül középkorú férfiakat érint, akik nagyrészt elhízottak. *Langford és Linberg*<sup>9</sup> 1998-ban közölt cikkében 113, az addigi irodalomban talált beteg adatait összesítette. A betegek 43%-a volt elhízott. Hypertonia 13%-ban, diabetes mellitus 12%-ban volt kimutatható. Az esetek nagy része féloldali, vagy fél oldalon súlyosabb az elváltozás. Szinte minden beteg igen mély alvásról számol be, és általában mindig azon az oldalon fekszenek, ahol súlyosabb a szemhéjelváltozás. *Madjlessi és mtsai*<sup>11</sup> szerint a „fejüket szinte a párnába fúrják”. A könnyen kiforduló szemhéj tarsalis kötőhártyáján kialakul a terápiaerezisztens, krónikus, papillaris conjunctivitis, néha keratitis, ulcus corneae is.

#### Esetismertetés

O. F. 65 éves férfi beteg. Magassága 180 cm, testsúlya 136 kg. Másfél éve kezdett csüngeni a jobb szemhéja, 8 hónapja piros és váladékos a jobb szeme. Mindig, már gyermekkor óta a jobb oldalán alszik. Pár hónapja vette észre, hogy amikor felébred, a jobb felső szemhéja szinte mindig kifordult állapotban van. Ez a jelenség olyan feltűnő és ijesztő, hogy az unokája mindig megijed tőle. A családjában hasonló rendellenesség nem fordult elő. Magasvérnyomás-betegsége van, amely gyógyszerekkel rendben tartható.

Status: Látóélesség jo-n 0,9-0,5D=1,0, bo-on 1,0 (1. ábra).

**Jobb szem:** A felső szemhéj bőre laza, elvékonyodott ráncos. A szemhéj enyhe felfelé húzásra kifordul. A szemrés tágassága előre tekintéskor közepesen 2 mm, felfelé tekintéshez 8 mm. A bulbaris conjunctiva belövelt, a tarsalis conjunctiva vörös, megvastagodott, bársonyos felszínű. Fehéres purulens váladékozás. Szemnyomás 16 Hgmm.

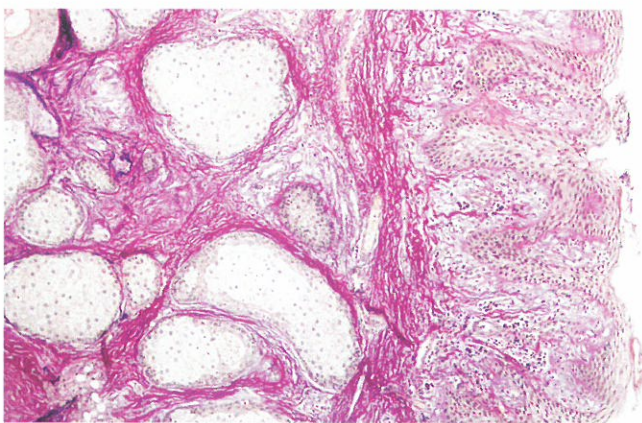
A cornea csillogó, transzparens. Fluoreszceinnel alul néhány pontszerű festődés látható. Schirmer: 13 mm, BUT: 4 sec. A lencsében enyhén fokozott reflexió, a funduson scleroticus erek, a szem többi része ép.

**Bal szem:** Felső szemhéjon kissé laza, ráncos bőr. Szemrés tágassága egyenesen előre tekintésben 6 mm. A levator funkció a jobb oldalihoz hasonlóan közepes. A felső szemhéj széle a pupilla centrumának magasságában. A tarsalis és bulbaris conjunctiva enyhén vérbő. A corneán a jobb oldalihoz hasonlóan néhány fluoreszceinnel festődő pont. Schirmer: 7 mm, BUT: 6 sec., a szem többi része mint jobb oldalon. Szemnyomás 16 Hgmm. Laboratóriumi leletek a normális határokon belül vannak, kivéve a süllyedést, (We=67 mm/h).

