

Operacje powiek i spojówek

Opadnięcie powieki górnej (ptoza) dotyczy w Polsce około 1 miliona osób po 55 r.ż. Niskie ustawienie powieki powoduje ograniczenie pola widzenia, zmniejsza się ilość światła wpadającego do oka, pogarsza się widzenie w nocy, pojawiają się trudności w czytaniu. Ponadto, wyrównawcze ustawienie głowy prowadzi do przewlekłych bólów karku i szyi. Twarz z opadniętymi powiekami wygląda smutno, wręcz depresyjnie. Osoby z takimi powiekami ograniczają kontakty towarzyskie, nie chcą sobie robić zdjęć, bo się sobie nie podobają. W USA operacja prowadząca do prawidłowego ustawienia powieki górnej jest jedną z najczęściej wykonywanych korekcji okuloplastycznych. W Polsce taki zabieg nadal przeprowadzany jest stosunkowo rzadko.

CENTRUM MEDYCZNE ORBITA

ul. Mińska 25A, lok. U10
03-808 Warszawa
tel. +48 22 847 44 50

kontakt@centrummedyczneorbita.pl
www.centrummedyczneorbita.pl

Spis treści

	<i>strona</i>
1. Co oznacza termin „ptoza”?	3
2. Dlaczego powieki opadają? Jakie są najczęstsze przyczyny opadania powiek?	3
3. Jak lekarz stawia diagnozę?	5
4. Kiedy należy operować opadającą powiekę?	6
5. Czy operacja jest jedyną metodą leczenia opadnięcia powieki? Na czym polega zabieg?	7
6. Jakie są przeciwwskazania do plastyki opadającej powieki?	8

	<i>strona</i>
7. Dlaczego warto się zdecydować na zabieg? Jakich efektów mogą się spodziewać?	8
8. Czy zabieg jest bezpieczny? Jakie komplikacje mogą wystąpić po zabiegu?	9
9. Jak długo utrzymują się efekty zabiegu?	9
10. Czy blizna po operacji będzie widoczna?	10
11. Jak przebiega rekonwalescencja po zabiegu?	10
12. Jak należy przygotować się do operacji opadającej powieki?	11

1.

CO OZNACZA TERMIN „PTOZA”?

Pojęcie *ptosis* odnosi się do przemieszczenia ku dołowi lub opadnięcia każdej struktury anatomicznej. W okulistyce ta skrócona forma jest często stosowana zamiast bardziej ścisłego pojęcia – *blepharoptosis*, oznaczającego opadnięcie albo przemieszczenie ku dołowi powieki górnej. Prawidłowo brzeg dolny powieki górnej u dorosłego człowieka, przy ustawieniu gałki ocznej „na wprost”, pokrywa około 0,5-2 mm rąbka rogówki w linii środkowej źrenicy. Prawidłowa szerokość szpary powiekowej (odległość między brzegami wolnymi powieki górnej i dolnej) wynosi około 9 mm i zależy od odpowiedniego napięcia i działania mięśni otaczających powiekę: dźwigacza powieki, mięśnia tarczowego górnego (mięsień Müllera), mięśnia okrężnego oka oraz mięśnia czołowego.

Opadanie powieki powoduje zwężenie szpary powiekowej i przysłonięcie gałki ocznej, w skrajnych przypadkach całkowite zasłonięcie źrenicy. Tak więc ptoza choć w większości przypadków stanowi defekt estetyczny, w zaawansowanych przypadkach może być przyczyną zaburzeń czynnościowych – pogorszenia ostrości wzroku. Dzieje się tak dlatego, że opadająca powieka nie tylko powoduje ograniczenie pola widzenia w części górnej, ale także ogranicza ilość światła wpadającego do oka, a co za tym idzie osłabienie ostrości wzroku, zwłaszcza w nocy.

Wielu pacjentów z opadającymi powiekami skarży się na trudności w czytaniu, ponieważ opadnięcie powieki nasila się przy spojrzeniu w dół. To pogorszenie jest spowodowane zmniejszeniem napięcia mięśnia czołowego. Jego stały skurcz może maskować opadnięcie powieki w pierwotnym kierunku spojrzenia – patrzenie „na wprost”. U dzieci nieleczone opadanie powieki może prowadzić do niedowidzenia. Ponadto, nieprawidłowe ustawienie powieki może również mieć niekorzystne skutki psychologiczne, zwłaszcza u dzieci i nastolatków, co przekłada się niekiedy na złe wyniki w nauce, naraża na ostracyzm i może prowadzić do całkowitej alienacji.

