

Szemészet és plasztikai sebészet. A szemészek által végzett plasztikai sebészeti beavatkozásokról

ZajácZ Magdolna dr.
DOTE Szemészeti Klinika, Debrecen

Neubauer kölni professzor nagy, kétkötetes műtéti könyvében megemlíti, hogy a szemészek, akik évszázadok óta komoly plasztikai sebészeti tevékenységet fejtenek ki, és a most már külön szakvizsgával rendelkező plasztikai sebészek között olykor fellépnek bizonyos nézeteltérések. Magyarországon ez nem jellemző, sőt mindkét fél számára előnyös együttműködés is előfordul. Cikkünk célja az, hogy bemutassuk azokat a területeket, amelyek régóta szemész feladatok és a műtéti megoldásokat is nagyrészt szemészek fejlesztették ki. A beavatkozások elvégzéséhez szemészeti ismeretekre is szükség van, és az ezen a területen való jártasság a szakvizsga követelmények része.

Tudjuk, hogy amióta az ember gyógyító tevékenységet folytat, azóta a gyógyítást köztisztelőben álló orvosok végzik. A sebészkedés hosszú ideig alantasabb tevékenységnek számított és a sebészeknek sem volt igazán tekintélyük. Ez a megkülönböztető nézet hosszú ideig tartotta magát, sőt nyomai még századunk második felében is megtalálhatók. Példaképpen szolgáljon a következő, jellegzetes történet.

Werner Forssmann (7) német sebész 1956-ban Nobel díjat kapott. Egy alkalommal egy ismert angol sebész hívta meg egy kongresszusra. A meghívó levél aláírásaképpen az angol professzor neve előtt semmi egyéb nem állt, csak az hogy Mr. Forssmann-nak. Kérdésére közölték, hogy még nem is nagyon régen a belgyógyászok a sebészeket, még a leghíresebb professzorokat is, csak Mister X-nek szólították. Ezért az angol sebészek egy része, szinte provokatíve még ma is a Mr. megszólítást kívánja meg. „And they are very, very proud to be called Mister”, tette hozzá az angol professzor a magyarázathoz.

A sebészet a 18. sz. végéig mindent magába foglalt, így a szemészetet is. A 19. sz. első felében kezdődött az elkülönülés. Bécsben például 1812-ben alakult meg az első egyetemi szemklinika és kezdődött el a kizárólagosan szemészeti műtéti tevékenység.

A sebészet fejlődése is tovább folyt. Alágazatok alakultak ki, amelyek közül jelen témánk szempontjából csak a plasztikai sebészet érdekes. A Magyar Sebész Társaság plasztikai sebészeti szekciója századunk 50-es és 60-as éveiben kezdett működni és fellendülni. 1990-ben önálló társasággá alakult a szekció Magyar Plasztikai Társaság névvel. 1993. február 20-án a társaság nevét megváltoztatták és Magyar Plasztikai, Helyreállító és Esztétikai Sebész Társaság lett.

Már évezredekkel Kr. e., majd az azt követő évszázadokban is a sérülések, főleg háborús sérülések legfrekvenciáltabb területe a fej, különösen pedig az arc volt. Az ókorban, középkorban pedig sok országban a bűnök megtorlása az orr levágása, forró vassal való megvakítás, vagy a szemhéjak letévése volt. Nem csoda tehát, hogy az oculoplasztikai sebészet korán és gyorsan kezdett fejlődni, hiszen a sok defektust és deformitást valahogyan rendbe kellett hozni.

Érdekes történeti adat, hogy 1850 és 1869 között kevés kivételtől eltekintve a plasztikai sebészeti irodalom szinte csak a szemhéjak és az orbitális régió plasztikai sebészetével foglal-

kozott. A disziplinák elkülönülése után pedig sok olyan szemész ismeretes, akik nemcsak a szemészet, hanem a plasztikai sebészet területén is komoly eredményeket értek el. Hosszabb felsorolásra nincs lehetőség, ezért csak néhány igazán nagy egyéniséget említünk meg.

