

## MANAGEMENTUL LAGOFTALMIEI PARALITICE

ANDREEA BOTEZAN<sup>1</sup>, ADRIANA STĂNILĂ<sup>2</sup>, EUGENIA DIANA MIHU<sup>3</sup><sup>1,3</sup>Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu, <sup>2</sup>Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu**Cuvinte cheie:**

lagoftalmie,  
keratopatie  
lagoftalmică,  
ectropion,  
tarsorafie, plăcuță  
de aur

**Keywords:**

lagophthalmia, lagoon  
phthalmic  
keratopathy,  
ectropion, tarsorrhachis,  
golden plate

**Rezumat:** Lagoftalmia este o complicație severă a paraliziei de nerv facial ce se traduce prin imposibilitatea închiderii pleoapei superioare. Este o afecțiune extrem de supărătoare pentru pacienți, atât tulburările estetice, cât și problemele oculare reprezentate de fenomene de iritare ale suprafeței oculare în procente variabile determinate de ocluzia incompletă a pleoapelor, alterarea filmului lacrimal și expunerea prelungită a suprafeței oculare la factorii de mediu datorită absenței sau reducerii reflexului de clipire, având un puternic impact asupra calității vieții și integrării lor socioprofessionale. Lucrarea de față își propune să abordeze conduita terapeutică în lagoftalmia paralică, atât din punct de vedere al terapiei conservatoare, cât și al celei chirurgicale.

**Abstract:** Lagophthalmia is a severe consequence of the facial nerv paralysis that is translated through the impossibility of the occlusion of the palpebral slip. It is an affection extremely annoying for the patients, in the esthetic issues but also in the ocular ones, represented by the irritation phenomena on the ocular surface in variables percentages determined by the occlusion of the eyelids, of alteration of the lacrimal film and of the prolonged exposure of the ocular surface at the environment factors due to the absence of the blinking reflex, with a strong impact on their life quality and socio-professional integration. This paper studies the therapeutic conduct in the paralytic lagophthalmia from the point of view of the conservatory therapy but also from the point of view of the surgical therapy.

**ARTICOL ȘTIINȚIFIC PREDOMINANT TEORETIC**

Lagoftalmia, termen derivat din cuvântul grecesc pentru „iepure”, se referă la înfățișarea iepurelui care doarme cu ochii deschiși. Este definită ca și imposibilitatea ocluziei palpebrale produsă de paralizia facială periferică prin afectarea mușchiului orbicularis oculi. Lagoftalmia este rezultatul efectului rezidual afectării nervului cranian VII de cauză: congenitală (sindromul Moebius); dobândită (paralizia Bell, leziuni vasculare); neoplazică; iatrogenă (intervenții chirurgicale); traumatică, afecțiuni degenerative.

Lagoftalmia poate fi doar nocturnă „doarme cu ochii incomplet închiși” sau este manifestă permanent, determinând o simptomatologie mult mai severă.

În lagoftalmia paralică, fanta palpebrală este întredeschisă, iar în momentul în care bolnavul încearcă să închidă ochii, pleoapa superioară de partea paralizată cade prin greutatea sa, însă nu realizează ocluzia completă. Globul ocular este deviat în sus și în afară (semnul Bell). Din cauza scăderii tonusului mușchiului orbicular, pleoapa inferioară este ușor ectropionată, iar punctul lacrimal inferior, pierzând contactul cu globul, se produce epifora. Din cauza inocluziei palpebrale care este mai accentuată în timpul somnului, corneea neumectată corespunzător, se va usca, se va dezepiteliza și în unele situații vor apărea ulcerări corneene în treimea inferioară a corneei (keratita lagoftalmică). Aceasta survine mai precoce și este mai gravă atunci când leziunea este situată între punte și ganglionul geniculat extern, producând tulburarea secreției lacrimale. Pierderea sensibilității corneene indică o leziune extinsă de nerv VII sau VIII cu presiune pe nervul trigemen, fiind factor de prognostic prost și necesitând tratament agresiv.