A beteg elmondása szerint hónapok óta sokféle szemcseppel kezelték, eredménytelenül. A szemhéj spontán kifordulásáról magunk is meggyőződünk. Kétségtelenné vált, hogy a krónikus conjunctivitis a kifordulás által okozott irritációval is összefüggésbe hozható, ezért a műtét mellett döntöttünk.

### Műtét

A szemhéj, illetve a tarsus horizontális és vertikális megkisebbitése volt szükséges. Mivel betegünk szemhéja a legnagyobb mértékben temporalisan lógott le, a szemhéj horizontális megrövidítését a temporalis egyharmad eltávolításával értük el. A szemhéj teljes vastagságából háromszög alakú kimetszést végeztünk, mégpedig úgy, hogy a háromszög csúcsa elérje a kb. 15 mm magas tarsus felső szélét. A kimetszés csúcsa mellett elhelyezkedő, kissé pigmentált varrucát is eltávolítottuk. Ezután a másik felső szemhéj redőjének megfelelő magasságban szemhéjparallel bőrmetszést ejtettünk. A bőr felpreparálása után a tarsus



**3. ábra.** A palpebralis conjunctiva (jobbra) kapcsolódik a Meibom-mirigyeket tartalmazó tömött rostos kötőszövetből álló tarsalis lemezhez. A conjunctiva megvastagodott, elszórtan gyulladásozó sejtek láthatók. Van-Gieson-festés: 10 x.

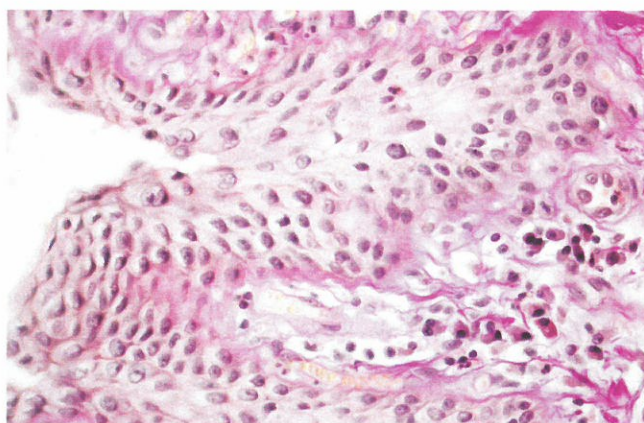


**2. ábra.** A beteg képe az első posztoperatív napon

középső harmadáról eltávolítottuk az orbicularis izomrostokat. A hátsó lap középső egyharmadát, kb. 5 mm széles tarsuscsíkot metszettünk ki. Ezzel megkíméltük a szemhéjszélét és a tarsuson tapadó m. levator. A tarsus-conjunctiva réteget tovaftató, az ék kimetszés két szélét csomós varratokkal egyesítettük. Ezt követte a bőr megrövidítése, kb. 4 mm széles bőrcsík eltávolítása, majd a redőképző varratok behelyezése. A m. levator erősítésére nem volt szükség, hiszen a levatorműködés közepesen jó volt. A műtét végén az operált szemhéj 2 mm-el feljebb helyezkedett el, mint a másik oldali (2. ábra). A bal oldali szemhéj pár héttel a műtét után kissé lejjebb csüngött. Ez egyrészt azt mutatja, hogy esetünkben az elváltozás különböző stádiumban ugyan, de valószínűleg kétoldali. Másrészt viszont bizonyítja azt a közismert tényt, hogy a féloldali ptosis műtétje után a látszólag ép ellenoldali szemhéj kissé lecsüng, mégpedig azért, mert megszűnik a m. frontalis emelő hatásának a felhasználása.

