

OYNAQ GÖZ QAPAĞI SİNDROMU (KLİNİK HAL)

Akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: *oynaq göz qapağı sindromu, xroniki papilyar konyunktivit, obstruktiv yuxuapnoe sindromu*

Oynaq göz qapağı sindromu haqqında məlumat ilk dəfə olaraq 1981-ci ildə Culbertson və Ostler tərəfindən verilmişdir. Sindrom 11 xəstədə müəyyənləşdirilmiş və aşkar olunmuşdur ki, xəstəlik zamanı üst qapaqda tarsal hissə çox yumşalır və elastikliyini itirib, boşalır. Beləliklə, göz qapağını ani yuxarı çəkməklə, qapaq asanlıqla xaricə çevrilir və xroniki papilyar konyunktivit ilə xarakterizə olunur [1, 2].

Xəstəlik nadir rast gəlinən xəstəliklərdəndir. Ən çox orta yaşlı 40-50 yaşarası, kök şəxslərdə yayılmışdır. Kişilərdə qadınlara nisbətən rast gəlmə tezliyi daha artıqdır [3-6]. Lakin digər yaş qrupları, qadınlar və obez (piylənmə) olmayan şəxslərdə də rast gəlinir. İrqi meylik ehtimalı yoxdur [4, 6].

Oynaq göz qapağı sindromunun etiologiyası dəqiq bilinmir. Əsasən digər sistemik dəyişikliklərlə birlikdə rast gəlinir. Əvvəllər obez (piylənmə) xəstəliyi ilə əlaqələndirilsədə, hal-hazırda həmçinin hipertoniya, diabet, obstruktiv yuxu apnoe sindromuna bağlı yuxu problemləri, eyni tərəfli yatma vəziyyəti ilə əlaqələndirilir [7]. Bəzi xəstələrdə oynaq göz qapağının asimmetrik olması və qapaq əlamətlərinin xəstələrin eyni tərəfli yatma vəziyyətində daha kəskin olması bu etiologiyanın vacibliyini isbat edir. Tədqiqatlar göstərmişdir ki, xəstələrin təqribən 50% -də obstruktiv yuxu apnoe sindromu rast gəlinir [3,6,7].

Oynaq göz qapağı sindromunun patogenezi tam olaraq məlum deyil. 1981-ci ildə xəstəlik aşkarlandıqdan bu zamana qədər patogenezi haqqında fərqli nəzəriyyələr irəli sürülmüşdür [6]. Müasir dövr ədəbiyyatlarda bu sindrom zamanı immunokimyəvi rənglənmə, elektron mikroskopiya müayinə üsulları əsasında kollagenlərin normal, elastinin isə azalması halları qeyd olunur [3,8, 9]. Xəstəliyi ilk öyrənən Culbertson və Ostler nəzəriyyəsinə görə spontan gecə qapaq çevrilmələri konyunktivada mexaniki insult və papilyar konyunktivit əmələ gətirir ki, bu da tarsal elastikliyinin itirilməsi ilə əlaqədardır [1]. Xəstəlik zamanı gözün mexaniki qıcıqlanması, ovxalanması xəstəliyi daha da dərinləşdirir. Beləliklə ehtimal olunur ki, təkrarlanan mexaniki travma nəticəsində artan matriks metalloproteinaza fermenti tarsal elastik liflərin daha da itirilməsinə səbəb olur [8]. Eyni zamanda yuxuda göz qapağına olunan mexaniki təsir və obstruktiv yuxu apnoe ilə əlaqədar yaranan hipoksiya tarsal konyunktivada iltihabı artırır. Bu da oynaq göz qapağı sindromunun patogenezinə "qüsurlu dövrən" nəzəriyyəsini sübut edir və xəstəliyin daha da ağır formada təzahür etməsinə gətirib çıxarır [4]. Histopatoloji müayinədə meybom vəzilərinə artofiya, keratinizasiya göstərilmişdir [9].

Xəstəlik anadangəlmə və qazanılma olur. Anadangəlmə oynaq göz qapağı sindromu adətən Down sindromu və qapaqların bir-birinə keçməsi sindromu (eyelid imbrication syndrome) ilə kombinə olmuş formada rast gəlinir. Belə uşaqlarda yatanda göz qapağı bayıra çevrilir və oyananda vəziyyət düzəlir. Beləliklə göz qapağının qoruyucu funksiyası pozulduğuna görə buynuz qişada ciddi dəyişikliklər əmələ gəlir [10].