2.

DLACZEGO POWIEKI OPADAJĄ? JAKIE SĄ NAJCZĘSTSZE PRZYCZYNY OPADANIA POWIEK?

Właściwe funkcjonowanie powiek zależy zarówno od prawidłowo funkcjonujących mięśni, jak i nerwów je zaopatrujących. Za zamykanie powiek odpowiada mięsień okrężny oka, unerwiony przez nerw twarzowy, a uniesienie powieki jest możliwe dzięki mięśniowi dźwigaczowi powieki górnej oraz mięśniowi tarczowemu (mięsień Müllera), który wychodzi z powierzchni głębokiej dźwigacza, łącząc się z brzegiem górnym tarczki powieki. Dźwigacz powieki górnej jest unerwiony przez nerw okoloruchowy, zaś mięsień Müllera – przez włókna nerwowe układu współczulnego. Wadliwe funkcyjono-

wanie powieki najczęściej wiąże się z nieprawidłowym działaniem mięśni szkieletowych odpowiedzialnych za unoszenie powieki lub uszkodzeniem nerwów unerwiających te mięśnie.

Ptoza występuje u pacjentów w każdym wieku, może być schorzeniem wrodzonym bądź nabytym. Ptoza wrodzona rozpoznawana jest zaraz po urodzeniu lub w pierwszym roku życia i zwykle jest schorzeniem izolowanym. Natomiast opadnięcie powieki pojawiające się po ukończeniu pierwszego roku życia jest zaliczane do schorzeń nabytych. Nabyte opadanie powieki może występować niezależnie lub stanowić jeden z objawów w chorobach systemowych.

Najczęstszy rodzaj ptozy izolowanej u dorosłych to ptoza z powodu tak zwanego defektu aponeurotycznego. Jego istotą jest nieprawidłowe położenie i działanie rozciągna mięśnia dźwigacza powieki górnej jednego lub obu oczu, co w konsekwencji powoduje opadanie jednej lub obu powiek górnych.

U starszych pacjentów nieprawidłowe funkcjonowanie mięśnia dźwigacza powieki górnej wynika ze zmian degeneracyjnych pojawiających się z wiekiem, natomiast u młodszych osób często jest spowodowane uszkodzeniem rozciągna mięśnia dźwigacza powieki górnej w trakcie zakładania szkieł kontaktowych lub następstwem chirurgicznego usunięcia zaćmy czy operacji jaskry, a także urazu oka. Podczas operacji może dojść do bezpośredniego mechanicznego uszkodzenia mięśnia lub uszkodzenia wtórnego z powodu obrzęku poopercyjnego lub toksycznego działania miejscowych środków znieczulających na mięśnie powieki. Z kolei starcze

opadanie powieki wiąże się ze zmianami zwyrodnieniowymi rozciągna mięśnia dźwigacza powieki górnej, takimi jak: rozstęp włókien, oderwanie części włókien od przyczepu lub rozciągnięcie włókien, co wywołuje niedowład mięśnia. Zaburzenie jest zwykle obustronne i może być mylnie rozpoznawane jako opadanie powiek w miastenii, ponieważ objawy nasilają się pod koniec dnia z powodu zmęczenia mięśnia Müllera. Do innych przyczyn ptozy zalicza się: infekcje, alergie, ciężę, długotrwałe stosowanie steroidów, a nawet uszkodzenie mechaniczne wskutek częstego pocierania powieki.

