

Schiedamse Vest 180
3011 BH Rotterdam
T +31 (0)10 401 77 77
www.oogziekenhuis.nl

Hangend ooglid bij spierziekten en afwijkingen van de zenuwen

Het bovenooglid wordt geopend door een spier die vanuit de top van de oogkas naar het ooglid loopt; de levatorspier. Een gestoorde werking van deze spier kan een hangend ooglid veroorzaken. Wanneer deze afwijking is aangeboren wordt dat meestal veroorzaakt door een ontwikkelingsstoornis van de levatorspier. Wanneer de afwijking zich later in het leven ontwikkelt kan dat meerdere oorzaken hebben. Vaak komt het doordat de spier in het bovenooglid is uitgerekt. Dit kan het gevolg zijn van veroudering van de weefsels of van het langdurig dragen van harde contactlenzen. Het kan ook het gevolg zijn van afwijkingen van de spier die het ooglid moet heffen, of van de zenuw die naar het ooglid loopt.

Dit deel van de voorlichting gaat over afwijkingen van de spieren en zenuwen, en over oudere patiënten die correctie wensen van aangeboren afwijkingen.

Oorzaken

1. Aangeboren zwakte van de spier

Bij deze afwijking is het hangende ooglid - of zijn er twee hangend oogleden - vanaf de geboorte aanwezig. De afwijking wordt dan meestal veroorzaakt doordat de spier die het ooglid heft zich embryonaal (dus voor de geboorte) niet goed ontwikkeld heeft. Deze afwijking komt bij 80 % van de patiënten aan één kant voor, bij 20 % aan beide kanten. Meestal bestaat er geen duidelijke erfelijkheid, soms komt de afwijking vaker in de familie voor.

De behandeling zal meestal bestaan uit het onder plaatselijke verdoving inkorten van de spier die het ooglid heft. Op jonge leeftijd veroorzaakt deze operatie zelden complicaties, met het klimmen der jaren neemt echter de kans op problemen na correctie toe. Het belangrijkste probleem is chronische irritatie van het oog ten gevolg van uitdroging.

2. CPEO

CPEO betekent: Chronisch Progressieve Externe Ophthalmoplegie. Bij deze ziekte raken vanaf het twintigste jaar zowel de ooglidbewegingen als de oogbewegingen geleidelijk aan steeds meer beperkt. Bij 75 % van de patiënten komen geen verdere verschijnselen voor, bij de overige 25 % wel. De hangende oogleden komen dan voor in combinatie met:

- Slikstoornissen
- Hartritmestoornissen
- Zwakte van andere spieren in het gezicht
- Andere spierziekten (dystrophia myotonica)
- Een verminderde functie van het netvlies (beperking van het gezichtsveld)

In een aantal gevallen is de ziekte erfelijk.

Soms kan bij deze ziekte de functie van de spier die het ooglid heft (nog) goed zijn. Het hangende ooglid kan dan gecorrigeerd worden door de spier die het ooglid heft onder plaatselijke verdoving in te korten. Meestal echter werkt deze spier slecht. Omdat bij deze ziekte ook de oogbewegingen gestoord zijn bestaat er dan een grote kans op uitdroging van het oog wanneer het hangende ooglid wordt gecorrigeerd. De kans op uitdroging is nog groter wanneer de spier die het oog moet sluiten ook slecht werkt.

Voor de correctie wordt dan een operatie toegepast die ongedaan kan worden gemaakt: het ooglid wordt aan de spieren in het voorhoofd opgehangen door middel van een onder de huid geplaatst elastiekje van siliconenrubber. Bovendien wordt de operatie terughoudend verricht: de oogleden worden juist voldoende geplaatst om te zorgen dat de pupil grotendeels vrij is.

Op de volgende foto's ziet een patiënt voor en na een ophangoperatie van de bovenoogleden. Het siliconenrubberen ophangbandje is door de huid zichtbaar doordat de spier in het bovenooglid ook ontbreekt. Ondanks het niet al te mooie cosmetische resultaat was deze patiënt zeer tevreden na de operatie, omdat hij weer naar buiten kon kijken. Het belangrijkste probleem is dat er ondanks voorzichtige correctie uitdroging van het oog kan optreden, waardoor het nodig kan zijn 's nachts zalf in het oog te doen of het oog 's nachts dicht te plakken. Soms kan het nodig zijn een andere kleine operatie uit te voeren om de uitdroging van het hoornvlies te beperken. Hierbij wordt het onderste deel van het hoornvlies bedekt met dun laagje bindvlies van het oog.

