

### ΠΑΡΑΛΥΣΗ ΙΙΙ ΝΕΥΡΟΥ

Η χειρουργική θεραπεία της παραλύσεως του ΙΙΙ ν αναλαμβάνεται μετά την πλήρη αιτιολογική διερεύνηση.

Η στρατηγική της επέμβασης είναι η ίδια τόσο στην συγγενή όσο και στην επίκτητο παράλυση. Στην συνήθη κλινική εικόνα της παρέσεως των ανελκτῆρων επιδιώκεται τουλάχιστον η ανύψωση του βολβού μέχρι την πρωτεύουσα θέση. Καλή απόδοση έχει η επέμβαση κατά Knapr όπου γίνεται μετάθεση των καταφύσεων του έσω και έξω ορθού εγγύς της καταφύσεως του άνω ορθού. Με την επέμβαση αυτή επιτυγχάνεται περίπου διόρθωση στην πρωτεύουσα θέση μέχρι 38 ΔdPtr και επί παρέσεως κινητικότητα προς τα άνω μέχρι 25 ΔdPtr. Στην περίπτωση όμως που υπάρχουν ρικνωτικές αλλοιώσεις στον κάτω ορθό (έλεγχος παθητικής κινητικότητας) τότε σε πρώτη συνεδρία γίνεται οπισθία μετάθεση του κάτω ορθού και σε δεύτερη συνεδρία η επέμβαση κατά Knapr.

Εμείς επί παρέσεως των ανελκτῆρων όπου υπάρχει σχετική κινητικότητας προς τα άνω και δεν υπάρχει ρίκνωση του κάτω ορθού επεμβαίνουμε στο άλλο μάτι προκαλώντας αντίστοιχο πάρεση στους ανελκτῆρες δηλ. τον κάτω λοξό και τον άνω ορθό διορθώνοντας ταυτόχρονα και την συνήθως συμπαρομαρτούσα Ψευδοπτῶση του άνω βλεφάρου.

Στην περίπτωση που συμμετέχει και ο έσω ορθός εφαρμόζουμε την εγχείρηση κατά Knapr με μία παραλλαγή προς διόρθωση του αποκλίνοντος στραβισμού όπου η μετάθεση των γαστέρων του έσω και έξω ορθού συνδυάζεται ταυτόχρονα με μεγάλη μυεκτομή του έσω και οπισθία μετάθεση του έξω.

Στην περίπτωση που μόνο ο έσω ορθός είναι παράλυτος ενώ οι άλλοι έχουν μια σχετικά καλή κινητικότητα εφαρμόζουμε την επέμβαση κατά Jensen.

Την επέμβαση της τενοντομεταθέσεως του άνω λοξού μύος, ιδίως μετά από απόσπαση του τένοντος από την τροχιλία, στην κατάφυση του έσω ορθού δεν την εφαρμόζουμε λόγω των επιπλοκών που έχει.

Η διόρθωση της πτώσεως του βλεφάρου ακολουθεί τους γενικούς κανόνες.

1) Έλεγχος της λειτουργικότητας του ανελκτῆρος. Συνήθως είναι μηδενική και γίνεται ανάρτηση του μύος από τον μετωπιαίο μυ.

2) Έλεγχος του φαινομένου Bell το οποίο είναι συνήθως ασθενές η αρνητικό.

Επί αρνητικού Bell λίαν συντηρητική ανύψωση του βλεφάρου λόγω μεγάλης ευαισθησίας του κερατοειδούς στις περιπτώσεις αυτές.

3) Η επέμβαση επί του ανελκτῆρος γίνεται τελευταία τόσο για την συχνή ύπαρξη της ψευδοπτῶσεως όσο και για την γνωστή επίδραση των επεμβάσεων επί των καθέτων μυών στην βλεφαρική σχισμή.

4) Εκεί όπου συνιστάται η επείγουσα επέμβαση είναι στις σπάνιες περιπτώσεις όπου το βλέφαρο καλύπτει το κορικό πεδίο με ένδειξη ανύψωσης μέχρι το μέσον της κόρης προς αποφυγήν αμβλυωπίας.