**Managementul oftalmologic al pacientului cu lagoftalmie paralică.** Managementul sechelelor oculare secundare paraliziei de nerv facial trebuie individualizat pentru fiecare pacient în parte. Vârsta pacientului, motilitatea oculară, producerea de lacrimi și sensibilitatea corneeană trebuie luate în considerare în stabilirea planului de tratament pentru pacientul cu lagoftalmie paralică. Medicul oftalmolog trebuie să evalueze toți pacienții cu paralizie de nerv facial și lagoftalmie. Examenul biomicroscopic este utilizat pentru a determina integritatea corneeană. Testele Schirmer pot fi utilizate pentru a măsura producția de lacrimi. În situația în care **lagoftalmia este discretă** și există perspective de recuperare, cocktailurile vitaminice, lacrimile artificiale și ocluzia ochiului pe timpul nopții pot fi suficiente pentru a menține integritatea corneeană până la recuperarea funcției palpebrale. Creșterea umidității ambientale ajută la reducerea simptomatologiei în cazul pacienților care trăiesc în regiuni cu aer extrem de uscat. Lacrimile artificiale și colirele cu antibiotic pot fi instilate la câteva ore în cazul pacienților cu, sau aflați la riscul de a dezvolta keratopatie. Dacă **lagoftalmia este mai accentuată** și apar semne de suferință corneeană, este necesară o blefarorafie temporară în cele două treimi externe ale fantei palpebrale. Aceasta va fi menținută până când se produce recuperarea motorie a orbicularului. Injecțiile cu toxină botulinică pot fi de asemenea, folosite pentru a coborâ pleoapa superioară. Tipic, pleoapa superioară cade câteva zile după injectarea mușchiului ridicător. Pot fi necesare câteva luni pentru rezolvarea ptozei induse. În situația în care **lagoftalmia este persistentă** și nu se întrevede recuperarea funcțională, se va recurge la tratamentul chirurgical, ce va fi individualizat, alegând tehnica care se potrivește cel mai bine nevoilor pacienților. Tehnicile utilizate

<sup>1</sup>Autor Corespondent: Andreea Botezan, Str. Turgeniev, nr. 7. Sibiu, România, e-mail: andreea\_botezan@yahoo.com, tel: 0744502992  
Articol intrat în redacție în 03.05.2011 și acceptat spre publicare în 26.09.2011  
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Decembrie 2011; 2(4)47-48

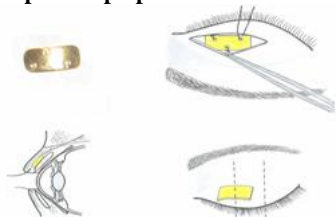
pot fi împărțite în intervenții „statice”, care influențează dimensiunea fisurii palpebrale, și tehnici „dinamice”, efectuate pentru a îmbunătăți mobilitatea și ocluzia palpebrală.

### Tehnici „statice”

- **Cantoplastia medială și tarsorafie laterală parțială** îngustează fisura palpebrală în ambele dimensiuni, orizontală și verticală, și totodată contribuie la suspensia pleoapei inferioare. Tarsorafiele mai extinse, centrale sau laterale, sunt rezervate cazurilor cu fenomen Bell inadecvat, secreție lacrimală scăzută sau keratopatie neurotrofică. Aceste tehnici determină însă, reducerea câmpului vizual și un aspect inestetic.

- **Implanturile palpebrale interne.** În prezent, cea mai populară și utilizată procedură statică în paralizia lagofthalmică este implantul de greutate la nivelul pleoapei superioare. Aceste plăcuțe sunt confecționate din aur sau platină, cu o bună compatibilitate față de țesuturile palpebrale. Dimensiunile plăcuței (1-1,2 grame) sunt testate preoperator cu pacientul în șezut. Plăcuța pentru care se va opta în final va fi aceea care determină cea mai bună închidere a pleoapei, dar cu cea mai redusă ptoză. Plăcuța se fixează la nivelul tarsului pleoapei superioare prin cele trei orificii ale acesteia după crearea unui „buzunar” sub tegumentul pleoapei superioare.

**Figura nr. 1. Implantul palpebral intern**



Poziționarea implantului la nivelul pleoapei superioare. O alternativă la plăcuța de aur, pentru pacienții alergici la acest material, o reprezintă platină, disponibilă sub formă de implanturi rigide sau sub formă de lanțuri flexibile care se adaptează pe suprafața curbă a tarsului. Complicațiile implantului de plăcuțe de aur sunt în general minime. Postoperator poate să apară o ușoară ptoză a pleoapei superioare, de asemenea plăcuța poate transparența la unii pacienți prin mușchiul orbicular subțiat. Uneori exteriorizarea plăcuței prin tegument poate să apară treptat pe parcursul a câtorva luni, caz în care se va îndepărta implantul și se va reinsera după vindecarea pleoapei.