U pacjentów z defektem rozciągna nasilenie objawów bywa różne, a bruźda powiekowa może nie występować albo być umiejscowiona wyżej niż u osób zdrowych. Wyróżnia się następujące odmiany ptozy nabytej nieizolowanej:

- » **neurogenną** – będącą objawem porażenia nerwu okoruchowego bądź częścią składową zespołu Hornera, rzadziej anomalii ośrodkowego układu nerwowego,
- » **miopatyczną** – przyczyną jest zaburzenie mięśnia dźwigacza powieki górnej,
- » **neuromięśniową** – należącą do schorzeń autoimmunologicznych, w których przeciwciała niszczą receptory acetylocholinowe umiejscowione w płytkach nerwowo-mięśniowych, występującą w miastenii, zwłaszcza postaci ocznej,
- » **mechaniczną** – spowodowaną zmianami neoplastycznymi na powiece górnej, takimi jak: naczyńniaki, gradówki, torbiele skórzaste czy nerwiakowłókniaki, z powodu których powieka staje się zbyt ciężka dla dźwigacza,

- » **neurotoksyczną** – wywołaną porażeniem zakończeń nerwowo-mięśniowych, np. jadem w wyniku ukąszenia przez węża czy też nieprawidłowym podaniem toksyny botulinowej podczas zabiegu korekcji zmarszczek,
- » **pourazową** – będącą skutkiem bezpośredniego urazu mięśni odpowiedzialnych za ruch powieki górnej,
- » **pseudoptozę** – wynik innych anomalii niż dysfunkcje dźwigacza powieki górnej – oczu o nietypowej wielkości, nietypowym kształcie czy położeniu,
- » **ptozę w następstwie opadania brwi** – często występuje u pacjentów powyżej 50 r.ż. i wynika z osłabienia mięśni czołowych, co sprawia, że skóra poniżej brwi również opada na powiekę górną.

3.

JAK LEKARZ STAWIA DIAGNOZĘ?

Rozpoznanie opadnięcia powieki stawia się na podstawie wywiadu, badania klinicznego chorego oraz, w wybranych przypadkach, badań dodatkowych i konsultacji specjalistycznych. Pierwszym etapem procesu diagnostycznego blefaroptozy jest wywiad. Należy w nim zwrócić szczególną uwagę na okoliczności wystąpienia schorzenia, czas po jakim pacjent zgłosił się do lekarza, zmienność objawów w ciągu dnia, szybkość narastania i nasilenia objawów choroby oraz przeanalizować historię urazów, chorób oczu, w tym alergicznych, przebytych operacji okulistycznych oraz ewentualnego stosowania szkieł kontaktowych.

Ważną wskazówką diagnostyczną jest współistnienie takich objawów, jak: podwójne widzenie (może sugerować zmiany w mózgu, miastenię czy niedowład nerwu okoruchowego), nieostre widzenie, ograniczenie pola widzenia, występowanie bólów głowy, obejmujących okolicę czołową, wynikających ze zmęczenia mięśni czołowych wykorzystywanych kompensacyjnie do unoszenia powiek pośrednio przez podnoszenie brwi, nasilenie łzawienia, odynofagia (ból gałek ocznych połączony z odruchowym zamykaniem powiek podczas połykania, często spowodowany nieprawidłowym unerwieniem mięśni) czy nużliwość mięśni sugerująca miastenię. Pomocne bywa obejrzenie fotografii pacjenta z przeszłości i porównanie ich ze stanem aktualnym.

W badaniu przedmiotowym trzeba zwrócić uwagę, w jaki sposób Pacjent trzyma głowę, ponieważ opadanie powiek znacznego stopnia sprzyja tendencji do kompensacyjnego unoszenia głowy i odchylenie jej do tyłu. Podczas badania okulistycznego ocenia się funkcję dźwigacza powieki górnej, wysokość szpary powiekowej (pomiar w najszerszym miejscu pomiędzy brzegami rzęсовymi obu powiek), linię obrysu brzegu powieki górnej i położenie fałdu powieki górnej. Ocenia się również stopień ptozy, mierząc stopień przysłonięcia przez opadającą powiekę tęczęwki w linii źrenicznej (mały – 2 mm, umiarkowany – 3 mm, duży – 4 mm i więcej).

