

# ניתוחי עפעפיים עליונים

## מערכת שריר הלבטור

תפקיד שריר זה להרים את העפעף. בסיסו מהכנף הקטנה של עצם הספנואיד, והמשכו לאורך תקרת הארובה לכוון הטרזוס. כ- 14 עד 20 מ"מ מעל הגבול העליון של הטרזוס נוצרת הרצועה (ligament) על שם Whitnall, המעבירה את וקטור ההרמה של העפעף משריר הלבטור.

## חיץ (septum)

מורכב מרקמה פיברואלסטית צפופה הנמצאת מאחורי שריר האורביקולריס אוקולי. החיץ תוחם את תוכן ארובת העין. החלשותו גורמת להתבלטות השומן המדורי.

## שומן מדורי

בעפעף העליון ישנם שני מדורי שומן הנמצאים מאחורי החיץ באספקט הפנימי והמרכזי. במידה ושומן זה בולט, ניתן לכרתו בניחות תיקון העפעפיים.

## הערכה טרום ניתוחית

### ניתוח עפעפיים דורש הכנה טרום ניתוחית מדוקדקת,

#### כלהלן:

1. לקיחת היסטוריה רפואית קפדנית, כולל מחלות עיניים ומחלות אנדוקריניות, כגון פעילות-יתר של בלוטת התריס, הגורמת לבלט עיני.
2. בדיקה פיזיקלית יסודית על מנת לבחון את מרכיבי הרקמה השונים, כולל בלט שומן מדורי, גידולי עור, מיקום בלוטת הדמעות.
3. בדיקה פיזיקלית של מיקום העפעף ושליטת אבחנות, כגון צניחת עפעף (ptosis), מצב שאינו ניתן לתיקון על ידי ניתוח עפעפיים עליונים.
4. בדיקת רופא עיניים לבירור מקיף של תפקוד העין והשרירים, ראייה וקרקעיות.
5. מבחן עייש Schirmer ומבחן Bell's להערכת תפקוד בלוטת הדמעות ושיתוק עצבי בהתאמה.
6. שדות ראייה (על פי הצורך).

**תמונה מס' 1. ניתוח עפעפיים עליונים נועד לכרות עודפי עור מרכזיים וצדדיים כולל תיקון אפשרי של הקמטים בצדי העיניים כאשר הגבות במנח תקין, דהיינו מעל גבול תקרת ארובת העין**



## פרופ' ירון הר-שי

מנהל היחידה והמחלקה לכירורגיה פלסטית מרכזים רפואיים כרמל ולין, חיפה יו"ר, האיגוד הישראלי לכירורגיה פלסטית

"המפיל חבלי שנה על עיני ותנומה על עפעפי" (קריאת - שמע על המיטה, לפי ברכות ס) "ישני לב עורו, הסירו שנה מעפעף" (נאגארה, 546)

הפרטים המרכיבים את האזור סביב עין - איכות העור, הרקמה התת עורית, השומן המדורי והריסים - מביעים רגשות, בריאות וגיל. כחלק מתהליך ההזדקנות נוצרים עודפי עור בעפעפיים העליונים, ואלו יוצרים מבט עייף עצוב וזקן.

במצבים מתקדמים, עודפי העור, בעיקר בצדי העין, עלולים להקטין או לכסות את מפתח העין ולפגום בשדה הראיה. מטרות ניתוח עפעפיים עליונים הינם שיפור והצרת מראה העין וההבעה, על ידי כריתת עודפי העור והשומן.

## היסטוריה

כבר במאה ה-10 לספירה תוארו ניתוחי עפעפיים ברפואה הערבית. הכירורגים Avicenne (980-1036) ומאוחר יותר Roshd (1126-1198) תיארו את הופעת עודפי העור בעפעף העליון אשר פגעו בראיה והמליצו על דרכים לכריתתם. למעשה, בשנת 1818 היה זה Von Graefe אשר ביצע לראשונה כריתת נגע סרטני בעפעף העליון ושיטתו היוותה את הבסיס לניתוחי העפעפיים. Sichel (1844), היה הראשון לתאר את התבלטות השומן המדורי בעפעף העליון.