3. Myasthenia Gravis

Oorzaak is een autoimmuunafwijking, d.w.z. een ontstekingsreactie tegen de eigen weefsels. Bij deze ziekte functioneert de overdracht van prikkels van de uiteinden van de zenuwen naar de spieren niet goed meer. Bij ongeveer 50 % van de patiënten begint deze ziekte met hangende oogleden of met dubbelzien. Vaak treedt bij deze ziekte alleen een hangend ooglid op en ontstaan er geen verder afwijkingen. Typisch voor myasthenia gravis is dat de ernst van de afwijkingen wisselt, of toeneemt in de loop van de dag of bij vermoeidheid. In sommige gevallen kan de ziekte met medicijnen (Mestinon) behandeld worden. Wanneer het hangende ooglid niet reageert op medicijnen kan operatieve correctie worden verricht, meestal door de spier in het ooglid onder plaatselijke verdoving in te korten.

4. Dystrophia Myotonica

Deze spierziekte is erfelijk. Meestal ontstaat na het twintigste jaar zwakte van de spier die het ooglid heft. Ook de andere gelaatsspieren zijn meestal zwak, waardoor het oog ook slecht sluit, en waardoor ook het onderooglid vaak laag gaat staan.

Het hangende ooglid kan gecorrigeerd worden door het met siliconenrubber onder de huid

met de spier in het voorhoofd te verbinden. Ook hierbij moet de ingreep zeer terughoudend worden verricht, omdat de kans groot is dat het oog gaat uitdrogen. Naarmate het oog wijder open wordt gezet neemt de kans op uitdroging toe.

5. Een hangend ooglid door verlamming van een zenuw

Wanneer de spier die het ooglid heft geen impulsen meer krijgt uit de hersenen gaat het ooglid hangen. Oorzaken: een aangeboren verlamming, een ernstig ongeval met beschadiging van de hersenzenuwen of een beroerte.

De spier naar het ooglid en een aantal spieren die het oog bewegen krijgen hun impulsen via dezelfde zenuw en uit hetzelfde gebied in de hersenen. Daarom zijn bij deze oorzaak van een hangend ooglid vaak ook de oogstand en oogbewegingen gestoord. Soms kan dat betekenen dat correctie van het hangende ooglid dubbelzien veroorzaakt, omdat het oog waarvan de pupil voor de operatie bedekt was nu weer kan zien, maar niet dezelfde kant uit kijkt als het andere oog. De afwijking is daardoor moeilijk te behandelen. Vaak moet eerst een operatie worden verricht om de oogstand te corrigeren. Dan nog kan het zo zijn dat beide ogen niet goed in dezelfde richting bewegen. Wanneer dan een operatie wordt gedaan om beide ogen te openen kan dubbelzien optreden. Tenslotte kan uitdroging van het oog optreden. Meestal kan het hangende ooglid alleen worden gecorrigeerd door het te verbinden met de spier in het voorhoofd.

Neurologisch onderzoek

Wanneer wij aan een van de bovengenoemde diagnoses denken wordt u naar de neuroloog verwezen. Die zal onderzoek verrichten naar de functie van de spieren (een EMG), eventueel krijgt u op proef medicijnen, soms wordt een stukje uit een spier gehaald voor microscopisch onderzoek.

De verzekering

Correctie van een hangend ooglid wordt door de zorgverzekering tot de cosmetische chirurgie gerekend. Dat betekent dat de verzekering de ingreep alleen betaalt wanneer het hangende ooglid klachten veroorzaakt. Deze klachten zijn o.a. ogen die ('s avonds) dichtvallen, of beperking van het gezichtsveld doordat één of beide oogleden voor de pupil hangen. Aangezien de meeste patiënten dergelijke klachten hebben geeft de verzekering vrijwel altijd toestemming voor de operatie. U moet deze toestemming echter voor de operatie vragen, anders loopt u het risico zelf de kosten van de ingreep te moeten betalen.

Wij geven u een brief aan de verzekering met uw gegevens en een verzoek om toestemming mee. Wij vragen u de brief zelf op te sturen ter attentie van de medisch adviseur van uw ziekenfonds of zorgverzekering. Wanneer u bericht van uw verzekering krijgt vragen we u een kopie daarvan te sturen aan Het Oogziekenhuis, afd. planning dagcentrum.

Bloedverdunnende medicijnen

Bloedverdunnende medicijnen zoals carbasalaatcalcium (Ascal), acetylsalicylzuur (Aspirine) en dipyridamol (Persantin) kunnen in het algemeen gewoon doorgebruikt worden bij ooglidoperaties. De nadelen van stoppen kunnen namelijk groter zijn dan de nadelen van een nabloeding. Uw oogarts zal dit met u bespreken.

