

Implantater

– et godt alternativ i specielle situationer



Af Tina Hyldebrandt Pedersen,
overlæge
Regionshospitalet Holstebro

Øjenlåsretraktion er en uheldig konsekvens af kosmetisk kirurgi, traumer, pareser og andre sygdomstilstande som f.eks thyroideassocieret oftalmopati.

Nedre øjenlåsretraktion kan defineres som nedsynkning af den nedre øjenlågs kant ofte på baggrund af kantalseneløshed, svækkelse/ardannelse af det inferiore retraktorkompleks / orbitale septum og "malar descent".

Det giver klinisk "scleral show" s.k. "sad eyes" og lagophthalmus forbundet med "dry eye syndrome" og kompromitering af de corneale forhold.

Patienten oplever herved kronisk irritative gener i form af brændende fremmedlegeme-fornemmelser, tåreflåd, fotofobi og sløret syn. Hos nogle patienter kan det give expositionskeratit, ulcera og medføre perforation.

Patienterne er ofte svære at behandle med gængse lubricerende midler.

Patientevalueringen er vigtig. Man bør notere bl.a grad af scleral show – mild (op til 1 mm) moderat (1-2 mm) svær (>2 mm), lateral / medial kantalsene laxity, lidretraktion samt de periorbitale forhold – ev. flad maxil kombineret med en-exoph-

thalmus, cicatricer, tårevejenes status inklusive Schirmers test.

Ved *milde former* for nedre øjenlåsretraktion, typisk med kun horisontal laxity sv.t. den laterale kantalsene uden væsentlig ændring af retraktorkompleks eller "malar descent" vil en sædvanlig kanthal-senestrømning kunne afhjælpe problemet.

Ved moderate til sværere former for øjenlåsretraktion specielt ved visse rekonstruktive procedurer og hos patienter med prominierende øjne / flad maxil, kan den etablerede teknik med stramning af kantalsenerne vise sig at være utilstrækkelig.

Her må man kombinere flere forskellige kirurgiske tekniker for at genetablere øjenspaltens naturlige form og normalisere øjets lukkeme-kanisme.

En s.k. *spacer* vil kunne komme på tale. Et lille implantat i øjelåget som forstærker septum, reetablerer retraktorkomplekset og støtter tarsus, hvorved øjenlåget forlænges vertikalt og bedre kommer "på plads" uden træk og efterfølgende risiko for recidiv.

Det ideelle materiale skal være let at håndtere, tilpasse, skal ligne det oprindelige væv så meget som muligt og skal kun give minimal inflammatorisk reaktion uden at skrumpe eller resorberes. Donorvæv må ikke udgøre en smitterisiko.

Der er flere forskellige spacer-materialer: Autologe som hård gane, ørebrusk, næsebrusk, tarsus, periost, fascia temporalis, fascia lata og donorsclera samt alloplastiske f.eks AlloDerm og senest Permacol.

AlloDerm er et specialbehandlet, inert, acellulært dermisderivat fra

Før operation



Efter operation



Patient med retraction af nedre øjenlåg forårsaget af bivirkninger af eksperimentel migrænebehandling.



Typisk patient med lagophthalmus på grund af aldersrelateret slaphed af nedre øjenlåg forværret på grund af prominierende bulbi og flad maxil. Kandidat til spacer.

humane kadavere. Det foreligger i to tykkelser og bruges også inden for plastikkirurgien.

Permacol er et relativt nyt biomateriale deriveret fra isocyanat "cross linked" dermat, inert og acellulært kollagen fra gris. Primært brugt som implantat ved forskellige former for bugplastikker og herniekirurgi, men er også p.g.a sine egenskaber velegnet til øjenplastikker.

Ved at kombinere de individuelle teknikker ved lateral kantalsenestramning, implantat af spacer og eventuelt midface suspension – løft af mellemansigtet vil man være i stand til at korrigere moderat til svær nedre øjenlåg-retraktion uanset årsag på en kosmetisk og funktionelt optimal måde forbundet med få komplikationer og stor patienttilfredshed. ■