

סקירות רפואיות

הגישה לחולה עם צניחת עפעפיים נרכשת: מתי לבצע בירור מקיף ומתי להימנע מבירור מיותר

מבוא

צניחת עפעף נרכשת (פטוזיס) היא תופעה שכיחה ביותר, בייחוד בגיל מבוגר. לא תמיד הצניחה בולטת לעין, ולעתים רופא העיניים הראשוני נתקל בתופעה רק לאחר שהחולה הסב את תשומת לבו אליה, או כחלק מהבדיקה הפיזיקלית שאותה הוא מבצע. הסיבה לפטוזיס אינה ברורה באופן מיידי, ועל הרופא להחליט האם התופעה בעלת משמעות קלינית המצריכה בירור נוסף. כל רופא העוסק בכירורגיה של פטוזיס נתקל מפעם לפעם בחולה הנשלח לניתוח מבלי שנבדקה כהלכה הסיבה לפטוזיס. חלק מהחולים אף עוברים ניתוחים אשר מתבררים בדיעבד כמיותרים, וחלקם אף גורמים לאיחור באבחנה ובטיפול בסיבה האמיתית שגרמה לפטוזיס. כוונת מאמר זה לעסוק בגישה לחולה עם פטוזיס עם הגעתו לרופא העיניים הראשוני או לרופא המתח.

הסיבות לפטוזיס

הסיבות לפטוזיס נרכש מתחלקות באופן מסורתי לסיבות בעלות רקע אפונורוזי, מיוגני, נורוגני או מכני. אולם בהיבט המעשי, החלוקה היא לשתי קבוצות עיקריות: פטוזיס ללא משמעות קלינית סיסטמית ("שפיר"), ופטוזיס הנובע מתהליך או פתולוגית עם השלכות סיסטמיות. הרוב המכריע של הסיבות לפטוזיס נרכש שייכות לקבוצה הראשונה - קבוצת הפטוזיס על רקע שפיר. הסיבה השכיחה ביותר בקבוצה זו היא צניחת עפעפיים התלויה בגיל, שנובעת מהתרופפות או מתיחת יתר של האפונורוזה של שריר הלבטור (Involuntal Ptoisis, Aponeurotic) או Ptoisis (Senile Ptoisis). מבחינת הבדיקה הפיזיקלית, בדרך-כלל מוצאים בחולים אלה קפל עפעף (קריס) גבוה, עם תפקוד לבטור תקין כפי שיפורט בהמשך. סיבות שכיחות נוספות בקבוצה זו, שגם הן משפיעות בעיקר על האפונורוזה, הן פטוזיס לאחר ניתוחי קטרקט, ניתוחי פילטר או רשתית, פטוזיס על רקע הרכבת עדשות מגע (בדרך-כלל עדשות קשות), פטוזיס על רקע טראומה מקומית לעפעף ופטוזיס מסיבות נדירות אחרות. בכל המקרים הללו המשמעות היחידה של הפטוזיס היא ההפרעה לציר הראייה או למראה הקוסמטי. מאחר שאין השלכות רפואיות, למעט הפטוזיס עצמו, אין צורך לבצע שום בירור במקרים הללו, והחולה יכול לבחור בין תיקון כירורגי של הצניחה ובין השארת המצב על כנו.

קבוצה החולים השנייה והחשובה היא זו שבה הרקע לפטוזיס הוא תהליך בעל השלכות סיסטמיות. מספר החולים בקבוצה זו נמוך יחסית, אולם בשל ההשלכות החמורות העלולות להיות למחלות הרקע הגורמות לצניחת העפעף, יש ליחס משמעות מיוחדת לאיתור הסיבה לפטוזיס. המחלות העיקריות היכולות לבוא לידי ביטוי בצניחת עפעף בקטגוריה זו כוללות את האבחנות הבאות:

1. מיאסטניה גרביס, מחלה שכשל באבחנתה עלול להוביל לסיבוכים קשים עד כדי אי ספיקה נשימתית.