Karl Ferdinand von Graefe (10) a szemhéjplasztikák mestere volt, és számos módszer bevezetője. A speciális bőrlebenye miatt is közzismert Filatov (6) szemész volt. Szemész volt a magyar Imre József (12) is, akinek íves plasztikája közzismert és elismert plasztikai sebészeti módszer. Az első jó levator rövidítéssel ható ptosisműtét pedig a magyar professzor, Blaskovics László (2) nevéhez fűződik.

A szemészek múltja és tudása lehetővé teszi tehát a széleskörű plasztikai sebészeti tevékenységet. De van egy olyan szempont is, ami véleményem szerint nélkülözhetetlenné teszi a szemészek részvételét. Ez a szemészet ismerete, amely nélkül nem lehet, és nem lenne szabad e tevékenység bizonyos területeit művelni. Minden szemkörnyéki műtét előtt alapos szemészeti vizsgálat szükséges. A látóélesség, szemmozgások, intraocularis nyomás, könnytermelés megállapítása ajánlatos. A betegek egy része ugyanis hajlamos arra, hogy a már meglévő, vagy később progrediáló szemészeti betegségét a műtét rovására írja. Másrészt viszont bizonyos műtétek következtében valóban felléphet mozgászavar vagy akár a könnytermelés csökkenése is.

Ezek után nézzük, hogy melyek azok a műtéti tevékenységek, amelyeket a szemészek feladatának kell tekintenünk. Ezek hozzátartoznak a szakorvosképzéshez és a mindennapi munka részét alkotják.

Legfontosabb feladatnak a daganatok műtéti kezelése tekinthető. A malignus vagy semimalignus tumorokat egy körkörös biztonsági zónával, azaz feltételezhetően ép környezettel együtt kell eltávolítani. Ez utóbbi szélessége általában 4 mm. Kivételt képez a melanoma malignum, ahol a biztonsági zóna 10 mm.

Az elegendő nagy kimetszés a szemhéjakon és környezetükben nem mindig könnyű feladat, hiszen meglehetősen kis területekről van itt szó. Azt azonban alapvető szabályként kell elfogadni, hogy sohasem szabad keveset, nem eléggé biztonságos területet azért kimetszeni, mert félünk a nagy hiánytól és annak fedésétől.

A bőrt helyi lebenyek elfordításával az arc környező részeiről nyerjük, vagy szabad bőrlebenyt alkalmazunk. A szemhéjakra és környezetükbe beültetésre alkalmas az alkarról nyert irhafelezett bőr, esetleg teljes vastag bőr a fül mögöl vagy a supraclavicularis régióból. Rákényszerülhetünk az ellenoldali ép szemhéj bőrének a felhasználására is. Ehhez azonban pontosan kell ismerni az anatómiai viszonyokat és a funkciókat ahhoz, hogy vállalhassuk a cél érdekében az addig ép szervünk csonkolását.

A bőrpótlásnál nagyobb problémát jelent az, ha teljes vastagságú szemhéjrészeket kell pótolnunk. Ezek az ún. coloboma-műtétek. A colobomák lehetnek congenitális elváltozások, létrejöhetnek trauma következtében vagy daganatok eltávolítása után.

Kisebb colobomák direkt varrattal megoldhatók. Mivel azonban a feszülést mindenképpen kerülni kell, a cantholysis (canthotomia+Agnew-metszés) elvégzése szinte mindig célszerű. Nagyobb colobomák megoldására kiváló szemész-operatőrök számos műtéti eljárást alkottak (*Imre-Kettesy* féle lépcsős plasztika (13), *Tenzel* (16) féle íves plasztika, *Mustardé* (14) módszere stb.). Ezen esetekben azonban nemcsak a műtéti technika ismerete szükséges. Azt is tudni kell, hogy mit tud elviselni a szemhéj mögött lévő szem (nyomás, száradás, varratok hatása stb.). A felső szemhéj nagy lapos colobomájának a megoldására például ideális a *Cutler-Beard* (4) féle műtét. A műtét lényege az alsó szemhéjből nyert hídlebeny, amelynek begyógyulásáig azonban zárva van a szem. Mérlegelni kell tehát, hogy kisgyermek esetében alkalmazható-e, ahol ha nem működik (lát) a szem, hamar kialakul az amblyopia.

