

Schiedamse Vest 180

3011 BH Rotterdam

T +31 (0)10 401 77 77

www.oogziekenhuis.nl

Hangend ooglid bij kinderen (congenitale ptosis)

Uw kind heeft een hangend bovenooglid. Deze folder informeert u over de aandoening, de operatieve mogelijkheden voor een correctie en de nazorg.

Wat is de afwijking?

Het bovenooglid wordt geopend door een spier die vanuit de top van de oogkas naar het ooglid loopt. Deze spier heet de levatorspier. Bij een aangeboren hangend ooglid is meestal de werking van de levatorspier onvoldoende. De aandoening kan soms bij meerdere familieleden voorkomen; al bestaat er geen duidelijk erfelijk patroon. Er zijn andere – zeldzamere – oorzaken van een hangend ooglid bij kinderen. Die worden in deze folder niet besproken.

Wat zijn de gevolgen?

Bij de geboorte is het visuele deel van de hersenen nog nauwelijks ontwikkeld. Voor een normale ontwikkeling van dit deel van de hersenen is het noodzakelijk dat beide ogen kunnen kijken. Indien een hangend ooglid de pupil deels bedekt, kan de ontwikkeling van het visuele systeem in de hersenen daardoor achterblijven. Hierdoor ontstaat een ‘lui’ oog (amblyopie). Hoe langer uw kind met een lui oog blijft lopen, hoe moeilijker de hersenen herstellen. Daarom is het belangrijk om een hangend ooglid dat de pupil grotendeels bedekt op jonge leeftijd te behandelen. Ook wanneer het hangende ooglid de pupil niet bedekt, kunnen verschillende oogafwijkingen aanwezig zijn: scheelzien, afwijkende oogbewegingen of brilafwijkingen. Deze afwijkingen kunnen eveneens een lui oog veroorzaken. Meer informatie over een lui oog, scheelzien en brilafwijkingen vindt u in aparte folders.

Kinderen die aan beide kanten een hangend ooglid hebben, kunnen de neiging ontwikkelen hun hoofd naar achteren te houden om zo onder het ooglid door te kijken. Deze afwijking heet torticollis. Er wordt gedacht dat dit tot afwijkingen van de hals kan leiden, maar duidelijk bewijs daarvoor ontbreekt.

Wanneer uw kind wel een goed zicht ontwikkelt, doordat de pupil niet bedekt is, is een operatie op zeer jonge leeftijd niet nodig. Ons advies is dan om het hangende ooglid te laten corrigeren wanneer uw kind 4 of 5 jaar is. Meestal kan vanaf deze leeftijd de beweeglijkheid van het ooglid worden opgemeten. Dit kan van belang zijn om te bepalen welke operatietechniek het beste kan worden toegepast.

Welke operatieve mogelijkheden zijn er?

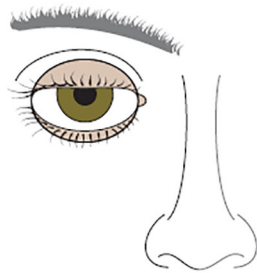
Een aangeboren hangend ooglid kan op drie manieren worden gecorrigeerd. De keuze van de operatietechniek is afhankelijk van de werking van de levatorspier en soms van de leeftijd van het kind.

Levatorresectie

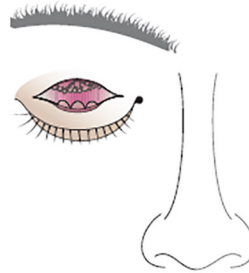
Wanneer de spierfunctie verminderd is kan het hangende ooglid in de meeste gevallen worden gecorrigeerd door de levatorspier in te korten. Deze operatietechniek noemen we levatorresectie. Tijdens de operatie wordt de spier ingekort via een snede in de huid van het bovenooglid. Deze snede wordt tevens gebruikt om een nieuwe plooi in het bovenooglid te maken. De wond wordt gesloten met hechtingen die na 4 tot 5 weken vanzelf oplossen. Bij deze operatie is het resultaat na zes weken vaak het eindresultaat. Incidenteel kan dit iets langer duren.

Frontalissuspensie

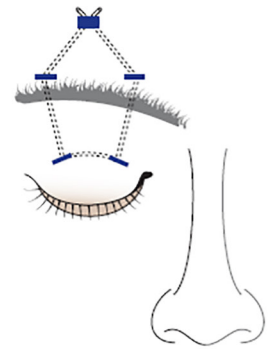
Wanneer het bovenooglid erg slecht beweegt of wanneer we dat bij kleine kinderen vermoeden passen we frontalissuspensie toe. Bij die operatie worden er 2 sneetjes gemaakt in de huidplooi van het bovenooglid en drie sneetjes in het voorhoofd; twee net boven de wenkbrauw en één in het midden wat hoger. Via deze sneetjes wordt een ophangbandje ingebracht dat zorgt voor een verbinding tussen het bovenooglid en het voorhoofd. Als ophangbandje gebruiken we een siliconenrubberen (elastisch) bandje. Dit bandje lost niet op en hoeft niet te worden verwijderd.



figuur 1:
het te behandelen open oog



figuur 2:
levatorresectie



figuur 3:
frontalissuspensie

Een frontalissuspensie kan ongedaan worden gemaakt door het bandje door te knippen. Ook is het mogelijk een frontalissuspensie te herhalen met een nieuw bandje. Het oude bandje kan dan (zo nodig) worden verwijderd. Het nadeel van frontalissuspensie is dat de bandjes door de onderhuidse weefsels snijden, waardoor er bij een derde van de patiënten een heroperatie nodig is. Dit kan soms na maanden, en soms na jaren optreden.