Xəstələr unilateral və ya bilateral batma, yanma, qızarıqlıq, fotofobiya, yad cisim hissi kimi şikayətlərlə həkimə müraciət edirlər [2, 3]. Yuxu zamanı qapaq çevrilməsi daha sıx olduğundan xəstələr bundan xəbərsiz olurlar [7]. Həmçinin xəstəlik geniş yayılmadığı üçün xəstələrə erkən düzgün diaqnoz qoyulmur. Onlar uzun müddət xroniki konyunktivit, quru göz, qırmızı göz sindromları diaqnozu ilə müalicə olunurlar. Gözün qoruyucu sisteminin, meybom vəzlərinin disfunksiyaları buynuz qişanın və konyunktivanın qıcıqlanmasına səbəb olur. Nəticədə gözdə papilyar konyunktivit, kəskin quruluq, punkt epitelial keratopatiya, buynuz qişanın xorası, keratit kimi klinik əlamətlər müşahidə olunur. Bu da xəstələrdə mərkəzi görmə oxunun obstruksiyasına, yəni görmənin zəifləməsi kimi digər şikayətə səbəb olur. Bundan başqa kirpiklərin ptozu, blefaroptoz, ektropion, dermatokalazisə və keratokonusa gətirib çıxarır [3, 6, 11]. Oynaq göz qapağı sindromunda keratokonusun səbəbi dəqiq məlum olmasa da ehtimal olunur ki, gözün mexaniki qıcıqlanması, yəni xəstənin gözünü daim ovxalaması keratokonusa səbəb olur [12, 13]. Culbertson və Tsengin xəstəliyin öyrənilməsinə dair məlumatlarında göstərilmişdir ki, oynaq göz qapağı sindromu diaqnozu qoyulmuş 60 xəstənin 70%-ində punkt epitelopatiya, 10% -ində keratokonus, digər xəstələrdə isə başqa korneal əlamətlər rast gəlinmişdir [13].

Oynaq göz qapağı sindromunun müalicəsində illər ərzində dəyişikliklər olmuşdur. Belə ki əvvəlki illərdə yuxuda göz qapağının xaricə çevrilməsinin qarşısını almaq üçün qoruyucu eynəklər, göz qapağını bağlayaraq yatmaq, suni

göz yaşları, iltihab əleyhinə dərman maddələri istifadə olunması və paralel gedən sistemik xəstəliklərin müalicəsi kimi üsullar məsləhət görülmüşdür. Bu müalicələrin xəstələrin çoxunda effektiv olmaması daha sonrakı illərdə cərrahi müalicəni ön plana çıxarmışdır. Cərrahi müalicə texnikası da illər ərzində dəyişmiş və təkmilləşmişdir. Beləki, ilk dəfə olaraq 1984-cü ildə Gerner və Hughes hiperqlikemiya xəstədə qapağın qısaldılması cərrahi əməliyyat üsulunu tətbiq etmişdir [2]. 1985-ci ildə Dutton göz qapağının bayır 1/3 hissəsini tam qalınlığı ilə rezeksiya etmək üsulunu göstərmişdi [4]. Daha sonrakı illərdə lateral tarzorafiya cərrahi üsulu tətbiq edilmişdir [14]. Müalicə üçün suni göz yaşları, qapağın bağlanması nə qədər istifadə olunsada həqiqi və yeganə müalicə metodu cərrahi müalicədir [1, 2, 4, 15].

Təcrübəmizdə rast gəldiyimiz bir kliniki müşahidəni diqqətinizə çatdırmaq istəyirik.

Xəstə, B.A., 1963-cü il təvəllüdü, 14.02.2013-ci ildə sağ gözdə ağrının olması, yanma, qızartı, sulanma, ifrazat gəlməsi, qapaq çevrilməsi, görmənin zəifləməsi kimi şikayətləri ilə akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinə müraciət etmişdir. Anamnezdə xəstənin 2 ildir ki, bu şikayətlərdən əziyyət çəkməsi qeyd olunurdu. Xəstənin dediyinə görə vəziyyəti ilə əlaqədar qeydiyyatda olduğu rayon ərazi poliklinikasında, Bakı şəh. bir neçə xəstəxanada dafələrlə xroniki blefarokonyunktivit, yuxarı göz qapağının qranulyomasi, quru göz sindromu diaqnozları ilə uzunmüddətli müalicə almış, lakin heç bir effekt əldə olunmamışdır. Xəstənin yanaşı gedən sistemik şikayətləri öyrənilmişdir. Belə ki, xəstə 7 ildir hipertoniya, yuxu problemi və tez-tez yuxuda boğulmasından əziyyət çəkir.