Wanneer u door de trombosedienst wordt gecontroleerd wegens het gebruik van bloedverdunnende medicijnen (fenprocoumon = Marcoumar, of acenocoumarol = Sintrom/Sintromitis) wordt u door de oogarts naar de internist in Het Oogziekenhuis verwezen, om te beoordelen of u tijdelijk mag stoppen met deze medicijnen. Wanneer dat niet mag, zal de internist u tijdelijk andere bloedverduuners voorschrijven (LMW-heparine, dat door middel van dagelijkse injecties kan worden toegediend).

Diverse pijnstillende en ontstekingsremmende medicijnen geven eveneens een verhoogde kans op bloedingen. (onder andere Aspirine, Alka-Selzer, Antigrippine, Aspro, Aspro bruus, APC, Coldrex, Dolviran N, Rhonal, ibuprofen, diclofenac). U mag deze middelen van 7 dagen vóór de ingreep tot 3 dagen erna niet gebruiken. Meestal zal er bij deze middelen geen bezwaar bestaan tegen tijdelijk stoppen (tenzij aspirine u voorgeschreven is als bloedverdunner).

Operatiemethodes

Inkorten van de spier in het bovenooglid: levatorresectie

Bij deze operatie wordt de spier ingekort via een snede in de huid van het bovenooglid. Deze snede wordt zodanig geplaatst dat het litteken wegvalt in de huidplooi van het ooglid. De operatie wordt bij voorkeur onder plaatselijke verdoving verricht.

Ophangen van het ooglid: frontalissuspensie

Bij deze operatie worden er 2 kleine sneetjes gemaakt in de huidplooi van het bovenooglid en 3 in het voorhoofd, 2 juist boven de wenkbrauw en 1 hoger, in het midden. Hierna wordt een reepje materiaal ingebracht tussen ooglid en voorhoofd. Bij patiënten met een slechte functie van de spier in het ooglid gebruiken we meestal een stripje siliconenrubber. Na deze operatie wordt het ooglid bewogen door de spier in het voorhoofd. Deze operatie kan zowel onder narcose als onder plaatselijke verdoving worden verricht.

Wat kan met een operatie bereikt worden?

Bij een ptosis-operatie proberen we in het algemeen om een zo symmetrisch mogelijke stand van de bovenoogleden te krijgen bij rechthoekig kijken. Bij de hierboven beschreven ziektes streven we meestal naar een compromis. We proberen dan het ooglid juist boven de pupil te plaatsen zodat U weer redelijk kunt kijken en de kans op uitdroging van het oog toch zo gering mogelijk is.

De gestoorde functie van de spier die het ooglid heft kan niet worden hersteld, dus ook de beweeglijkheid van het ooglid blijft na de operatie beperkt. Dit is vooral te zien wanneer u na de operatie naar beneden kijkt: het geopereerde ooglid blijft dan te hoog hangen. Na verloop van tijd zult u merken dat u vanzelf het hoofd zo gaat houden dat dit niet opvalt.

Na frontalissuspensie is ook te zien dat het ooglid minder makkelijk meebeweegt bij knippen.

Samenvattend zal met een ptosis-correctie nooit een volledig symmetrische situatie met een volledig normale beweeglijkheid van het ooglid kunnen worden bereikt. Wel kan er vaak een grote verbetering worden bereikt.

Uitdroging van het oog

Het grote probleem bij de correctie van een hangend ooglid door bovengenoemde oorzaken is dat het oog kan gaan uitdrogen!

Bij een slechte functie van de spier in het bovenooglid geeft correctie van een hangend ooglid op latere leeftijd kans op uitdroging van het oog. De kans op uitdroging neemt nog meer toe wanneer de oogbewegingen gestoord zijn en wanneer de functie van de spier die het oog sluit verminderd is.

Klachten ten gevolge van uitdroging zijn: een zandgevoel, irritatie en last van het licht. In ernstige gevallen kan het oog pijn doen. Lichte uitdroging van het oog zal in het algemeen geen blijvende beschadiging van het oog veroorzaken. In ernstige gevallen kan echter een blijvende beschadiging van het hoornvlies optreden waardoor het zicht blijvend verslechtert. Daarom is het belangrijk dat u de eerste tijd na een operatie onder regelmatige controle van een oogarts blijft.

