

פלסטיקה של העין

תחום ברפואת עיניים העוסק בכירורגיה פלסטית ושיקומית של אזור העיניים כולל טיפול בבעיות עפעפיים, דרכי הדמעות, הסרת נגעים וגידולים, ארובת העין וכן הגבות והחלק העליון של הפנים.

מהי פלסטיקה של העין?

עין טל מרכז מומחים מוביל וייחודי לפלסטיקה של העין. במרכז מטפלים ומנתחים טובי מומחי אוקולופלסטיקה בארץ, אשר מעניקים טיפול פרטי מקצועי ומתקדם. שרות הפלסטיקה בעין טל מציע אבחון וייעוץ ראשוני בבעיות עפעפיים, דרכי דמעות וארובת העין. ניתן לבצע בעין טל את כל בדיקות העזר השונות, לרבות: בדיקת שדות ראייה ובדיקות דימות ייחודיות. עין טל מציעה את כל מכלול הטיפולים והניתוחים המתקדמים ביותר בתחום תחת קורת גג אחת.

תחום ברפואת עיניים העוסק בכירורגיה פלסטית ושיקומית של אזור העיניים, התחום כולל טיפול בבעיות עפעפיים, דרכי הדמעות, הסרת נגעים וגידולים, ארובת העין וכן הגבות והחלק העליון של הפנים. המינוח המקצועי לתחום הינו אוקולופלסטיקה. רופא עיניים מומחה לאוקולופלסטיקה הוא לרוב רופא עיניים מומחה שעבר התמחות נוספת ברפואה פלסטית ושיקומית הקשורה לאזור העיניים.

אבחון ובדיקות

טרם ההחלטה על סוג הבעיה, רופא עיניים מומחה לאוקולופלסטיקה יבצע בדיקת עיניים מקיפה וכן בדיקה יסודית של אזור העיניים החיצוני: עפעפיים עליונים ותחתונים, גבות, מבנה ארובת העין ודרכי הדמעות. יתכן כי יבקש לבצע בדיקות נוספות כגון: שדה ראייה – בדיקה רגישה ומדויקת שמטרתה לאתר חסרים בשדה הראייה.

ניתוחי עפעפיים וגבות

ניתוח הרמת עפעפיים

עודף עור ושומן העפעפיים - עם השנים חלים שינויים באלסטיות עור העפעפיים, במרקם ונפח שרירי הפנים והשומן הארובתי. כל אלה יוצרים מצב של הפרעה קוסמטית ולעיתים

מלווה גם בהפרעה רפואית הפתרון במקרים אלה הוא ניתוח תיקון פלסטי בעפעפיים, בו מוציאים עודפי עור ולעיתים גם שריר תת עורי.

יש לזכור כי כל מקרה שונה, ועל כן הניתוח מותאם לפי המקרה. השיקולים תלויים במנח הגבות, יובש העיניים, וכמות השומן הבסיסית של הארובה.

ניתוח צניחת עפעפיים (פטוזיס)

פטוזיס הינו צניחה של העפעף העליון. הצניחה יכולה להיות בדרגות שונות, בעין אחת או בשתיים, ויכולה לנבוע ממגוון סיבות. מקובל לחלק את הצניחה לתתי קבוצות: מולד ונרכש. הסוג הנרכש הוא הנפוץ יותר והוא מתרחש לרוב במבוגרים.

ברוב המקרים הטיפול בצניחת עפעפיים הינו ניתוחי.

ישנן מספר טכניקות לביצוע הניתוח. ההחלטה על השיטה תלויה בסיבה לצניחת העפעף, בחומרת הצניחה וברמת תפקוד השריר המעלה את העפעף. לרוב מבוצע ניתוח בו מחברים את השריר לרקמה קשיחה של העפעף, וכך העפעף חוזר לגובהו התקין. במהלך הניתוח משווה המנתח את שתי העיניים לקבלת תוצאת סימטרית.

במקרים של פעילות ירודה של השריר המעלה, או במקרה של צניחה חמורה, יש לבצע קיצור ממשי של השריר האחראי על הרמת העפעף.

ניתוח הרמת גבות

במהלך השנים נוצרת לעיתים התרופפות חיבור בסיס הגבות לרקמות העמוקות (Brow ptosis), דבר המוביל לצניחת גבות. במקרים אלה יש לשקול ניתוח משולב של הרמת גבות, עם או ללא הרמת עפעף. קיימות מספר טכניקות לביצוע הניתוח, ביניהן: הסרת עודף העור, קיבוע פנימי של הגבה, שיטה אנדוסקופית דרך המצח ועוד.

ניתוח עפעפיים תחתונים

פעמים רבות מבחין המטופל שמהו לא תקין בעפעפיים התחתונות, יש מגוון מצבים היוצרים מראה עייף שקיות נפוחות, שקיות שחורות, שקיעת עיניים וכו'..

ישנם מקרים בהם ניתן לפתור את ההפרעות הקשורות בעפעפיים התחתונים בעזרת פילינג כימי, קרני לייזר, הזרקת בוטוקס או מילוי הרקמה על ידי חומרי מילוי שונים. כל אחד מהמצבים דורש התייחסות שונה וטיפול שונה, גם במקרה של החלטה לניתוח יש לבצע הערכה מדוקדקת טרום ניתוחית הקובעת מהי הבעיה לצורך השגת תוצאות מקסימאליות.