Néha teljes szemhéjpótlásra kényszerülünk. Az alsó szemhéj pótlása nem jelent nagyobb problémát. A felső szemhéj teljes pótlása már komoly sebészi feladat. Erre is szemész, a nagy hírű *Blaskovics* (13) professzor talált legelőször ideális megoldást. A szemhéjcsont, a szemöldökív alatti bőrész, a conjunctiva áthajlások felhasználásának, ill. mobilizálásának a kombinálása ez szabad bőrlebeny beültetéssel.

Az ectropiumok és entropiumok megoldása kifejezetten szemészeti feladat. Ectropium sokféle van, a fajtától függően operálnunk kell a bőrt, vagy a kötőhártyát, de esetenként szóba jöhet a canthusok műtéte (canthoplastica, canthopexia). Sokszor teljes vastagságú szemhéjrövidítést kell végeznünk. A facialis paresis által okozott ectropium paralyticum esetében a cornea védelme miatt sürgős a műtét.

A blepharoptosis gyorsan segíthet, de sokszor más szemészeti teendő is szükségessé válik, pl. terápiás kontaktlencse behelyezése. A heges ectropium megoldása a hegkiírtás. A bőrhiány pótlása a szokásos bőrplasztikai eljárások valamelyikével oldandó meg.

Az entropiumnak szintén sok fajtája ismeretes. A leggyakoribb, a senilis entropium oka a m. orbicularis szemhéjszéli tömörülése. Az izmot kell kellő mértékben kiírtani (*Kettesy-Hotz műtét*) (13). Ha horizontális feszülés létrehozása is kívánatos, a tarsust is kell operálni (*Fox műtét*) (8).

A heges entropium sokszor teljesen egyéni megoldást kíván. A szájnyalakhártya alkalmas a hiányok pótlására (az intermarginális vonalba vagy a sulcus subtarsalisba ültetve). De végezhető tarsoplastika, tarsus transzplantáció, esetleg liofilizált dura, vagy sclera implantációja.

A ptosis (helyesebben blepharoptosis vagy ptosis palpebrae) csak műtéttel megoldható probléma. A ma ismert ptosisműtétek mindegyikét szemészek dolgozták ki. (*Blaskovics* (2), *Berke* (1), *Friedenwald és Guyton* (9), *Fasanella-Servat* (5), stb.). Többféle elv szerinti műtét ismeretes. Az alkalmazott műtéti módot a m. levator palpebrae működése határozza meg. Gyermek esetében arra is figyelni kell, hogy nincs-e *Marcus Gunn* (11) fenomén, azaz veleszületett centrális beidegzési zavar. Ilyenkor a ptotikus szemhéj a száj nyitására erősen megemelkedik. Ezt az elváltozást nem mindig kell operálni, de ha szükséges, mindig egyedi műtéti terv készítenendő.

És végül ismerni kell a levator desinsertio fogalmát. Ezekben az esetekben lassan kialakuló szemhéjcsüngés jön létre, általában jó levator funkcióval. Jellegzetes, hogy a supratarsalis szemhéjrész teljesen elvékonyodik. Az ok az, hogy a m. levator aponeurosis részben vagy teljesen leszakad a tarsusról. Gyakran az öregkorral együtt járó szöveti gyengeség okozza, máskor műtétek után jön létre, különösen akkor, ha posztoperatív hosszantartó szemhéj-ödéma állt fent. Néha terhességgel együtt járó ödéma is kiválthatja. Ha ezt a körképet felismerjük sok ideggyógyászati, CT, MRI stb. vizsgálatról kímélhetjük meg a beteget. A megoldás műtéti, de nem ptosisműtét.