Ocena funkcji dźwigacza jest ważnym czynnikiem w planowaniu wyboru metody leczenia chirurgicznego. Funkcję dźwigacza bada się na siedząco. Lekarz palcem wskazującym lewej ręki uciska mięsień czołowy (łuk brwiowy) i nakazuje Pacjentowi wodzić wzrokiem za palcem wskazującym prawej ręki. Ważny jest też po-

miar odległości pomiędzy fałdem powiekowym a brzegiem rzęśowym powieki górnej, który powstaje w wyniku oddziaływania przyczepu mięśnia dźwigacza na skórę. U pacjentów z wrodzonym opadnięciem powieki fałd jest niewyraźny lub go w ogóle nie ma. U pacjentów z inwolucyjnym opadnięciem powieki jest wyraźnie zaznaczony i uniesiony.

W diagnostyce blefaroptozy przeprowadza się także testy diagnostyczne, takie jak: test Schirmera i test fluorescencyjny (*tear break-up time*, TBUT), służące do oceny wydzielania łez, oraz test tensilonowy z zastosowaniem 10 mg chlorku edrofonium (tensilon) podawanego doustnie lub przez okulistę jako *ice pack* bezpośrednio do mięśnia dźwigacza powieki (test służący do rozpoznawania miastenii). By ocenić wydolność mięśnia Müllera, podaje się do worka spojówkowego leki sympatykomimetyczne – fenylefrynę lub apraklonidynę i ocenia zmianę położenia powieki po 10 minutach.

U pacjentów, u których występują także objawy neurologiczne, w dalszej diagnostyce należy wykonać rezonans magnetyczny (RM), tomografię komputerową (TK) mózgowia, twarzoczaszki i oczodołów z kontrastem oraz skonsultować Pacjenta z neurologiem.

4.

KIEDY NALEŻY OPEROWAĆ OPADAJĄCĄ POWIEKĘ?

Jak już wcześniej wspomniano opadnięcie powieki może stanowić jedynie defekt kosmetyczny, ale także prowadzić do zaburzeń czynnościowych, w znacznym stopniu wpływających na codzienne funkcjonowanie Pacjenta (ograniczenie pola widzenia, trudności w czytaniu, jeździe samochodem). W pierwszej grupie pacjentów podjęcie decyzji o operacji wiąże się z chęcią uzyskania młodszego i bardziej estetycznego wyglądu, w grupie drugiej – poprawą komfortu życia.

Nieco inaczej wygląda kwestia zabiegu opadającej powieki w ptozie wrodzonej u dzieci. U tych pacjentów głównym celem zabiegu jest zapobieganie rozwojowi niedowidzenia oraz umożliwienie prawidłowego rozwoju wzrokowego dziecka (prawidłowa ostrość wzroku, widzenie stereoskopowe – przestrzenne).

5.

CZY OPERACJA JEST JEDYNĄ METODĄ LECZENIA OPADNIĘCIA POWIEKI? NA CZYM POLEGA ZABIEG?

Leczenie opadania powiek jest uwarunkowane etiologią choroby. Skuteczna terapia obejmuje prawidłową diagnozę przyczyn zaburzenia oraz zaplanowanie jak najkorzystniejszego dla danego Pacjenta sposobu postępowania. Opadnięcie powieki w miastonii może być skutecznie leczone zachowawczo takimi lekami, jak: inhibitory cholinesterazy, kortykosteroidy, azatiopryna czy diaminopirydyna. Ptoza w innych schorzeniach lub samoistna wymaga zastosowania korekcji chirurgicznej, szczególnie wskazanej u osób, u których opadająca powieka wywołuje ograniczenie pola widzenia bądź w istotny sposób pogarsza jakość życia oraz u dzieci.

Procedury chirurgiczne korygujące opadnięcie powieki można zaliczyć do trzech rozległych kategorii:

- » zewnętrzne (przezskórne) przemieszczenie ku przodowi mięśnia dźwigacza powieki górnej,
- » wewnętrzne (przezspojówkowe) metody resekcji mięśnia dźwigacza powieki górnej/ mięśnia Müllera/ mięśnia Müllera i tarczki,
- » zawieszenie powieki na mięśniu czołowym.