ניתוחי עפעפיים עליונים ותחתונות

ניתן לנתח עפעפיים עליונים בלבד או תחתונים בלבד או לשלב בו זמנית את שני הניתוחים בהתאם למצב העפעפיים ורצון המנותח. ניתוח עפעפיים עליונים נמשך כ- 40 דקות. אם מבוצע במשולב גם ניתוח עפעפיים תחתונים הוא נמשך כשעה וחצי. הניתוח נעשה לרב בהרדמה מקומית ואינו דורש אשפוז.

ניתוחי דרכי דמעות

מהי מערכת הדמעות?

הדמעות הן שכבה נוזלית המכסה את משטח העין, ומכילה מספר רב של מרכיבים, שתפקידם להעניק הגנה ותזונה לקרנית וללחמית, להעניק תחושת נוחות בעיניים, ולאפשר ראייה תקינה.

הדמעות נוצרות באופן מתמיד ע"י בלוטות הדמעות, מכסות את הקרנית ואת משטח העין ע"י פעולת המצמוץ המתמדת של העפעפיים, ולאחר מכן הן מפונות דרך מערכת ניקוז הדמעות אל שק הדמעות.

הדמעות מפונות באמצעות צינוריות שפתחן נמצא בעפעף ומובלות אל חלל האף. הן מופרשות באופן בסיסי לצורך סיכוך העין, והפרשתן מוגברת בעקבות גירוי חיצוני (גוף זר, זיהום, דלקת וכדומה) או גירוי רגשי (בכי).

מערכת הדמעות הינה מערכת מורכבת, ועל כן במצב של פגיעה באחד ממרכיביה, עלול להיווצר תהליך פתולוגי, דהיינו - מחלה באזור בלוטת הדמעות יכולה לגרום חסר בדמעות שתוצאתו היא יובש, או חסימת דרכי הדמעות אשר יכולה לגרום לדמעת יתר ולהפרשות רבות.

שכבת הדמעות

שכבת הדמעות מורכבת משלוש שכבות:

1. השכבה הרירית הפנימית - העוטפת את הקרנית.
2. השכבה המימית – התיכונה.
3. השכבה השומנית- החיצונית, המונעת את התאיידות מסך הדמעות.

דמעת יתר

קיימות סיבות רבות לדמעת יתר, ביניהן: חסימת דרכי הדמעות, חוסר תפקוד תקין של העפעף התחתון, גירוי כרוני חיצוני או פנימי, גירוי עצבי, יובש ועוד.

על מנת להגיע לאבחנה טובה יש לבצע בדיקה יסודית של כל הגורמים הללו. בדיקה זו נעשית באופן הטוב ביותר ע"י רופא מומחה לאוקולופלסטיקה.

דרכי טיפול

במקרים בהם הדמעת נוצרת כתוצאה מחסימת דרכי הדמעות, אשר מקורה בפתחים הקטנטנים בשולי העפעף הפנימי, ניתן לפתור את הבעיה על ידי פעולה פשוטה של הרחבת הפתחים.

במקרים בהם מקור החסימה הוא עמוק יותר, בשק הדמעות או בתעלת הדמעות, התהליך מורכב יותר. תופעה זו שכיחה יותר בקרב נשים, והסיבות האפשריות להיווצרותה הינן: חבלה, מחלת סינוסים, פוליפים באף, דלקות, זיהומים ובאופן נדיר - גידולים. הטיפול הקבוע לחסימה זו הוא ע"י ניתוח ה-DCR בו נעשה מעקף של דרכי הדמעות אל האף.

ניתוח מעקף דרכי דמעות DCR

מטרת ניתוח זה הינה יצירת מעקף לניקוז הדמעות אל רירית האף משק הדמעות דרך חלון בעצם.

הניתוח מתבצע לרוב בהרדמה מקומית עם טשטוש או הרדמה כללית. קיימות כיום שתי טכניקות עיקריות לניתוח: האחת - ניתוח חיצוני, הנעשה דרך חתך עור בצד האף, והשנייה - ניתוח אנדוסקופי, הנעשה דרך חלל האף. במקרים בהם החסימה כוללת גם את צינוריות הדמעות יש צורך לעיתים בהחדרת צינורית פיירקס.

כלזיון (שעורה כלואה)

מדובר על מצב כרוני בו אחת מבלוטות השומן בעפעף נסתמת והשומן מצטבר בבלוטה. הבלוטה יוצרת זיהום מקומי ו/או תגובה דלקתית וגורמת להתנפחות העפעף ואדמומיות. הכלזיון אינו מזוהם ולרוב אינו כואב. במקרים מסוימים מגיעים מטופלים עם מוקדי כלזיונים רבים. מקרים אלו דורשים התייחסות מיוחדת הכוללת בירור לסיבת היווצרותם, כגון: דלקת עפעפיים כרונית, תזונה עתירת שומנים, מחלות עור שונות, שינוי הורמונלי, מתח נפשי ועוד.

מהו הטיפול לכלזיון

הטיפול הראשוני לכלזיון כולל קומפרסים חמים, שמירה על היגיינת העפעפיים וטיפול אנטיביוטי במשחה, בטיפות ולעיתים דרך הפה. במקרים בהם השעורה עברה כליאה הטיפול הינו כירורגי, שמטרתו היא ניקוז הכלזיון והסרתו. הסרת הכלזיון מתבצעת בדרך כלל מהחלק הפנימי של העפעף, ולכן לא מותירה צלקות.

