

العنوان:	التدبير الجراحي للاطراق في مشفى حلب الجامعي
المؤلف الرئيسي:	العبيدي، محمد
مؤلفين آخرين:	الزهراوي، ريم مختار(مشرف)
التاريخ الميلادي:	2003
موقع:	حلب
الصفحات:	1 - 55
رقم MD:	575322
نوع المحتوى:	رسائل جامعية
اللغة:	Arabic
الدرجة العلمية:	رسالة ماجستير
الجامعة:	جامعة حلب
الكلية:	كلية الطب
الدولة:	سوريا
قواعد المعلومات:	Dissertations
مواضيع:	طب العيون، جراحة العيون
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/575322



جامعة حلب
كلية الطب
قسم أمراض العيون وجراحاتها

الندير الجراحي للإطراق في مشفى حلب الجامعي

رسالة أعدت لنيل شهادة الدراسات العليا في أمراض العيون وجراحاتها

إعداد الدكتور
محمد العبيدي

تحت إشراف الأستاذة المساعدة الدكتورة:
ريم الزهراوي

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات نيل شهادة الدراسات العليا في قسم أمراض العيون
وجراحاتها من كلية الطب في جامعة حلب



Ptosis

*Drooping of the
Upper Eyelid*

الإهداء

بسم الله الذي بغير عمد رفح السماء
وصلى الله على عبده الذي بالخير جاء
أما بعد

فيسرني أن يكون لرسالتي هذه إهداء.
لأب أرجو أن يكون له منها في عمله نماء.
وأمر لا تزال تحب لي في الحياة الهناء.
وأخ في الغيب لا ينسى لي الدعاء.
أن يارب العطاء.
امنن عليه بالرضى يوم اللقاء.
والحمد لله رب العالمين

شهادة

أشهد بأن العمل الموصوف في هذه الرسالة هو نتيجة بحث قام به الدكتور محمد العبيدي في قسم أمراض العيون وجراحاتها تحت إشراف الأستاذ المساعد الدكتورة ريم الزهراوي، كلية الطب، جامعة حلب، وأي رجوع إلى بحث آخر في هذا الموضوع هو موثق في النص.

المشرف على الرسالة

أ.م.د. ريم الزهراوي

المرشح

الدكتور محمد العبيدي

تصريح

أصرح بأن هذا البحث: "التدبير الجراحي للإطراق في مشفى حلب الجامعي" لم يسبق أن قبل للحصول على أي شهادة، ولا هو مقدم حالياً للحصول على شهادة أخرى.

المرشح

الدكتور محمد العبيدي

نوقشت هذه الرسالة بتاريخ \ \ \ 20 وأجيزت.

المشرف على الرسالة
أ.م.د. ربح الزهراوي

عضو

عضو

كلمة شكر

الحمد لله الذي خلق العلم وجعل طلبه عبادة، وخلق العلماء وجعلهم ورثة الأنبياء،
وجعل الفضل في نفوس كريمة لم تبخل بالعطاء: إنهم أساتذتي الكرام جزاهم الله عني كل خير،
فالشكر الجزيل لمن تكرم بالإشراف على رسالتي هذه الأستاذة المساعدة الدكتورة ريم الزهراوي
التي لم تبخل علي بأية معلومة أو فائدة.

أتوجه بالشكر الجزيل كذلك لكل من الدكتور ياسر هيرايوي والدكتور عمار كيالي
اللذين كان لهما أياد بيضاء في إتمام هذه الرسالة.

ولا أنسى في هذه اللحظات فضل المرضى الذين تعاونوا في هذا المجال.

الفهرس

الصفحة	الموضوع
1	المقدمة.....
2	الباب الأول: القسم النظري
3	الفصل الأول: اعتبارات تشريحية.....
5	الفصل الثاني: تصنيف الإطراق
7	الفصل الثالث: التقييم السريري للإطراق
11	الفصل الرابع: بعض أشكال الإطراق
14	الفصل الخامس: جراحة الإطراق
25	الفصل السادس: الاختلاطات
28	الباب الثاني: القسم العملي.....
29	الفصل الأول: مخطط البحث
31	استمارة البحث
32	الفصل الثاني: النتائج الإحصائية وتفسيرها
47	الفصل الثالث: الدراسات المقارنة.....
50	الخلاصة والتوصيات
54	المراجع الأجنبية.....