רק בשנות ה-40 של המאה הנוכחית החלו להופיע תיאורים של שיטות ניתוחיות הכוללות כריתת עודפי העור ושומן מדורי בו זמנית. השיטות המודרניות המקובלות היום לניתוחי עפעפיים תוארו כבר בשנות ה-50 וה-60, אז הושם הדגש על תכנון צורת הכריתה העורית, במטרה להשיג תוצאה אסתטית משביעת רצון.

## אנטומיה

### מפתח העין

גודל: בין 12-14 מ"מ אנכית, ובין 28 מ"מ ל-30 מ"מ אופקית. העפעף העליון מכסה כ- 2 מ"מ מהקוטב העליון של גבול הקרנית.

### עור העפעף

העור באזור זה הינו הדק ביותר בגוף. כמעט ואינו מכיל שומן תת עורי.

### טרזוס

הינו מבנה דמוי גיד הדבוק לעור העפעף הפנימי והממוקם מגבול הריסים עד כ-10 מ"מ כלפי מעלה. אורכו 29 מ"מ. גבולו העליון יוצר את קפל העפעף העליון.

### שריר אורביקולריס אוקולי

שריר זה מקיף את העין ודבוק לעור שמעליו. תפקידו לסגור את העין.

בסיום הניתוח שולי העור נתפרים זה לזה בתפרים עוריים נראים או נסתרים. נהוג להניח תחבושות קרות על העפעפיים למשך מספר ימים אשר ימעיטו את הכאב והבצקת לאחר הניתוח.

## סיבוכים אפשריים

טרם הניתוח יש להסביר למנותחת את מהלך הניתוח, מיקום הצלקות, הסיכונים והסיבוכים המקובלים העלולים להופיע במהלך או לאחר הניתוח. יש להחתיים את המטופלת על טופס הסכמה לניתוח המפרט את הני"ל.

## אובדן ראייה (עורוון)

תוארו כ- 75 מקרים בספרות הרפואית. סך הכל, השכיחות לסיבוך חמור זה הינה 0.04% והוא מתרחש בעיקר כתוצאה מניתוחי עפעפיים תחתונות. הסיבה להופעת סיבוך זה היא הופעת דימום עמוק, הגורם לעליה בלחץ תוך ארובתי ותוך עיני ולפגיעה באספקת הדם לעצב הראייה ולעורק הרשתית. יש לטפל בדחיפות מירבית בסיבוך זה על ידי שחרור הלחץ באופן מכני ותרופתי.

## פגיעה בקרנית

עלולה להגרם עקב אי הקפדה על כללים בטכניקה הכירורגית. הפגיעה בקרנית יכולה להיות שטחית או עמוקה. פגיעה שטחית מטופלת בעזרת אנטיביוטיקה מקומית וסגירת העין. פגיעה עמוקה דורשת התערבות טיפולית של רופא עיניים.

## דימום

הדימום לאחר ניתוח יכול להיות שטחי או עמוק. דימום שטחי ממוקם קדמית לחיץ, דהיינו, מתחת לעור או בלחמית. על פי רוב, דימום זה חולף בטיפול שמרני. הדימום העמוק ממוקם אחורית לספטום ונובע מדימום עורקי. אי לכך יש צורך בהתערבות כירורגית מיידית להפסקת הדימום ופינוי קרישי הדם שנוצרו בעומק.

## כפילות ראייה

הסיבות לכך נובעות מפגיעה או כליאה של שרירי גלגל העין או העצבים, בצקת או דימום. בדרך כלל, טיפול שמרני פותר את הבעיה.

## צניחת עפעף (ptosis)

צניחת עפעף יכולה להגרם עקב חוסר אבחנת הבעיה טרם ניתוח או פגיעה במערכת הלבטור. הסיבוך שכיח יותר בניתוח המשלב כריתת עור ושריר. סיבוך זה מחייב תיקון כירורגי.

## Lagophthalmos

סיבוך הנגרם עקב כריתת-יתר של עור העפעף העליון, הפוגעת ביכולת העין להסגר. עקב כך מופיע יובש עיני העלול לגרום לפגיעה בקרנית. יש צורך בטיפול שמרני הכולל שימוש בדמעות מלאכותיות, עיסוי, הדבקת העפעף העליון לתחתון (בעיקר בלילה). במקרים רבים הבעיה חולפת. במידה והסיבוך נותר, יש צורך בתיקון כירורגי באמצעות השתלת עור.