גידולים בעפעפיים

הדבר החשוב ביותר בהערכת הנגע או הגידול הוא שלילת ממאירותו. רוב הגידולים הינם שפירים, אך גם הממאירים שכיחים באופן יחסי, ולכן חשיבות האבחנה של רופא עיניים מומחה לאוקולופלסטיקה (פלסטיקה של העין) לצורך החלטה על דרך הטיפול.

להלן סקירה הנגעים הנפוצים בעפעפיים ודרכי האבחון והטיפול בהם:

גידולים שפירים

כ-80% מהגידולים בעפעפיים הם שפירים. רמת הדיקו באבחון הקליני של נגעי עפעפיים שפירים נעשית על פי מראה הנגע, והיא תלויה במיומנות ובניסיון של הרופא. בכל נגע נבחן גודלו, צורתו, צבעו, עומקו, ניידותו ורגישותו. כמו כן, יש לבחון אם קיימים נגעים נוספים בעפעף. הנגעים השפירים השכיחים ביותר הם:

- פפילומות
- כלזיון
- ציסטות
- Seborrheic Keratoses
- Apocrine Hydrocystoma

מאפיינים:

מבנה הגידול השפיר לרוב טיפוסי וקל לאבחון. הנגעים השפירים ממוקמים על פני משטח העור, לרוב זמן ממושך, ללא הרס טפולות העור, ללא חסר אפיתל, ללא כיב או דימום. לרוב צבע פני השטח שלהם אחיד וסדיר. לרוב הנגע אינו גדל, אך הוא עשוי להשתנות בצורתו בשל תהליכים גלויים כמו דלקת. נגע שפיר הממוקם לאורך שולי העפעף לא יפריע ולא יעוות את קווי המתאר הטבעי של העפעף, ולא ישבש את צמיחת הריסים.

גידולים טרום סרטניים וגידולים ממאירים:

כ-20% מהגידולים בעיניים הם ממאירים ועלולים להתפשט ולשלוח גרורות. להלן פירוט של נגעים אלו, דרכי האבחון וטיפול המומלץ:

גידולים אפיתליאליים טרום סרטניים: גידולים אלו אינם סרטניים לכשעצמם, אך אם לא יטופלו בזמן, הם עלולים לעבור שינוי ולהפוך ממאירים:

Actinic Keratosis: מופיע כנגע שטוח קשקשי מגורגר, לפעמים עם פיגמנט קל. הנגע עשוי להתפתח לקרצינומה של תאים קשקשיים, ולכן מומלץ לבצע ביופסיה, להסיר את הנגע ולהמשיך במעקב.

Keratoacanthoma: נגע שפיר הגדל במהירות תוך שבועות, לרוב ללא סימפטומים, אך יכול להכיל תאים קשקשיים ממאירים. הטיפול הוא כריתה כירורגית.

Bowen's Disease: מצב בו סרטן תאי הקשקש הוא שטחי ולא התפשט עדיין. הוא נראה ככתמים קבועים אדמדמים או חומים שנראים כמו פסוריאזיס או אקזמה. אם המצב הטרומ ממאיר הזה לא יטופל התאים עלולים לחדור לשכבות העור העמוקות.

קסנטלסמה: צבר משקעי כולסטרול תוך עורי ותת עורי, הממוקמים לרוב באספקט הנזאלי העליון, ולעתים גם התחתון, של העפעף. בכ-40% מהמקרים הם קשורים לרמות כולסטרול גבוהות. אפשר להסירם בכריתה כירורגית, בלייזר CO₂ או בעזרת חומצה טריכלורואצטית (סוג של פילינג כימי).

גידולים ממאירים:

להלן חמשת הגידולים הממאירים העיקריים בעפעף:

BCC – (Basal cell Carcinoma)

זהו הגידול הממאיר השכיח ביותר בעפעף, המהווה כ-90% מהגידולים הממאירים בעפעף. חשיפה לשמש במהלך הילדות ובגיל ההתבגרות היא הגורם העיקרי לפתח פוטנציאל לסרטן עור.

גורמי סיכון נוספים: עור בהיר, שיער בהיר, חשיפה לקרינה מייננת או לארסן ודיכוי חיסוני. קיימים שלושה דפוסי צמיחה:

BCC נודולרי – מהווה 75% ממקרי BCC בעפעף. בעל גוון טיפוסי של פנינה בוהקת, כלי דם מטפסים טלאנגיאקטטיים בצורה רדיאלית עליו, ובמרכזו כיב הנוצר על רקע חוסר אספקת דם למרכז. הכיבים נוטים לדמם וליצור שוליים מורמים

BCC שטחי – הנגע לרוב ורוד בהיר, ולעתים נראה כמו כתם אדמדם, מבריק ומוגדר היטב. לעתים מלווה בגרד, ולרוב אין כיב או דימום. צמיחתו איטית ועשויה להימשך שנים, ולעתים התמונה הקלינית עשויה להיראות כאקזמה או פסוריאזיס

Morphoeic BCC – נגעים נוקשים החודרים לתור העור, עם דפוס צמיחה אגרסיבי יותר הכולל הרס רקמה ופיברוזיס. חלק מן הגידול עמוק, ומבחוץ נראה רק "קצה הקרחון", ורואים רק צלקת חיוורת, ולפיכך קשה לזיהוי.