Xəstə orta boylu, artıq çəkildir. Bədən kütlə indeksi 36.7-dir. Bu göstərici 2-ci tip obez (piylənmə) xəstəliyini göstərir. A/T 160-100 ; Nəbz - 75

Obyektiv müayinədə : Vis OD = 0,7 k/olunmur; Vis OS = 0,9 k/olunmur

Tn OD = 16 mm.c.s; Tn OS = 15 mm.c.s

OD – göz qapağında deformasiya, sallanma, ödem, gözünü qapadıqda və qapağı yuxarı çəkəndə qapağın xaricə çevrilməsi, kirpiklərin ptozu müşahidə olunurdu (şəkil 1, 2, 3, 4).



Şək. 1. Xəstə B.A. c/ə əvvəl.
Qapağın ödemli, kirpiklərin ptozu



Şək.2.Xəstə B.A. c/ə əvvəl.
Qapağın deformasiyası və sallanması



Şək. 3. Xəstə B.A. c/ə əvvəl. Qapağın
deformasiyası, adi vəziyyətdə qapağın
natamam çevrilməsi



Şək.4. Xəstə B.A. c/ə əvvəl.
Qapağı yuxarı çəkəndə xaricə çevrilməsi



Şək. 5. Xəstə B.A. c/ə əvvəl. Gözünü sıxıb yumduqda qapağın tam xaricə çevrilməsi, papilyar konyunktivit, hipertrofiya və hiperemiyalı konyunktiva



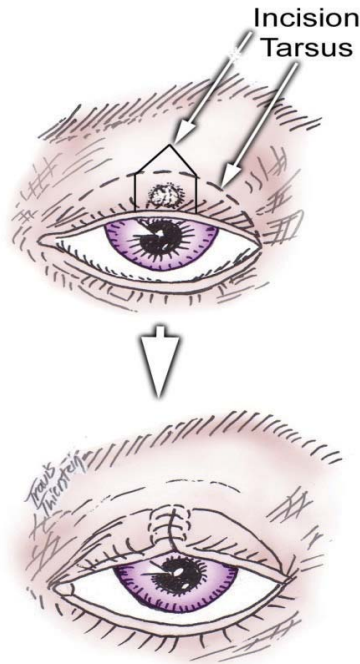
Şək.6. Xəstə B.A. c/ə əvvəl. Qapaq konyunktivasında irinli ifrazat, kalsifikatlar

Biomikroskopiya zamanı OD - kirpiklərin dibində kəpəklənmə, hipertrofiya olunmuş konyunktiva, kəskin hiperemiya, irinli ifrazat, kalsifikatlar, qeyri-düzgün formada, nahamar, çoxsaylı papillalar (şəkil 5, 6). Buynuz qişa şəffaf lakin parlaqlığını itirib, epiteli flüoresseinlə boyanır. Ön kamera orta dərin, mayesi şəffaf, bəbək mərkəzdə dairəvi, işığa reaksiya canlı, büllur başlanğıc bulanıb.

Qoyulmuş Şirmer 1 (Schirmer O.,1903) - anesteziyasız testində nəticə 2-3 mm (Norma 15 mm) flüoresseinli gözyaşı təbəqəsinin qırılmavaxtı (Norn M. S. 1969) 3 san (Norma 10 san) qeyd olundu [10].

Aparılmış obyektiv və kliniki müayinələrə əsasən xəstəyə “Oynaq göz qapağı sindromu (Floppy eyelid syndrome)” diaqnozu qoyularaq 19.02.2013-cü ildə yerli anesteziya altında Dutton üsulu ilə OD – üst göz qapağının 1/3 hissəsinin tarzoektomiyası cərrahi əməliyyatı icra olundu (şək 7)[4].

Xəstəyə cərrahi əməliyyatın 1-ci günü baxış keçirilmiş, OD – göz qapağının vəziyyəti stabil düzgün, yüngül ödem və qapaqda çevrilmə aşkar olunmamışdır. Tikişlər təmizdir, yara ağzı adaptasiya olunub. Xəstəyə evə yazılarkən əlavə olaraq iltihab əleyhinə müalicə, lubrikantlar təyin olunmuşdur.



