

Ectropion

Naar buiten gedraaid onderooglid

Plastische Chirurgie

Inleiding

Bij een ectropion is het onderooglid naar buiten gedraaid. De oorzaak is meestal een verslapping van het onderooglid, waardoor het instabiel wordt. De afwijking veroorzaakt klachten en is cosmetisch storend, omdat de rode binnenzijde van het ooglid zichtbaar is. Het slijmvlies van het onderooglid kan verdikt raken. Soms is het onderooglid naar binnen gedraaid; dit heet een *entropion*. Deze folder geeft alleen algemene informatie over een *ectropion*.

Klachten van een ectropion

Het onderooglid zorgt ervoor dat tranen worden afgevoerd naar het traanafvoersysteem (de pompfunctie van het onderooglid). Bij een ectropion functioneert het onderooglid niet goed meer, waardoor de tranen niet goed getransporteerd worden naar het afvoerkanaaltje van de traanwegen aan de neuskant in het onderooglid. Dit afvoerkanaaltje (de traanpunt) maakt zelf vaak ook geen contact meer met het oog. Dit leidt tot een tranend oog. Vaak is het oog ook geïrriteerd omdat het ooglid minder goed sluit.

Oorzaken van een ectropion

Er zijn verschillende vormen van ectropion. Een ectropion kan veroorzaakt worden door:

- leeftijd (involutioneel ectropion): op oudere leeftijd wordt een ectropion veroorzaakt door veroudering van de weefsels van het ooglid, waardoor horizontale verslapping (laxiteit) optreedt. De mate van verslapping wordt bepaald door:
 - de mate waarin het onderooglid van de oogbol kan worden getrokken (de snap-back test);
 - de mate waarin het onderooglid in horizontale richting naar de buitenzijde kan worden verplaatst om het ooglid goed tegen de oogbol te laten aansluiten (de laterale distractietest);
- huidziekten en littekens (cicatricieel ectropion): verlittekening van het onderooglid kan het gevolg zijn van (chemische) verbranding, een ongeval, een tumor of een chronische ontsteking. Deze ontsteking kan het gevolg zijn van verschillende huidziekten. De verlittekening heeft als gevolg dat er een tekort aan huid ontstaat met een ectropion, doordat het onderooglid niet meer tegen de oogbol aanligt.
- verlammingen (paralytisch ectropion): de spieren van de oogleden worden aangestuurd door de zevende hersenzenuw. Bij tijdelijke of permanente uitval van de zenuw functioneren de oogleden niet meer goed. Het knipperen en het sluiten van de oogleden verloopt niet goed;
- mechanisch (mechanisch ectropion): door het gewicht van een ooglidgezwel kan het onderooglid naar beneden gaan hangen;
- aangeboren afwijking (congenitaal ectropion): dit komt zeer zelden voor.

Onderzoek

Bij het oogonderzoek worden de volgende aspecten beoordeeld:

- het bepalen van de horizontale verslapping van het onderooglid met de snap-back test: dit is de mate waarin het onderooglid van de oogbol kan worden getrokken en de snelheid waarmee het ooglid weer de oude positie inneemt bij het loslaten ervan. Dit zegt iets over de mate van de horizontale verslapping;
- de laterale laxiteit (de laterale distractietest): dit is de mate waarin het ooglid naar de buitenzijde kan worden verplaatst om het ooglid goed tegen de oogbol te laten aansluiten;
- de mediale laxiteit: dit is de mate waarin het ooglid naar de binnenzijde kan worden verplaatst om het ooglid goed tegen de oogbol te laten aansluiten;
- dichtknijpen van de oogleden: dit laat zien of het onderooglid naar binnen kantelt bij het dichtknijpen van het oog;
- beoordelen van de huid en het slijmvlies (aanwezigheid van littekens, ontstekingen en gezwellen);
- stand van het ooglid na het openen van de mond.



Operatieve correctie van het involutioneel ectropion

De operatieve correctie wordt bepaald door de oorzaak van het ectropion. De meest voorkomende oorzaak van ectropion is verslapping van het onderooglid. Deze verslapping kan verholpen worden door het ooglid strakker te zetten, soms in combinatie met inkorten van de weefsels aan de binnenkant van het onderooglid. Deze ingreep vindt plaats op de polikliniek onder plaatselijke verdoving en duurt ongeveer 30 minuten. Het resultaat is mede afhankelijk van de duur van de afwijking: hoe langer de afwijking bestaat, hoe moeilijker de correctie is. Bij een lang bestaand ectropion is het slijmvlies aan de binnenzijde van het ooglid vaak rood en verdikt, hetgeen na de ingreep vaak langzaam herstelt.

De meest voorkomende operatietechniek is het 'lateraal inkorten van het ooglid'. Deze techniek ziet er schematisch als volgt uit:

- er wordt een horizontale snee onder de ooglidrand gemaakt;
- het onderooglid wordt in de buitenooghoek verticaal ingeknipt, het te slappe ooglid wordt dan ingekort;
- het onderooglid wordt weer vastgehecht in de buitenooghoek;
- de huid onder de ooglidrand wordt gehecht met niet-oplosbare hechtingen. Deze hechtingen worden na één week verwijderd op de polikliniek.