המיקום השכיח ביותר של BCC הוא בעפעף התחתון (50%), ואחריו בקנטוס המדיאלי (30%), בעפעף העליון (15%) ובקנטוס הלטרלי (5%). על אף שזהו גידול ממאיר, הסכנה לרוב מקומית בלבד, ופיזור לרקמות רחוקות נדיר מאוד. התפשטות מקומית לארובה נדירה, ומתרחשת בעיקר בחולים עם גידול מתקדם מסוג אינפילטרטיבי ובאזור הקנטוס המדיאלי.

דרכי הטיפול ב-BCC:

- o כריתה – כריתה כירורגית היא טיפול הבחירה ב-BCC בעפּעף עם שיעורי ריפוי מצוינים של 90%–98% בחמש שנים לגידולים ראשוניים. השלמה של כריתה (שנבדקה היסטולוגית) היא הגורם הקריטי ביותר בקביעת שיעור הישנות וריפוי
- o הקרנות – שמורות לשיעור קטן של BCC עם קונטרה אינדיקציה לניתוח קונבנציונאלי או כטיפול משלים לכירורגיה במקרים של גידול חוזר, הטיפול הרדיותרפי כרוך בסיבוכים קוסמטיים: איבוד ריסים ושינוי בעמדת העפּעף כמו רטרקציה ואקטרופיון
- o הקפאה (Cryotherapy) – לטיפול זה ישנן תוצאות לא רעות בספרות. למרות זאת טיפול בהקפאה ב-BCC של עפּעפיים אינו נפוץ בעולם, והפרסומים בנושא שיה ניתוחית זו בספרות הרפואית מועטים
- o טיפול תרופתי – קיימות בשימוש כמה תרכובות פרמקולוגיות לטיפול ב-BCC.
- o משחת Imiquimod היא טיפול אימוני מקומי חדש ב-BCC, ויתרונה בכך שהיא עוזרת להסיר את הגידול מבלי לגרום לנזק מבני. יעיל כטיפול בגידולי עור שטחיים כמעט כמו טיפול ניתוחי, נעשה בו שימוש לטיפול ב-BCC עם סיכון נמוך.
- o הזרקת אינטרפרון α -2b לנגע עדיין אינה מקובלת לשימוש רוטיני, מכיוון שהאזור נחשב כמיקום בסיכון גבוה ובשל תיאורים של תגובות עור מקומיות.
- o טיפול פוטודינמי (Photodynamic Therapy – PDT) – על הטיפול הפוטודינמי ב-BCC דווח בעשור האחרון בפרסומים רבים, השימוש ב-PDT בטיפול בגידולי עור לא מלונטיים הולך ומתרחב, אך הוכח כי היעילות לאורך זמן של טיפול ב-PDT פחותה בהשוואה לניתוח ואילו התוצאה הקוסמטית הייתה טובה יותר אחרי PDT.

SCC – (Squamous Cell Carcinoma):

הגידול הממאיר השני בשכיחותו בעפּעפיים, המהווה כ-5%–7% מהמקרים. הגיל הממוצע של SCC הוא העשור השביעי לחיים, אך המחלה עלולה להתרחש בכל גיל, במיוחד אם יש מחלת עור בסיסית או דיכוי במערכת החיסון.

בניגוד ל-BCC, SCC עשוי לגדול אגרסיבית עם התפשטות מקומית ועם חדירה פריניורלית המופיעה בעד 6% מהמקרים.

חשיפה כרונית לשמש היא גורם הסיכון העיקרי. גורמי סיכון אחרים כוללים טבק, HPV, ארסן, פחמנים ארומטיים, קרינה אולטרה סגולה וקרינה מייננת. הסיכון מוגבר באוכלוסייה הלבנה, בעיקר בקרב בעלי עיניים בהירות ושיער בהיר. היסטוריה של SCC קשורה בסיכון גבוה פי שלושה לפיתוח גידול ממאיר נוסף, בהשוואה לאלו שאין להם היסטוריה מוקדמת.

SCC של העפעפיים מופיע בשכיחות הגבוהה ביותר על העפעף התחתון, ואחריו לפי סדר שכיחות על יד הקנטוס המדיאלי, על העפעף העליון ועל הקנטוס הלטרלי. הנגע נוטה להיות קרוב לשולי העפעף.

מבחינה קלינית הנגע מתאפיין בכתם אדמדם ללא כאבים, בעל שוליים לא סדירים, ולעתים מכויב במרכז. אופייני היפרקרטיזיס, ולעתים אף יצירת קרן של קרטוזיס. הנגע גדל על פני תקופה של חודשים, והופך רך ורגיש יותר.

הטיפול ב-SCC הוא כירורגי ומטרתו העיקרית היא הסרה מלאה של הגידול עם אישור והוכחה בהיסטולוגיה. ניתוחים להסרת הגידול עם שליטה אינטרה-אופרטיבית של שולי החתך ב-Frozen Section או לחלופין בשיטת מוס משמשים בהצלחה בניהול SCC. באופן כללי יש לנהוג בצורה אגרסיבית יותר מאשר בכריתה של BCC, ולקחת שוליים עם מרווח של 4 מ"מ לפחות, כדי להשיג כריתה מלאה ושליטה לטווח ארוך.