- **Plăcuțele palpebrale externe** (blinkeze external eyelid weights) O alternativă modernă la plăcuțele implantate chirurgical sunt plăcuțele palpebrale externe. Sunt o variantă de tratament rapidă și eficientă deoarece plăcuța coboară pleopa și permite un reflex de clipire mult mai ușor, asigurând o protecție continuă a corneei și un film lacrimal mai stabil. Este disponibil un set de probă de plăcuțe cu diferite greutăți (între 0,6-1,8 grame) din care medicul trebuie să aleagă plăcuța cu greutate optimă, care coboară pleopa până la 1mm peste corneea și permite un clipit ușor. Plăcuțele se atașează la pleopa superioară cu ajutorul unor benzi dublu adezive, hipoalergenice. Sunt disponibile în diferite nuanțe de culoare, pentru a fi cât mai apropiate de nuanța pielii pacientului.

### Tehnici „dinamice”

- **Cerclajul cu bandă siliconică.** Se plasează o bandă siliconică în jurul pleoapei superioare și inferioare, astfel încât pleopa superioară să treacă peste pleopa inferioară cu 1-2 mm. Când pleopa este ridicată sub acțiunea ridicătorului se creează o tensiune în cerclaj. Când ridicătorul este relaxat, cerclajul întins forțează închiderea pleoapei.

- **Arcul ortodontic.** O bucată de sârmă modelată în

formă de arc este plasată lateral de pleopa superioară. Când ochiul se deschide, se creează o tensiune în sârmă, iar când ridicătorul se relaxează, tensiunea din arc determină coborârea pleoapei.

- **Transferul de tendon de mușchi temporal** Cerclajul din jurul pleoapei format din tendonul fasciei temporalului generează în acest caz forța de închidere. Când pacientul încheștează fălcile, folosind mușchiul temporal, tensiunea de la nivelul tendonului determină închiderea pleoapei.

Chirurgia pleoapei inferioare este indicată la pacienții cu ectropion sau refracție semnificativă a pleoapei inferioare. Corecția ectropionului paralytic poate fi realizată prin procedeele Kunt-Szymanowski, cantoplastie laterală Bick, „banda tarsală” Tenzel.

## CONCLUZII

Tratamentul lagofthalmiei și al keratopatiei de expunere, trebuie individualizat pentru fiecare pacient. O mare varietate de tehnici pot fi utilizate pentru a asigura funcția palpebrală și confortul ocular, în funcție de dimensiunile clinice ale paraliziei.

Datorită modificărilor estetice importante și stresului psihologic consecutiv acestora, aspectul cosmetic trebuie inclus în conceptul chirurgical.

„Cercetări realizate în cadrul proiectului POSDRU/CPP107/DM11.5/S/76851 cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007 – 2013”

## BIBLIOGRAFIE

1. Baheeran N., Ethunandan M., Ilankovan V. Gold weight implants in the management of paralytic lagophthalmos. Int J Oral Maxillofac Surg. 2009, 38(6): 63;
2. Pereira M.V., Gloria A.L. Lagophthalmos. Semin. Ophthalmol. 2010 May; 25(3);
3. Schrom T., Bast F. Surgical treatment of paralytic lagophthalmos. HNO. 2010 Mar; 58(3): 279-88; quiz 289-90;
4. Dalkiz M., Gokee N.S., Aydin A., Beydemir B. Gold weight implantation for rehabilitation of the paralytic eyelid. Int J Oral Maxillofac Surg. 2007; 36: 52;
5. Tuna S.H., Gumus H.O., Hersek N. Custom-made Gold Implant for Management of Lagophthalmos: A Case Report. Eur J Dent. 2008; 2(4): 294-8;
6. Berqeron C.M., Moe K.S. The evaluation and treatment of upper eyelid paralysis. Facial Plast. Surg. 2008; 24(2): 220-30;
7. Robert C., Van de Graaf, Frank F.A., I Jpma, and Jean-Philippe A. Nicolai. Lagophthalmos or Hare Eye: An Etymologic Eye Opener. Aesthetic Plast. Surg. 2008 May; 32(3): 57;
8. Cernea Paul, Tratat de oftalmologie, 2002, pg 216; 351;
9. Adriana Stănilă, Ioan Ștefan Florian Ghid de neurooftalmologie, 2007, pg 116;
10. Kanski J.J. Clinical Ophthalmology, 5-th Edition, 2003, 405;
11. El Shayly M., Guindi S. Static management of lagophthalmos following facial nerve paralysis using standardized weights. Rev Laryngol Otol. Rhinol (Bord) 2008; 129(4-5): 263-6;
12. Schrom T. Lidloading in facial palsy. Laryngorhinootologie. 2007 Sep; 86(9);
13. Custer P.L. Ophthalmic management of the facial palsy patient. Semin Plast. Surg. 2004 Feb; 18(1): 31-8;
14. Scmitzer S., Pop M., Ungureanu R., Chițac F. Lagofthalmia paralytică, Metode de tratament. Oftalmologia. 2004; 48(2): 62-4.