المقدمة

يشكل الإطار واحدًا من أهم شذوذات الجفن العلوي، وله عدة أنواع، يعالج قسم منها جراحياً، والجراحة المستخدمة في ذلك لها طرائق عديدة، ذكرت بالتفصيل في هذه الدراسة التي تألفت من باين: أوفما القسم النظري الذي ضم فصلاً عاجلت تشريح الأجنان المتعلق بالإطراق وتصنيفه وبعض أشكاله والأسلوب الجراحي واختلاطاته، أما الباب الثاني فهو القسم العملي الذي جهدت فيه أن يكون أقرب ما يكون إلى الواقعية، لا أزينه بخيال ولا أتزيد فيه بخبر، وإنما أعالج بنسزاهة الباحث الثقة في كل مراحل الدراسة بدءاً من همدف البحث وانتهاء بالخلاصة.

لا بد لي أن أنوه هنا أني لم أدرس في بحثي هذا أنواع الإطراق التي لا تعالج جراحياً كالإطراق في الوهن العضلي الوخيم، لأن ذلك خارج عن همدف البحث، كما لم أتعرض لعلاج الإطراق الميكانيكي وإن كان في بعض أشكاله جراحياً جريباً على عادة من كتب في جراحة الإطراق.

أرجو أن أكون قد وفقت في إتمام الدراسة بالشكل الأمثل، كما أرجو ممن اطّلع عليها أن ينظر إليها نظر اعتبار، وأن يسدل على ما فيها من الهفوات أذيال الأستار، فالستر من شيم الكرام، والله من وراء القصد.

الباب الأول: القسم النظري

الفصل الأول: اعتبارات تشريحية

لا بد لتدبير أسوء وضعية الأجناف التي يندرج الإطراق ضمنها من فهم دقيق لتشريح الأجناف العلوية والسفلية، غير أن ما يهمنا في جراحة الإطراق بشكل أكبر هو الجفن العلوي بخصوصه.

يتألف الجفن العلوي من جلد يغطي الدويرية الجفنية التي يتوضع تحتها الحاجز الحاجي ذو الوظيفة الداعمة للجفن، وخلفه مباشرة يتواجد الشحم الحاجي، قسمه الأنسي أقرب للبياض منه للصفرة، وفيه من الأوعية الدموية الكبيرة ما يجعله عرضة لحدوث النزف خلف الحاجز نتيجة الرض الجراحي.

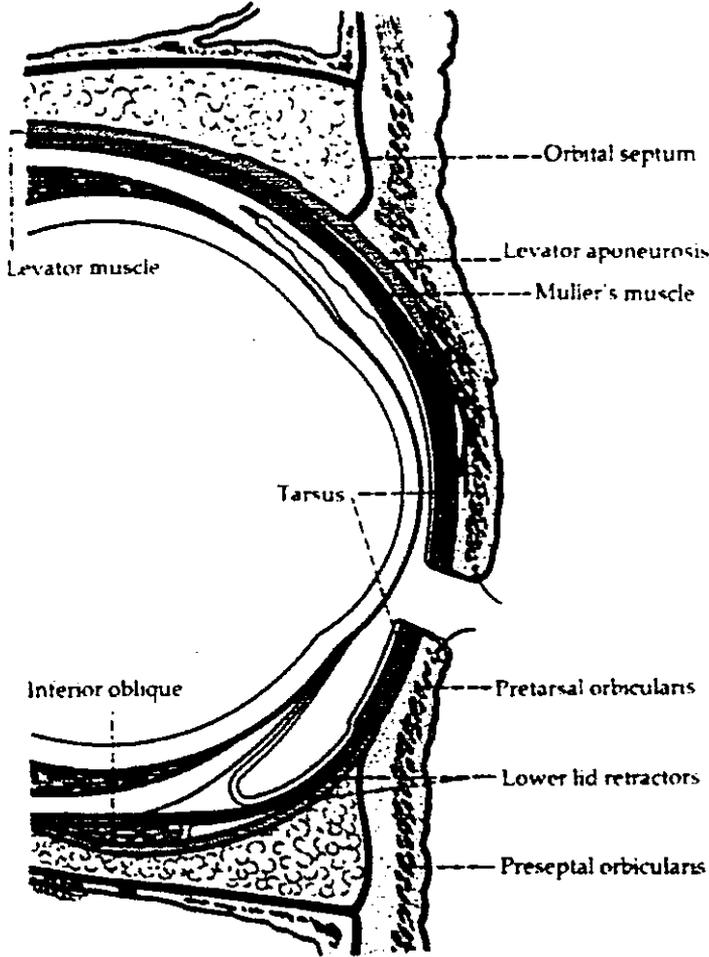
وعلى الرغم أن ما ذكر له ما يشابهه في الجفن السفلي فإن للجفن العلوي ما يختص به، فالشحم أمام الصفاقي preaponeurotic الوحشي، ذو اللون الأصفر، يشكل فاصلاً بين الصفاق خلفه، والحاجز الحاجي أمامه.