Nasilenie i rodzaj opadnięcia powieki, a także stopień zachowania czynności mięśnia dźwigacza to czynniki najczęściej wpływające na wybór procedury operacyjnej korygującej ptozę. Jeśli funkcja mięśnia jest zachowana,

leczenie ma na celu przywrócenie prawidłowego przyczepu rozciągnięta do tarczki (cięcie operacyjne można przeprowadzić przez skórę lub przez spojówkę). Po wycięciu nadmiaru skóry oraz włókien mięśnia okrężnego oka, odsłania się rozciągnięto dźwigacza powieki górnej, które skraca się poprzez jego wycięcie (zakres wycięcia to trzykrotność różnicy szerokości szpar powiekowych) lub plikację (sfałdowanie), zakładając szwy pomiędzy przedtarczkową częścią mięśnia okrężnego oka a przednią powierzchnią rozciągnięta. Procedurę często łączy się z plastyką skóry obu powiek, dzięki czemu uzyskuje się nie tylko symetrię ich ustawienia, ale także doskonały efekt estetyczny – odmłodzenie okolicy oka.

U Pacjentów, u których opadnięcie powieki górnej wynika z upośledzenia funkcji mięśnia tarczowego – mięśnia Müllera przy zachowanej dobrej funkcji mięśnia dźwigacza powieki, procedurą z wyboru jest przezspojówkowa resekcja mięśnia Müllera lub mięśnia Müllera i tarczki. W przypadku tej metody zabieg wykonywany jest od strony wewnętrznej powieki, tam też zlokalizowana jest rana operacyjna i szwy chirurgiczne. Zabieg nie pozostawia widocznych śladów w postaci blizn, wiąże się z koniecznością stosowania przez Pacjenta soczewki kontaktowej, chroniącej rogówkę oka przed drażnieniem przez szwy. Korekta chirurgiczna opadnięcia powieki przez jej podwieszenie do mięśnia czołowego jest procedurą zarezerwowaną dla pacjentów bez zachowanej czynności mięśnia dźwigacza – ptoza neurogenna oraz wrodzone opadnięcie powieki u dzieci. Zabieg polega na podwieszeniu powieki na paśmie powięzi skroniowej, paśmie powięzi szerokiej uda lub obecnie najczęściej stosowanych taśmach z materiałów syntetycznych, jak GoreTex czy silikon do włókien brzu-

śca mięśnia czołowego. Metoda wymaga wykonania tylko kilku krótkich (kilkumilimetrych) cięć, które lokalizowane są w naturalnych załawkach skóry bądź zmarszczkach, co zmniejsza ryzyko widoczności blizn pooperacyjnych.

Korekcja opadania powiek jest procedurą wykonywaną w znieczuleniu miejscowym, ewentualnie w znieczuleniu miejscowym z sedacją anestetyczną, trwającą, zależnie od metody, od 0,5 do 1,5 godziny.

6.

JAKIE SĄ PRZECIWSKAZANIA DO PLASTYKI OPADAJĄCEJ POWIEKI?

Do zabiegu podniesienia powieki powinni być ostrożnie kwalifikowani pacjenci ze zmniejszonym wydzielaniem łez czyli tzw. zespołem „suchego oka”, bowiem podniesienie powieki, a co za tym idzie, poszerzenie szpary powiekowej może u tych osób nasilać objawy choroby. Wśród innych przeciwwskazań do zabiegu należy wymienić:

- » choroby przebiegające z zaburzeniem krzepliwości krwi oraz przyjmowanie leków przeciwkrzepliwych,
- » nieregulowane nadciśnienie tętnicze lub źle kontrolowana cukrzyca,
- » choroby nowotworowe,
- » czynne choroby autoimmunologiczne,
- » stany zapalne i infekcje skóry twarzy,

- » tendencja do tworzenia bliznowców,
- » ciąża i karmienie piersią.

7.

DLACZEGO WARTO SIĘ ZDECYDOWAĆ NA ZABIEG? JAKICH EFEKTÓW MOGĘ SIĘ SPODZIEWAĆ?