Şək. 7. “Dutton” üsulu ilə tarzoektomiya c/ə sxematik texnikası



Şək. 8. Xəstə B.A. c/ə 1 həftə sonra qapağın vəziyyəti düzgün, yüngül ödem, tikişlər yerindədir, qapaqda çevrilmə aşkar olunmur



Şək. 9. Xəstə B.A. c/ə 1 ay sonra – qapağın vəziyyəti stabil düzgündür, qapaqda çevrilmə aşkar olunmur

Bundan sonra xəstəyə 1 həftədən, 1 aydan, 6 aydan, 1 ildən sonra təkrari baxış keçirilmiş, qapaq çevrilməsinin olmaması, qapaq kənarında keratinizasiyanın azalması, qapaq konyunktivasında papillaların ölçüsünün və miqdarının azalması, buynuz qişa epitelinin boyanmaması, görmənin artması (Vis OD =0,8) qeyd olunmuşdur (şəkil 5-6). Cərrahi əməliyyatdan əvvəl buynuz qişada olan dəyişikliklərlə əlaqədar Vis OD =0,7 olmuşdursa, aparılan cərrahi və konservativ müalicədən sonra buynuz qişanın şəffaflaşması, parlaqlığının artması nəticəsində görmə artıb Vis OD = 0,8 olmuşdur. Beləliklə, illik izləmə müddətində xəstənin şikayətlərində təkrarlanma müşahidə olunmamışdır.

Beləliklə, vaxtında və düzgün təyin olunan diaqnoz ağır fəsadlardan qurtulmağa imkan yaradacaq, cərrahi əməliyyatın aparılması isə xəstənin həyat keyfiyyətini artıracaq.

ƏDƏBİYYAT:

1. Culbertson W.W., Ostler H.B. The floppy eyelid syndrome // Am. J.Ophthalmol., 1981, v.92, p.568-575.
2. Miyamoto C., Espirito Santo L.C., Roisman L. Floppy eyelid syndrome // Arq. Bras. Oftalmol., 2011, v.74(1), p.64-66.
3. Ezra D.G., Beaconsfield M., Sira M. et al. The associations of floppy eyelid syndrome: a case control study // Ophthalmology, 2010, v.117, p.831-838.
4. Dutton J.J. Surgical management of floppy eyelid syndrome // Am. J. Ophthalmol., 1985, v.99(5), p.557-60.
5. Bulut S., Aslan B.S., Akova Y.A. et al. Gevşekkapaksendromu // MN-Oftalmoloji, 1997, v.4, p.67-69.
6. Ayata A. Gevşekkapaksendromu: Birolgusunumu // Erciyes Tıp Dergisi, 2006, v.28, p.145-147.
7. Leibovitch I., Selva D. Floppy eyelid syndrome: clinical features and the association with obstructive sleep apnea // Sleep Med., 2006, v.7(2), p.117-122.
8. Schlötzer-Schrehardt U., Stojkovic M., Hofmann-Rummelt C. et al. The pathogenesis of floppy eyelid syndrome: involvement of matrix metalloproteinases in elastic fiber degradation // Ophthalmology, 2005, v.112, p.694-704.
9. Culbertson W.W., Tseng S.C. Corneal disorders in floppy eyelid syndrome // Cornea, 1994, v.13, p.33-34.
10. Şamilova F.H., Zərgərli İ.A., Əliyeva G.Ş. və b. Yanıqdan sonrakı dövrdə "Quru Göz" Sindromunun müalicəsi // Oftalmologiya elmi – praktik jurnal, Bakı, 2013, № 3(13), s.46-48.
11. Netland P.A., Sugrue S.P., Albert D.M. Histopathologic features of the floppy eyelid syndrome. Involvement of tarsal elastin
12. Abenavoli F.M., Lofoco G., DeGaetano C. A technique to correct floppy eyelid syndrome // Ophthalm. Plast.Reconstr. Surg., 2008, v.24, p.497-498.
13. Donnenfeld E.D., Perry H.D., Gibraltar R.P. et al. Keratoconus associated with floppy eyelid syndrome // Ophthalmology, 1991, v.98, p.1674-1678.
14. Periman L.M., Sires B.S. Floppy eyelid syndrome: a modified surgical technique // Ophthalm. Plast. Reconstr. Surg., 2002, v.18, p.370-372.
15. Karesh J.W., Nirankari V.S., Hameroff S.B. Eyelid imbrication: An unrecognized cause of chronic ocular irritation // Ophthalmology, 1993, v.100, p.883-889.