## כריתת-יתר של שומן מדורי

כריתת-יתר של שומן מדורי יוצרת מראה של עין שקועה או חלולה.

7. מיקום הגבות. המנח הנורמלי של הגבות הינו מעל לתקרת ארובת העין (תמונה 1). לעיתים, עקב צניחת הגבות, הטיפול הנדרש הינו הרמת גבות ללא צורך בניתוח עפעפיים עליונות.

8. בדיקות דם, כולל תפקודי קרישה, א.ק.ג. וצילום חזה (מעל גיל 40).

## שיטות ניתוחיות

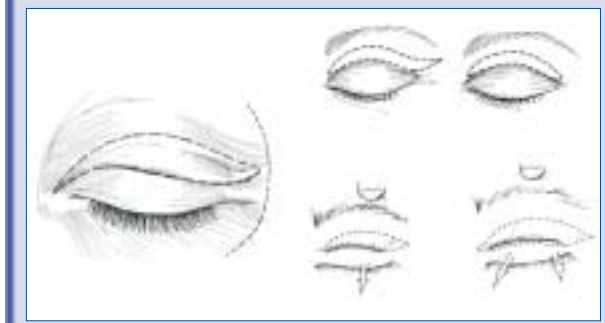
השיטות הניתוחיות מבוססות על כריתת סהר של עודפי העור (תמונה 2). הסהר מגיע לכדי רוחב מקסימלי במרכז העפעף והופך לצר משני צדדיו.

בדרך כלל, הניתוח מבוצע תחת הרדמה מקומית עם טשטוש תוך ורידי. בעת סימון החתך הניתוחי, יש צורך בשינוי פעולה עם המנותחת/בפתיחת/סגירת העין.

בסיס הסהר הינו הגבול העליון של הטרזוס, כ- 9-12 מ"מ מעל קו הריסים. הגבול העליון של הסהר נקבע על פי כמות העור הנדרשת לכריתה. השיטה הנפוצה לקביעת גבול זה היא "צביטת" העור העודף בעזרת פינצטה כאשר העין סגורה.

במידה והעפעף לא נמשך כלפי מעלה ומפתח העין נותר סגור, אזי כמות העור שתכרת לא תפגע בתפקוד העין. כריתת יתר של עור תגרום להפרעה בסגירת העין (תמונה 3).

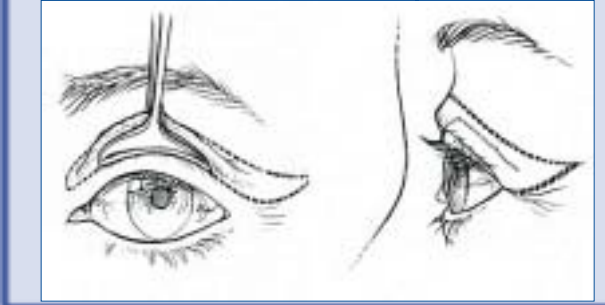
### תמונה מס' 2. שיטות שונות לכריתת עודפי העור בעפעפיים העליונים בצורת סהר



לעיתים, המנתח כורת את רצועת שריר האורביקולריס אוקולי הדבוקה לעור, ברוחב של 2-3 מ"מ, בעת כריתת העור.

לאחר כריתת העור, עם או בלי רצועת השריר, ניתן לבצע את כריתת השומן המדורי הבולט. על ידי פתיחת החיץ ויצירת לחץ קל על גלגל העין, השומן המדורי פורץ כלפי חוץ. יש להפריד את השומן מהרקמות הדבוקות אליו ולכורתו באופן שמרני. יש להקפיד על צריבת כלי הדם על מנת למנוע דימום בעומק.

### תמונה 3. טרם הניתוח יש לסמן את כמות העור הנדרשת לכריתה בעפעף העליון שתאפשר סגירת עין מלאה לאחר הניתוח



## צלקת

לאחר ניתוח עפעפיים עליונות תיוותר צלקת הממוקמת בקפל העפעף. הזרוע הצדדית של הצלקת נמשכת מעט מעבר לקיר ארובת העין הצדדי. איזור זה חשוף ונראה יותר לעין ולכן יש להקפיד על הגנתו מחשיפה לשמש כולל שימוש במסנני קרינה למשך 6 חודשים. הצלקות בעפעפיים הינן בדרך כלל באיכות טובה מאד. הן הופכות לשטוחות וחוררות עם הזמן.