إن رافعتي الجفن العلوي هما صفاق الرافعة وعضلة موللر، وكلاهما ينشأ من العضلة الرافعة، تماماً عند رباط Whitnall أو تحتها مباشرة، وما صفاق الرافعة إلا الجزء الوتري من العضلة الرافعة، ويقاس طوله 15 ملم تقريباً، بينما يبلغ طول الجزء المخطط من العضلة ما يقرب من 40 ملم.

يبدأ تشكل الصفاق عند مستوى وتر المستقيمة العلوية أو أمامها تماماً، ثم ينساب ليعطي أليافاً أمامية تلتحم مع الحاجز الحاجي على مسافة 4 ملم أعلى الحافة العلوية للترس، وأليافاً خلفية تندخل في الثلث السفلي من السطح الأمامي للترس، وإن مكان طية الجفن العلوي ليحدد بهذه الألياف المتدخلة.

يمتد صفاق الرافعة أنسياً ووحشياً، ليشكل قرناً وحشياً له صلة وثيقة بالغدة الدمعية حيث يقسمها إلى فصين علوي وسفلي، وقرناً أنسياً يندخل في حافة الوتر المآقي الأنسي العلوية، وله من القرب الشديد من وتر المائلة العلوية ما يبرر وجوب الحذر من أذيته أثناء جراحة العضلة الرافعة.

يعرف رباط Whitnall بالرباط المعلق أو المرافق الرافع المعترض العلوي، وهو يتشكل من تكاثف الصفيحة العلوية للعضلة الرافعة عند خط استواء المقلة، ويمتد أنسياً إلى بطن المائلة العلوية ووترها المنعكس، بينما يصل في الناحية الصدغية إلى محفظة الغدة الدمعية. إن عضلة موللر هي العضلة الملساء للحفن العلوي، تنشأ من الألياف المخططة النهائية السفلية عند المستوى الذي يتشكل عنده صفاق الرافعة، وتندخل ضمن الحافة العلوية للترس، وتقيس 10-12 ملم طولاً.



الشكل رقم 1

تستمد العضلة الرافعة تعصيبها من الجزء العلوي للعصب القحفي الثالث، أما عضلة موللر فتعصبها الألياف الودية للسريير الوعائي الذي يفصلها عن صفاق الرافعة.¹

الفصل الثاني: تصنيف الإطراق

Ptosis classification

يمكن تعريف الإطراق بأنه توضع الجفن العلوي أسفل من الطبيعي بشكل شاذ، وبكلمة أخرى هو تدلي الجفن العلوي.

توجد العديد من التصنيفات الجيدة للإطراق، ومع ذلك يحسن بنا أن نقول بعدم وجود

تصنيف كامل:

تصنيف الإطراق
عصي: شلل العصب الثالث. سوء توجه العصب الثالث. متلازمة هورنر. متلازمة غمز الفك لما ركس غن.
عضلي: الوهن العضلي الوخيم. الحثل العضلي المقوي. الاعتلال العضلي العيني. الإطراق الولادي البسيط. متلازمة الحوص.
صفاقي: الإطراق التطوري. التالي للعمل الجراحي. ميكانيكي.

الجدول رقم 1 تصنيف الإطراق

1. الإطراق العصبي: وسببه عيب تعصبي مكتسب أو وُلادي، وأهم أشكاله شلل العصب القحفي الثالث، وشلل الودي العيني.