### Szövettan

A szemhéj bőrén szabályosan elszarusodó, többrétegű laphám. A bőr lobmentes, a musculus orbicularis rostjai egyenletes vastagságúak, köztük kötőszövet-szaporodás nem látható. A tarsalis lemez a normális kontrollnak megfelelő mennyiségű kollagénrostot tartalmaz. Kontrollként



**4. ábra.** A palpebralis conjunctiva papillarizált megvastagodott laphámjában a nyáktermelő sejtek hiányoznak. A laphám alatti laza rostos kötőszövetben számos plasmasejt (jobbra, lent). Van-Gieson-festés: 40 x.

normális cadaver tarsus szolgált. A Meibom-mirigyek szerkezeti eltérést nem mutatnak. Elastica festéssel a tarsalis lemezben igen kevés elasztikus rost mutatható ki. Ezek megoszlása egyenletesen, főként a Meibom-mirigyek kivezető csövei körül koncentrálódik. A tarsalis conjunctiva papillárizált, többretegű laphámból áll és nem tartalmaz nyáktermelő sejteket. A conjunctiva lamina propria finom rostos kötőszövet és elszórta az átlagosnál nagyobb mennyiségben tartalmaz plasmasejteket (3., 4. kép). Neutrophilek és lymphocyták is előfordulnak a lamina propriaiban.

A lamina alatt egy durvább kollagénrostos kötőszövet, némi zsírszövet és erek láthatók. Ebben a rétegben idült lobos beszűrődés is fellelhető.

**Vélemény:** krónikus papillaris conjunctivitis. Nyáktermelő sejtek hiánya a palpebralis conjunctivában. Elasztikus rostok csökkenése a tarsalis lemezben.

### Megbeszélés

A „floppy” szemhéjszindróma ritka elváltozás. Megjelenését tekintve ptosis. A szemhéjcsüngést azonban nem a szokványos okok (veleszületett, bénulásos, desinsertio, levatorgyengeség) hozzák létre. Tulajdonképpen ismeretlen okból, főleg középkorú, elhízott férfiak esetében az egyik, vagy mindkét szemhéj tarsusa elkezd nőni. Szélessége és magassága is elérheti a normális háromszorosát. A szem nyitása lehetetlenné válik. A megbetegedett szemhéj a legkisebb húzásra vagy nyomásra kifordul, gyakran éjszaka. Az elváltozás egy- vagy kétoldali, esetleg nem egyformán előrehaladott stádiumban lévő. Valószínűleg az alapbetegséggel is összefügg, de a kifordulás traumatizáló hatása is krónikus, papillaris conjunctivitis okoz, ami terápiareszistens. Keratitis punctata superficialis, erosio, ulcus corneae is kialakulhat. A betegekre jellemzőek az alvási szokásaik. Nevezetesen mindig az érintett oldalukon alszanak és fejüket mélyen a párnák közé fúrják. A szemhéj mechanikus károsodása mellett egyesek feltételezik a hypoxiás károsodás hatását (nyomási ischaemia, gyakran alváskor hypoventillatio).<sup>3</sup> McNab<sup>11</sup> a feltételezett alvási apnoe miatt 4 évig levegőt bejuttató maszkot alkalmazott betegén, akinek kezdődő floppy szemhéjszindrómájának növekedése megállt. Leírtak egyidejű floppy szemhéjszindrómát keratoconussal, illetve keratotorussal.<sup>3,4,8,14</sup>

A terápiás lehetőségek igen limitáltak. A helyi és az általános konzervatív kezelés hatástalan. Otto és Böke<sup>14</sup> éjjelre óraüvegkötéstől javulást értek el, ez azonban természetesen nem végleges megoldás. Kétségtelen, hogy műtét szükségesség.<sup>5,6,7,12</sup> A szemhéj, illetve tarsus horizontális és vertikális megkisebbitése után minden szerző jó eredményről számol be.

Saját esetünk típusosnak tekinthető a beteg nemét, korát, túlsúlyát, alvási szokásait és a kórkép megjelenését tekintve.