Conjunctivo-tarso-müllerectomie

Soms is bij een aangeboren hangend bovenooglid de functie van de spier die het bovenooglid beweegt normaal. Dat wil zeggen dat het ooglid een beweeglijkheid van minimaal 12 millimeter heeft. Als dat het geval is kan soms worden volstaan met een

operatie waarbij er aan de binnenkant van het ooglid een reepje weefsel wordt verwijderd. De wond wordt gesloten met een hechtinkje waarvan de uiteinden met plakbandjes aan de neuskant en aan de buitenkant van het bovenooglid worden vastgeplakt. Na vijf dagen kan deze hechting worden verwijderd door er naar opzij aan te trekken. Dat is enigszins gevoelig, u kunt dat het beste door onze verpleegkundigen op de polikliniek laten doen. Bij deze operatie is het resultaat na zes weken het eindresultaat. Incidenteel kan dit iets langer duren. Deze operatietechniek kan maar bij een kleine groep kinderen worden uitgevoerd.

Vóór de operatie

De operatie gebeurt onder algehele verdoving. Het is belangrijk dat uw kind nuchter naar het ziekenhuis komt. U of uw partner (of één van de verzorgers) mag bij uw kind blijven op de OK totdat het kind slaapt. Uitgebreide informatie over de voorbereidingen op de operatie kunt u lezen in de folder 'Uw kind wordt geopereerd'. Deze folder ontvangt u van de verpleegkundige tijdens de pre-operatieve screening.

Na de operatie

De oogarts, de verpleegkundige en de anesthesioloog bekijken wanneer uw kind weer naar huis mag. Bij het ontslag krijgt u indien nodig een recept voor oogdruppels. De dag na de operatie belt een verpleegkundige u op. Zij wil graag weten hoe het met uw kind gaat. U heeft dan ook de gelegenheid vragen te stellen.

De hechting van de conjunctivo-tarso-müllerectomie (die met plakbandjes vast zit) moet na 5-7 dagen verwijderd worden. Dit is even enigszins gevoelig. De hechtingen die we bij de andere operaties gebruiken vallen na 4 tot 5 weken vanzelf uit de wond. Op de plek van de hechtingen kan jeuk en korstvorming ontstaan. Om deze te verminderen kunt u de huidhechtingen één of twee keer per dag vet houden met bijvoorbeeld vaseline.

Controle

Meestal wordt er een afspraak gemaakt voor een éénmalige controle na twee maanden. De spreekuurassistente van de verpleegafdeling plant deze afspraak voor u in.

Klachten en complicaties

Na de operatie kan uw kind pijn ervaren aan het geopereerde oog. Deze pijn zal meestal afnemen na enkele dagen tot weken. Wanneer u uw kind pijnstilling wilt geven, geef dan paracetamol in de juiste dosering.

Na een frontalissuspensie kan infectie van het ophangbandje in zeer zeldzame gevallen voorkomen. Het bandje moet dan verwijderd worden. Na een aantal weken kan er dan een nieuw bandje worden geplaatst.

Uitdroging van het oog na de operatie is uitermate zeldzaam, maar het kan voorkomen. Als uw kind klaagt over pijn of als u ziet dat het oog rood wordt neem dan met spoed contact op met de afdeling Acute Oogzorg van Het Oogziekenhuis Rotterdam. De afdeling Acute Oogzorg is bereikbaar via het telefoonnummer 010 401 77 27 (maandag t/m vrijdag tussen 07.30 en 16.30 uur. Overige tijden: 010 401 77 77).

Resultaat

Het resultaat van correctie van een hangend ooglid is niet volledig voorspelbaar. Het maximale haalbare resultaat is afhankelijk van de afwijkende spierfunctie en de operatietechniek. Hoe slechter de functie van de levatorspier, hoe duidelijker de afwijkingen zichtbaar zullen blijven. Dit komt omdat de functionaliteit van de levatorspier niet kan worden hersteld. Bij 85% van de kinderen geeft de operatie een zichtbare sterke verbetering. Een volledige symmetrie met normale beweeglijkheid van de oogleden kan nooit worden bereikt. Bij 15% van de kinderen bestaat er nog een dusdanige over- of ondercorrectie (te hoge of te lage stand) dat een tweede operatie nodig is. Incidenteel is daarna nog een derde operatie nodig.

Na de operatie blijven een aantal zichtbare afwijkingen bestaan:

- als uw kind naar beneden kijkt, blijft het geopereerde ooglid te hoog hangen;
- als uw kind met de ogen knippert, zal het geopereerde ooglid minder goed meebewegen;
- als uw kind slaapt, kan het ooglid enkele millimeters open blijven staan.

Vergoeding

Chirurgische behandeling van een aangeboren hangend bovenooglid wordt tot de basiszorg gerekend. Een machtiging hoeft dus niet te worden aangevraagd bij de zorgverzekeraar.

Meer info

De informatie in deze patiëntenfolder kunt u terugvinden op www.oogziekenhuis.nl. Ook bieden wij op de website informatie over een lui oog, scheelzien en brilafwijkingen.