2. الإطراق العضلي: وينجم عن اعتلال عضلي مكتسب أو وراثي في العضلة الرافعة نفسها، أو عن ضعف في نقل التنبيه على مستوى الوصل العضلي العصبي، وعنه قد يشار إلى الإطراق المرافق للوهن العضلي الوخيم كاعتلال عضلي عصبي.
3. الإطراق الصفاقي: وينجم عن ضعف في صفاق الرافعة، يقيد نقل القوة من العضلة الرافعة الطبيعية إلى الجفن العلوي، هذا الضعف قد يكون موضعاً نتيجة تفزر أو انفكاك المرز، كما يمكن أن يكون معممًا لتمطط أو وهن.
4. الإطراق الميكانيكي: وهونتيجة حركية أوهتها آفة ما في الجفن العلوي بألية ميكانيكية قد تكون رخاوة الجلد، وأورام الجفن الكبيرة، والتندب، ووذمة الجفن الشديدة، وآفات الحجاج الأمامية.²

الفصل الثالث: التقييم السريري للإطراق

Clinical Evaluation

لا بد لجراح الإطراق من تقييم الحالة المعطاة تقييماً ملائماً ليصل إلى الخطة الجراحية، التي يفترض أن تعطي نتائج مثلى، وظاهراً أن هذا التقييم يتضمن قصة مفصلة بالإضافة إلى فحص يستلزم بعض التعاون من المريض، وبسبب صعوبة الحصول على هذا التعاون في بعض الحالات عند الأطفال الذين يشكلون الغالبية العظمى من مرضى الإطراق لن نجد عدلاً في تأجيل الجراحة في مثل هذه الحالات.³

القصة History :

في القصة نجد أن عمر المريض عند بدء الإطراق وأمد هذا الإطراق يميز بين الحالات الولادية والمكتسبة، وفي حال غموض هذه النقطة يمكن الرجوع إلى الصور الضوئية القديمة للمريض، فمن الممكن أن تفيد في بيان عمر المريض عند بدء الإطراق.

وإنه لمن الهام كذلك أن نسأل المريض عن أعراض ما يمكن أن يكون مرضاً جهازياً مسؤولاً عن الإطراق كالشفع المرافق وتبدل حالة الإطراق مع النوم والتعب المفرط.⁴

إضافة إلى بدء الإطراق وتغيره مع الوقت يجب أن نستقصي القصة العائلية، والولادة والتطور، والصحة العامة السابقة، والأمراض والرضوض والتشوهات العينية الأخرى، والقصة التخديرية.⁵

استثناء الإطراق الكاذب:

كما يدل عليه اسمه فهو إطراق زائف، لا يندرج ضمن أي نوع من الإطراق الحقيقي، أما أسبابه فهي:

3- المرجع 3 الصفحة 1.128 .

4- المرجع 9 الصفحة 32 .

5- المرجع 3 الصفحة 1.129 .

1. نقص الارتفاع العمودي للشق الجفني لعوز في دعم المقلة للأحفان، ويشاهد في حالات العين الاصطناعية، وصغر المقلة، وسحافها، وغورها.
2. انكماش الجفن العلوي المقابل: والذي يكشف بمقارنة ما تغطي الأحفان العلوية من اللم، واضعين في الحسبان أن الجفن العلوي الطبيعي يغطي من اللم العلوي ما مقداره 2 ملم تقريباً.
3. الحول السفلي في الطرف نفسه: فالجفن العلوي يتبع العين الحولاء نحو الأسفل مما يوهنا بوجود الإطراق، غير أن هذا الإطراق زائف بدليل أنه يزول عندما تتخذ العين الحولاء وضعية الثبيت بتغطية العين السليمة.
4. إطراق الحاجب: وهو ناجم عن زيادة جلد الحاجب، ولذلك فهو يشخص برفع الحاجب.
5. ارتخاء جفن الأحفان: وفيه يكون الجلد الزائد على حساب الأحفان لا الحاجب.⁶

الفحص Examination:

على الفاحص أن يضمن فحصه حدة الرؤية، وتنظير قعر العين وحالة الانكسار، واختبار التغطية للحول وتقييم حركية العين، أي لا بد من فحص العين داخلياً وخارجاً.⁷

بالإضافة إلى ذلك وكخصوصية للإطراق علينا أن نحري القياسات التالية:

1. المسافة حافة - منعكس Margin-Reflex Distance: وهي المسافة بين حافة الجفن العلوي والمنعكس الضوئي والمريض ينظر مباشرة إلى منبع ضوئي يحمله الفاحص، ومقدارها الطبيعي (4-4.5 ملم) واعتماداً على هذا القياس يمكننا تسديج شدة الإطراق إلى خفيفة (4 ملم)، متوسطة (3 ملم)، وشديدة (2 ملم أو أقل).
2. رحلة الجفن العلوي Upper Lid Excursion: تعكس هذه الرحلة عمل الرافعة، وتقاس بثبيت إبهام الفاحص على حاجب المريض ليعاكس عمل العضلة الجبهية،

6 - المرجع 9 الصفحة 32-33.

7 - المرجع 3 الصفحة 1.129.

وبعدّها ينظر المريض أسفل ما يمكن فأعلى ما يمكن وتقاس المسافة بينهما،⁸ وبناءً عليه يكون عمل الرافعة طبيعياً (15 ملم أو أكثر) أو جيداً (12 ملم أو أكثر) أو متوسطاً (5-11 ملم) أو ضعيفاً (4 ملم أو أقل).

3. ارتفاع الشق العمودي Vertical Fissure Height: ويعبر عن المسافة بين حواف

الجبفتين العلوي والسفلي، علماً أن حافة الجفن العلوي تغطي حوالي 2 ملم من اللحم العلوي أما السفلي فيغطي 1 ملم من السفلي. يبلغ ارتفاع الشق العمودي (7-10 ملم) عند الذكور و(8-12 ملم) عند الإناث. وتظهر فائدة هذا القياس في إمكانية تحديد

شدة الإطراق أحادي الجانب بمقارنة القياس في الطرفين. ٥٩٢٢٦٤

4. طية الجفن العلوي Upper Lid Crease: وهي المسافة بين حافة الجفن وطيته عند

التحديق للأسفل، وتقيس 10 ملم عند الإناث و8 ملم عند الذكور، ولها فائدة تشخيصية، فقياسها في إطراق ولادي لَدليل غير مباشر على عمل ضعيف للرافعة، بينما تشير الطية العالية إلى عيب صفاقي.



Palpebral Fissure Height	9.5	7.5
Margin - Reflex Distance	+ 4	+ 2
Upper Eyelid Crease	8	11
Levator Function	15	14

الشكل رقم 2

الفصل الرابع: بعض أشكال الإطراق

• متلازمة غمز الفك لما ركس غن

تشكل قرابة 5% من كل حالات الإطراق الولادي.

العلامات:

1. انكماش أو غمز الجفن المطرق تحت تأثير العضلات الجناحية الموافقة كما يحصل عند فتح الفم، والمضغ والمص وحركة الفم بالاتجاه المقابل.
2. يمكن أن يحصل تأثير مماثل عند إثناء الفك، والتبسم، والبلع وإطباق الأسنان بإحكام.

• سوء توجه العصب الثالث **Misdirection**

يمكن أن تكون متلازمات سوء توجه العصب الثالث ومتلازمات التحديد الزائغ ولادية، غير أن الأشيع أنها تتلو شلل العصب الثالث المكتسب.

العلامات:

حركات شاذة للجفن العلوي تترافق مع حركات العين المختلفة.

• الإطراق الولادي البسيط

ينجم عن حثل تطوري في الرافعة، ويتصف بإطراق أحادي أو ثنائي الجانب مختلف الشدة.

العلامات

1. عند مقارنة الجفنين المطرق والطبيعي عند التحديق للأسفل نجد أن المطرق أعلى بشكل خفيف من الطبيعي وذلك لضعف الاسترخاء، هذه الظاهرة يمكن أن تسوء بعد العمل الجراحي.
2. غالباً ما تكون طية الجفن العلوي غائبة وعمل الرافعة ضعيفاً.
3. قد نجد ضعفاً في المستقيمة العلوية بسبب الترافق الجنيني الوثيق بينها وبين الرافعة.

4. قد يحدث ارتفاع معاوض في الذقن في الحالات ثنائية الجانب الشديدة.
5. تشيع عيوب الانكسار إلى حد ما كالحرج وتفاوت الانكسار بين العينين وعلى عاتقها تقع المسؤولية الأكبر عن الغطش وليس الإطراق نفسه.
- تستطب الجراحة حين تستطب في سنوات ما قبل المدرسة عندما يمكن الحصول على القياسات الدقيقة، غير أنها يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار في الحالات الشديدة.