5) Στην περίπτωση που δεν υπάρχει ταύτιση και το Bell είναι αρνητικό, μπορούμε να χειρουργήσουμε τον στραβισμό και να εφαρμόσουμε στο μη οδηγό μάτι θαμπό φακό επαφής και για την επί μερικές ώρες ανύψωση του βλεφάρου να χρησιμοποιήσουμε σε συνδυασμό με τεχνητά δάκρυα, ένα σκελετό γυαλιών με ελατήριο (Ptosisbrille)

### **Οφθαλμολογική αντιμετώπιση ΠΑΡΑΛΥΣΗ VI ΝΕΥΡΟΥ**

Σκοπός κάθε χειρουργικής ή συντηρητικής αντιμετώπισης είναι η απαλλαγή του ασθενούς από την διπλωπία και την αντισταθμιστική θέση κεφαλής, η διατήρηση διόφθαλμης όρασης και η πρόληψη αμβλυωπίας στα παιδιά.

Ορθοπτικός έλεγχος (βλ. Κλινική εκτίμηση της διπλωπίας) θα πρέπει να γίνεται σε τακτικά διαστήματα (αρχικά κάθε 6 εβδομάδες και κατόπιν κάθε 2-3 μήνες).

Εάν η στροφή της κεφαλής είναι μικρή και επιτρέπει διόφθαλμη όραση χωρίς διπλωπία σε ικανοποιητικό πεδίο βλεμματικών κινήσεων, μπορεί απλά να συστηθεί η χρησιμοποίηση της αντισταθμιστικής θέσης κεφαλής.

**Κάλυψη (Occlusion):** Σε μεγάλη στροφή κεφαλής και σε μη ανεκτή διπλωπία, η κάλυψη του ενός οφθαλμού μπορεί να αποτελεί την πιο προτιμητέα λύση. Επαλλάσσουσα κάλυψη συστήνεται σε παιδιά για την πρόληψη αμβλυωπίας, ενώ μπορεί να εφαρμοστεί και σε ενήλικες για την πρόληψη ρίκνωσης του ανταγωνιστή έσω ορθού. Μερικοί ασθενείς έχουν την ικανότητα να αγνοούν το πλασματικό είδωλο ή καταφέρνουν να προσηλώνουν με κάθε οφθαλμό ξεχωριστά, οπότε δεν απαιτούν κάλυψη.

**Πρίσματα:** Τα προσωρινά αυτοκόλλητα πρίσματα (Fresnel) έχουν το πλεονέκτημα ότι είναι ελαφρά και μπορούν εύκολα να αντικαθίστανται, ανάλογα με τις μεταβολές της γωνίας απόκλισης. Το μειονέκτημά τους είναι η ελάττωση της οπτικής οξύτητας. Εάν η γωνία του στραβισμού είναι σταθερή, πρίσματα μπορούν να συμπεριληφθούν στα γυαλιά του ασθενούς.

**Ένεση Botulinum Toxin:** Στην οξεία φάση, μπορεί να γίνει ένεση Botulinum Toxin στον ομόπλευρο έσω ορθό, με σκοπό την πρόληψη ρίκνωσης και ίνωσης του, κατά την ανάνηψη του έξω ορθού. Επίσης επαναλαμβανόμενες ενέσεις Botulinum Toxin βελτιώνουν την διπλωπία, διευκολύνουν την εφαρμογή πιο αδυνάτων πρισμάτων και ελαττώνουν τη στροφή της κεφαλής και μπορούν να γίνονται σε ασθενείς στους οποίους αντενδείκνυται η χειρουργική αντιμετώπιση. Botulinum Toxin μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε συνδυασμό με χειρουργική επέμβαση, όπως θα περιγραφεί ακολούθως.

Χειρουργική αντιμετώπιση: Ενδείκνυται σε παρέσεις και παραλύσεις οι οποίες παραμένουν τουλάχιστον για 6-12 μήνες.