SGC – (Sabeceous Gland Carcinoma):

הגידול השלישי בשכיחותו אחרי BCC ו-SCC. גידול זה שכיח יותר בקרב אוכלוסיית המזרח, והגיל השכיח ביותר הוא העשור השביעי. SGC מופיע לרוב באופן ספוראדי, אך יש גם קשר ידוע עם MTS (Muir-Torre Syndrome), שהיא תסמונת אוטוזומלית דומיננטית.

SGC נמצא בדרך כלל על גבי העפעף העליון (75%), ואחריו על העפעף התחתון (22%), והוא יכול להופיע גם פנימית לעפעף בלחמית ובקרונקל.

מבחינה קלינית SGC הוא "המתחזה הגדול". הוא יכול להופיע בהופעות קליניות שונות כמו Chalazion חוזר, Blepharitis כרוני ו-Blepharoconjunctivitis חד-צדדי, ולכן לעתים קרובות האבחנה מתעכבת במשך חודשים עד שנים. SGC מופיע ב-60% מהמקרים עם עיבוי דיפוזי של העפעף ועם דלקת רב מוקדית וב-40% מהמקרים בצורת ממצא נודולרי ברור.

הטיפול ב-SCC הוא רב תחומי, עם מעורבות של אונקולוגים של ראש-צוואר. חשוב לזהות את היקף המחלה ולנהל אותה באופן מערכתי. מקובל לקחת כמה ביופסיות ממקומות שונים (Map Biopsy) וגם מהלחמית, כדי לאתר התפשטות פאג'טואידית (Pagetoid Spread). הטיפול העיקרי ב-SCC של העפעף הוא טיפול כירורגי נרחב, כולל ביופסיות מפה מרובות. אפשר להשתמש כטיפול משלים ב-Mitomycin-C 0.04%.

MM – (Malignant Melanoma):

מלנומה פריאוקולרית ממאירה מהווה כ-1% מהגידולים הממאירים בעפעף. גורמי הסיכון כוללים חשיפה מוגברת לשמש, גזע לבן, גיל מעל עשרים, שיער בהיר, עור חיוור, נוכחות של נמשים רבים ונטייה להישרף בשמש. המיקום השכיח של MM הוא העפעף התחתון.

הצורות של מלנומה באזור העפעף הם LMM (Lentigo Maligna Melanoma) ו-Nodular Melanoma.

LMM מתקדמת לאט מאוד ונחשבת טרום פולשנית. תיתכן רגרסיה ספונטנית של הנגע עם שינוי בפיגמנטציה. הרמה של הנגע או יצירת נודול מצביעות על שינוי ממאיר.

Nodular Melanoma בדרך כלל בעלת צבע כהה ומשטח לא סדיר ולא חלק, והיא יכולה להגדיל את שטחה במהירות עם דימום ועם כיבים.

המאפיינים הקליניים של מלנומה כוללים את ה-"ABCD": אסימטריה, גבולות לא סדירים, צבע לא סדיר וקוטר של יותר מ-6 מ"מ.

הפרוגנוזה המקובלת היא לפי עומק הפלישה במילימטרים (ע"ש Breslow): לעובי של פחות מ-0.75 מ"מ יש שיעור ההישרדות של 98% בעשר שנים, ולגידולים עם עובי של יותר מ-3.0 מ"מ יש פרוגנוזה גרועה ביותר.

למעורבות שולי העפעף יש פרוגנוזה גרועה יותר בשל מעורבות הלחמית.

הטיפול במלנומה ממאירה הוא רב תחומי בשל שיעור גבוה של גרורות מערכתיות. כריתה כירורגית עם שוליים רחבים היא הגישה הטיפולית העיקרית לטיפול במלנומה עורית. מלנומה של העפעף שולחת גרורות לבלוטות הלימפה האזוריות בשליש מהחולים, ולכן יש לשלב את הכריתה של הגידול העיקרי עם ביופסיה של בלוטת זקיף, ובהתאם לצורך לבצע דיסקציה רדיקלית של בלוטות לימפה צוואריות כדי למנוע התפשטות.

MCC – (Merkel Cell Carcinoma):

מרקל קרצינומה (MMC) הוא סרטן נדיר ממקור נירו-אנדוקריני המופיע בדרך כלל בקשישים. הגידול מופיע באזורים החשופים של הראש והצוואר, כולל בעפעפיים, ובדרך כלל בשולי העפעף.

הנגע מתאפיין כגוש חלק, לא כואב ולא רגיש, בצבע סגול-אדום. זהו גידול אגרסיבי מאוד עם 30% הישנות תוך שנה, ועד 60% פלישה לבלוטות הלימפה. הפרוגנוזה גרועה ושיעור התמותה עומד על 20%–33%.

הטיפול הוא כריתה עם שוליים רחבים והערכת מעורבות בלוטות הלימפה האזוריות. מקובל לשלב הקרנה בשילוב עם ניתוח. גרורות מרוחקות קשות יותר לטיפול. כימותרפיה נחשבת רק פליאטיבית. מעקב נדרש לכל החיים

לסיכום:

נגעים בעור העפעפיים הם ממצא שכיח יחסית במדינת ישראל רווית השמש. רוב הגידולים בעפעפיים הם שפירים אך כ-20% מהם יכולים להיות ממאירים, יש לחשוד בגידול סרטני של העפעף כאשר הגידול:

- משתנה בגודל או במראה

- מדמם או מגרד

- מופיע עם כיב מרכזי או עם שחיקה של העור
- משבש את צמיחת הריסים או את כיוונם
- משבש את קווי המתאר של העפעף
- בעל פיגמנטציה לא סדירה
- חוזר ונשנה לאחר הסרה קודמת
- מופיע אצל חולה בעל היסטוריה של סרטן עור

ההמלצה הרווחת היא לכרות את רוב גידולי העפעפיים, ולשלוח אותם לבדיקה במעבדה היסטולוגית לשלילת גידול טרום סרטני או סרטני, ולהמשיך את המעקב אצל רופא העיניים מומחה לאוקולופלסטיקה לאורך זמן.