• متلازمة الخوص Blepharophimosis:

هي اضطراب وراثي نادر، يورث كخلة جسمية قاهرة.

العلامات

1. إطراق متناظر متوسط إلى شديد.
2. عمل رافعة ضعيف.
3. فتحة جفنية أفقية قصيرة.
4. تباعد ما بين المآقين.
5. غضنة مآقية مقلوبة.
6. شتر خارجي وحشي في الأجناف السفلية.
7. جذر أنف ضعيف التطور مع نقص تصنع حواف الحاجج العلوية.
8. غطش في حوالي 50% من المرضى.

• الإطراق الشيخخي Senile:

هو حالة شائعة تسببها التغيرات التنكسية العمرية في صفاق الرافعة، ويكون عادة ثنائي الجانب، ويسوء مساء بسبب تعب عضلة موللر التي عليها أن تعمل بشكل أكبر لتحافظ على وضعية الجفن، وبذلك قد يختلط بإطراق الوهن العضلي الوخيم.

العلامات

1. إطراق أحادي أو ثنائي الجانب متبدل الشدة، قد يعاوضه ارتفاع الحاجب.

2. طية الجفن العلوي عالية (12 ملم أو أكثر) وذلك بسبب انفصال الاتصال الخلفي للصفاق مع الترس، بينما تبقى الاتصالات الأمامية سليمة بحيث تسحب طية الجلد للأعلى.
3. عمل الرافعة جيد.
4. يمكن في الحالات الشديدة أن تكون طية الجفن العلوي غائبة، ويسرق الجفن فوق الصفيحة الترسية إلى حد بعيد، ويعمق الثلم العلوي.⁹

الفصل الخامس: جراحة الإطراق

Ptosis Surgery

ذكرت عدة عمليات لإصلاح الإطراق، ولقائل أن يقول أن جراحة الإطراق لا تكاد أن تعدو واحداً من المبادئ الأربعة الأساسية التالية:

1. بضع جزء من الصفيحة الخلفية للجفن "تقصير الجفن العلوي".
 2. تقصير العضلات الرافعة Retractor.¹⁰
 3. وصل الجفن إلى عضلة منفصلة (العضلة الجبهية أو العضلة المستقيمة العلوية).¹¹
 4. إعادة وصل المغرز المنفك لصفاق الرافعة أو تقصير الصفاق المتتمطط والمترقق.¹²
- وهكذا يمكن إجراء العمل الجراحي بالاعتماد على واحد أو أكثر من هذه المبادئ، والاختيار في ذلك هو لجراح الإطراق، وللعلم فإن 90% من حالات الإطراق يمكن أن تسنح بشكل مرض بالجوء إلى واحدة من هذه العمليات.

تنجز معظم جراحة الإطراق على الأطفال مما يبرر أهمية التخدير العام، أما عند المرضى البالغين فيفضل إجراء الجراحة موضعياً شريطة مراقبة المريض أثناء ذلك من قبل اختصاصي تخدير حاذق.

الأدوات المستخدمة في جراحة الإطراق:

عموماً تخلو هذه الأدوات من التعقيد، وهي تتضمن: المقصات المعتادة-الملاقط-حوامل الإبر حسب رغبة الجراح-بعض المرقنات الصغيرة-صفيحة الجفن لـ Jaeger الأبنوسية أو الخشبية-خطاف عضلة أو خطافين-ملقط Berke للإطراق والذي يستخدم للإمساك بالرافعة - مسطرة ميلي مترية أو معيارية لقياس كمية المعقد الرافع الذي ينبغي قصه.

10 - المرجع 2 والمرجع 8.

11 - المرجع 4 والمرجع 7.

12 - المرجع 8 والمرجع 10.