2. תהליך תופס מקום או תהליך דה-מיאלינטיבי לאורך מהלך עצב האוקולומוטור. ההשלכות של איחור באבחנה של תהליכים אלה יכולות להיות חמורות.

3. אנורזימה עורקית של ה-Posterior communicating artery (PCOM) במוח, אבחון מאחר של אנורזימה זאת, עלול להסתיים במוות.

4. דיסקציה של עורק הקרוטיס הפנימי, היכולה להתפתח לאחר טראומה או באופן ספונטני. בשלבים הראשונים של הדיסקציה עלול להופיע פטוזיס עקב הורנר שלישוני עם לחץ על הסיבים הסימפטטיים באזור הגנגליון הצווארי. הפטוזיס יהיה מלווה לרוב בכאב ראש. איחור באבחנה של הדיסקציה עלול לגרום לאוטם מוחי מסיבי. החולים הללו מטופלים בנוגדי קרישה מיד עם ביצוע האבחנה.

5. גידול באפקס הריאה הגורם להורנר.

6. תהליך ארובתי יכול לגרום לפטוזיס במספר מנגנונים: תהליך תופס מקום יכול ללחוץ על סעיפי האוקולומוטור או על הסיבים הסימפטטיים, או לגרום להפרעה מכנית לפעולת שריר הלבטור. מאידך, גם אנופטלמוס (על רקע גרורה מסרטן השד, טראומה או התכווצות הסינוס המקסילארי) יכול לבוא לידי ביטוי כפטוזיס עקב שקיעת גלגל העין לאחור יחסית לעפעף. קיים הכרח לשלול את התהליכים שהוזכרו לעיל בכל חולה, על סמך לקיחת אנמנזה מדויקת, ביצוע בדיקה פיזיקלית קפדנית, ולעתים הרחבת העיבוד באמצעות בדיקות הדמיה ובדיקות מעבדה שונות.

הבירור יכול לכלול את הבדיקות הבאות או את חלקן: הדמיה של המוח והארובות (CT או MRI בהתאם לחשד), צילום חזה (לשלילת גידול באפקס הריאה או טימומה), בדיקות דם למיאסטניה (נוגדנים כנגד הרצפטור לאצטילכולין), EMG ובמקרים ספציפיים אנגיורפיה. רופא המטפל בחולה עם פטוזיס אינו יודע לאיזו מבין הקבוצות השונות משתייך החולה שמולו. עליו להכריע האם החולה עם צניחת העפעף שייך לקבוצת המצבים השכיחים והשפירים הגורמים לצניחת עפעף, או לקבוצת התהליכים הנדירים והמסוכנים היכולים לגרום לצניחה.

ניצוד להכריע אם לבצע בירור לחולה ואיזה בירור לבצע

למעשה, כל רופא עיניים יכול בעזרת אנמנזה נכונה ובדיקה פיזיקלית נאותה, לאתר בדיוק רב לאיזו קבוצה שייך החולה הניצב מולו בתוך זמן קצר. באמצעות מענה על השאלות המוצגות להלן, ניתן לצמצם למינימום את הטעות באבחנה שגויה מחד, ולהגביל באופן משמעותי את מספר החולים שעוברים בירור מיותר, ארוך ובזבזני מאידך.

השאלות והבדיקות הפיזיקליות שאותן כדאי לבצע בכל חולה עם צניחת עפעף, והעוזרות להבדיל בין שתי הקבוצות, מפורטות להלן. הן מכוונות לאטיולוגיות הספציפיות שפורטו, ואשר אותן אין אנו רוצים לפספס.