**A. Μερική παράλυση:** Κατά τον Rosenbaum, η παράλυση είναι μερική εάν η ταχύτητα των σακκαδικών κινήσεων είναι μεγαλύτερη από 175 μοίρες ανά δευτερόλεπτο και η δοκιμασία ενεργητικής κινητικότητας είναι θετική αλλά ελαττωμένη. Ο Lee πρότεινε τη ένεση Botulinum Toxin στον έσω ορθό για να εκτιμηθεί η ικανότητα απαγωγής του οφθαλμού. Η μελέτη των σακκαδικών κινήσεων δεν γίνεται στην κλινική πράξη. Εμείς εκεί όπου είναι δυνατόν χειρουργούμε με επιφανειακή αναισθησία του επιπεφυκότος. Ο έσω ορθός διατέμνεται από την κατάφυσή του και αναρτάται με ράμμα. Ακολούθως γίνεται καλή εκτομή της κάψης του Tenon και ελέγχεται η κινητικότητα του έξω ορθού. Από τον βαθμό απαγωγής του βολβού κρίνεται η εγχειρητική ένδειξη δηλαδή η σχέση οπίσθιας μετάθεσης του έσω ορθού προς την μυεκτομή του έξω.

Κατά τη διάρκεια της επέμβασης, υπό γενική αναισθησία, διενεργείται δοκιμασία παθητικής κινητικότητας, η οποία, εάν είναι θετική υποδεικνύει ρίκνωση του ομόπλευρου έσω ορθού. Ανάλογα με την γωνία απόκλισης και εάν η πάρεση είναι ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη, γίνεται οπίσθια μετάθεση του έσω ορθού και μυεκτομή του έξω ορθού, με ρυθμιζόμενα ράμματα στον ένα ή και στους δύο μύες. Σε όλες τις περιπτώσεις ο ασθενής θα πρέπει να προειδοποιείται για την πιθανότητα μετεγχειρητικής διπλωπίας, η οποία μπορεί να αντιμετωπιστεί με πρίσματα ή με περεταίρω εγχείρηση.

**B. Πλήρης παράλυση:** Εάν η ταχύτητα των σακκαδικών κινήσεων είναι μικρότερη από 100 μοίρες ανά δευτερόλεπτο και η δοκιμασία ενεργητικής κινητικότητας είναι αρνητική, θα πρέπει να γίνει πλάγια μετάθεση των ομοπλεύρων άνω και κάτω ορθών, με σκοπό την ενίσχυση της απαγωγής.

Έχουν περιγραφεί διάφορες τεχνικές πλαγίας μετάθεσης, με ταυτόχρονη οπίσθια μετάθεση του ανταγωνιστού έσω ορθού. Όλες αυτές οι επεμβάσεις ενέχουν τον κίνδυνο μετεγχειρητικής πρόσθιας ισχαιμίας, καθώς χειρουργούνται τρεις ορθοί μυς.

Κατά την εγχείρηση Jensen, ο άνω, κάτω και έξω ορθός διαχωρίζονται επιμήκως κατά το ήμισυ της γαστέρας τους, και τα γειτονικά τμήματα των κάθετων μυών και του έξω ορθού ενώνονται με μη απορροφήσιμα ράμματα. Έτσι αποφεύγεται ο κίνδυνος ισχαιμίας, καθώς οι καταφύσεις των κάθετων μυών παραμένουν ακέραιες.

Παρόμοια είναι η εγχείρηση Hummelsheim, κατά την οποία γίνεται μετάθεση της μισής κατάφυσης των κάθετων ορθών πλαγίως της κατάφυσης του έξω ορθού.

Κατά την ολική μετάθεση, οι καταφύσεις των κάθετων ορθών μεταφέρονται πλαγίως της κατάφυσης του έξω ορθού. Για την ελάττωση του κινδύνου ισχαιμίας, μπορεί να ενεθεί Botulinum Toxin στον ανταγωνιστή έσω ορθό πριν, κατά τη διάρκεια ή κατόπιν της επεμβάσεως.