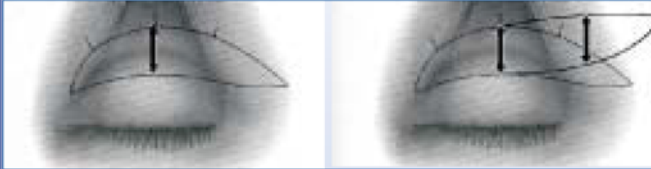
## שיטת ה"סקלפל" בניתוחי עפעפיים עליונות (תמונה 5,4)

לאחרונה תיארו הר-שי והרשוביץ שיטה לניתוח עפעפיים עליונים אשר מטרתה לכרות את עודפי העור הצדדים, בנוסף לאלו הקיימים במרכז העפעף, בניתוח אחד.

באופן זה נכרתים עודפי העור באיזורים הצדדיים של העפעפיים העליונות, היוצרים מעין "וילון" (Hooding) וקמטים (Crow's feet), ואשר מגבירים את הבעת העצב והעייפות או הפוגעים בשדות הראיה. בשיטת ה- "סקלפל", הרחוב המקסימלי של כריתת העור הינו בקצה. כלומר, עודפי העור במרכז העפעף נכרתים כפי שתואר בשיטת הסהר, בעת שכריתת העור הצדדית הינה מקסימלית - בניגוד לשיטת הסהר.

בעקבות כריתת העור בשיטה הנ"ל נוצר שיפור משמעותי במראה צידי העיניים, ומתקבלת חזות רעננה וצעירה יותר.

תמונה מס' 4. שיטת ה"סקלפל" מאפשרת כריתה מקסימלית, בו זמנית, של עודפי העור המרכזיים והצדדיים בעפעפיים העליונים, לעומת שיטת הסהר המאפשרת בעיקרה כריתת עודפי עור מרכזיים בלבד.



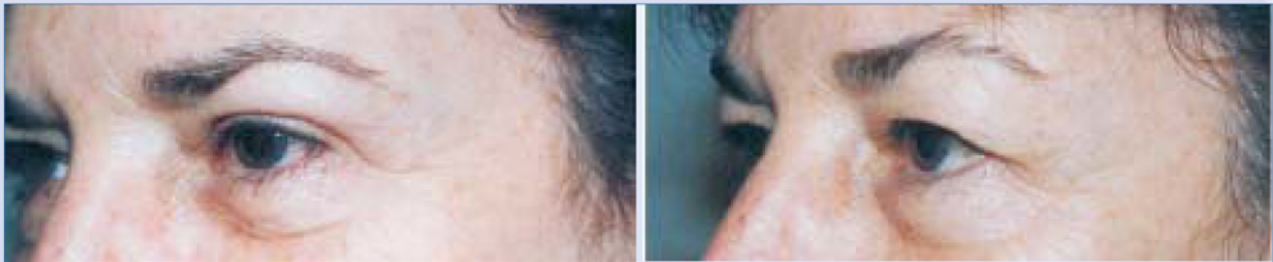
שיטת הסהר  
כריתת עודף עור מרכזי

שיטת הסקלפל  
כריתת עודף עור מרכזי צדדי

## מקורות

1. Clark C.P., Backer T.M., Hodges P.L., Blepharoplasty and browlift, Selected Readings in Plastic Surgery, Vol 8, Number 18, Baylor University Medical Center, 1997.
2. Puttermann A.M., Cosmetic Oculoplastic Surgery, 2nd Edition, W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1993.
3. Har-Shai Y., Hirshowitz B., Extended Upper Blepharoplasty for Lateral Hooding of the Upper Eyelid Using a Scalpel-Shaped Excision: A 13-Year Experience. Plast Reconstr Surg 113:1028-1035, 2004.

תמונה מס' 5. מראה צידי העפעפיים לפני ואחרי ניתוח בשיטת ה"סקלפל"



אחרי ניתוח

לפני ניתוח