Гусейнзаде Г.Т., Гасанова Р.М.

СИНДРОМ БОЛТАЮЩЕГОСЯ ВЕКА (СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИКИ)

Национальный Центр Офтальмологии имени академика Зарифы Алиевой, г. Баку

Ключевые слова: синдром, болтающегося века, хронический капиллярный конъюнктивит, обструктивная апноэ сна

РЕЗЮМЕ

Больной В.А., 1963 г.р. с ожирением 2-ой степени, обратился к нам с жалобами на раздражение и чувство инородного тела в правом глазу. Со слов больного, это состояние отмечается около 2-х лет. Пациент долгое время безрезультатно лечился по поводу хронического блефароконъюнктивита и гранулёмы верхнего века.



При обследовании больного выявлена деформация края верхнего века, неправильное положение, опущение ресниц, гипертрофия и папиллярное разрастание верхнего века, а также гиперемия конъюнктивы. При обращении в Национальный Центр Офтальмологии имени академика Зарифы Алиевой больному был поставлен диагноз – болтающееся веко правого глаза и проведена хирургическая резекция тарзальной пластинки верхнего века по Дуттону с последующим противовоспалительным лечением хронического блефароconjunctivита. За год наблюдения отмечено отсутствие выворота верхнего века, уменьшение папиллом конъюнктивы века, полное восстановление эпителия роговицы, уменьшение кератинизации края века, увеличение остроты зрения.

Таким образом, своевременно поставленный диагноз позволит избежать возможных тяжелых осложнений, а проведение хирургической обработки увеличит качество жизни больного.

Guseynzadeh G.T., Gasanova R.M

FLOOPY EYELID SYNDROME (CLINICAL CASE)

National Center of Ophthalmology named after acad. Zarifa Aliyev, Baku

Key words: Floopy eyelid syndrome, chronic papillary conjunctivitis, obstructive sleep apnea syndrome

SUMMARY

This paper is a report of the clinical characteristics and treatment of a case with floppy eyelid syndrome. A 51-year-old obese adult male presented with right ocular irritation and clinical findings consistent with floppy eyelid syndrome. He had lax upper eyelid with papillary conjunctivitis, conjunctival hyperemia, eyelash ptosis. His symptoms had begun two years ago.

Patient history revealed hypertension and sleeping disturbance with unusual awakening, mimicking sleep apnoea syndrome, possibly related to floppy eyelid syndrome. The patient was treated with tarsal wedge resection of the affected upper eyelid. His complaints and symptoms were completely relieved following surgery and have not recurred during one year follow up.

So, the timely diagnose will make it feasible to avoid the possible severe complications, and the performing of surgical treatment will increase the quality of patient's life.

KORRESPONDENSIYA ÜÇÜN:

Hüseynzadə Günay Tofiq qızı, tibb üzrə fəlsəfə doktoru, akad. Z.Əliyeva ad. Milli Oftalmologiya Mərkəzinin gözünlə infeksiya xəstəlikləri şöbəsinin həkim-oftalmoloqu

Həsənova Rəvanə Mehman qızı, akad.Z.Əliyeva ad. Milli Oftalmologiya Mərkəzinin rezidenti

Адрес: AZ1114. г. Баку, ул. Джавдхана, 32/15

Тел.: (+994 12)569-09-07; (+994 12)569-09-73

E-mail: administrator@eye.az; <http://www.eye.az>

КАТИОНОРМ® – СИЛА ПРИТЯЖЕНИЯ

УНИКАЛЬНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА
ДЛЯ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА
«СУХОГО ГЛАЗА»



- ⊕ Катионная офтальмологическая наноэмульсия благоприятно воздействует на все слои слезной пленки
- ⊕ Быстро и эффективно уменьшает клинические проявления и симптомы синдрома «сухого глаза»
- ⊕ Обладает отличной переносимостью и удобством применения

КАТИОНОРМ®



БЕЗ КОНСЕРВАНТОВ

СОВМЕСТИМ С
КОНТАКТНЫМИ ЛИНЗАМИ



НОВЫЕ
ПЕРСПЕКТИВЫ
ДЛЯ КОРРЕКЦИИ
СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА»

Santen

Santen Oy, Niittyhaankatu 20, 33721 Tampere, Finland
Tel: +358-3-284 8111, www.santen.eu