ארובת העין

ארובת העיניים חשובה מבחינה קלינית בשל מספר תהליכים בהן היא מעורבת כגון : חבלה בארובת העין, גידולים, תהליכים דלקתיים זיהומיים.

העין ממוקמת בתוך הארובה, הארובה היא גרמית, ומורכבת משבעה חלקים, בדומה לפאזל, אשר כל אחד מהווה עצם של הגולגולת.

תפקיד הארובה:

תפקיד הארובה להגן על רקמות העין והמבנים העוטפים אותה. בסמיכות לארובה קיימים איברים נוספים, ולכן תהליכים באיברים אלו עלולים להשפיע על הארובה, ולהיפך. האיברים הם: האף, האונה הפרונטלית והכיאזמה של המוח והסינוסים. הסינוסים הם חללי אוויר.

ארובת העיניים חשובה מבחינה קלינית בשל מספר תהליכים בהן היא מעורבת:

- שברים בארובה
- גידולים בארובה
- תהליכים דלקתיים זיהומיים

טראומה ופציעות בארובה:

הארובה מורכבת מעצמות היוצרות חלל בתוכו יושבת העין. הארובה חיצונית יותר לגלגל העין בכל ההיקף, מלבד החלק החיצוני. לכן ברוב החבלות באיזור העין, החלק הגרמי של הארובה סופג את המכה.

בחבלות קשות, לאחר תאונות דרכים, נפילות או חבלה ישירה, עלול להתרחש שבר בעצמות הארובה, בדרך כלל באיזורים העדינים יותר של העצם – בחלק הפנימי (לתוך הסינוס האטמוידלי) או ברצפת הארובה (לתוך הסינוס המקסילרי). התופעות האפשריות הן: כאב, שטפי דם, עין שקועה או בולטת, רגישות למגע ונפיחות. התלונות יכולות להיות של כפל ראייה, וזאת בשל העובדה כי שריר תחתון של העין, או רקמות שסביבו נכלאו בתוך השבר והשריר מוגבל בפעולה.

לרוב אין צורך לתקן את השבר באופן דחוף, אלא להמתין כשבועיים עד ירידת הבצקת והנפיחות, ואז ההחלטה על הניתוח תלויה בנוכחות עין שקועה, כפל ראייה או שבר גדול. במקרים בהם יש ממש כליאה של השריר, המלווה הקאות וסחרחורת, יש לבצע תיקון דחוף. מקרים אלו שכיחים יותר בילדים.

במידה והוחלט על ניתוח, הוא נעשה כיום בשיטות מתקדמות דרך חתכים עדינים שאינם מתירים צלקות נראות. שברים המערבים את עצמות הלסת, אף או עצמות הגולגולת, דורשים תיקון מורכב יותר עם שיתוף פעולה של מנתחים מתחומי הנירוכירורגיה, הפה ולסת, אף אוזן גרון וכירורגיה פלסטית.

גידולים בארובה:

ישנם גידולים שונים המערבים את ארובת העין; רובם שפירים מיעוטם וממאירים. ישנם גידולים בארובה המאפיינים ילדים, וחלק מאפיין מבוגרים. ממצאים ראשוניים עשויים להיות: בלט עין, עין שקועה, הגבלה בתנועות, כפל ראייה, עין אדומה, ואז יש צורך בהערכה גופנית יסודית, ובהדמיה- CT ולעיתים MRI. יש מקרים בהם הטיפול הוא על ידי כריתת הגידול במלואו, ויש מקרים בהם יש לבצע ראשית דגימה פתולוגית של הגידול כדי לאבחן את מהותו, ואז להחליט על הטיפול. לא בכל המקרים צריך לנתח להוצאת הגידול, ויש מקרים בהם הקרנה או כימוטרפיה הם הטיפול הנכון.

דלקות בארובה:

ישנה משפחה של מחלות דלקתיות המערבות את הארובה. לעיתים מדובר על תהליך זיהומי חיידקי או פטרייתי והוא דורש טיפול מיידי ואינטנסיבי תוך כדי אשפוז. לעיתים יש צורך גם בניתוח לצורך ניקוי המוקד הזיהומי.

דלקות אחרות הינן לא זיהומיות. חלקן קשורות למחלות מערכתיות – כגון מחלות ראומטיות או בלוטת התריס, המבטאות תגובה אוטואימונית – בה המערכת החיסונית תוקפת את הגוף עצמו, ולחלקן אין סיבה ברורה. מקרים אלו דורשים מעקב מומחה לאוקולופלסטיקה, בירור הכולל בדיקות דם שונות והדמיה. פעמים רבות יש צורך בדגימה פתולוגית (ביופסיה).

הטיפול כולל בתרופות נוגדות דלקת, כולל סטרואידים או תרופות אימונומודולריות אחרות ומעקב צמוד.