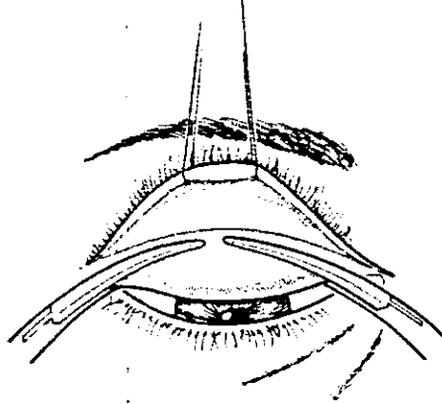
عملية فاسانيللا - سيرفات

Fasanella-Servat

وتتضمن تقصير جزء من الصفيحة الخلفية للحنف مما يؤدي لتقصير عمودي للحنف، ولا شك أنه يفيد في علاج درجات الإطراق الولادي الخفيفة (2 ملم أو أقل)، بالإضافة للدرجات الخفيفة والمتوسطة من الإطراق العضلي المكتسب والإطراق العصبي في متلازمة هورنر، وعموماً فهو إجراء جيد وبسيط للعديد من المرضى.

إن لنوع الخيط المستخدم في العملية أهمية كبيرة، فلا يجوز استخدام خيط فكريل أكبر من 6-0.

1. يقرب الجفن ويثبت مرققان منحنيان على القسم العلوي من الترس بحيث يكون رأسهما أقرب إلى الحافة العلوية للترس من قواعدهما المنحنية لتجنب تشكل ذروة في الجفن، وبهذا تضغط المرققات على القطعة الانتهائية من العضلة الترسية وملتحماتها المغطية بالإضافة إلى أعلى الترس.
2. يوضع خيط فكريل مضاعف الإبرة كخيطة مستمرة أفقية تنجيدية أعلى الملاقط.
3. ترفع المرققات لتبقى علامة الهرس في الترس فتقص باستخدام المقص لتزول بذلك القطعة العلوية من الترس والقطعة السفلية من العضلة الترسية مع الملتحمة المغطية.
4. تحاط العضلة الترسية بعدئذٍ إلى الترس بخيطة متواصلة باستخدام الذراع الحر من الخيط المذكور سابقاً.



الشكل رقم 3

تقصير الرافعة بالطريق المتحمي

Levator Resection by the Conjunctival Approach

وهي تفضل للإطراق الولادي الخفيف (2 ملم) أو المتوسط (3 ملم)، ومقدار التقصير يتراوح بين 10 ملم للإطراق الخفيف مع عمل رافعة جيد جداً (10 ملم أو أكثر) إلى 22 ملم عندما يكون الإطراق متوسط الشدة مع عمل عضلة (5-7 ملم). وهو كذلك إجراء جيد لإعادة بضع الرافعة في حال نقص تصحيح الإطراق الولادي، وهنا تبرز الخطورة الحقيقية لفرط التصحيح الثانوي وعندها تزال الخيوط باكراً.

1. يقلب الجفن وتوضع قطبة تعليق 0-4 حرير على حافة الترس العلوي، ويضع الترس أفقياً على بعد 1.5 ملم أو أكثر أسفل حافة الترس العلوية، فندخل بذلك الفراغ خلف الصفاق ويكشف صفاق الرافعة.
2. نحفر نفقاً في ثلاثة الأرباع المركزية بحيث ترى شفرات المقص بوضوح من خلال ألياف الصفاق.
3. يوضع ملقط Berke للإطراق على الصفاق وتسحب المقصات.
4. تفصل الملتحمة عن العضلة الترسية بتسليخ حاد حذر مستخدمين الترس المتبقي للشد.
5. تقص البقية الترسية وتطرح.
6. تقص الألياف النهائية للصفاق بالمقص لتحرير الرافعة من الجفن.
7. يمسك المساعد بملقط الإطراق ويحدد الجراح هوية الحاجز الحجاجي ليرفعه عن صفاق الرافعة وذلك باستخدام المقصات بعناية بشكل مواز لمستوي الرافعة لتجنب أذية الحاجز، يمكن الاستفادة من الضغط الإصبعي على مقلة العين الذي به يدفع الشحم أمام الصفاق الحاجز الحجاجي إلى الأمام في تعيين هويته.
8. يتوضع الصفاق تحت وسادة الشحم، وإذا لم يتمكن من تحرير ما يكفي من العضلة للبضع المناسب يمكننا إجراء شقوق الاسترخاء من خلال قرون الصفاق الوحشية والأنسية، وخلال ذلك علينا تجنب أذية وتر المائلة العلوية والغدة الدمعية بتصوير رأس المقصات أثناء قص القرون.