Ptoza, powodująca znaczne ograniczenie górnego zakresu pola widzenia albo trudności podczas czytania, jest problemem czynnościowym, a jego korekcja często poprawia zdolność pacjentów do wykonywania codziennych czynności. Zabieg poprzez zwiększenie ilości światła wpadającego do oka przyczynia się do poprawy ostrości wzroku, czyniąc bardziej komfortowym czytanie czy prowadzenie samochodu, zwłaszcza nocą. Uzyskanie prawidłowego położenia powieki i szerokości szpary powiekowej znosi konieczność unoszenia brwi czy trzymania głowy w sposób ułatwiający prawidłowe widzenie. Brak konieczności ciągłego przekrzywiania głowy po operacji ptozy korzystnie wpływa na występujący przed zabiegiem ból karku czy szyi, zmniejszając lub całkowicie znosząc powyższe objawy. W przypadkach, w których opadnięcie powieki jest jedynie problemem kosmetycznym, nie powodującym zaburzeń widzenia, korekta ptozy, poprzez uzyskanie symetrii szpar powiekowych, niweluje piętno zmęczenia i senności, nadaje twarzy pogodniejszy wygląd oraz efekt jej odmłodzenia, czasem spektakularnego (o kilka-kilkanaście lat).

8.

CZY ZABIEG JEST BEZPIECZNY?

JAKIE KOMPLIKACJE MOGĄ WYSTĄPIĆ PO ZABIEGU?

Korekcja opadnięcia powieki górnej jest stanowiącym duże wyzwanie zabiegiem okulistycznej chirurgii plastycznej, który wymaga ustalenia odpowiedniego rozpoznania, rozważnego zaplanowania zabiegu, pełnego zrozumienia anatomii powiek i zastosowania dobrej techniki operacyjnej. Chociaż niedoświadczony chirurg operujący powieki (a czasem nawet Pacjent) może uznać korekcję powieki za zabieg prosty i przewidywalny, doświadczony chirurg zdaje sobie sprawę z możliwości wystąpienia powikłań, więc tę możliwość przewiduje.

Teoretycznie możliwe jest wystąpienie wielu komplikacji. Jednak w praktyce, zwłaszcza, gdy zabieg jest przeprowadzony w dobrej klinice i przez doświadczonego chirurga, zdarzają się one rzadko. Występowanie obrzęków i siniaków zależy od indywidualnych cech Pacjenta. Zwykle jednak ustępują one po tygodniu. W pierwszych dniach po operacji może wystąpić zamazane lub podwójne widzenie. Objawy te ustępują samoczynnie po kilku dniach.

Najczęstszym powikłaniem chirurgii ptozy jest niepełna korekcja opadnięcia. Do innych możliwych powikłań należy zaliczyć: nadmierną korekcję, niesatysfakcjonujące albo asymetryczne zarysy powiek, bliznowacenie, rozejście się rany, asymetrię fałdu powiekowego, wy-

padnięcie spojówki, odwrócenie tarczki oraz niedomykalność szpary powiekowej z wtórnym podsychnieniem rogówki z powodu jej odsłonięcia. Niedomykalność po chirurgii opadnięcia powieki występuje najczęściej u pacjentów z osłabioną czynnością mięśnia dźwigacza. Schorzenie to ma zwykle charakter przemijający, wymaga leczenia preparatami nawilżającymi albo maściami do czasu ustąpienia objawów.

9.

JAK DŁUGO UTRZYMUJĄ SIĘ EFEKTY ZABIEGU?

Zabieg plastyki powiek nie jest w stanie zatrzymać naturalnych procesów starzenia, tak więc efekt operacji może się zmniejszyć z czasem. Niekiedy (w około 15% przypadków) może być konieczne wykonanie ponownej operacji po upływie kilku, kilkunastu lat.

10.

CZY BLIZNA PO OPERACJI BĘDZIE WIDOCZNA?

Okolica powiekowa uważana jest za uprzywilejowaną pod względem estetyki gojenia się ran. W przypadku chirurgicznej korekty powieki górnej metodą Müllerektomii (skrócenie mięśnia Müllera) zabieg wykonywany jest od strony wewnętrznej powieki, nie ma cięcia na skórze oraz ryzyka powstania blizny. Podczas zabiegu skrócenia rozciągnięcia mięśnia dźwigacza powieki górnej czy „podwieszenia” powieki do mięśnia czołowego, cięcia operacyjne lokalizowane są w naturalnych załawkach skóry bądź zmarszczkach co zmniejsza ryzyko widoczności blizn pooperacyjnych. Z reguły po około 4 tygodniach blizny są niemalże niewidoczne, natomiast po okresie około 3 miesięcy nie sposób ich odróżnić od okolicznej skóry.

11.