מחלת בלוטת התריס:

תפקוד לא תקין של בלוטת התריס עשויה לערב את ארובת העין. התופעה מתרחשת בד"כ במקרים של יתר פעילות של הבלוטה (היפרתירואידיזם), ובאופן נדיר במקרים של תת פעילות של הבלוטה. מדובר במחלה אוטואימונית, בה המערכת החיסונית תוקפת רקמות בגוף עצמו.

המחלה שכיחה בטווח הגילאים 30-50, ומתרחשת יותר בנשים. עישון ידוע כגורם סיכון והחמרה של המחלה, ויש להפסיקו מיידית. מחלות אוטואימוניות אחרות מהוות גם גורמי סיכון.

הסימנים העיקריים הינם צריבה, אודם ודמעת. סימן נפוץ מאד הוא פתיחת יתר של העפעף וחשיפת הלובן העליון. ביטויים נוספים: נפיחות ובצקת של העפעפיים, בלט עין אחת או שתיים, כפל ראייה, והפרעות בתנועת העיניים.

מהלך המחלה

המחלה פעילה בממוצע כ 12-18 חודש, ולאחר מכן לרוב הופכת ללא פעילה. משמעות הדבר היא שאין תהליך דלקתי פעיל, ולעיתים קובות חל שיפור בנפיחות, באודם, בבצקת ובבלט העין. עם זאת, פעמים רבות נותרים סימני ההתקף החריף, כולל מפתח יתר של העפעפיים, בלט עיניים וכפל ראייה.

הטיפול

עם אבחון מחלת העיניים, יש להיות במעקב עיניים קבוע, במקביל למעקב אנדוקרינולוג המטפל במחלת בלוטת התריס. שיפור במצב הבלוטה, עשוי להביא לשיפור משמעותי במחלת העיניים.

יש להפסיק מיד בעישון המחמיר את המחלה כפי שהוכח במספר מחקרים. בשלבים המוקדמים של ההפרעות בעיניים, הטיפול בעיקרו הוא ע"י תחליפי דמעות וסיכוך העיניים. במקרים קשים יותר ניתן לבצע קומפרסים קרים ולהשתמש במשקפי לחות בחלל סגור.

במקרי מחלת ארובה, הטיפול העיקרי הוא ע"י סטרואידים, דרך הפה, ולעיתים דרך הוריד. ישנן תרופות אימונומודולריות (מווסתות המערכת החיסונית) אחרות היעילות גם הן, וחוסכות שימוש ארוך טווח בסטרואידים.

גם הקרנות יעילות לטיפול בדלקת בארובה. במקרי כפל ראייה טיפול יעיל הוא כיסוי של עין אחת או שימוש בפריזמות מיוחדות המודבקות על גבי משקפים ומתקנות את כפל הראייה.

באופן עקרוני אין לנתח את הארובה בזמן שהמחלה פעילה, למעט במקרים דחופים. מקרים אלה כוללים: לחץ של רקמת הדלקת על עצב הראיה וסכנת עיוורון, או מפתח יתר של העפעף המונע סגירה תקינה שלו, ועלול לגרום להתייבשות ופגיעה חמורה בקרנית. לאחר שהמחלה הפעילה דעכה, ניתן לטפל כירורגית במפתח העפעף, בבלט העין ובפזילה. מטרת הניתוחים היא לשפר את איכות חייו ואת המראה הקוסמטי של המטופל. בשנים האחרונות יש התקדמות ניכרת בטכניקות הניתוחיות של ניתוחים אלה, עם חתכים קטנים ונסתרים שלא מותירים צלקות חיצוניות.

תופעות רפואיות נוספות

במרבית המקרים הבלפריטיס היא בעיה כרונית מתמשכת ועקשנית. ישנם שני מצבים של בלפריטיס:

1. דלקת הריסים הטיפול הוא היגינית העפעפיים. ולעיתים יש ליטול טיפות.
2. דלקת שפת העפעף – דלקת הנובעת מבעיית ניקוז הבלוטות הטיפול במקרה זה נעשה בעזרת קומפרסים חמים, טיפות או משחת אנטיביוטיקה ונוגדות דלקת ולעיתים ע"י הזרקת סטרואידים לעפעף באזור הנגע.

יובש בעיניים

בעיית היובש שכיחה מאד, ונוצרת בדרך כלל בעקבות חוסר ייצור או פגיעה באחד ממרכיבי הדמעות, או בעקבות גורמים חיצוניים הפוגעים בפיזור תקין של שכבת הדמעות. יובש מתבטא בתחושת גוף זר, אי-נוחות, צורך במצמוץ יתר ובאודם. גם דמעת מרובה הינה לעיתים ביטוי של יובש בעין. אבחון היובש מבוצע על-ידי מספר בדיקות המעריכות את כמות ואיכות הדמעות, הבדיקה מתבצעת בדרך הטובה ביותר ע"י מומחה לאוקולופלסטיקה. מה הטיפול ביובש: רוב המקרים של יובש הינם מקרים קלים ודי בטיפול שמרני. הטיפול השמרני כולל תחליפי דמעות מסוגים שונים, המופיעים כטיפות, כג'ל או כמשחה. טיפול זה אינו פותר את הבעיה, אלא גורם להקלה זמנית. במקרים קשים יותר יש צורך בתכשירים המשפיעים על מנגנון החיסון, או בחסימה של צינוריות הניקוז על ידי פקקים במקרים בהם קיימות מחלות מערכתיות, יש צורך בטיפול סטרואידי ובתרופות נוגדות דלקת.