Soms ligt de traanpunt al langere tijd niet meer tegen het oog aan en is daardoor vernauwd. Tijdens de operatie wordt de traanpunt of op de goede positie geplaatst of opgerekt, zodat de opening vergroot wordt.

Aanpassingen van de operatietechniek

Soms wordt gekozen voor een andere techniek:

- retropunctale diamantexcisie: hierbij wordt een klein stukje weefsel (ruitvormig) verwijderd aan de binnenzijde van het onderooglid bij de traanpunt. Hierdoor komt de traanpunt beter tegen de oogbol te liggen;
- wigexcisie of pentagonaal blok: soms wordt in plaats van bovengenoemde operatietechniek een stukje (wigje) uit het onderooglid gehaald om het slappe ooglid in te korten. De wond wordt dan gesloten;
- bij een gezwel (mechanisch ectropion) wordt eerst het gezwel verwijderd en vervolgens het ooglid gereconstrueerd;
- bij een ectropion door een tekort aan huid (cicatricieel ectropion) is het vaak noodzakelijk huid aan te vullen. Dit gebeurt door de huid onder het ooglid aan te vullen met een huidtransplantaat (uit het bovenooglid, uit het andere bovenooglid of van achter of voor het oor). Deze ingreep wordt zelden verricht en vindt plaats in een daarvoor gespecialiseerd centrum.

Resultaat

Vaak lukt het met één operatie het onderooglid weer op zijn oorspronkelijke plaats te krijgen. Soms is het niet mogelijk een perfect resultaat te verkrijgen. Dit is afhankelijk van de duur van de aandoening. Het litteken onder het ooglid is na enkele weken vrijwel niet meer zichtbaar. Het is niet altijd mogelijk om een tranend oog te verhelpen.

Bloedverduunners

Het kan zijn dat u moet stoppen met het innemen van geneesmiddelen die de bloedstolling mogelijk beïnvloeden (bloedverduunners), omdat deze middelen de kans op bloedingen tijdens of na de ingreep verhogen. Bloedverduunners die u mogelijk niet meer mag innemen, zijn:

- acenocoumarol (Sintrom®)
- fenprocoumon (Marcoumar®)
- carbasalaatcalcium (Ascal®)
- acetylsalicylzuur (Aspirine®)
- clopidogrel (Plavix®)

Uw arts bespreekt met u òf en wanneer u met deze medicatie moet stoppen. Uw andere medicijnen kunt u gewoon doorgebruiken. Heeft u onduidelijkheden of twijfel over het gebruik van medicijnen, overleg dit dan met uw arts.

Complicaties en bijwerkingen

Bij iedere operatie kunnen complicaties optreden. Gelukkig komen deze niet vaak voor.

Mogelijke complicaties zijn:

- bloeduitstorting: meestal is het onderooglid tijdelijk wat rood door een bloeduitstorting; dit trekt geleidelijk weg;
- afscheiding: tijdens de eerste week na de operatie komt er wat afscheiding uit het oog. Dit is ingedroogd wondvocht uit de wond in de buitenooghoek en niets om u zorgen over te maken. Het wijst niet op een infectie, dit

komt na deze operatie vrijwel nooit voor. Voorzichtig deppen met lauw water is voldoende om afscheiding en korsten te verwijderen;

- gevoeligheid: vaak blijft de buitenooghoek de eerste weken na de operatie gevoelig; dit wordt geleidelijk minder;
- ondercorrectie: meestal treedt na correctie van ectropion een aanzienlijke verbetering op, soms bereikt men echter geen volledig normale situatie;
- kleurverschillen: indien een huidtransplantaat wordt gebruikt, dan zal dat door littekens en kleurverschillen van de huid meestal enigszins zichtbaar blijven. Bij deze operatie moet afgewogen worden wat zwaarder weegt: een enigszins zichtbaar transplantaat of een afstaand onderooglid.

Aanvullende informatie

- Op de website van ons ziekenhuis: www.plastischchirurgen.com
- In het Patiënten Service Centrum, route C02.

(Pijn)klachten

Heeft u wondproblemen, ernstige pijnklachten of andere vragen, dan kunt u altijd tijdens kantooruren contact opnemen met de polikliniek Plastische Chirurgie.

Buiten kantoor tijden dient u contact op te nemen met de receptie van het ziekenhuis, telefoon (053) 487 20 00. Zij nemen contact op met de dienstdoende plastisch chirurg.

Belangrijke contactgegevens

- Plastische Chirurgie Enschede, route C13, telefoon (053) 487 22 50
- Plastische Chirurgie Oldenzaal, route 180, telefoon (053) 487 22 50

Tenslotte

U heeft recht op juiste en volledige informatie. Pas als u voldoende inzicht heeft, kunt u weloverwogen toestemming geven voor een bepaalde behandeling of een bepaald onderzoek. Als iets u niet geheel duidelijk is, vraagt u de specialist of verpleegkundige dan om nadere uitleg.