1. האם הצניחה אקוטית, התפתחה בתוך כמה ימים או שבועות? צניחה אקוטית מחשידה תמיד לפתולוגיה, למעט מקרים שבהם מדובר על טראומה מקומית לעפעף.
2. האם הפטוזיס הוא חד עיני טהור? מצב כזה מצריך תמיד דרגת חשד גבוהה.
3. האם קיימת ראייה כפולה או הפרעה בתנועות העיניים? אלו מצריכים בירור, משום שהם מעידים על פגיעה בסעיפים נוספים של העצב הקרניאלי השלישי או בעצב הקרניאלי הרביעי או השישי. כנ"ל לגבי מיאסטניה גרביס או תהליך ארובתי, כשזה האחרון גורם להפרעה מכנית לפעולת השרירים החוץ עיניים.
4. האם יש שינוי במנח העין? בלט עין מעיד על תהליך ארובתי או תהליך וסקולרי בסינוס הקוורנזי. היפוגלובוס או היפרגלובוס מעידים על תהליך ארובתי.
5. האם פרט לפטוזיס קיימת אסימטריה בבלט של השומן הארובתי בסולקוס העליון או בעפעף התחתון כעדות לתהליך ארובתי?
6. האם יש פגיעה בתחושת הקרנית, המעידה על פגיעה בסעיפים של העצב הקרניאלי החמישי?
7. האם יש היסטוריה של טראומה לצוואר? במקרה זה הפטוזיס יכול להיות על רקע הורנר, כאשר הסוג המסוכן הוא הורנר עקב דיסקציה של הקרוטיס.
8. האם יש כאב ראש היכול ללוות תהליכים אינטרקרניאליים או דיסקציה של הקרוטיס?
9. מהו מצב האישון? האם האישון בצד הצניחה רחב מהצד הקונטרלטרי לצניחה? מקרה כזה יכול להעיד על פגיעה בעצב האוקולומוטורי או על לחץ ארובתי מקומי על הגנגליון הציליארי. האם האישון בצד של הפטוזיס צר מהצד השני? מצב כזה יכול להעיד על הורנר על סיבותיו השונות.
10. האם קיימות תלונות מכוונות למיאסטניה גרביס? היסטוריה של חולשה בכתפיים או הפרעות בליעה עשויות להעיד הן על נוכחות של מיאסטניה גרביס והן על ניוון שרירים. האם קיים מרכיב בולט של שינוי בגובה העפעף במשך היום, דבר האופייני למיאסטניה גרביס? האם יש מרכיב בולט של התעייפות (צניחה של העפעף במבט מעלה) בזמן הבדיקה? ההתעייפות

אופיינית למיאסטניה גרביס. הדרך הטובה ביותר להפיק התעייפות של שריר הלבטור היא באמצעות בקשה לביצוע פיקסציה של העיניים על מטרה המצריכה מבט כלפי מעלה. ניתן לנסות להפיק גם את הסימן ע"ש קוגן (Overshoot) של העפעף העליון במעבר ממבט מטה למבט מעלה) או לבצע Ice Test. מבחן חיובי משני האחרונים אופייני למיאסטניה.

11. מהו תפקוד הלבטור? פעילות לבטור שאינה טובה מעידה על ניוון שריר הלבטור או על בעיה בעצבוב השריר. יש לזכור כי במקרים של פטזיס אפונורוטי, תפקוד הלבטור טוב גם אם הפטזיס מתקדם. תפקוד הלבטור נמדד באמצעות סרגל. זהו ההפרש בין מנח העפעף במבט מקסימלי כלפי מטה למבט מקסימלי כלפי מעלה. המדידה מתבצעת תוך נטרול פעולת שריר הפרונטליס על-ידי קיבוע הגבה. פעילות טובה נחשבת כפעילות העולה על 10 מ"מ. לרוב הפעילות הנורמלית היא מעל 15 מ"מ. כאשר הפעילות טובה, אך קיימת אסימטריה של יותר מ-2-3 מ"מ בפעילות הלבטור בין שני הצדדים, יש להתייחס בחשדנות לצד החלש יותר.

12. האם קיימת הפרעה לאחד מתפקודי עצב הראייה (חדות ראייה, ראיית צבעים, APD, שדה ראייה), אשר בשילוב עם פטזיס מחשידה לתהליך תוך ארובתי.

יישום התהליך שתואר לעיל, תוך הקפדה על כל אחד מהסעיפים שהוזכרו, עשוי למנוע בירור ארוך ויקר ברוב החולים. מאידך אפשר גם להבטיח הקטנה משמעותית של טעויות באבחנה מאיחור בטיפול במצבים מסוכנים הגורמים לפטזיס.