מחלת בלוטת התריס

תפקוד לא תקין של בלוטת התריס עשוי לערב את ארובת העין. התופעה מתרחשת בדרך כלל במקרים של יתר פעילות של הבלוטה (היפרתירואידיזם), ובאופן נדיר במקרים של תת פעילות של הבלוטה. מדובר במחלה אוטואימונית, בה המערכת החיסונית תוקפת רקמות בגוף עצמו. המחלה שכיחה בטווח הגילאים 30-50, ומתרחשת יותר בנשים. עישון ידוע כגורם סיכון והחמרה של המחלה, ויש להפסיקו מיידית. מחלות אוטואימוניות

אחרות מהוות גם כן גורמי סיכון.
מהו מהלך המחלה?
המחלה פעילה בממוצע כ 12-18 חודשים, ובדרך כלל הופכת לאחר מכן ללא פעילה. פעמים רבות נותרים סימני ההתקף החריף, כולל מפתח יתר של העפעפיים, בלט עיניים וכפל ראייה. מהו הטיפול במחלה? עם אבחון המחלה, יש להיות במעקב של רופא עיניים, במקביל למעקב של אנדוקרינולוג יש להימנע מעישון המחמיר את המחלה, הטיפול נעשה על ידי תחליפי דמעות וסינוך העיניים. במקרי מחלת ארובה, הטיפול העיקרי הוא על ידי מתן סטרואידים. טיפול יעיל הוא כיסוי של עין אחת או שימוש בפריזמות מיוחדות המודבקות על גבי המשקפיים ומתקנות את כפל הראייה.
באופן עקרוני אין לנתח את הארובה בזמן שהמחלה פעילה, למעט במקרים דחופים בהם יש סכנה לעצב הראיה. לאחר שהמחלה הפעילה דעכה, ניתן לטפל כירורגית במפתח העפעף, בבלט העין ובפזילה.
מטרת הניתוחים היא לשפר את איכות חייו ואת המראה הקוסמטי של המטופל.

אנטרופיון

הינו מצב בו שפת העפעף התחתון או העליון (פחות שכיח) פונה כלפי פנים. כתוצאה מכך מתקבל שפשוף כרוני של פני העין על ידי הריסים. אנטרופיון מופיע לרוב בגיל מבוגר, עקב רפיון הרקמות התומכות את העפעף.
לעיתים נוצר כתוצאה משנית לחבלות או למחלות עיניים שונות. כיצד ניתן לפתור את הבעיה? ישנן טכניקות ניתוחיות שונות לתיקון הבעיה, לרוב על ידי ניתוח קצר, בו מתבצע חיבור מחדש של שריר העפעף התחתון וחיזוק הגיד הצידי של העפעף.
הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית, ללא צורך באשפוז.

אקטרופיון

הינו מצב בו העפעף התחתון פונה כלפי חוץ עקב חולשה של הגיד. כתוצאה מכך חשופה העין יותר, ודבר זה עלול להוביל לדלקות, לזיהומים, להרגשת אי-נוחות ולהפרשות. בנוסף, ניקוז הדמעות הינו לקוי ויכול לגרום לדמעת מרובה ולהפרעה בחדות הראייה.
טיפול באמצעות ניתוח עפעפיים לתיקון אקטרופיון ישנן טכניקות ניתוחיות שונות לתיקון הבעיה, לרוב על ידי ניתוח קצר, בו מתבצעת מתיחת העפעף.
הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית, ללא צורך באשפוז.

טריכיאזיס

מצב בו הריסים גדלים בצורה לא סדירה, ועלולים לגרום לשפשוף ולשריטות עדינות בקרנית ולמשטח העין החיצוני. דבר זה עלול להוביל לתחושת גוף זר, לאודם ולדמעת. על פי רוב, נגרם טריכיאזיס ממחלות אחרות, כדוגמת מחלת הטרקומה בילדות, מניתוחים קודמים

בעפעפיים ומחבלות.

כיצד ניתן לפתור את הבעיה? ישנן מספר דרכים לתיקון טריכיזאזיס, וזאת בהתאם למידת המעורבות והפתולוגיות הנלוות. במקרים קלים ניתן להשתמש במחט חשמלית על מנת להרוס את שורש הריסים הפתולוגיים, ובמקרים קשים יותר ניתן להיעזר בפעולות כירורגיות של העפעף.

בלפרוספזם

הינו מצב של כיווץ בלתי רצוני של העפעפיים. המצב עשוי להתחיל בעין אחת, לזמן קצר ובדרגה קלה שאינה מפריעה לתפקוד. במקרים כאלה ההפרעה הינה קוסמטית. לעיתים המצב מתפתח לכיווץ בלתי רצוני בשתי העיניים, ולמשך שעות ארוכות, עד כדי חוסר יכולת לפקוח את העיניים ופגיעה מוחלטת בתפקוד היום יומי. כיצד ניתן לפתור את הבעיה? הטיפול הינו זריקת בוטוקס לרוב ההשפעה היא ל-3 חודשים, ואז יש לחזור על ההזרקות. במקרים בהם ההשפעה של הזריקות פוחתת, או כאשר אין תגובה לבוטוקס, הפתרון הוא בניתוח בו כורתים את השריר עוטף העפעף.