A m. levator nem erősíteni (rövidíteni) kell, hanem az aponeurosisát vissza kell varrni az eredeti helyére, azaz reinsertiót vagy refixációt végezni.

Progresszív senilis bőratrophia következménye a dermatochalasis. A szemhéj bőre elvékonyodik és fokozatosan lecsúng a szempillákra, esetenként a látást is akadályozhatja. A műtéti megoldás bőrrövidítésből és redőképző varratok betételéből áll.

Az előzőekben elmondottak képezik a szemészeti plasztikai sebészet legfontosabb területeit. Mindet gyógyító jellegű beavatkozásnak kell tekinteni, amelyeknek azonban esztétikai követelményeket is ki kell elégíteni.

Természetesen képesek és végeznek is a szemész operatőrök esztétikai-kozmetikai jellegű műtéteket is.

A legnehezebb ilyen jellegű feladatnak talán az tekinthető, amikor a műszem viselésére alkalmas szemüveget kell kiképezni. Szemeltávolítás után néha heges és rövid a visszamaradt kötőhártya. Máskor fokozatosan összezsugorodik. A végeredmény az, hogy a beteg nem tud műszemet viselni. Az összenőtt szemhéjak, az üres, beesett szemszög igen torzító hiba. Fekete kötővel, sötét napszemüveggel el lehet ugyan takarni, ez azonban már messziről felhívja a hibára a figyelmet, ill. akadályozza a látást. A műtéti megoldás tehát kívánatos, de nem egyszerű, nem sokan vállalják. A magyar *Csapody István* (3) professzor nagyon jó üregi plasztikai módszert dolgozott ki. Sajnos e módszer is mindinkább feledésbe merült. A fellevenítése indokolt volt, ezért e sorok írója videó filmet készített egyik műtétjéről és bemutatta a Németország Operáló Szemorvosainak IX. Kongresszusán, Nürnbergben. A film megnyerte a videó fesztivál nagydíját.

A szemhéjránccosodás, szemhéj-táskásodás műtéteit zömmel plasztikai sebészek végzik. Valószínűleg azért, mert ezek kifejezetten esztétikai-kozmetikai műtétek. Azok, akik ilyen műtéteket kívánnak, egyben sokkal több felvilágosítást, időráfordítást igényelnek, amire a szemészeknek a gyógyító tevékenység mellett nem mindig van elegendő idejük. Az itt szükséges műtéti lépéseket azonban (bőrexcisio, eltolás, zsírhernia kiírtása, stb.) egyéb műtéti módszerek alkotó elemeiként nap mint nap végzik és jól ismerik ezeknek a területeknek az anatómiáját.

Összefoglalásképpen elmondhatjuk, hogy a szemészeti plasztikai sebészetnek komoly helye van a szemészetben és a helyreállító, esztétikai sebészetben is. A feladata a jó kozmetikai-esztétikai eredmény elérése mellett a szemhéjak funkcionális integritásának a helyreállítása, ami alapvető kritériuma a szemfunkciók megővésének.