تقصير الرافعة عن طريق الجلد

Levator Resection by the Skin Approach

يمكن أن نقوم بهذا الإجراء من أجل الدرجات الخفيفة من الإطراق الولادي، ولكن الفائدة الأكبر هي في حال الدرجات المتوسطة والشديدة من الإطراق الولادي مع عمل متوسط للرافعة (5-7) ملم.

يمكن أن نحري بهذه الطريقة تقصيرات للرافعة قد تصل إلى 30 ملم.

عموماً فإن تقصير حوالي 22 ملم يكفي للإطراق متوسط الشدة مع عمل رافعة (5-7 ملم) بينما يتطلب الإطراق الشديد مع عمل 5 ملم تقصير حوالي 26 ملم أو أكثر.

1. يجرى شق أفقي خلال الجلد في مستوى الطية الجفنية المرغوبة، نسلخ الدويرية بشكل كلي لنكشف الحاجز الحجاجي.

2. يجرى شق بشكل العروة كاملة السماكة عند النهاية الوحشية لشق الطية الجفنية وآخر أنفياً.

3. يمرر ملقط Berke للإطراق خلال العروتين فيثبت بذلك كامل سماكة الجفن عدا الجلد والدويرية.

4. يقص الترس عن الجفن بالمقص حيث يسهل قطع كامل سماكة الجفن تحديد الرافعة.

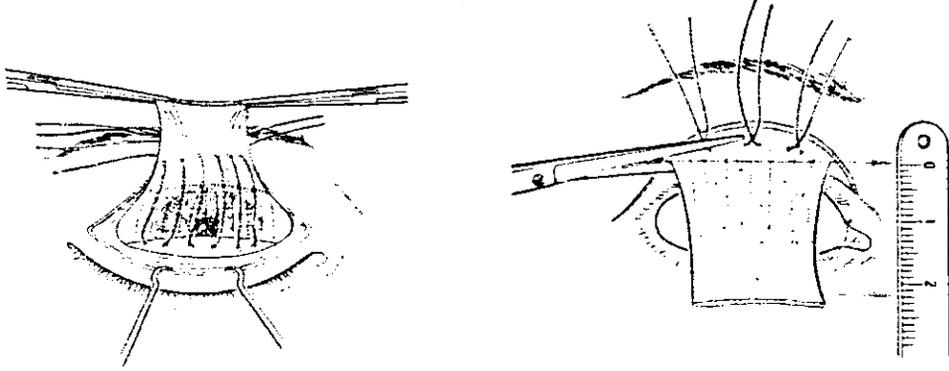
5. تشق الملتحمة قرب ملقط الإطراق وتسلخ عن السطح السفلي للعضلة الترسية حتى الرتج.

6. يعاد وصل الحافة الحرة من الملتحمة الآن إلى الحافة الترسية العلوية بخياطة متواصلة بخيط فكريل 6-0 وبذلك يصبح ضمن ملقط الإطراق ما تبقى من الملتحمة، والعضلة الترسية، وصفاق الرافعة وربما الحافة السنولية من الحاجز الحجاجي.

7. يسلخ الحاجز الحجاجي بعناية عن الرافعة بمقص حاد وعندما تحدد الرافعة بوضوح وتحرر عن الحاجز الحجاجي تقص القرون لنحترق من العضلة ما يكفي للقص، وأثناء ذلك يجب أن تبقى المقصات مرئية لتجنب أذية التراكيب الأعمق.

8. توضع ثلاثة خيوط تنحيدية مضاعفة الإبرة فكريل 0-5 ضمن الرافعة وتعتقد على سطحها الأمامي حوالي 2 ملم أعلى مستوى القص المرغوب، وبعدها تقص الرافعة بعيداً عن الخيوط.

9. تثبت العضلة الرافعة إلى الصفيحة الترسية، وإن تقدم الرافعة إلى الأسفل على الترس سيرفع الترس قليلاً.



الشكل رقم 5

10. تربط الخيوط عندما يبدو شكل الأحفان مرضياً، وفي حال إجراء تقصير كبير لا بد من إزالة هلال جلدي فوق شق الجفن.

11. يغلق الجلد بخيوط ناعمة حسب رغبة الجراح على أن تؤخذ ثلاث أو أربع قطب عميقاً في نسيج الرافعة لتشكيل طية الجفن.

12. تؤخذ قطبة Frost في الجفن السفلي.