Uitdroging kan op verschillende manieren behandeld worden. De eerste stap is het gebruik van oogzalf, gel of druppels die uitdroging beperken. Soms kan het nodig zijn het oog 's nachts dicht te plakken met pleister of met een 'horlogeglasverband' (een pleister met in het centrum een plastic glaasje dat de verdamping van tranen tegengaat). In sommige gevallen kan een zachte dunne contactlens de uitdroging voorkomen.

Nieuwe ontwikkelingen: conjunctiva-overhechting

Wanneer het hoornvlies uitdroogt ondanks maatregelen als zalf en dichtplakken gedurende de nacht kan een nieuwe ingreep worden verricht: het onderste deel van het hoornvlies wordt dan met een kleine operatie met een laagje bindvlies bedekt. Hierdoor nemen de klachten van uitdroging duidelijk af. Helemaal zonder problemen is de ingreep niet: het onderste deel van het hoornvlies blijft meestal een tijd wat rood, en blijft altijd wat grijs van kleur. Met deze nieuwe methode zijn we echter in staat het hangende ooglid te corrigeren bij een aantal patiënten bij wie dat tot voor kort niet mogelijk was.

Wanneer we het vermoeden hebben dat uitdroging voor problemen kan zorgen zullen we altijd kiezen voor een operatie die ongedaan kan worden gemaakt, of voor een operatie waarbij het ooglid juist boven de pupilrand wordt geplaatst. Hieronder ziet u de foto's van twee patiënten die een conjunctiva-overhechting ondergingen. Bij de patiënt op de foto links zat het oog volledig dicht door een CPEO (zie de uitleg hierboven). Zij ontwikkelde na ptosis-correctie een ernstige uitdroging van het oog. Door de conjunctiva-overhechting kon voorkomen worden dat de correctie van het hangende ooglid ongedaan moest worden gemaakt. Op de foto is twee maanden na de operatie de overhechting nog duidelijk te zien.

Overige bijwerkingen en complicaties

Afgezien van uitdroging van het oog kunnen er een aantal andere bijwerkingen optreden. De meest voorkomende bijwerkingen worden hier beschreven.

Overcorrectie en ondercorrectie

Bij ongeveer 15 % van de patiënten bestaat er na de operatie een ondercorrectie (het ooglid staat nog steeds te laag), of overcorrectie (het ooglid staat te hoog).

Dit komt doordat wegens bloedingen en verdovingsvloeistof de positie van het ooglid tijdens de operatie niet altijd goed te beoordelen is. Heroperaties zijn dus onvermijdelijk en niet zeldzaam, en soms is het resultaat pas goed na meerdere operaties.

Bovenlidoedeem, ongevoeligheid van het ooglid, littekens

Operatie van het bovenlid veroorzaakt tijdelijke verslechtering van de lymfeafvoer, met als gevolg een dikkere ooglidrand. Dit verdwijnt geleidelijk, maar het duurt vaak enige maanden voor het ooglid volledig normaal is. Dit geldt ook voor het gevoel in het bovenlid. Tijdens de operatie worden de zenuwen in de huid door gesneden. Ook dit herstelt zich in de loop van enige maanden.

Littekens zijn meer een gevolg van de reactie van de weefsels op de operatie, dan een gevolg van de gebruikte technieken. Wanneer wonden bij u mooi genezen, dan heeft u meer kans op een mooi litteken wanneer bij u littekens altijd goed zichtbaar zijn.

Te lage huidplooi

Bij de operatie wordt zo nodig huid weggehaald. Niettemin kan het nodig zijn later toch nog huid uit het ooglid te verwijderen.

Bloedingen

Bloedingen die een uitpuilend oog veroorzaken kunnen het gezichtsvermogen bedreigen. Neem in een dergelijk geval direct contact op met de afdeling Acute Oogzorg, of bel uw oogarts op. Soms is het nodig de wond te openen en het bloedende vat te sluiten.

Infectie

Wanneer in de dagen na de operatie de pijn toeneemt kan er infectie zijn opgetreden. Neem ook in dit geval contact op met de afdeling Acute Oogzorg. Behandeling met antibiotica kan nodig zijn. De afdeling Acute Oogzorg is zeven dagen per week, 24 uur per dag bereikbaar:

- maandag t/m vrijdag tussen 07.30 en 17.00 uur: 010 401 77 27;
- overige tijden: 010 401 77 77.

Meer info

Heeft u na het lezen van deze folder nog vragen, noteer deze en stel ze bij uw volgende afspraak bij de oogarts.

De informatie in deze patiëntenfolder kunt u terugvinden op www.oogziekenhuis.nl.