JAK PRZEBIEGA REKONWALESCENCJA PO ZABIEGU?

We wczesnym okresie po zabiegu może być odczuwalny dyskomfort, odrętwienie powieki oraz umiarkowany ból, który jednak można kontrolować za pomocą zaleconych, doustnych środków przeciwbólowych.

U wszystkich pacjentów występują różnego stopnia (niekiedy nawet znaczne) obrzęki i zasinienia, które mogą również obejmować powieki dolne. Rozmiar zasinień jest zmienny osobniczo – największe siniaki występują w ciągu pierwszego tygodnia i stopniowo ulegają wchłonięciu, stając się mało widoczne w ciągu kolejnych dni po zabiegu, a znikają całkowicie po upływie około dwóch tygodni. Po operacji przez pierwsze trzy dni wskazane jest stosowanie zimnych kompresów na okolice powiek, unikanie pochylania się oraz spanie w pozycji z lekko uniesioną głową w celu redukcji obrzęku i siniaków.

W okresie pooperacyjnym wskazane jest stosowanie, poza lekami zapisanymi na receptę, kropli nawilżających typu „sztuczne łzy” (preparaty dostępne bez recepty), aby zmniejszyć uczucie pieczenia i swędzenia oczu. W pierwszych tygodniach po zabiegu może być również odczuwalna wzmożona wrażliwość oczu na światło.

W przypadku metod operacyjnych związanych z wykonaniem cięcia skórniego szwy zdejmowane w 5-7 dobie po zabiegu.

Powrót do normalnego życia możliwy jest już po około 7-10 dniach od zabiegu. W zależności od indywidualnych cech organizmu, zaróżowienie blizn może utrzymywać się nawet przez kilka miesięcy. Po tym czasie, blizny spowodowane nacięciami stają się praktycznie niewidoczne.

W pierwszych tygodniach po zabiegu należy unikać sauny, przed a przez kilka miesięcy ekspozycji powiek na słońce oraz korzystania z solarium.

Kobiety, które stosują delikatny makijaż powiek, mogą z niego korzystać już po tygodniu.

W początkowym okresie należy unikać alkoholu oraz palenia papierosów, które powodują opóźnienie gojenia się ran.

Przez okres około trzech tygodni po operacji należy się wstrzymać od aktywności sportowej oraz intensywnych ćwiczeń fizycznych.

12.

JAK NALEŻY PRZYGOTOWAĆ SIĘ DO OPERACJI OPADAJĄCEJ POWIEKI?

Ze względu na możliwość przedłużonego gojenia, większego ryzyka powikłań i gorszych efektów zabiegu, osobom palącym zaleca się odstawienie papierosów na co najmniej miesiąc przed planowanym zabiegiem, a także miesiąc po operacji. Kilka dni przed zabiegiem nie należy również spożywać alkoholu.

Stosowanie leków rozrzedzających krew w okresie okołoperacyjnym zwiększa ryzyko krwawienia i z tego powodu, jeśli to możliwe, leki te powinny zostać odsta-

wione. Przez 10 dni przed zabiegiem nie należy przyjmować leków, tj.: aspiryna, polopiryna, acard, polocard, areplex, plavix, zylt, clopidix, clopidogrel. Acenocumaryl, sintrom, warfin należy odstawić na cztery dni przed zabiegiem, zamieniając je w porozumieniu z prowadzącym lekarzem internistą lub kardiologiem na preparaty heparyny (np.: Clexane). W okresie przedoperacyjnym należy również unikać witaminy E oraz preparatów ją zawierających.

Należy zadbać o unormowanie wartości ciśnienia u osób z nadciśnieniem tętniczym oraz jak najlepszą kontrolę glikemii u osób cierpiących na cukrzycę.

W dniu zabiegu nie należy przyjmować posiłków oraz powstrzymać się od picia napojów na sześć godzin przed zgłoszeniem się na operację.

Osoby przyjmujące leki przewlekle, np.: na nadciśnienie tętnicze w dniu zabiegu powinny je przyjąć zgodnie z codziennym harmonogramem, popijając niewielką ilością wody.

W dniu zabiegu nie należy wykonywać makijażu twarzy i oczu.

Kobiety nie powinny ponadto być operowane w trakcie trwania miesiączki.