A konzervatív ambuláns kezelés hatástalan volt. Klinikánkon a jobb szem conjunctivaváladékából egy Gramnegatív baktérium, *Proteus mirabilis* tenyésztett ki. A baktérium érzékenységének megfelelő lokális terápia (Gentamycin, Tobramycin) azonban nem szüntette meg a conjunctivitis. A műtét után azonban 3 hét alatt megszűntek a gyulladásozó jelek.

Műtétként az általunk alkalmazotthoz hasonló eljárásokat ajánlanak és végeznek az egyes szerzők. A lényeg az, hogy a megrövidítés horizontális és vertikális is legyen, és a szemhéj a továbbiakban ne tudjon spontán kifordulni. A kimetszések nagysága a tarsus méretétől függ. Ha a másik felső szemhéj épnek tekinthető, akkor azokat a méreteket ajánlatos létrehozni. A horizontális kimetszést *Madjlessi és mtsai*<sup>10</sup> középen végzik. Mi a temporalis egyharmad eltávolítását azért ajánlottuk, mert ott volt a szemhéjcsüngés a legnagyobb. Természetesen teljesen a szemzugban vezetni a metszést nem ajánlatos. A 15 mm magas tarsusnak pedig azért vettünk ki a közepéből az 5 mm-es csíkot, hogy a m. levator aponeurosisát ne sértsük és ne kelljen visszavarni. A szövettani vizsgálat még így is kimutatott néhány aponeurosis rostot.

Klinikailag tehát egyenlőre megoldott az esetünk. A folyamat azonban valami miatt létrejött – a műtéttel az okot bizonyosan nem oldottuk meg, recidíva vagy a másik felső szemhéj elváltozása létrejöhet. Az eset további figyelése indokolt.

Sajnos sem az irodalomban talált adatok, sem a saját szövettani vizsgálataink nem vittek közelebb a kórkép kialakulásának az okához. A klinikailag felismerhető krónikus papillaris conjunctivitis szövettanilag is kimutatható. A mások által látott tarsalis elasztikus rostok csökkenését mi is láttuk.<sup>1</sup>

Az éjszakai ectropium, illetve lagophthalmus nem tekinthető oknak. Véleményünk szerint ez már a valami miatt elindult folyamat következménye és az állapotot rontó tényezője.

Talán egy eddig fel nem ismert szisztémás rendelleneségről van szó. Ezt valószínűsítheti a keratoconussal és keratotorussal való együttes előfordulás.<sup>3,7,15</sup> Persze erre azt is lehetne mondani, hogy ezek a cornea-elváltozások más szisztémás betegségekkel is előfordulnak (Downszindróma, endokrin rendellenességek, atópiás betegségek). Jelenleg tehát nem tudjuk, hogy ezt véletlennek tekintjük-e, vagy összefüggésnek.

Egyenlőre annyi biztos, hogy ezeket a betegeket meg kell operálni, az alvási szokásaikat megváltoztatni és figyelemmel kell kísérni a fejleményeket.