Irodalom: 1. Berke R. N.: A simplified Blaskovics operation for blepharoptosis. Arch. Ophthalmol. 48, 460, 1952. – 2. Blaskovics L.: Die Beseitigung der Ptosis durch Verkürzung des hinteren Lidblattes und des Lidhebers. Klin. Mbl. Augenheilk. 47, 323-324, 1909. – 3. Csapody I.: Augenhöhlenplastik. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1956. – 4. Cutler N. L., Beard C.: A method for partial and total upper lid reconstruction. Am. J. Ophthalm. 39, 1-7, 1955. – 5. Fasanella R. M., Servat J.: Levator resection for minimal ptosis. Another simplified approach. Arch. Ophthalmol. 65, 493, 1961. – 6. Filatov V. P.: In: Blaskovics L., Kreiker A.: Eingriffe am Auge. Enke, Stuttgart, 1959. – 7. Forsmann W.: Orvosi Lexikon Akadémiai Kiadó, Budapest. 2, 387, 1969. – 8. Fox S. A.: Ophthalmic Plastic Surgery, 5th ed. Grune-Stratton, New York, 1976. – 9. Friedenwald J. S., Guyton E.: A simple ptosis operation. Utilization of the frontalis by means of a single rhomboid-shaped suture. Am. J. Ophthalmol. 31, 411-414, 1948. – 10. Graefe von C. F.: cit.: Münchow W.: Geschichte der Augenheilkunde. Enke, Stuttgart, 1984. – 11. Gunn. R. M.: cit.: Hatt M.: Augenärztliche plastische und Wiederherstellungschirurgie.

Thieme Stuttgart, New York, 1984. – 12. Imre J.: Lidplastik und plastische Operationen anderer Weichteile des Gesichts. Studium, Budapest, 1928. – 13. Kettesy A.: Vörösmarthy D.: Blaskovics-Kettesy: Engriffe am Auge. IV. átdolgozott kiadás. Enke, Stuttgart, 1970. – 14. Mustardé J. C.: Repair and Reconstruction in the Orbital Region. 2nd ed. Williams-Wilkins, Baltimore, 1980. – 15. Neubauer H.: In: Mackensen G., Neubauer H.: Augenärztliche Operationen. Chirurgie der Lider. I. 101-271. Springer, Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo, 1988. – 16. Tenzel R. R., Stewart W. B.: Eye-lid reconstruction by the semicircle flap technique. Ophthalmology 85, 1164-1169, 1978.

Oktatófilm megrendelő lap

Megrendelő neve:

Címe, orvosi pecsét száma:

Megnevezés	Vizsgalemezzel	Ár	Vizsgalemez nélkül	Ár	Vizsga esetén kreditpont
Diabetes mellitus I-II-III		7.500 Ft		6.000 Ft	10 pont
Hypertonia I-II		6.500 Ft		5.000 Ft	10 pont
Zsírsanyagcserezavarok		4.000 Ft		2.500 Ft	5 pont
Cardiális decompensatio		4.000 Ft		2.500 Ft	5 pont
Reflux oesophagitis		4.000 Ft		2.500 Ft	5 pont
Leggyakoribb allergiás kórképek		4.000 Ft		2.500 Ft	5 pont
Fekélybetegség		4.000 Ft		2.500 Ft	5 pont
Fájdalomcsillapítás Hospice		4.000 Ft		2.500 Ft	5 pont
Légúti infekciók etiológiája és kezelése		4.000 Ft		2.500 Ft	5 pont
Alsó végtag varicositás		4.000 Ft		2.500 Ft	5 pont
Arteriás és mélyvénás thrombosis		4.000 Ft		2.500 Ft	5 pont
Infarctus, stroke profilaxis*		4.000 Ft		2.500 Ft	5 pont
Osteoporosis*		4.000 Ft		2.500 Ft	5 pont
Psychiátria I-II.		6.500 Ft		5.000 Ft	10 pont
Metabolikus X syndroma*		4.000 Ft		2.500 Ft	5 pont
Nőgyógyászat		4.000 Ft		2.500 Ft	5 pont

A *-gal jelölt oktatófilmek még nem rendelhetők. (Várhatóan 1998. II. félévében.)

Jelen megrendelőlap kitöltése és elküldése után küldjük a befizetéshez szükséges csekket.
A csekk bemutatása után küldjük el a távvizsga csomagot.

HIETE Családorvosi Tanszék 1135 Budapest, XIII., Szabolcs u. 33-35.