### Irodalom

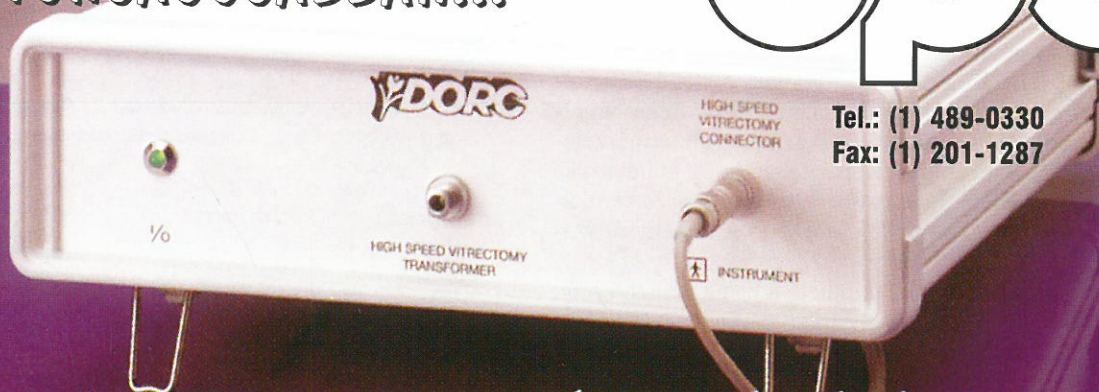
1. Arock-Mettinger E., Haddad R., Konrad K., Steinkogler F.J.: Floppy Eyelid Syndrom: licht- und elektronenmikroskopische Untersuchungen. *Klin Mbl Augenheilk* 188, 596–598 (1986).
2. Culbertson W.W., Ostler H.B.: The floppy eyelid syndrome. *Am J Ophthalmol* 92, 568–575 (1981).
3. Culbertson W.W., Tseng S.C.: Corneal disorders in floppy eyelid syndrome. *Cornea* 13, 33–42 (1994).
4. Donnenfeld E.D., Perry H.D., Gibraltar R.D., Ingraham H.J., Udell I.J.: Keratoconus associated with floppy eyelid syndrome. *Ophthalmology* 98, 1674–1678 (1991).
5. Dutton J.J.: Surgical management of floppy eyelid syndrome. *Am J Ophthalmol* 99, 557–560 (1985).
6. Eifermann R.A., Gossman M.D., O'Neill K., Douglas C.H.: Floppy Eyelid syndrome in a child. *Am J Ophthalmol* 109, 356–357 (1990).
7. Gerner E.W., Hughes S.M.: Floppy eyelid with hyperglycemia. *Am J Ophthalmol* 98, 614–616 (1984).

8. Huber-Spitz V., Grabner G., Stur M.: Das Syndrome des schlaffen Oberlides. *Klin Mbl Augenheilk* 185, 289–291 (1984).
9. Langford J.D., Linberg J.V.: A new physical finding in floppy eyelid syndrome. *Ophthalmology* 105, 165–169 (1998).
10. McNab A.A.: Reversae of floppy eyelid syndrome with treatment of obstructive sleep apnoe. *Clinic Experiment Ophthalmol* 28, 125–126 (2000).
11. Madjlessi F., Klüppel M., Sundmacher R.: Die Operation des Floppy Eyelids. *Der Ophthalmologe* 95 Suppl 1: 141–142 (1998).
12. Moore M.B., Harrington J., McCulley J.P.: Floppy eyelid syndrome. *Ophthalmology* 93, 184–188 (1986).
13. Netland P.A., Sugrue S.P., Albert D.M., Shore J.W.: Histopathological features of the floppy eyelid syndrome: Involvement of tarsal elastin. *Ophthalmology* 101, 174–181 (1994).
14. Otto H., Böke W.: Papilläre Conjunctivitis beim Floppy-Eyelid-Syndrom-eine Kasuistik. *Fortschr Ophthalmol* 83, 410-411 (1986).
15. Parunovic A., Boziodar I.: Floppy eyelid syndrome associated with keratotorus. *Br J Ophthalmol* 72, 634–635 (1988).

A szerző levelezési címe: *Dr. Zajácz Magdolna*  
 Debreceni Egyetem, OEC, Szemklinika  
 4012 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.

**GYORSABBAN, KÖNNYEBBEN,  
 BIZTONSÁGOSABBAN...**

**OPC**



**Tel.: (1) 489-0330  
 Fax: (1) 201-1287**

**A DORC „HIGH SPEED TRANSFORMER” BÁRMELY GYÁRTMÁNYÚ VITRECTOMHOZ  
 KAPCSOLVA MEGDUPLÁZZA ANNAK VÁGÁSI SEBESSÉGÉT ÉS BIZTONSÁGOSABBÁ  
 TESZI A SEBÉSZ MUNKÁJÁT.**

**ALACSONY ÁR – ALACSONY KÖLTSÉG**